

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**A**

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE  
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2009**

**Linda Machová**

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**A**

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE  
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

# **Sociální aspekty mentální retardace**

**Autor: Linda Machová**

**Vedoucí práce: PhDr. Olga Vaněčková**

**Studijní program: Sociální pedagogika, specializace výchovně – vzdělávací praxe**

**Datum odevzdání: 30. 3. 2009**

# Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma

## **Sociální aspekty mentální retardace**

jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály

uvádím v příloženém seznamu literatury.

Současně prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 11/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

**Halže, březen 2009**

---

podpis studenta

# Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci bych chtěla poděkovat  
paní **PhDr. Olze Vaněčkové**.

Dále bych chtěla poděkovat **Domovu pro osoby se zdravotním postižením Milíře,**  
**příspěvková organizace**, který mi poskytl potřebné informace  
pro zpracování mé bakalářské práce.

## **Anotace**

### **Sociální aspekty mentální retardace**

Bakalářská práce je zaměřena na problémy začleňování jedinců s mentální retardací do společnosti.

Východiskem teoretické části je vymezení pojmu mentální retardace a její etiologie, klasifikace mentální retardace a stručná charakteristika jednotlivých stupňů. Dále práce popisuje sociální aspekty mentální retardace, zejména průběh socializace jedince s mentální retardací v rodině a v zařízení ústavní péče. Představuje také nové formy péče o jedince s mentální retardací a hodnotí možnosti využití.

Praktická část práce obsahuje dvě případové studie, v nichž je popisován a následně srovnáván vývoj jedinců s mentální retardací vyrůstajících v odlišném prostředí rodiny a ústavní péče.

## **Annotation**

### **Social aspects of mental retardation**

The bachelor work is concentrated on the problems of the incorporating the individuals which suffer the mental retardation into the society.

Theoretical part consists of explaining some terms like mental retardation, classification of mental retardation and brief definition of each step. Further research included in my work describes social aspects of the mental retardation, especially I describe the socialization of an individual with mental retardation which is living in the family and in the institutional care. It presents also the new forms of care of the individual with the mental retardation and evaluates possibilities usage.

The practical part of my work includes two case studies, in which it is described and subsequently it is compared development of individuals with mental retardation growing up in different environments of family and institutional care.

## Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>1 MENTÁLNÍ RETARDACE .....</b>	<b>11</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU .....	11
1.2 ETIOLOGIE .....	13
1.2.1 Genetická podmíněnost mentální retardace .....	13
1.2.2 Teratogenní faktory.....	13
1.2.3 Postnatální poškození mozku .....	14
1.2.4 Typy mentální retardace v závislosti na etiologii .....	14
1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE .....	16
1.4 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍ RETARDACE .....	17
1.4.1 Lehká mentální retardace (IQ 50-70).....	17
1.4.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) .....	18
1.4.3 Těžká mentální retardace (IQ 20-34) .....	18
1.4.4 Hluboká mentální retardace (IQ 0-19).....	19
1.4.5 Jiná mentální retardace .....	19
1.4.6 Nespecifikovaná mentální retardace .....	19
1.5 PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE.....	20
1.5.1 Porucha myšlení, řeči a učení.....	20
1.5.2 Nápadnost emočního prožívání .....	21
<b>2 SOCIÁLNÍ ASPEKTY MENTÁLNÍ RETARDACE .....</b>	<b>23</b>
2.1 SOCIO-KULTURNÍ ASPEKTY .....	23
2.1.1 Stereotypní vnímání .....	23
2.1.2 Mentální postižení vnímáno jako sociální deviace .....	24
2.1.3 Mentální retardace jako handicap.....	24
2.1.4 Stigmatizace .....	25
2.2 SOCIALIZACE JEDINCE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	26
2.2.1 Novorozenecké období.....	26
2.2.2 Kojenecké období.....	26
2.2.3 Batole .....	27
2.2.4 Předškolní věk.....	27

2.2.5 Školní věk .....	28
2.2.6 Dospívání .....	29
2.2.7 Problém stárnoucích rodičů .....	29
2.2.8 Osamostatnění mentálně postiženého od rodiny .....	30
2.2.9 Pracovní aktivita .....	31
2.2.10 Partnerství .....	31
2.3 VÝCHOVA DÍTĚTE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ V RODINĚ .....	32
2.4 ÚSTAVNÍ PÉČE O LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	35
2.4.1 Nový zákon o sociálních službách .....	36
2.5 NĚKTERÉ NOVÉ FORMY PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	37
2.5.1 Osobní asistence .....	37
2.5.2 Sociálně terapeutické dílny .....	38
2.5.3 Podporované zaměstnávání .....	38
2.5.4 Chráněné bydlení .....	38
2.5.5 Podpora samostatného bydlení .....	39
2.5.6 Pečovatelská služba .....	39
2.5.7 Odlehčovací služba .....	39
2.6 SHRNUTÍ .....	40
<b>3 DŮSLEDKY MENTÁLNÍ RETARDACE V ŽIVOTĚ JEDINCE .....</b>	<b>41</b>
3.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI, POUŽITÉ METODY .....	41
3.2 ANALÝZA ŠETŘENÍ V RODINĚ .....	42
3.3 ANALÝZA ŠETŘENÍ V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM MILÍŘE, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE .....	48
3.4 ZÁVĚR Z PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....	54
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	



## ÚVOD

Každý člověk se narodí jako jedinečná osobnost, která se odlišuje od ostatních. Lidé se odlišují pohlavím, barvou pleti, barvou vlasů a určitá část se odlišuje rozumovými schopnostmi. Odlišení někdy může ovlivnit celý život člověka a často přináší řadu předsudků. Většina lidí chápe něco odlišného, jako by to bylo něco horšího.

S mentálně postiženými jedinci brigádně pracuji již 4 roky. Od roku 2005 trávím letní prázdniny v Domově pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace. To byl jeden z hlavních důvodů, proč jsem si zvolila téma bakalářské práce právě sociální aspekty mentální retardace. Chtěla bych upozornit na to, jak mentální retardace ovlivňuje život jedince a jeho okolí. V minulosti byli mentálně retardovaní umístováni do ústavu na okraji města. Domnívám se, že v posledních letech došlo k velké integraci mentálně postižených do společnosti, např. integrace do vzdělávacího systému. Největší změna ovšem nastala v roce 2007, kdy vešel v platnost zákon 108/2006Sb. o sociálních službách.

Při práci s mentálně retardovanými je nejdůležitější empatie neboli vcítění. Zde bych ráda uvedla slova Henriksena a Vetlesena (2000), kteří uvádí, že: „... *empatie je základní emocionální schopnost. Empatie je od samého základu orientovaná na druhého a jeho svět*“<sup>1</sup>. Myslím si, že je velmi důležité vcítit se do druhé osoby, prožívat její pocity a tím se vžít do dané životní situace. Domnívám se, že empatie umožňuje uvědomovat si, co prožívá druhá osoba, aniž bychom její situaci sami vyzkoušeli.

Cílem bakalářské práce je analyzovat důsledky mentální retardace v životě jedince.

V teoretické části bakalářské práce se budu zabývat vymezením pojmu mentální retardace a její etiologií. Dále uvedu klasifikaci mentální retardace a stručné charakteristiky jednotlivých stupňů mentální retardace. K jednotlivým stupňům mentální retardace připojím příklady z praxe. Ve druhé kapitole popíšu zejména průběh socializace

---

<sup>1</sup> HENRIKSEN, J.-O., VETLESEN, A. J.: Blízke a vzdálené: etické teórie a princípy práce s lidmi. Brno: Sdružení Podané ruce, 2000, s. 41.

jedince s mentální retardací v rodině a v zařízení ústavní péče. Zhodnotím využívání nových forem péče o jedince s mentální retardací.

V praktické části popíšu život dvou mentálně retardovaných jedinců se zaměřením na sociální aspekty. Pro srovnání jsem si vybrala jedince s mentální retardací žijícího v rodině a druhého jedince s mentální retardací vyrůstajícího celý život v ústavní péči.

# 1 MENTÁLNÍ RETARDACE

## 1.1 Vymezení pojmu

*„Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, tj. nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností.“<sup>2</sup>*

Za mentálně retardované se považují takoví jedinci, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností a k odlišnému vývoji u některých psychických vlastností.

Mentální postižení tedy nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.

**Definice VÁGNEROVÉ:** *„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“*

*Hlavními znaky mentální retardace (MR) jsou:*

- *MR je vrozená*
- *MR je trvalá*
- *Nedostatečný rozvoj myšlení, řeči a omezená schopnost učení“<sup>3</sup>*

Lidé s mentální retardací mají potíže s adaptací a myšlením. Retardace přináší behaviorální, sociální a emocionální problémy. Přítomnost mentální retardace u běžné populace se odhaduje na 3%.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol.: Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, 2007, s. 26.

<sup>3</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 289.

<sup>4</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol.: Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, 2007.

Mentální postižení lze definovat z různých hledisek, které uvádí Slowík v následující tabulce.

**Tab. 1: Přístupy k definování mentálního postižení<sup>5</sup>**

Přístup	Definice
Biologický	Postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku, syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku
Psychosociální	Primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě)
Sociální	Postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci
Pedagogický	Snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů
Právní	Snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí)

Americká asociace pro mentálně retardované používá následující definici: „*Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních schopností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, školní výkon, volný čas a práce.*“<sup>6</sup>

Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje **oligofrenie**, která se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním a **demence**, kterou chápeme jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> SLOWÍK, J.: Speciální pedagogika. Praha: Grada, 2007, s. 110.

<sup>6</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005, s. 111.

<sup>7</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

## 1.2 Etiologie

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou velice různorodé, vždy se však jedná o nějaké poškození mozku. Jednoznačně můžeme určit mentálním postižení vyvolané genetickými poruchami, dále pak teratogenními faktory, jako jsou faktory fyzikální, chemické, biologické a v neposlední řadě mentální retardace souvisí s následky úrazů.

### 1.2.1 Genetická podmíněnost mentální retardace

Její základem je porucha struktury nebo funkce genetického aparátu.

Z genetického hlediska Vágnerová rozlišuje:<sup>8</sup>

- **Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo strukturu autozomů.**  
Typickým příkladem je trisomie 21. chromozomu, známá jako Downův syndrom.
- **Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromozomů.**  
Příkladem je syndrom lomivého X postihující převážně chlapce.
- **Mentální retardace vzniklá na bázi onemocnění způsobeného genovou poruchou.**  
K poškození inteligence dochází různým způsobem, často v důsledku určitého chorobného procesu, např. poškození mozku patologickými metabolity.
- **Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje.**  
Jedinec s tímto postižením má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností. V tomto případě bývají obvykle obdobně postiženi i rodiče a sourozenci.

### 1.2.2 Teratogenní faktory

*„Teratogenní faktory mohou negativně ovlivnit prenatální vývoj jedince. Tyto faktory, poškozující normální vývoj dítěte, působí prostřednictvím organismu matky.“<sup>9</sup>*

Mohou to být:<sup>10</sup>

- **faktory fyzikální**, např. ionizující záření nebo porodní poškození mechanickým stlačením hlavičky s následným krvácením do mozku, vlivem nedostatku kyslíku apod.;

---

<sup>8</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

<sup>9</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 291.

<sup>10</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

- **faktory chemické**, např. některé léky, alkohol nebo jiné drogy;
- **faktory biologické**, např. virové a mikrobiální. Typickým příkladem je virus zarděnek, který naruší vývoj embrya komplexním způsobem.

### 1.2.3 Postnatální poškození mozku

*„Postnatální poškození mozku v raném věku dané zánětlivým onemocněním, úrazem, otravou apod. Do této kategorie jsou zařazována pouze postižení vzniklá přibližně do 1,5 - 2 let.“<sup>11</sup>*

Jako nejčastější příčiny mentální retardace Švarcová uvádí:<sup>12</sup>

- Následky infekcí a intoxikací:
  - prenatalní infekce (např. toxoplazmóza, zarděnky, pásový opar)
  - postnatální infekce (např. zánět mozku)
  - intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem)
- Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:
  - Mechanické poškození mozku při porodu
  - Postnatální poranění mozku
- Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. kretenismus, fenylketonurie)
- Makroskopické léze mozku (např. degenerací)
- Nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatalními vlivy (např. mikrocefalie, vrozený hydrocefalus)
- Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom)
- Nezralost

### 1.2.4 Typy mentální retardace v závislosti na etiologii

*„Struktura intelektových schopností mentálně retardovaného závisí i na etiologii, tj. příčině postižení. Zde se nejčastěji uvádí čtyři nejběžnější varianty.“<sup>13</sup>*

<sup>11</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 292.

<sup>12</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

<sup>13</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 304.

- **Mentální defekt jako následek organického poškození CNS**

*„Jestliže mentální defekt vznikl následkem organického poškození CNS v důsledku krvácení či asfyxie, trpí postižení lidé často i dětskou mozkovou obrnou nebo drobnějšími poruchami hybnosti, ebeny.“<sup>14</sup>*

Tedy je-li mentální retardace důsledkem nějakého organického postižení CNS, pak se ve vývoji u těchto dětí objevují i další poruchy, jako jsou např. porucha hyperaktivity nebo porucha pozornosti. U dětí se to nejčastěji projevuje výbušností či impulzivitou. V dospělosti se to projevuje nižší manuální zručností.

- **Downův syndrom**

Termín Downův syndrom nebo také trisomie se nyní používá místo dříve užívaného pojmenování „mongolismus“, které vzniklo na základě určitých zvláštností lidí s Downovým syndromem.

*„Downův syndrom, označovaný také jako **Downova nemoc** (morbus Downi), je nejrozšířenější ze všech dosud známých forem mentální retardace. Udává se, že lidé s tímto syndromem tvoří okolo 10% všech lidí s mentálním postižením“<sup>15</sup>*

Všichni postižení s touto formou mentální retardace mají charakteristický vzhled (např. šikmo posazené oči, nižší postava, krátký krk) a to způsobuje určitou vnější shodu mezi nimi.

Jedinci s Downovým syndromem bývají klidní, velice přátelští a hodně přizpůsobiví. Dokážou se naučit různé činnosti, které dělají s velkým nadšením. Např. výrobky z keramické hlíny či malování obrázků.

- **Syndrom lomivého X**

*„Syndrom lomivého X neboli syndrom Martina-Bellové je spojeno s narušeným chováním. Jde o poruchu v oblasti pohlavního chromozomu X, která vykazuje méně obvyklý způsob dědičnosti s neúplnou penetrancí.“<sup>16</sup>*

---

<sup>14</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 304.

<sup>15</sup> SELOKOWITZ, M.: Downův syndrom. Praha: Portál, 2005, s. 38.

<sup>16</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 305.

To znamená, že dané postižení se nemusí projevit stejným způsobem.

Kromě mentální retardace patří k nápadnostem tohoto postižení i typicky změněné proporce obličeje (velké uši, výrazné čelo a brada) a poruchy chování. Ty jsou příčinou selhávání ve škole i v zaměstnání.<sup>17</sup>

Vyskytuje se častěji u chlapců, jejich četnost v populaci je 0,1%.<sup>18</sup>

- Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje

*„Mentální postižení často vzniká na základě polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti či přímo zanedbanosti.“<sup>19</sup>*

Jde obvykle o děti podobně postižených rodičů, jejichž vzdělanostní i intelektová úroveň je nízká. Jedinci s tímto postižením mívají nízkou úroveň komunikace, chybějí jim základní znalosti a často nemají vyvinuté hygienické návyky.

### 1.3 Klasifikace mentální retardace

Pro současnou speciálně pedagogickou praxi je nejrozšířenější rozdělení mentální retardace podle stupně postižení.

Vzhledem ke značné variabilitě příčin i symptomů mentálního postižení se jednoznačná klasifikační kritéria hledají velmi obtížně.<sup>20</sup>

Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je jejich závažnost. Lze ji určit srovnáním úrovně schopností mentálně postiženého jedince s normou, tj. pomocí psychologické diagnostiky inteligence.

---

<sup>17</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

<sup>18</sup> HATINA, J., SYKES, B.: Lékařská genetika: Problémy a přístupy. Praha: Academia, 1999.

<sup>19</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 306.

<sup>20</sup> ČERNÁ, M. (ed.) Kapitoly z psychopedie. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.



**Podle mezinárodní klasifikace MKN-10 se mentální retardace dělí do čtyř základních kategorií:<sup>21</sup>**

- 1) lehká mentální retardace
- 2) středně těžká mentální retardace
- 3) těžká mentální retardace
- 4) hluboká mentální retardace

Tabulka 2 uvádí rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MKN-10). Je v ní uvedeno i rozmezí hodnot inteligenčního kvocientu, které je pro dané pásmo charakteristické.

Tab. 2: Stupeň mentální retardace podle MKN-10<sup>22</sup>

Kodová čísla	Slovní označení	Pásmo IQ
F70	Lehká mentální retardace	50-70
F71	Středně těžká mentální retardace	35-49
F72	Těžká mentální retardace	20-34
F73	Hluboká mentální retardace	0-19

Švarcová uvádí rozdělení mentální retardace na lehkou mentální retardaci (F70), středně těžkou mentální retardaci (F71), těžkou mentální retardaci (F72), hlubokou mentální retardaci (F73), jinou mentální retardaci (F78) a nespecifikovanou mentální retardaci (F79).<sup>23</sup>

## **1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace**

### **1.4.1 Lehká mentální retardace (IQ 50-70)**

Diagnóza lehké mentální retardace bývá často stanovena až v předškolním věku, kdy dítě začíná selhávat ve svých schopnostech. U dětí je obvykle postižena schopnost logického myšlení. Tyto děti dobře zvládají učivo podle osnov základní školy speciální. Nejčastěji trpí dyslexií či dysgrafií tj. schopností naučit se číst, psát nebo počítat. Většina těchto dětí

<sup>21</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

<sup>22</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 301.

<sup>23</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

se ukončení školní docházky vyučí v učebních oborech. V dospělosti dosahují téměř úplné samostatnosti, potřebují jen menší míru pomoci v některých úkonech.<sup>24</sup>

*Dvanáctiletá dívka trpící lehkou mentální retardací navštěvuje 6. ročník základní školy speciální. Lehká mentální retardace se u ní začala projevovat obtížemi v učení. Ve škole navazuje dobré sociální vztahy. Při řešení některých problémů je samostatnější a snaží se pomáhat ostatním dětem. Myslím si, že v budoucnosti bude schopna s mírným dohledem samostatně pracovat.*

#### **1.4.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)**

U dětí je opoždění vývoje se středně těžkou mentální retardací zachyceno již v kojeneckém věku. Nejčastěji se opoždí pohybový vývoj a vývoj řeči. V dětství se dorozumívají minimální slovní zásobou. Některé děti zvládají výuku podle osnov základní školy speciální. Dokážou se naučit základy psaní, čtení a počítání. V dospělosti lidé dokážou zvládnout dovednosti sebeobsluhy a jednoduché pracovní činnosti.<sup>25</sup>

*Třicetiletý muž dosáhl určitého stupně nezávislosti a samostatnosti. Středně těžká mentální retardace se u něj projevila opožděným vývojem v dětství. Je komunikativní a potřebuje pomoc s vedením financí. Někdy potřebuje, aby byl nad ním větší dohled při každodenních činnostech, např. jako je nakupování nebo cestování dopravními prostředky. Domnívám se, že při dlouhodobém nácviku každodenních činností s asistentem se postupně stane nezávislým na pomoci druhých.*

#### **1.4.3 Těžká mentální retardace (IQ 20-34)**

Těžká mentální retardace je u dětí pozorovaná již od útlého dětství. Ve většině případů jde o postižení kombinované. Např. k postižení rozumových schopností se přidružují i postižení pohybové nebo porucha zraku či sluchu. Mnohé z těchto dětí se nenaučí mluvit nebo si osvojí jen několik jednoduchých slov.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Prah: Grada, 1997.

<sup>25</sup> ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Prah: Grada, 1997.

<sup>26</sup> ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Prah: Grada, 1997.

*Osmiletý chlapec s diagnózou těžké mentální retardace potřebuje každodenní dohled a pomoc jiné osoby se zvládáním každodenních činností. Na druhou stranu je schopen zvládat určité základní úkony bez pomoci, např. jako je oblékání, jídlo nebo použití toalety. Rád se zapojuje do skupinových her, ale když zvítězí někdo jiný, rozzuří se a začne mlátit věcmi kolem sebe.*

#### **1.4.4 Hluboká mentální retardace (IQ 0-19)**

Lidí trpící hlubokou mentální retardací jsou ve většině případů imobilní. Většinou si neosvojí ani základy mluvené řeči. Děti často reagují na některé podněty. Svoji spokojenost dávají najevo úsměvy a nespokojenost vyjadřují pláčem. Ve většině případů jde o kombinované postižení.<sup>27</sup>

*U dvaadvacetileté dívky se hluboká mentální retardace projevila tím, že se zastavila ve vývoji na úrovni ročního miminka. Nekomunikuje, pouze vydává prapodivné zvuky. Potřebuje každodenní dohled a pomoc při zvládání všech úkonů sebeobsluhy, jako je např. pomoc při jídle, oblékání, hygieně, atd.*

#### **1.4.5 Jiná mentální retardace**

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem.<sup>28</sup>

#### **1.4.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Prah: Grada, 1997.

<sup>28</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

<sup>29</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

## 1.5 Psychologická charakteristika mentální retardace

*„Typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu“.*<sup>30</sup>

Mentálně postižení jedinci obvykle bývají pasivnější a více závislí na informacích od ostatních lidí. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, často nechápou, co je důležité. Potřebují pomoc při řešení různých situací, např. jako je pomoc při nakupování.

### 1.5.1 Porucha myšlení, řeči a učení

- **Porucha myšlení**

Myšlení mentálně postižených dosáhne u jedinců s lehkou mentální retardací úroveň logických operací. Pro mentálně postižené je důležité, jak se mu situace jeví, o její podstatě není schopen uvažovat. Nedokáže se odpoutat od vlastního pohledu, od vlastních pocitů a potřeb, které jeho poznávání zkreslují. Neschopnost nadhledu se projeví sníženou kritičností. Uvažování dospělých mentálně postižených je ovlivněné dlouhodobým učením.<sup>31</sup>

Nejlépe si mentálně retardovaní zapamatují činnosti, které se pořád opakují. Proto je důležité, aby si jedinci s mentálním postižením zvykli na jistý stereotyp a tím si osvojili určité činnosti. V některých situacích jednají agresivně, ale to je nejčastěji projev zoufalství.

- **Porucha řeči**

Řeč mentálně retardovaných bývá postižena jak formálně, tak z obsahového hlediska.

Jejich řečový projev bývá nápadný nepřesnou výslovností. Je pro ně obtížnější porozumět i normálnímu sdělení, protože mají omezenější slovní zásobu a větší potíže v pochopení celkového kontextu.<sup>32</sup>

Nejlepší vhodnou variantou komunikace mentálně postižených je jednoduchá a stručná informace. Zvládají základní slovní obraty a některé konkrétní pojmy. U hluboké mentální

---

<sup>30</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 292.

<sup>31</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

<sup>32</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

retardace se řeč vůbec nerozvíjí. Často vyjadřují jen základní pocity jako je souhlas či nesouhlas.

„Typickým znakem aktivního řečového projevu mentálně postižených je:

- **Jazyková necitlivost**, která se projevuje četnými dramatismy.
- **Nápadná jednoduchost vyjádření**, tj. preference velmi krátkých vět a jednoznačných, konkrétních pojmů. Výběr pojmů a stabilních slovních spojení je opět značně stereotypní. U závažněji postižených bývají běžné také perseverace a echolálie to znamená opakování určitých slov nebo částí sdělení bez kontextu a často i bez porozumění“.<sup>33</sup>

#### • **Porucha učení**

Schopnost učení je u mentálně postižených lidí rovněž v různé míře omezena. Učení těchto lidí je převážně mechanické. Změna návyku nebo přizpůsobení nové situaci činí mentálně postiženým značné potíže. Snížená efektivita učení bývá příčinou zbytečné rezignace na jejich další rozvoj.<sup>34</sup>

Často se u nich vyskytuje porucha v koncentraci pozornosti či paměti. Potřebují delší čas na zapamatování si určitých věcí. Nejlepší motivací k učení mentálně postižených je pro ně pochvala a uznání. Např. při nacvičování vystoupeních na besídku je pro ně nejlepší motivace pochvala a potlesk od publika.

#### **1.5.2 Nápadnost emočního prožívání**

Celkové emoční prožívání může být v závislosti na etiologii mentálního postižení změněn. Obvykle jde o zvýšenou dráždivost, větší pohotovost k afektivním reakcím či mrzuté náladě. Mentálně retardovaný jedinec má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tyto potřeby však mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány. Mentálně postižení jedinci mají tendenci uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábran.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 293.

<sup>34</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

<sup>35</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

Mentálně retardovaní jedinci obvykle reagují ve vypjatých situacích jako ostatní lidé. Někdy reagují agresivně, jindy zase plačtivě. Přes emoční prožívání mentálně retardovaného jedince dochází často k neuspokojování potřeb v dostatečné míře. Neuspokojení potřeby lze považovat za zátěžovou situaci.

- **Sklon k agresivnímu jednání mentálně postižených**

V období adolescence se někdy u mentálně postižených zvyšuje sklon k agresivnímu jednání. Tato tendence je projevem nedostatečného sebeovládání a neschopnosti odhadnout vlastní fyzickou sílu a následky svého jednání.

Příčinou agresivní reakce může být:<sup>36</sup>

- a) narůstající stres daný subjektivně nadměrnými sociálními požadavky, které mentálně postižený nechápe a není schopen jim vyhovět;
- b) negativní postoj různých lidí, ponižování, odmítání apod., jemuž se mentálně postižený brání;
- c) různá omezení, jejichž smyslu mentálně postižený nerozumí;
- d) organické poškození mozku, které zvyšuje dráždivost a sklon k impulzivním, někdy i útočným reakcím.

---

<sup>36</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

## 2 SOCIÁLNÍ ASPEKTY MENTÁLNÍ RETARDACE

Za sociální aspekty mentální retardace považují sociokulturní aspekty, socializaci mentálně postiženého, výchovu a vzdělávání, ústavní péče a nestátní organizace zaměřené na pomoc a podporu mentálně postižených jedinců.

Při vymezení sociálních aspektů mentální retardace záleží na stupni mentální retardace a také na kombinaci s jiným postižením.

### 2.1 Socio-kulturní aspekty

Tyto aspekty jsou velice důležité pro vývoj jedince s mentálním handicapem. Zahrnují socio-kulturní pojetí normality a stereotypní vnímání ve společnosti.

Kocurová vymezuje socio-kulturní pojetí normality takto: „...*normální je to, co je v dané společnosti a kultuře obvyklé.*“<sup>37</sup>

V tomto případě normou rozumíme to, co společnost považuje za normální a obvyklé. Vždy se sociální norma váže na danou sociální skupinu. Osvojování si sociálních norem probíhá během socializace jedince do společnosti. Domnívám se, že společnost považuje odchylné chování od normy za nepřijatelné. Často se označuje jako porucha chování či deviantní chování.

#### 2.1.1 Stereotypní vnímání

Pro snadnou orientaci ve společnosti lidé používají stereotypy – negativní či pozitivní.

„*Stereotyp znamená tendenci k fixaci určitého názoru či postoje.*“<sup>38</sup>

Stereotyp nejčastěji vzniká převzetím názorů společnosti. K některým druhům postižením se ve společnosti zafixovali negativní stereotypy, které jedinci s handicapem velmi těžko překonávají a tím jim brání k lepší integraci do společnosti. Za další negativní stereotyp

---

<sup>37</sup> KOCUROVA, M. a kol.: Speciální pedagogika pro pomáhající profese. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002, s. 7.

<sup>38</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004, s. 15.

můžeme považovat šablonovité vnímání. Lidé ve společnosti vnímají postižené jedince podle určité šablony bez ohledu na jejich individuální odlišnosti. Podle mého názoru je stereotypní vnímání ve společnosti důsledkem neinformovanosti veřejnosti o individuálních možnostech lidí s postižením.

### **2.1.2 Mentální postižení vnímáno jako sociální deviace**

Nejdříve vymezím, co znamená pojem sociální deviace a poté souvislost sociální deviace s mentálním postižením.

*„Sociální deviace (z latinského slova deviatio=odchylka) znamená odchylka od sociálních norem ve směru plus i minus.“<sup>39</sup>*

Jestliže společnost považuje mentální retardaci jako odchylku od normy, lze jí vnímat jako sociální deviaci.

*„Chorobu či defekt lze považovat nejen za odchylku biologickou, ale i za určitý druh sociální deviace.“<sup>40</sup>*

V tomto případě je sociální deviace spojena s představami a znalostmi lidmi ve společnosti, které jsou často nesprávné. Lidé ve společnosti považují něco odlišného od normy za špatné či nežádoucí.

### **2.1.3 Mentální retardace jako handicap**

Nemoc či odchylka je společenským handicapem, který je považován za něco nežádoucího, ale je zde odlišné pojetí zodpovědnosti subjektu než u ostatních sociálních deviací.<sup>41</sup>

Mentálně retardovaný člověk nebývá považován za viníka své choroby. Většinou jsou ostatní lidé ve společnosti k nim trpěliví a ohleduplní.

---

<sup>39</sup> KOCUROVA, M. a kol.: Speciální pedagogika pro pomáhající profese. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002, s. 62.

<sup>40</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004, s. 18.

<sup>41</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004.



*„Nemocný či postižený člověk získává tímto hodnocením i určitou sociální roli, kterou lze charakterizovat několika základními rysy.*

- 1. Nemocný není považován za viníka svého nežádoucího stavu a nepředpokládá se také, že by byl schopen bez pomoci tento stav napravit.*
- 2. Nemocný má sice určitá privilegia, tj. je zproštěn některých povinností, ale nemá stejná práva jako lidé zdraví.*
- 3. Nemocný je povinen považovat tento stav za negativní a nežádoucí a z toho důvodu se musí v mezích svých možností snažit o jeho nápravu.“<sup>42</sup>*

#### **2.1.4 Stigmatizace**

Sociální role lidí s postižením souvisí s problémem sociální stigmatizace. Projevuje se to především u lidí s nápadným postižením.

*„Stigmatizovaná onemocnění jsou takové odchylky, které mají nežádoucí nápadnost v sociálních projevech. A které vyvolávají odpor a bývají často spojeny s představou, že je jedinci či předkové nějakým způsobem zavinili.“<sup>43</sup>*

V případě stigmatizace jde o to, jak jsou jedinci s postižením vnímáni, hodnoceni okolím a na základě toho akceptováni či neakceptováni danou společností. Podle mého názoru jsou mentálně postiženým jedincům přisuzovány často negativní vlastnosti, jsou odmítáni společností a tím dochází k izolaci od ostatní části populace. V mnoha případech je to dáno neinformovaností veřejnosti a také negativních stereotypů převzatých od rodičů.

Existují i tzv. vnější symboly stigmatu. Mezi ně například patří bílá hůl nebo vozík. Tyto stigmaty neboli znaky společnost vyžaduje k označení určitého postižení. Na druhou stranu lidé s postižením tyto stigmaty často odmítají.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> KOCUROVA, M. a kol.: Speciální pedagogika pro pomáhající profese. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002, s. 13.

<sup>43</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004, s. 19.

<sup>44</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004.

## 2.2 Socializace jedince s mentální retardací

Socializace jedince probíhá celý život. Vyjadřuje začleňování jedince do společnosti. Počátky socializace jsou spojeny především s reflexemi a s uspokojováním biologických potřeb.

### 2.2.1 Novorozenecké období

*„Novorozenecké období není dobou úplné bezmocnosti a pasivity. Dítě je v interakci od počátku aktivním činitelem a ne pouze pasivním příjemcem podnětů z prostředí.“<sup>45</sup>*

Když u dítěte z nějakého důvodu chybí zpětná vazba s matkou, rodiče ve většině případů začnou snižovat počty vzájemného kontaktu. Například mentálně postižené dítě bývá pasivní a méně aktivní.

### 2.2.2 Kojenecké období

V tomto období se rozvíjí primární sociální vztahy a interakce v rodině. V prvním roce života je socializace závislá na aktivitě matky, která stimuluje charakter a komunikaci s dítětem.

Postižení je faktorem, který interakci mezi matkou a dítětem podstatně mění.<sup>46</sup>

Postižení mění interakci na úrovni projevů dítěte a také na úrovni očekávání a skutečného chování matky. Charakteristické změny, které ovlivňují socializační proces, jsou závislé na typu postižení. Myslím si, že pro socializaci dítěte s mentální retardací v raném období je důležitý kontakt s matkou. Chování matky dítě pozitivně stimuluje a v určitých oblastech rozvíjí. Také dítě zpětnou vazbou motivuje matku. Snad každá matka považuje úsměv za významný projev komunikace s dítětem.

---

<sup>45</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004, s. 167.

<sup>46</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004.

*Roční holčička, která trpí středně těžkou mentální retardací, je méně aktivní než zdravé děti. Celý den prospí, je velice klidná až apatická. Prostřednictvím úsměvu komunikuje s ostatními. Když se jí něco líbí, usmívá se jako obrázek, ale když se jí něco nelíbí, ušklíbne se. Její reakce na podněty jsou slabé, často stereotypní. V tomto případě je holčička na nižší vývojové úrovni než ostatní děti v jejím věku.*

### **2.2.3 Batole**

V batolecím věku dochází k osamostatňování a k potřebě rozšířit oblast sociálních kontaktů. V tomto období se dítě učí chápat rozdíly v projevech lidí, se kterými se stýká. Postižené děti se také učí rozlišovat lidi ve svém okolí, především rozlišují projevy chování.<sup>47</sup>

Nejdůležitější u dětí je v tomto období postupné osamostatnění se od matky. Navazování kontaktu s cizími lidmi je pro postižené děti velice obtížnější než u zdravých dětí. Nejčastější příčinou je omezený kontakt s lidmi mimo vlastní rodinu. Matka se většinou snaží chránit své postižené dítě před možným nebezpečím.

*„Normy chování si dítě osvojuje sociálním učení, především v rodinném prostředí.“<sup>48</sup>*

Ve většině případů je to prostřednictvím příkazů, zákazů, odměn či trestů. U postižených dětí je opět tato oblast ovlivněna jejich postižením. Zvláště nedostatky vnímání a porozumění.

### **2.2.4 Předškolní věk**

V předškolním věku je sociální aktivita postižených dětí omezena jen na okruh široké rodiny. Postižené děti se v tomto období naučí rozlišovat chování dospělých lidí i vrstevníků v mateřské škole. Nedostatky dané postižením nadále negativně ovlivňují rozvoj sociální aktivity.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004.

<sup>48</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004, s. 173.

<sup>49</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004.

Mentálně postižené děti mívají největší potíže v porozumění chování ostatních lidí. Často bývají opožděné v oblasti komunikace. Jejich slovní zásoba je velice chudá.

*„Osvojení sociálních rolí závisí na rozšiřování sociálních kontaktů dítěte, jeho zkušenosti s různým prostředím a posléze i schopnosti se určitým, žádoucím způsobem chovat.“<sup>50</sup>*

U postižených dětí je osvojování sociálních rolí závislé na stupni postižení, např. na schopnosti chápat určité věci nebo na přizpůsobení se prostředí. Takové zkušenosti získá postižené dítě při kontaktu s ostatními dětmi, např. ve speciální mateřské škole. Ve většině případů jsou postižené děti nezkušené v navazování kontaktů s ostatními dětmi, často jsou závislé na rodičích. Proto každé postižené dítě reaguje na tuhle situaci jinak. Některé je agresivní, jiné zase uzavřené do sebe nebo plaché.

*Pro příklad bych uvedla příběh mentálně retardovaného chlapce, který v pěti letech nastoupil do speciální mateřské školy. Po nástupu do speciální mateřské školy se uzavřel do sebe a s nikým se nesnažil navázat kontakt. S ostatními dětmi se nezapojoval do žádné kolektivní hry. Když mu něco nešlo nebo se mu nedařil nakreslit nějaký obrázek, choval se agresivně. Pokaždé začal bouchat věcmi o stůl. Komunikoval pouze s rodiči.*

### **2.2.5 Školní věk**

Nástup do školy je pro dítě i jeho rodiče velice důležitý. Dítě v tomto období dosáhne dalšího stupně socializace. Například dítě začne respektovat roli učitelky jako autority a roli spolužáků. Učitel by měl respektovat individuální zvláštnosti mentálně postiženého dítěte a podle toho se k němu chovat.

V průběhu školního věku se stabilizují sociální normy, které souvisí s rozvojem myšlení. Mentálně postižené děti dokážou si osvojit základní sociální normy chování. Takové děti bývají svými rodiči omezovány v rozvoji samostatnosti a zodpovědnosti za vlastní chování. Úroveň zvládnutí nových sociálních rolí souvisí s vývojem sebepojetí i

---

<sup>50</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004, s. 177.

sebehodnocení dítěte. V sebehodnocení se odráží nejenom racionální hodnocení dospělých, ale i jejich citový vztah k dítěti.<sup>51</sup>

### **2.2.6 Dospívání**

V době dospívání se v socializaci může odrazit i problém změny prostředí, dále přechod z rodiny do internátu nebo změna zařízení sociální služby. Postižení jedinci se mnohem obtížněji vyrovnávají se změnami, protože nejsou dostatečně zralí a vyrovnaní. Přechod do ústavního zařízení sociální služby není snadný.<sup>52</sup>

Mentálně retardovaní potřebují mnohem více času na adaptaci v novém prostředí. Každý se vyrovnává s danou situací jinak. Zde bych uvedla pro ilustraci případ z praxe.

*Dvacetiletý chlapec, středně těžce mentálně retardovaný, byl převezen do Domova pro osoby se zdravotním postižením. Po příchodu se choval labilně a často se u něj projevovaly psychické stavy doprovázeny jekotem a pláčem. Neměl žádný zájem o nové věci či nové prostředí. Nenavazoval žádné kontakty ostatními klienty Domova či se zaměstnanci. Po každé když se mu něco nelíbilo, tak se začal vztekat, lehat si na zem a poté začal brečet. Myslím si, že tímto chováním chlapec vyjadřoval strach a úzkost z nového prostředí.*

### **2.2.7 Problém stárnoucích rodičů**

Hlavním problémem stárnoucích rodičů dospělého mentálně postiženého je obava z budoucnosti. Nejčastěji si kladou otázky, co bude s jejich dítětem, kam ho umístí, jaké jsou možnosti integrace dospělého jedince s postižením.

Závislosti mentálně postiženého potomka na rodičích, kterého stále považují za dítě, byť je dospělý či stárnoucí, může mít různý význam: může poskytovat určitý smysl jejich životu a zároveň vyvolávat obavy z nezvládnutí tohoto úkolu. Větší pocit psychické pohody mají matky, které předpokládají převzetí péče o mentálně postiženého syna či dceru jejich sourozenci.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004.

<sup>52</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

<sup>53</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

### **2.2.8 Osamostatnění mentálně postiženého od rodiny**

Osamostatnění od rodiny je pro mentálně postižené velmi těžké, někdy dokonce nedosažitelné. Tito lidé nemají potřebu zcela samostatného života a ve většině případů by jej ani nebyli schopni. Pokud žijí jejich rodiče a mohou se o ně starat, zůstávají v rodině. Rodina jim poskytuje určité citové zázemí, ale na druhé straně bývají více sociálně izolováni, především v kontaktech s vrstevníky.<sup>54</sup>

Nemohou sami navazovat kontakty s vrstevníky a tím se osamostatnit od rodičů. Rodiče si často nepřipouští, že by mohli podporovat osamostatňování svého postiženého dítěte, např. zapojením do domácích prací. V důsledku toho bývají mentálně postižení jedinci velmi málo soběstační, a proto se nedokážou osamostatnit od rodičů.

Pro lepší osamostatnění mohou lidé s postižením využívat sociální službu – chráněné bydlení. Podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 51 je „*chráněné bydlení pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.*

#### **Služba podle odstavce 1 § 51 obsahuje tyto základní činnosti:**

- a) *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;*
- b) *poskytnutí ubytování;*
- c) *pomoc při zajištění chodu domácnosti;*
- d) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;*
- e) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;*
- f) *sociálně terapeutické činnosti;*
- g) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

<sup>55</sup> ZÁKON 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sbírka zákonů [online]. [cit. 1. 1. 2009].

Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>.

### 2.2.9 Pracovní aktivita

Pracovní aktivita dává postiženému jedinci v jeho životě náplň a smysl. Nejvíc záleží na možnostech postiženého pracovat, jako jsou např. koncentrace pozornosti a rozvoj myšlení atd.<sup>56</sup>

Mentálně postižení jedinci se na pracovním trhu nejlépe uplatní prostřednictvím sociálně terapeutických dílen.

Podle Zákona č. 108/2006 Sb., § 67 o sociálních službách jsou „sociálně terapeutické dílny ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umísitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

#### **Služba podle odstavce 1 § 67 obsahuje tyto základní činnosti:**

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;
- c) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění;
- d) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.<sup>57</sup>

### 2.2.10 Partnerství

Partnerské vztahy jsou pro každého jedince vyvrcholením sociálních vztahů. Mladý člověk si vytváří nový intimní vztah s druhým člověkem. Myslím si, že schopnost mentálně postiženého jedince založit rodinu, by byla považována za úspěšné začlenění do společnosti.

Ve většině případů nemají postižení příležitost k navázání kontaktu s potenciálním partnerem, který by měl podobnou mentální úroveň. Mnohé vztahy tohoto druhu zahrnují jen občasné společné aktivity, nejčastěji v rámci společného zaměstnání či zařízení pro aktivity volného času. Domnívám se, že partnerský vztah přináší i mentálně postiženému jedinci novou zkušenost.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

<sup>57</sup> ZÁKON 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sbírka zákonů [online]. [cit. 1. 1. 2009].

Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>.

<sup>58</sup> VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

## 2.3 Výchova dítěte s mentální retardací v rodině

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentální retardací je jeho rodina. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Narození mentálně postiženého dítěte bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost.<sup>59</sup>

Vždycky se rodily děti zdravé, silné, duševně i fyzicky zdatné, které byly a jsou pýchou a hlavně štěstím rodičů. A také přicházely na svět děti fyzicky nebo duševně postižené, které byly pro rodiče často zdrojem zklamání a starostí. Asi snad každý rodič ve svém dítěti vidí pokračovatele sebe sama či celého svého rodu. Do dětí rodiče vkládají své naděje, očekávání, a také splnění všech svých přáních.

Poznání rodičů, že s jejich dítětem „není něco v pořádku“, pro ně obvykle znamená velký šok. Radost a naději zpravidla vystřídá úzkost, strach, obavy, pocit studu a nezřídka i pocit viny za to, že právě jejich dítě není takové jako ostatní.<sup>60</sup>

Ve chvíli, kdy rodiče zjistí, že se jim narodilo postižené dítě, se jim hlavou honí nejrůznější myšlenky. Nevědí a nechápou, co se s jejich dítětem stalo, nevědí, jak bude jeho vývoj pokračovat a co všechno je v životě čeká, nevědí, jak s dítětem zacházet, jak s ním jednat, jak je vychovávat. Mentálně postižené děti mívají poměrně často ještě další vrozené vady, například srdeční vady, zrakové vady atd.

Aby se rodiče dokázali vyrovnat se situací, že se jim narodilo postižené dítě, je důležité, aby byli o postižení svého dítěte dobře informováni. Často jsou rodiče postižených dětí přecitlivělí netaktní, někdy i s pocitem bezcitnosti.<sup>61</sup>

*V šestém měsíci těhotenství matce zjistili epilepsii. Maminka se mi svěřila, že po porodu dítě odnesli na novorozenecké oddělení a ji převezli na pokoj. Maminka si myslela, že je to normální postup. Doufala, že je všechno v pořádku. Druhý den ráno jí dítě lékaři nepřinesli na kojení. Mamince se to nějak nezdálo, tak se ptala, co je s dítětem. Při vizitě jí*

---

<sup>59</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

<sup>60</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

<sup>61</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.



*lékař sdělil, že novorozeněte se jí bude věnovat pediatr. Ten jí sdělil, že se její narodilo dítě s Downovým syndromem. Pro maminku to byl velký šok. V první chvíli vůbec nevěděla, co bude dělat, jaké jsou možnosti výchovy dítěte s Downovým syndromem.*

Pro vývoj dítěte je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se změnami v jejich životě. Podle mého názoru je nejlepším vyrovnáním se změnami v životě rodičů přijetí dítěte, jaké je a poskytnout mu, co nejlepší péči a výchovu.

Nejméně vhodným postojem rodičů je odmítání dítěte. Jestliže se oba rodiče nedokážou vyrovnat s faktem, že jejich dítě je postižené, mají zpravidla tendenci umístit je do zařízení sociální péče a ponechat je jeho vlastnímu osudu. Druhým extrémním postojem je zaujetí přesprávil ochranné přístup k dítěti, snaha „uchránit je všeho zlého“ i za cenu jeho izolace od společenského okolí často spojená i s příliš nízkými požadavky na dítě.<sup>62</sup>

Nejvhodnější přístup spočívá asi v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je. Poznat jeho schopnosti, dovednosti a míru jeho postižení.

*„Výchova jedinců s mentálním postižením se nikdy neobejde bez velmi náročného pedagogického vedení ze strany učitelů, vychovatelů, ale také rodičů.“<sup>63</sup>*

V současné době se začínají rozšiřovat a rozvíjet, při některých speciálních školách, speciálně-pedagogická centra, zaměřená na co nejčastější a co nejúčinnější pomoc postiženým dětem a jejich rodičům. Myslím si, že rozvinutí činnosti těchto center představuje značnou pomoc rodičům při výchově jejich mentálně postiženého dítěte.

V předškolním věku je pro dítě přínosem, navštěvuje-li mateřskou školu. Děti s mentálním postižením mohou být přijímány do běžných mateřských škol, kde jsou vychovávány společně se svými nepostiženými vrstevníky, i do škol, kde jsou vychovávány společně se svými nepostiženými vrstevníky, i do speciálních mateřských škol, kde je jim věnována odborná speciální péče.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

<sup>63</sup> SLOWÍK, J.: Speciální pedagogika. Praha: Grada, 2007, s. 115.

<sup>64</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

Také ve školním věku dítě hraje rodina velmi významnou roli. Mentálně postižené dítě potřebuje rodinné zázemí, pocit ochrany a bezpečí, intenzivnější výchovnu péči a pomoc při vzdělávání. Rodiče by se také měli snažit vést své postižené dítě k samostatnosti. Myslím si, že nejpřirozenější osamostatnění jejich dítěte je prostřednictvím komunikace s druhými lidmi. Např. při setkání s ostatními dětmi ve škole či učiteli.

Některé těžce postižené děti se pod trpělivým vedením naučí i dovednostem, které neovládají ani mnozí jejich nepostižení vrstevníci. Dovedou např. velmi krásně vyšívat, plést, pracovat s keramickou hlínou, pomáhat při pracích v domácnosti nebo na zahradě. Kromě pocitu smysluplné činnosti mají i pocit, že jsou užiteční ostatním.<sup>65</sup>

*Patnáctiletý chlapec, který trpí středně těžkou mentální retardací, každý den pravidelně navštěvuje keramickou dílnu v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Práce v keramické dílně ho uspokojuje a naplňuje jeho každodenní činnosti. Během tří měsíců mého pozorování se při práci s keramickou hlínou velice zlepšil. Na začátku pozorování pouze mačkal hlínu a tvořil baculaté postavičky. Na konci třetího měsíce dokázal vymodelovat z keramické hlíny postavičku sněhuláka.*

Rodina hraje významnou roli i v dospělém věku mentálně postižených. Mentálně postižení jedinci s lehčím stupněm postižení se velmi dobře zapojují do pracovního procesu a v rodině nachází své zázemí. Někteří lidé s těžším stupněm mentálního postižení se uplatní v tzv. sociálně terapeutických dílnách. Těžce mentálně postižení dospělí, o něž se již rodiče nemohou trvale starat, bývají umísťováni v zařízeních sociální péče, která mají podobu denního, týdenního či celoročního pobytu.

---

<sup>65</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

## 2.4 Ústavní péče o lidi s mentálním postižením

Před rokem 1989 se služby pro lidi s mentálním postižením omezovaly na ústavy sociální péče. Rodičům dětí s postižením se často hned v porodnici doporučovalo, aby své dítě dali do kojeneckého ústavu a aby si pořídili další dítě. Jistou pomoc pro rodiče poskytovalo Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Na začátku let devadesátých minulého století postupně vznikaly nové služby pro mentálně postižené, které měly charakter chráněného prostředí. Např. chráněné dílny, stacionáře atd.<sup>66</sup>

Postoje společnosti k ústavům sociální péče v poslední době procházejí vývojem plných změn. V minulém století byl většinovou společností zažitý názor, že člověk s mentálním postižením „patří“ do ústavu.

Rodiče takto postižených dětí, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma a budou o ně pečovat sami, byli svým okolím považováni za podivíny, kteří jsou ochotni obětovat část svého života mentálně postiženému dítěti, z něhož „stejně nikdy nic nebude“. Tyto předsudky byly často zdrojem velkých nedorozumění i uvnitř svých rodin. Předsudky vedly k tomu, že rodiče své postižené děti skrývali, jednak před nepochopením svého okolí, jednak ze strachu, aby je „nemuseli dát do ústavu“.<sup>67</sup>

**Až do roku 2006 se ústavní zařízení pro těžce zdravotně postižené jedince členila na:**<sup>68</sup>

- ústavy pro tělesně postiženou mládež;
- ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením;
- ústavy pro mentálně postiženou mládež s více vadami;
- ústavy pro mentálně postiženou mládež;
- ústavy pro tělesně postižené dospělé občany;
- ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením;
- ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami;
- ústavy pro smyslově postižené dospělé občany;
- ústavy pro mentálně postižené dospělé občany;

<sup>66</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

<sup>67</sup> ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006.

<sup>68</sup> MATOUŠEK, O. a kol.: Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007.

- ústavy pro chronické alkoholiky toxikomany.
- ústavy pro chronické psychotiky a psychopat

Nejčastějším problémem ústavních zařízení bylo to, že postiženým jedincům poskytovala někdy minimální služby a často je tím brzdili v osobním vývoji. Přetrvávala také tendence izolace klientů od okolního světa a tím u klientů často docházelo k psychické deprivaci. Především se nezohledňoval individuální přístup k jednotlivým jedincům s postižením.

*„Současným ideálem je směřování k tomu, aby lidé s mentálním postižením mohli využívat běžné instituce, které poskytují služby veřejnosti.“<sup>69</sup>*

To by znamenalo, aby lidé s postižením žili v zařízení, které co možná nejvíce odpovídá životu ostatních lidí bez handicapu.

#### **2.4.1 Nový zákon o sociálních službách**

V lednu v roce 2007 vstoupil v platnost nový zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákon o sociálních službách vymezuje jen 2 kategorie ústavních zařízení pro lidi s postižením. Patří sem domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro osoby se zvláštním režimem.

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí ambulantní služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.<sup>70</sup>

<sup>69</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005, s. 113.

<sup>70</sup> ZÁKON 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sbírka zákonů [online]. [cit. 1. 1. 2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>.

**Zákon 108/2006Sb., § 48 vymezuje Domovy pro osoby se zdravotním postižením takto:**

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.<sup>71</sup>

**Zákon 108/2006Sb., § 50 vymezuje Domovy se zvláštním režimem takto:**

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.<sup>72</sup>

## **2.5 Některé nové formy péče o osoby s mentálním postižením**

Okruh možností v péči o lidi s mentálním postižením je v našich podmínkách stále poměrně omezený. V některých zemích v zahraničí se již v posledních dvou desetiletích rozvíjejí rozmanité alternativní formy péče, od péče organizované a zajišťované rozličnými státními organizacemi a agenturami, občanskými sdruženími až po některé nové typy komunitní i zcela neformální péče.

**Zákon 108/2006 Sb. vymezuje tyto sociální služby pro zdravotně postižené:**

### **2.5.1 Osobní asistence**

Osobní asistence je forma služby rozvinutá především mezi nestátními organizacemi. Služba spočívá v tom, že vyškolený asistent pomáhá lidem s postižením při zvládnutí úkonů, které by uživatel dělal sám, kdyby mu v tom postižení nebránilo. U lidí s vážnějším mentálním postižením, kdy klient není schopen říct asistentovi, co potřebuje, musí asistent

---

<sup>71</sup> ZÁKON 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sbírka zákonů [online]. [cit. 1. 1. 2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>.

<sup>72</sup> ZÁKON 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sbírka zákonů [online]. [cit. 1. 1. 2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>.

převzít roli manažera péče. Osobní asistent musí udržovat podpůrné vztahy klienta, případně mu zprostředkovávat další služby.<sup>73</sup>

Specifická role osobního asistenta mentálně postižených spočívá v tom, že svojí činností pomáhá kompenzovat psychické i fyzické nedostatky. Z této zvláštnosti role osobního asistenta mentálně postižených vyplývá i mimořádná míra osobní odpovědnosti. Práce osobního asistenta těchto postižených osob je mimořádně náročná. Asistent by měl být nejen pomocníkem, průvodcem životem, ale především jeho blízkým člověkem, který s ním bude prožívat jeho život.

### **2.5.2 Sociálně terapeutické dílny**

Sociálně terapeutické dílny je podle zákona 108/2006Sb. o sociálních službách služba, která se dosud označovala jako chráněné dílny. Tato služba je určena lidem, kteří se nemohou uplatnit na otevřeném trhu práce. Účelem je podpora pracovních návyků a rozvoj pracovních dovedností, kromě tohoto zahrnuje pomoc při osobní hygieně a stravování.<sup>74</sup>

### **2.5.3 Podporované zaměstnávání**

Podporované zaměstnávání je forma služby, kterou nový zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách zahrnuje pod titul sociálně aktivizační služby. Spočívá v tom, že asistent spolu s uživatelem dochází na pracoviště, které není vybudováno speciálně pro potřeby lidí s postižením. Asistent na tomto pracovišti zajistí uživateli vhodné pracovní podmínky a přiměřené vedení.<sup>75</sup>

### **2.5.4 Chráněné bydlení**

Lidé s postižením mohou využívat služeb chráněného bydlení, zřízených mimo ústavní prostředí. Jde o pobytovou službu podle potřeby zajišťující vedle ubytování i stravování, pomoc v domácnosti a podporu v dalších činnostech uživatele včetně kontaktu se společenským prostředím. Na ústavech nezávislé služby chráněného bydlení zavádějí u nás nestátní organizace.<sup>76</sup>

Chráněné bydlení spočívá v tom, že několik klientů s mentálním postižením bydlí společně v běžném bytě nebo rodinném domku. Chráněné bydlení by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se

<sup>73</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

<sup>74</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

<sup>75</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

<sup>76</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

sebeobsluhou a se vším, co klienti sami nemohou zvládat. Asistent nezastává funkci rodiče ani vychovatele, ale spíše pomocníka, přítele a konzultanta.

### **2.5.5 Podpora samostatného bydlení**

Lidem žijícím ve vlastních domácnostech je poskytována služba, která se nazývá podpora samostatného bydlení. Spočívá v pomoci při zajištění chodu domácnosti a v pomoci při dalších aktivitách včetně zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Zdravotně postižení mohou využívat i centra denních služeb, jež poskytují pomoc při hygieně, stravování, vedle toho výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti i zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.<sup>77</sup>

Tuto službu dosud využívali spíše senioři nebo lidé bez mentálního postižení s vážnými zdravotními problémy. Mohla by být využívána jedinci s lehčími formami mentální retardace, kteří jsou schopni žít relativně samostatným životem, ale někdy potřebují pomoc při řešení složitějších problémů nebo krizových situací.

### **2.5.6 Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba je uživatelům poskytována ve vlastních domácnostech. Jde o nejrozšířenější neústavní službu poskytovanou v České republice lidem se zdravotním postižením a také seniorům. V některých pečovatelských službách pomáhají i dobrovolníci.<sup>78</sup>

### **2.5.7 Odlehčovací služba**

Odlehčovací (respitní) služby poskytují pomoc rodině, která pečuje o dítě nebo dospělého člena rodiny se závažnějším postižením. Umožňuje rodině, která se o postiženého člena stará, odjet na dovolenou nebo do lázní, odpočinout si a načerpat nové síly. Služba se využívá na dobu od několika dnů do několika týdnů a může být poskytována buď v rodině klienta, nebo v zařízení organizace, která službu poskytuje.<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

<sup>78</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

<sup>79</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

## 2.6 Shrnutí

Mentální retardace se definuje jako vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, tj. nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností.

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou velice různorodé, vždy se však jedná o nějaké poškození mozku.

Nejrozšířenější rozdělení mentální retardace podle stupně postižení. Mezinárodní klasifikace MKN-10 mentální retardaci dělí do čtyř základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace.

K psychologickým zvláštnostem u jedinců s mentální retardací patří porucha myšlení, řeči a vnímání. Další odlišností u jedinců s mentální retardací je v chování a v osobnosti. Mentálně postižení jedinci obvykle bývají pasivnější a více závislí na informacích od ostatních lidí.

Nejpřirozenějším prostředím pro výchovu těchto jedinců je rodina. Mentálně retardovaný jedinec je silně citově vázán na rodiče. Výchova mentálně postiženého dítěte je náročná, dlouhodobá, vyžaduje mnohem více trpělivosti, vynalézavosti, lásky a obětavosti než výchova normálních dětí. Výsledky dosažené při výchově mentálně retardovaného dítěte jsou velmi cenné, neboť bez úsilí rodičů by z něj zůstal třeba jen člověk živořící na okraji společnosti, který by neuměl ani to nejzákladnější, co má lidský tvor umět.

Někteří jedinci však zůstávají od počátku úplně či částečně odkázáni na ústavní péči. Ústavní péče o lidi s mentálním postižením prodělala zejména v posledních dvou letech velkou změnu. Nový zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách přináší nové formy péče o lidi s mentálním postižením a odráží požadavek, aby lidé s postižením žili v zařízení, které co možná nejvíce odpovídá životu ostatních lidí bez handicapu.



## **3 DŮSLEDKY MENTÁLNÍ RETARDACE V ŽIVOTĚ JEDINCE**

### **3.1 Cíl praktické části, použité metody**

Cílem praktické části bakalářské práce je na základě případových studií jedinců posoudit vliv mentální retardace na jejich vývoj a životní cestu. Pro srovnání jsem si vybrala dívku s mentální retardací žijící v rodině a dívku s mentální retardací vyrůstající po celý život v ústavní péči.

Použila jsem následující metody:

- Pozorování
- Rozhovor s matkou mentálně retardované dívky
- Analýza dokumentace jedinců
- Výsledky prací mentálně retardovaných jedinců

Pomocí těchto metod bych chtěla popsat úroveň rozvoje těchto jedinců a důsledky začlenění v rodině nebo v ústavní péči.

## 3.2 Analýza šetření v rodině

Při vypracování osobní a rodinné anamnézy jsem vycházela z rozhovoru s matkou a psychologického vyšetření, které mi poskytla matka L.

### Případová studie

**Jméno:** L. S.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 20 let

#### **Rodinná anamnéza:**

L. pochází z úplné rodiny. Matka narozena roku 1953, ukončené základní vzdělání, vyučena šičkou. V současné době pracuje jako uklízečka. Otec narozený roku 1949, ukončené základní vzdělání, později se vyučil na SOU železniční, dnes pracuje u ČD. Oba jsou zdraví. Sourozence nemá.

#### **Osobní anamnéza:**

Matka L. nemohla mít dlouho dítě. Jezdila na různá léčení i do lázní. Matce zjistili epilepsii, ale to už byla v 6. měsíci těhotenství. Lékaři jí řekli o všech možných rizicích v těhotenství. Ona do poslední chvíle věřila, že se jí narodí zdravá a krásná holčička. Ovšem po porodu lékaři našli degenerativní změny. Protože dítě neprosplávalo, jak by mělo, bylo umístěno bez matky na kojenecké oddělení. Po týdnu byla matka s dítětem propuštěna do domácí péče s diagnózou – Downův syndrom. Dítě se vývojově opožďovalo.

Matka se mi svěřila, že když jí lékaři poprvé sdělili diagnózu své dcery, v hlavě jí proběhlo mnoho věcí. Nejdříve prý byla v šoku a hlavou jí zněla pouze slova Downův syndrom. Když jí lékaři seznámili se všemi možnostmi péče o dítě, pocítovala lítost a zároveň si představovala, jak jde po ulici a lidé se jí posmívají, že se jí narodilo dítě s Downovým syndromem. Myslím si, že většina lidí populace má v sobě zaškatulkované to, že když je něco odlišné než oni, hned je špatné či horší. Nakonec si matka uvědomila, že malá L. jí

potřebuje a navzdory odporu ve své vlastní rodině se rozhodla, že ji vychová a že jí poskytne rodinné zázemí. Matka o tomto období říká, že to bylo její „nejtěžší období“.

Jako novorozenec měla nižší svalovou ochablost, než je běžné. Např. když matka měnila dcerce plenky, všimla si, že při roztažení nožiček neklade takový odpor jako normální dítě. Když leží na bříšku, nožičky má natažené v prodloužení trupu a zadeček má o něco plošší než jiné děti. Na druhou stranu velmi dobře reagovala na zvuky, které slyší.

Kolem první poloviny roku se L. začala natahovat po předmětech kolem sebe. Postupem času se učila s nimi hrát. L. si začala vkládat předměty do úst a bouchala s nimi. Postupně začala manipulovat s předměty. Na konci prvního roku začala trpět zácpou. Matka s ní byla u lékaře a po dlouhých vyšetřeních byla dceři diagnostikována Hirschsprungova nemoc.

*„Hirschsprungova nemoc se vyskytuje častěji u dětí s Downovým syndromem než u normálních dětí. Je pojmenována po dánském lékaři doktoru H. Hirschsprungovi. Její příčinou je nepřítomnost určitých nervových buněk v oblasti esovité kličky, což je část tlustého střeva před konečníkem. V důsledku toho nefungují správně peristaltické vlny střeva, které posunují potravu ke konečníku, a dochází k hromadění střevního obsahu v tlustém střevě.“<sup>80</sup>*

Léčbu dítěti zahájili lékaři operací, při které jí byl úsek střeva nahrazen vývodem. L. měla u břicha sáček, do kterého jí vycházela stolice. Později lékaři vývod uzavřeli a spojili střeva opět k sobě.

Koncem druhého roku se dítě dokázalo samostatně napít z částečně plného šálku a jíst rukama. Koncem třetího roku chodila s takovou jistotou, že za sebou tahala na provázku malou hračku.

Když byla v předškolním věku, dokázala na požádání říct své křestní jméno a uměla pojmenovat mnoho věcí.

Vzhledem k retardaci ve vývoji jí byl při odborném vyšetření v šesti letech navrhován odklad školní docházky. V devíti letech začala navštěvovat přípravný ročník, kde jí byla věnována speciální péče ke zlepšení psychického, pohybového a sociálního vývoje a kde jí byla též prováděna výchova smyslového vnímání a řeči.

---

<sup>80</sup> SELOKOWITZ, M.: Downův syndrom. Praha: Portál, 2005, s. 94.

V roce 1999 L. začala malovat obrázky samostatně. Doma dokázala pojmenovat všechny hračky, ale řeč byla nesrozumitelná až huhňavá. Ve školní družině se prý zapojovala bez problémů do hry s ostatními dětmi a často se nechala vést ostatními dětmi, co má dělat. Po měsíci si už sama začala stavět kostky z dřevěné stavebnice. Dokázala rozlišit pojmy jako malý, velký, ale menší a větší jí prý ještě moc nešlo. Po delší době přemýšlení dokázala roztřídit plný hrneček a prázdný. Zpěv lidových písní jí začal bavit. Snažila se zapojit do zpívání písniček, některé zpívala sama a přitom s dřívky vyťukávala rytmus. Vybarvování a vystřihávání obrázků ji ve škole velice bavilo. Snažila se vybarvovat přesně podle předlohy i vystřihovat. Při tělesné výchově paní učitelka zjistila, že L. neumí chodit rovně. Rovnováha jí dělala problémy. Buď spadla na jednu nebo na druhou stranu.

V roce 2000 už uměla zazpívat samostatně všechny známé lidové písně a zvládala hudební pohybové hry. Při malování L. pochopila, co má dělat. Uměla použít celou paletu s barvami. Malování jí bavilo a byla v něm velmi šikovná. Doma s rodiči procvičovala jednotlivé úkony oblékání, zapínání zipů a zapínání knoflíků. Skládání prádla a ukládání do své poličky. Ve škole se sama zapojovala do společné činnosti s ostatními dětmi. Po půl roce samostatně obkreslila obrázek a s pomocí jej i vystříhala. Když se měli naučit do školy nějakou básničku, tak na to L. potřebovala třikrát víc času než ostatní děti. Špatně artikulovala, takže básničky často nebylo rozumět. Na konci školního roku se L. celkově zlepšila v projevu. Bylo to vidět při přeřkávání pohádek. Snaží se lépe vyslovovat a některá slova jí byla i rozumět. Stává se samostatnější.

V roce 2001 začala samostatně skládat obrázky bez pomoci. Začala chodit na kroužek šikovné ruce, kde dělali různé výrobky z keramiky. Maminka jí sem přihlásila, aby se u ní více rozvíjela jemná motorika. Během dalších let se vývoj zlepšoval. Maminka mi zbytek školních let shrnula do několika málo vět. Dcerka si na druhém stupni základní školy speciální začala rozvíjet představu o svých vlastnostech. Nejtěžší prý bylo naučit ji plnit domácí úkoly. V tělocviku se začala zlepšovat, nejvíce tím, že už dokázala chytnout míč oběma rukama. Ve výtvarné výchově dokázala nakreslit lidskou postavu. Ráda skládala papír, stříhala a vystříhovala jednoduché tvary. Kolem 13. roku začínala rozpoznávat písmenka a číslice. Začala se sama koupat ve vaně, čistit si zuby a také se postupně naučila sama se učesat. To byl podle maminky velký zlom ve vývoji. V patnácti letech se u ní řeč začala více zdokonalovat, byla zřetelnější a srozumitelnější. Tenhle rok bude L. 21 let.

Rodiče musí vybrat dceři nějaké učiliště. Jak se svěřili, v půlce dubna prý budou s ní objíždět jednotlivá učiliště, a kde se jí bude líbit, tak ji tam prý přihlásí.

### **Přehled institucí, které dívka navštěvovala:**

V roce 1998 byla doporučena do přípravného stupně Základní školy speciální (dříve Základní pomocná škola). V přípravném stupni bylo zajištěno osvojování základních dovedností sebeobsluhy a také základních hygienických návyků.

V roce 1999 nastoupila do Základní školy speciální, kterou navštěvuje dodnes. Tento rok v červnu ukončuje povinnou školní docházku.

Od září roku 2009 by její rodiče chtěli dál pokračovat ve vzdělání dcery, tentokrát by to bylo studium na odborném učilišti. Odborná učiliště připravují jedince s mentální retardací na profesní uplatnění v jejich životě.

### **Psychologické vyšetření:**

Vyvíjí snahu a aktivitu, má radost něco spontánně prožít a podniknout, zažít úspěch. Chce se vyhnout nátlaku a překážkám. Vnější tlak prožívá jako napětí. Celkově na zátěž reaguje přecitlivělostí až plačtivostí. Namáhá se ze všech sil udržet pocity pod kontrolou, nechce se dát vyprovokovat. Nebezpečí je, že nahromaděné negativní emoce propuknou nečekaně na nesprávném místě, někdy způsobí i konflikty. Cítí se spokojeně, uvolněně. Často poslouchá hudbu. Slovní projev je zastřen huhňavostí a patlavostí. Pouze jednotlivá slova jsou srozumitelná.

### **Vlastní pozorování:**

L. je velmi citlivě založená dívka, bez větších problémů. Je přátelská, mazlivá, lítostivá či dokonce plačtivá. Vyžaduje pohlázení od rodičů, a když zrovna rodiče dělali něco jiného, začala trucovat. Často se myšlenkami ocitá v pohádkách jako princezna. Někdy i o sobě mluví jako by byla princezna, např. princezna chce napít. Velmi ráda tančí, má cit pro ladný pohyb.

Řeč je srozumitelná, ráda si povídá s vrstevníky ve škole. Někdy mluví nápadně rychle a poté jí je špatně rozumět

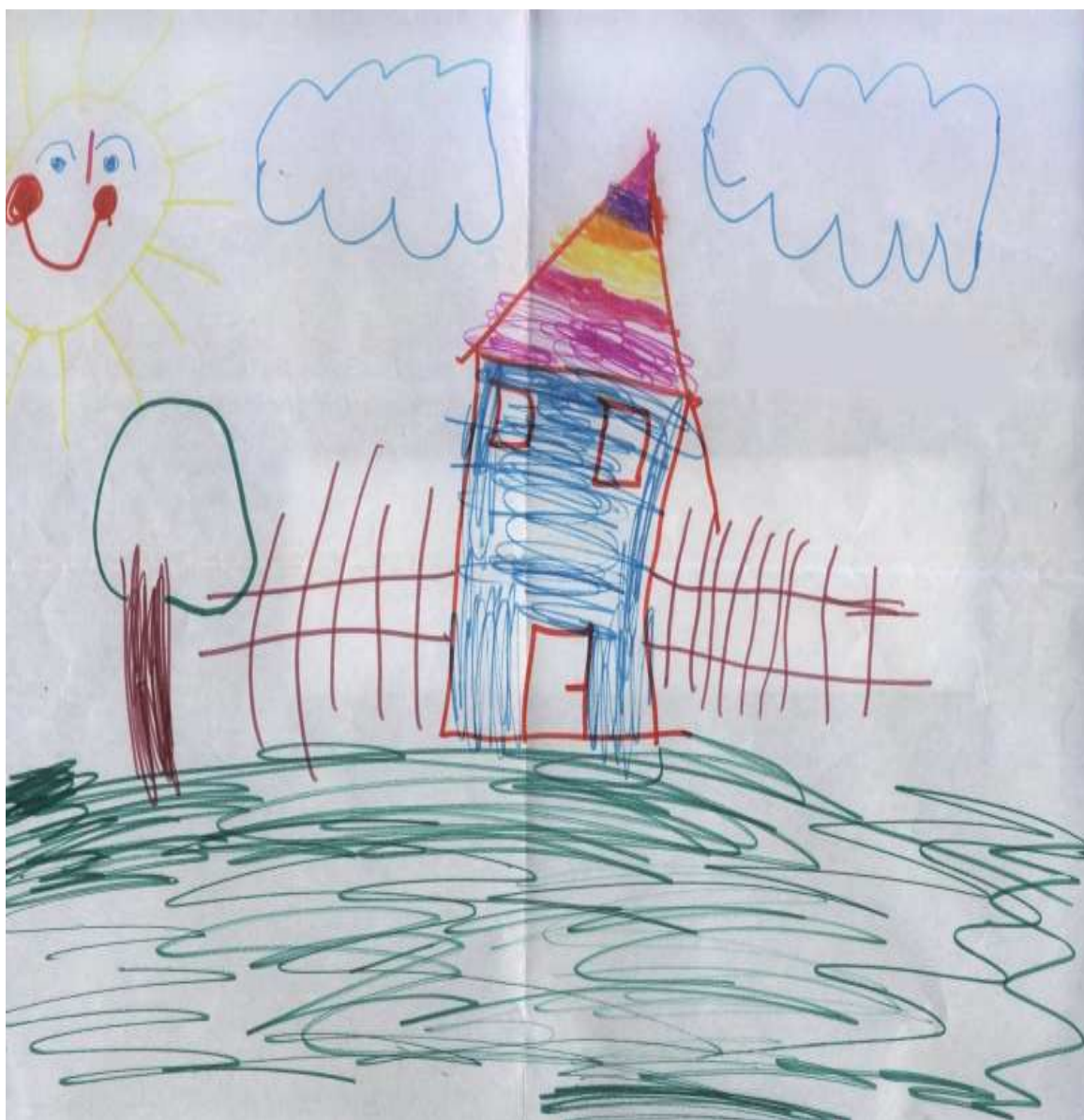
Ve většině činností je soběstačná, ráda pomáhá při úklidu v domácnosti. Také se zapojovala do jiných pracovních činností, jako jsou např. úklid svých věcí, udržování pořádku v pokojíčku či vaření s maminkou. Rodiče se jí věnují maximálně – společně doma kreslí, stříhají nebo lepí nejrůznější obrázky. V kroužku šikovné ruce ji nejvíce baví

keramika a práce s keramickou hlinou. V keramické dílně se rozvíjí fantazie dítěte a také manuální zručnost. Např. při modelování výrobků či glazurování. Volný čas nejraději tráví poslechem hudby nebo tancem.

Cílem rodičů je naučit L. návykům a dovednostem, které bude potřebovat v životě, aby se stala samostatná. Nové návyky rodiče pořád opakují, aby si je lépe zafixovala.

Výchova mentálně postiženého dítěte je náročná, dlouhodobá, vyžaduje mnohem více trpělivosti, vynalézavosti, lásky a obětavosti než výchova normálních dětí.

Obr. 1: Kresba domu jedince s Downovým syndromem



Obr. 2: Kresba rodiny jedince s Downovým syndromem



### **3.3 Analýza šetření v Domově pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace**

Při vypracování osobní a rodinné anamnézy jsme vycházela z osobní dokumentace dívky a informací od sociální pracovnice Domova pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace. Nejdříve popíšu zařízení a jednotlivé služby, které poskytuje. Nakonec zpracuji případovou studii mentálně retardované dívky.

#### **Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace**

Jeho zřizovatelem je Plzeňský kraj, je situován v malé obci Milíře západně od města Tachova.

Hlavním účelem organizace je poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pobytové služby poskytuje osobám (chlapcům i dívkám) s mentálním postižením ve věkovém rozsahu od 3 do 26 let, a to již od roku 1993.

Kapacita domova je v současné době 65 lůžek.

Své služby nabízí osobám na celoročním, týdenním i denním pobytu.

Služby poskytované v Domově pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace jsou stanoveny především v § 48, § 36 a § 37 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a dále ve vyhlášce č. 505/2006 Sb.<sup>81</sup>

**Poskytnutí ubytování:** ubytování; úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.

**Poskytnutí stravy:** zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

**Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:** pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek; pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík; pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh; pomoc a podpora při podávání jídla a pití; pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.

---

<sup>81</sup> STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace, 2007.



**Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:** pomoc při úkonech osobní hygieny; pomoc při základní péči o vlasy a nehty; pomoc při použití WC.

**Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:** pracovní výchovná činnost; nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností; vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění; volnočasové a zájmové aktivity.

**Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:** podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů; pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporující sociální začleňování osob.

**Sociálně terapeutické činnosti:** socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

**Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:** pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

**Základní sociální poradenství:** poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby; poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče; poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě, poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu.

**Zajištění zdravotní péče:** formou zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb. prostřednictvím zdravotnického zařízení; jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

**Ústavní výchova:** v příspěvkové organizaci je v souladu s § 48 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vykonávána ústavní výchova.

**Ergoterapie:** část komplexní rehabilitace, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody a činnosti při léčbě jedinců s fyzickým i psychickým postižením. Je zaměřená za trénink aktivit, vedoucích k soběstačnosti, samostatnosti a zvýšení kvality života klienta. Je založena na předpokladu, že zapojení postiženého jedince do cílené a smysluplné činnosti podporuje jeho mentální a fyzické funkce, celkovou pohodu a vede ke zlepšení zdravotního stavu.

### **Případová studie**

**Jméno:** B. K.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 25 let

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka narozena 1949, pobírá invalidní důchod. Je hluchá a negramotná. Otec narozen 1948, často střídá zaměstnání.

Má pět sourozenců, kteří jsou také umístěni v různých Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Rodiče nejeví žádný zájem.

#### **Osobní anamnéza:**

Po porodu matka zjistila, že se jí narodilo postižené dítě. Dítěte se vzdala a dovolila jí adoptovat. Adopce z důvodu postižení B. nebyla lékaři doporučena. Od narození byla umístěna v Kojeneckém ústavu v Plzni. Diagnostikována středně těžká mentální retardace, na bázi heredity s podílem působení psychické deprivace. Ve 36. měsíci neměla zájem o hračky, osobní hygienu dodržovala jen málo. Zde je vidět, jak psychická deprivace výrazně ovlivnila její vývoj.

V roce 1985 umístěna do Dětského domova v Husinci. V roce 1990 bylo B. provedeno vyšetření – speciálně-pedagogické vyšetření v ÚSP Černice, okres Pelhřimov. Z psychologického vyšetření z roku 1994 vyplývá, že B. má echolálii a dále přetrvávají problémy ve vývoji řeči.

V patnácti letech měla slovní zásobu a rozumové schopnosti na úrovni tříletého dítěte. Diagnostikována středně těžká až těžká mentální retardace, porucha chování, snížená frustrační tolerance a afektivní labilita. V roce 1999 byla přijata do Domova pro osoby se

zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace. V roce 2002 byla zbavena způsobilosti k právním úkonům a poté jí byl ustanoven opatrovník v roce 2003.

### **Individuální plán B. K.**

**Silné stránky:** klidná, trpělivá, v kolektivu oblíbená

**Slabé stránky:** samotářská, nevyvíjí aktivitu

**Cíl:** Není vytyčen vzhledem k autistickým rysům.

### **Krátkodobý plán:**

Procvičování trpělivosti pomocí řízené hry (třídění korálků, skládání puzzle, kostek).

Odpoutání pozornosti od kousání nehtů.

Zapojení do výchovných činností (hudební, dramatická).

Vycházky do přírody, pobyt venku (poznávání přírodnin, zvířat, rostlin).

### **Dlouhodobý plán:**

Snaha o zmírnění kousání nehtů (sebepoškozování)

Podpora soběstačnosti a zlepšení kvality života v Domově.

Cílem je naučit osobu návykům a dovednostem, které jsou potřebné a nezbytné pro samostatný život v přirozeném prostředí, nové návyky fixovat a upevňovat.<sup>82</sup>

### **Psychologické vyšetření:**

B. je pohyblivá, koordinace pohybů. Často se zapojuje do skupinových aktivit přes pohyb s hudbou. Soustředěnou pozornost udrží jen krátkodobě za předpokladu individuální vedení. V celkovém projevu chování převládá neverbální řeč, úsměvné posunky, zejména

---

<sup>82</sup> INDIVIDUÁLNÍ PLÁN. Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace. 29. 2. 20008.

ve spojitosti se správným výsledkem činnosti. K udržení pozornosti dochází při střídání aktivit. Jednoduchým pokynům porozumí. Sebeobslužné a hygienické návyky navozeny, při složitějších činnostech (např. koupání, oblékání).

### **Vlastní pozorování:**

B. jsem pozorovala v rozmezí července 2008 do ledna 2009. B. je samotářská, tichá dívka. Když jsem dívku uviděla poprvé, stála u okna a pozorovala okolí kolem sebe. Do skupinové činnosti se zapojila sama. Nejdříve pozorovala vychovatelku a ostatní uživatele, jak malují obrázek. Po chvíli se zapojila do činnosti. Když malování skončilo, šla se zpátky postavit k oknu. Během výtvarné činnosti nekomunikovala, jenom kývala hlavou nahoru a dolů.

Používá často stereotypy. Nekomunikuje, ale rozumí, co se po ní chce. Často má labilní náladu – pláč nebo smích. Zapojuje se do společenských činností a keramiky. Pracovní činnost nevykonává.

Uklízí si svoje věci, dodržuje zásady správného stolování. Ve volném času nejčastěji využívá práci v keramické dílně nebo chodí na vycházky do okolí Domova.

Obr. 1: Kresba slunce jedince s hlubokou mentální retardací



Obr. 2: Kresba postavy jedince s hlubokou mentální retardací



### 3.4 Závěr z praktické části bakalářské práce

První případová studie se týkala dívky L. (20 let) vyrůstající v rodině. Rozhovorem s matkou jsem zjišťovala, jak probíhal vývoj L. a jak ovlivnila mentální retardace život rodiny. Rodiče L. se snaží jí naučit co největší samostatnosti, aby byla lépe připravena na budoucí život. Rodiče ji mají velmi rádi a snaží se jí, co nejvíce zpříjemnit život. Např. výlety do okolí či návštěvy kina. Výchova mentálně retardovaného jedince je mnohem náročnější než u normálních dětí. Rodiče s L. jednají stejně jako s dětmi v jejím věku.

U dívky L. byl vývoj opožděn Downovým syndromem. V šesti letech jí byl navržen odklad školní docházky vzhledem k její retardaci. V devíti letech již začala navštěvovat přípravný ročník základní školy speciální. Během povinné školní docházky se u ní začala rozvíjet tvořivost a hravost. Ve škole začala navazovat nové kontakty s ostatními dětmi, které nebyly postižené. Dívka se prostřednictvím skupinových her ve škole lépe integrovala mezi ostatní děti. Ráda si povídá s vrstevníky ve škole a hraje s nimi společenské hry.

Na druhém stupni základní školy speciální dívka udělala další významný krok v socializaci. Postupně se začala osamostatňovat a zapojovat se do domácích prací. Rodiče se jí snaží naučit co největší soběstačnosti a nezávislosti na jiné osobě. Myslím si, že rodiče pro ni dělají všechno potřebné, aby jí připravili na budoucí samostatný život. Díky své rodině L. poznala, co znamená mít někoho rád či pomoc někomu v nouzi. Domnívám se, že dívka L. se bude moci v budoucnu osamostatnit od rodičů a začít žít svůj život, např. v nějakém chráněném bydlení.

U dívky L. jsou sociální aspekty ovlivněny životem v rodině. V průběhu školní docházky se u dívky stabilizovaly sociální normy. Tyto normy souvisí především s rozvojem myšlení a také pochopení různých situací ve škole. Dívka se ztotožňuje s rolí žáka a chápe paní učitelku jako autoritu.

Druhou případová studie popisuje vývoj dívky B. (25 let), která žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace a od narození byla trvale umístěna v ústavní péči. U dívky B. byla ústavní péče nezbytná, protože se jí matka po porodu vzdala. U dívky byla diagnostikována středně těžká až těžká mentální retardace. Dívka byla nejdříve umístěna do Kojeneckého ústavu v Plzni. Ve dvou letech byla převezena do Dětského domova v Husinci. V pěti letech jí bylo provedeno speciálně-

pedagogické vyšetření, které zjistilo, že dívka má problémy ve vývoji řeči. V deseti letech byla přijata do Domova pro osoby se zdravotním postižením, Milíře, příspěvková organizace. Vývoj obou dívek se dá srovnávat obtížně, protože obě trpí jinou formou mentální retardace, ale je zřejmě, že kvalitnější život a perspektivnější vývoj má dívka L. Dívka B. se nerozvíjela tak dobře jako dívka L. Je to především dáno tím, že dívka B. celý život vyrůstá v ústavní péči a nemá možnost mít takovou rodinnou péči jako dívka L. Dívka B. udělala určitý krok v samostatnosti a soběstačnosti, např. dokáže se sama obléknout i sama najíst. V tomto ohledu není závislá na druhé osobě. Na druhé straně potřebuje pomoc druhé osoby při nakupování. Přes svoji vadu řeči nedokáže říct, co potřebuje. Dívka B. je odkázána na ústavní péči. Myslím si, že dívka B. nemá takovou možnost integrace do společnosti jako dívka L.

Mnohé postižené děti nemají ani potřebnou úroveň základních vědomostí a zkušeností. V případě této dívky se projevila jako důsledek dlouhodobého pobytu v ústavním zařízení psychická deprivace. V ústavních zařízeních mají postižené děti různá omezení v pohybu a mají nedostatečnou motivaci k činnostem. Lepší motivace je dána milující rodinou. Jestliže je vývoj dítěte více opožděn, často mu chybí základní sociální zkušenosti a tím bývá narušen i jeho socializační vývoj.

Aby Domov plnil své poslání a nahrazoval klientům vlastní rodinu, je nezbytné přizpůsobit tomu i denní režim Domova. Znamená to zařazení takových činností, které by upoutaly pozornost, zájmy a aktivitu jednotlivých klientů. Zaměření Domova by mělo kladně ovlivňovat rozvoj a socializaci uživatelů. Důležitý je také vztah uživatelů a pracovníků sociálních služeb, který hraje prvořadou úlohu při uspokojování individuálních potřeb a zájmů uživatele, získávání nových dovedností a návyků.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problémy začleňování jedinců s mentální retardací do společnosti a zaměřuje se na sociální aspekty mentální retardace v životě jedince.

Cílem bylo analyzovat na základě případových studií vývoj jedinců s mentální retardací a posoudit důsledky mentální retardace v jejich životě. Pro srovnání jsem zpracovala dvě případové studie, v nichž je popisován a následně porovnáván vývoj jedinců s mentální retardací vyrůstajících v odlišném prostředí rodiny a ústavní péče.

Společnost je jedním z činitelů, které významným způsobem ovlivňují psychický vývoj dítěte. Socializační působení umožňuje jedinci, aby se do společnosti postupně začleňoval. Děje se tak sociálním učením, jehož prostřednictvím i jedinec osvojuje žádoucí normy a role. Socializace dítěte s mentálním postižením je jiná než u zdravých dětí, protože se do společnosti začleňuje dítě s odlišnými dispozicemi, často s omezeným vývojem.

Cíl práce byl podle mého názoru splněn a výsledkem je zjištění, že mentální retardace významně ovlivňuje život jedince ve všech oblastech od možnosti žít v rodině, přes způsob vzdělávání, možnost pracovního uplatnění či osamostatnění. Zpomalený vývoj v oblasti sociálních vztahů bývá typický u mentálně postižených dětí. Tento vývoj souvisí především s omezeným rozvojem myšlení a učení. U těchto dětí dlouho přetrvává malá potřeba samostatnosti.

Když se rodičů narodí mentálně postižené dítě, stojí před nimi největší rozhodnutí, jestli si ho mají nechat nebo se ho vzdát. Pro rodinu je to určitě velká zátěž jak po stránce psychické tak i fyzické. Rodina je nejpřirozenější prostředí pro život a výchovu dítěte s mentální retardací. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty a lásky pro jeho rozvoj. Rodina hraje významnou roli ve všech etapách socializace jedince s mentální retardací. V současné době se vyvíjí velké množství institucí pro podporu rodiny, např. denní stacionáře, sociálně terapeutické dílny nebo chráněné bydlení. Někdy je však ústavní výchova jediným řešením. U klientů domovů se však často objevuje psychická deprivace. Denní režim v domově je sice velmi pestrý, ale nikdy nemůže nahradit lásku a péči milující rodiny.

V dnešní době existuje velké množství institucí pro jedince s mentálním postižením, kde mohou tito lidé trávit svůj volný čas. Aktivity v těchto zařízeních přispívají k rozvoji kompetencí, umožňujících lepší integraci do společnosti. Myslím si, že společnost začíná pomalu akceptovat všechny členy.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol.: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7367319-2
2. ČERNÁ, M.: *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Karolinum, 1995. 82 s. ISBN 80-7066-899-7.
3. HATINA, J., SYKES, B.: *Lékařská genetika: Problémy a přístupy*. Praha: Academia, 1999. 296 s. ISBN 8020007008.
4. HENRIKSEN, J-O., VETLESEN, A. J.: *Blízké a vzdálené: etické teorie a principy práce s lidmi*. Brno: Sdružení Podané ruce, 2000. 215 s. ISBN 80-85834-85-5
5. INDIVIDUÁLNÍ PLÁN. Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace. 29. 2. 20008.
6. KOCUROVÁ, M. a kol.: *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002. 209 s. ISBN 80-7082-844-7
7. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
8. MATOUŠEK, O. a kol.: *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
9. ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7
10. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2
11. SELOKOWITZ, M.: *Downův syndrom*. Praha: Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-973-9
12. SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3
13. STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace. 2007.
14. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4
15. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4

16. ZÁKON 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sbírka zákonů [online].

[cit. 1. 1. 2009]. Dostupné z WWW:

<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>.

## **PŘÍLOHY**

PŘÍLOHA č. 1: Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením.

PŘÍLOHA č. 2: Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením.

## **PŘÍLOHA č. 1: Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením<sup>83</sup>**

Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971.

Valné shromáždění 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 možné 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 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 souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo

---

<sup>83</sup> Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením [online]. [cit. 13. 1. 2007]. Dostupné z WWW: <<http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>>.

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.

## **PŘÍLOHA č. 2: Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením.<sup>84</sup>**

### **Osobní asistence**

(1) 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.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Pečovatelská služba**

(1) Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

---

<sup>84</sup> ZÁKON 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sbírka zákonů [online]. [cit. 1. 1. 2009].  
Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>.

### **Podpora samostatného bydlení**

(1) Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) sociálně terapeutické činnosti,
- e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Odlehčovací služby**

(1) Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

### **Centra denních služeb**

(1) V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- e) sociálně terapeutické činnosti,
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Denní stacionáře**

(1) V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Týdenní stacionáře**

(1) V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,



- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

(1) V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(3) Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo a obuv; některými službami se rozumí stříhání vlasů, holení a pedikúra. Nezaopatřenost dítěte se pro účely tohoto zákona posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře<sup>22</sup>).

(4) V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova podle zvláštních právních předpisů<sup>23</sup>). Pro výkon ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením platí přiměřeně ustanovení o právech a povinnostech dětí umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy podle zvláštního právního předpisu<sup>24</sup>).

### **Domovy se zvláštním režimem**

(1) V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Chráněné bydlení**

(1) Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

(1) Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) sociálně terapeutické činnosti,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Sociálně terapeutické dílny**

(1) Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- d) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

### **Sociální rehabilitace**

(1) Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

(2) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(3) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností, obsažených v odstavci 2 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.