

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Životní perspektivy dětí z dětského domova
s mentální retardací

Diplomová práce

Brno 2008

Vedoucí práce:
PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Kateřina Šrámková

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v Brně v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

.....

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Dagmar Přinosilové, Ph.D. za obětavé a odborné vedení diplomové práce, za zájem a přístup při jejím zpracování. Další velké díky bych ráda věnovala Mgr. Janu Řičáři – řediteli Dětského domova, Jablonec nad Nisou za zpřístupnění všech potřebných dokumentů.

Bc. Kateřina Šrámková

OBSAH

ÚVOD.....	6
1. DĚTSKÝ DOMOV.....	7
1.1.POSLÁNÍ DĚTSKÉHO DOMOVA.....	7
1.2.LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ DĚTSKÉHO DOMOVA.....	8
1.3.SYSTÉM ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY	12
1.4.ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY.....	14
2. MENTÁLNÍ RETARDACE.....	21
2.1.VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE.....	21
2.2.KLASIFIKACE A CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE.....	23
2.3.ETIOLOGIE, DIAGNOSTIKA A PREVENCE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	28
2.4.PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	33
3. EDUKACE JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	36
3.1.LEGISLATIVNÍ RÁMEC EDUKACE A PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	36
3.2.MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU.....	40

3.3.VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ V OBDOBÍ POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY	41
3.4.PROFESNÍ PŘÍPRAVA	43
4.DOSPĚLOST OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	44
4.1.PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	44
4.2.FORMY BYDLENÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	46
4.3.SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	48
4.4.PARTNERSKÝ ŽIVOT OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	51
5. ŽIVOTNÍ PERSPEKTIVY DĚTÍ Z DĚTSKÉHO DOMOVA S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	53
5.1. CÍLE, METODY, VÝZKUMNÉ TEZE.....	53
5.2. CHARAKTERISTIKA DĚTSKÉHO DOMOVA A RESPONDENTŮ	54
5.3. PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	56
5.4. ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	75
ZÁVĚR.....	81
SHRNUTÍ.....	82
SUMMARY.....	83
SEZNAM LITERATURY.....	84

ÚVOD

Na počátku své práce bych ráda objasnila, proč jsem si vybrala problematiku dětí s mentální retardací v prostředí dětského domova. Již desátým rokem pracuji v Dětském domově Jablonec nad Nisou jako vychovatelka. Během této doby jsem měla možnost nahlédnout do života všech dětí, o které se starám. Nejvíce mě však zajímaly děti s mentální retardací a proto jsem se rozhodla ve své práci popsat několik konkrétních případů.

Cílem práce je nastínit vývoj dítěte s mentální retardací, přiblížit možnosti tohoto dítěte v dětském domově a nastínit možné životní perspektivy po odchodu z dětského domova do svého vlastního života.

První kapitola se zabývá systémem ústavní a ochranné výchovy, do kterého patří i dětský domov a dále legislativním vymezením dětského domova.

Druhá kapitola přibližuje problematiku mentální retardace a její klasifikaci, etiologii, diagnostiku a prevenci.

Třetí kapitola je o edukaci osob s mentální retardací a o profesní přípravě.

Čtvrtá kapitola popisuje dospělost jedinců s mentální retardací, včetně možnosti bydlení, zaměstnání a sexuality.

V poslední páté kapitole je popisováno několik případových studií z praxe. Zde mi byly poskytnuty všechny dostupné materiály týkající se případů – lékařské zprávy, vyšetření, doporučení a hlavně možnost denně se setkávat s dětmi v roli vychovatelky dětského domova po dobu devíti let.

Na závěr se snažím shrnout získané praktické poznatky.

Ke zpracování závěrečné práce jsem použila metodu kritické analýzy studované literatury, metodu dlouhodobého pozorování a kvalitativní analýzu dokumentů.

1. DĚTSKÝ DOMOV

1. 1. Poslání dětského domova

Současná doba nás přesvědčuje, že týraných, zanedbávaných a opuštěných dětí v posledních letech v České Republice přibývá. Počet dětských domovů (DD) a dětí v nich sice pozvolna, ale každoročně vzrůstá.

Posláním dětských domovů je vytvořit optimální podmínky pro všestranný rozvoj dětí a připravit je na samostatný život. Zaměření výchovně vzdělávací práce v dětských domovech spojuje požadavky školského výchovného zařízení, zajišťujícího všestrannou péči o děti od dětství až do dospělosti, s požadavky na vytvoření stabilního prostředí, které má nahradit rodinu buď trvale, nebo jen na určitou dobu. Dětský domov podporuje výchovně vzdělávací činnost školy, zajišťuje dětem odpočinek, rekreaci i zábavu.

Je nutné počítat s tím, že děti přicházejí do dětského domova většinou z málo podnětného rodinného prostředí. Rodiče bývají obvykle na nízké intelektuální úrovni a také z hlediska sociálního se vyskytuje řada negativních faktorů. Umístěním dítěte do dětského domova dochází k uspokojení jeho materiálních potřeb, nikoli citových. Nesmírně důležitá je zde přitom úroveň a stabilita vztahu dítěte a vychovatele, který hraje prvořadou úlohu při uspokojování individuálních potřeb a zájmů dítěte.

Děti jsou do domova přijímány po diagnostickém pobytu v příslušném diagnostickém ústavu a na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy. Pobyt v domově končí soudním rozhodnutím o zrušení ústavní výchovy, dosažením zletilosti nebo přemístěním do jiného typu zařízení.

Ústavní výchova je opatření nařizované soudem u nezletilých a to tehdy, když neuspěla jiná výchovná opatření a vývoj dítěte je ohrožen. Toto opatření se nařizuje dětem či mladistvým, kteří jsou sociálně nebo mravně narušeni či ohroženi. Tyto děti jsou buď z patologického rodinného prostředí, a nebo rodiče jejich výchovu

zanedbali. O ústavní výchovu může požádat i sama rodina, v případě, že nezvládá výchovu dítěte.

Dětský domov je koedukované zařízení zajišťující péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Děti jsou většinou ve věku od 3 do 18 let v domově, v odůvodněných případech do ukončení přípravy na povolání, nejdéle však do 26 let. Děti navštěvují běžné školy mimo dětský domov.

Základní organizační jednotkou domova je rodinná skupina, kterou tvoří 6–8 dětí. V domově lze zřídit minimálně 2 a maximálně 6 rodinných skupin. Sourozenci se umísťují do stejné rodinné skupiny, pokud je to možné.

1. 2. Legislativní vymezení dětského domova

Dětský domov vzniká na základě zřizovací listiny, kterou schvaluje zastupitelstvo kraje dle ustanovení zákona č. 129/2000 Sb., o krajích, podle ustanovení § 27 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, podle § 16 zákona číslo 564/1990 Sb., o státní správě a samosprávě ve školství, ve znění pozdějších předpisů. Zřizovatelem příspěvkové organizace je kraj. Statutárním orgánem organizace je ředitel organizace, kterého jmenuje a odvolává z funkce Rada kraje.

Dětský domov patří do systému školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a vztahuje se na něj zákon 383/2005 Sb., kterým se mění zákon 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Zákon 109/2002 je rozdělen na čtyři části:

První část se skládá z osmi hlav a to:

I. Úvodní ustanovení

- II. Zařízení
- III. Preventivně výchovná péče
- IV. Pracovníci zařízení nebo ve středisku
- V. Práva a povinnosti dětí umístěných v zařízení, ředitele zařízení a osob odpovědných za výchovu
- VI. Úhrada péče, kapesné, osobní dary a věcná pomoc
- VII. Společná, přechodná a zrušovací ustanovení
- VIII. Účinnost

Druhá část hovoří o změně zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

Třetí část hovoří o změně zákona č. 76/1978 Sb., o školských zařízeních ve znění pozdějších předpisů – zrušeno dne 24. 9. 2004 zákonem 562/2004 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím školského zákona.

Čtvrtá část hovoří o účinnosti (tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. července 2002).

Úvodní ustanovení (Hlava I) tohoto zákona řeší účel a působnost školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči.

Paragraf první uvádí:

- (1) Ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči, kterými jsou střediska výchovné péče, musí být zajištěno základní právo každého dítěte na výchovu a vzdělávání v návaznosti na ústavní principy a mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká Republika vázána, vytvářeny podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osobnosti a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti. S dítětem musí být zacházeno v zájmu

plného a harmonického rozvoje jeho osobnosti s ohledem na potřeby osoby jeho věku.

- (2) Účelem zařízení je zajišťovat nezletilé osobě, a to zpravidla ve věku od 3 do 18 let, případně zletilé osobě do 19 let, na základě rozhodnutí soudu o ústavní výchově nebo ochranné výchově nebo o předběžném opatření náhradní výchovnou péči v zájmu jeho zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělávání.

Dále se v § 12 (Hlava II, Zařízení) hovoří o dětském domově:

(1) Dětský domov pečuje o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

(2) Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

(3) Do dětského domova mohou být umísťovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Do dětského domova se rovněž umísťují nezletilé matky spolu s jejich dětmi.

Zákon 383/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, je rozdělen do osmi částí a to:

- (1) Změna zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů
- (2) Změna zákona o soudnictví ve věcech mládeže
- (3) Změna zákona o rodině

- (4) Změna školského zákona
- (5) Změna zákona o poskytování dotací soukromým školám, předškolním a školským zařízením
- (6) Změna občanského soudního řádu
- (7) Změna zákona o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů
- (8) Účinnost.

Dětského domova se také týká vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se ustanovují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. Tato vyhláška nabyla účinnosti dne 13.9.2006 a nahradila tak vyhlášku č. 334/2003.

Tato vyhláška má devět částí a to:

- (1) Předmět úpravy
- (2) Obsah a rozsah činnosti, organizace a podmínky provozu zařízení
- (3) Organizační postup zařízení při přijímání, umíst'ování, přemíst'ování a propouštění dětí
- (4) Organizační zabezpečení pobytu dětí v diagnostickém ústavu zadržených na útěku
- (5) Umíst'ování dětí se zdravotním postižením, nezletilých těhotných dívek, nezletilých matek a jejich dětí a dětí vyžadujících výchovně léčebný režim, včetně obsahu a rozsahu činnosti, organizace a podmínek provozu
- (6) Umíst'ování a pobyt dětí – cizinců
- (7) Územní obvody diagnostických ústavů
- (8) Vzorový vnitřní řád zařízení
- (9) Závěrečná ustanovení

1. 3. Systém ústavní výchovy a ochranné výchovy

Stručná historie ústavní a ochranné výchovy v českých zemích

V českých zemích se ústavní výchova nařizovala podle rakouského občanského zákona z roku 1887 a 1885. Soud mohl podle tohoto zákona jen doporučit umístění dítěte nebo mladistvého do donucovací pracovny nebo polepšovny. O přijetí, ale rozhodovala příslušná komise zemského úřadu. Pobyt v ústavech trval tak dlouho, dokud to vyžadoval účel. Nejdéle však do dvacátého roku jejich věku. V případě potřeby až do jednadvacátého roku. Po dosažení této věkové hranice nesměl nikdo být držen v ústavu proti své vůli.

V ČSR bylo trestní soudnictví nad mládeží upraveno zákonem č. 48/1931 a vládním nařízením k němu vydaným pod číslem 195/1931. Tato úprava se již podstatně přiblížila podobě platné v současnosti. Dosavadní polepšovny se nadále nazývaly výchovnými. Osoby do 14 let nebyly trestně odpovědné, věk mladistvý byl stanoven od 14 do 18 let (Švancar, Buriánková, 1988).

Od 1.7. 2002 platí zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivněvýchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, který je novelizován zákonem č. 383/2005 Sb. Dále v současné době platí zákon č. 218/2003 Sb. o soudnictví ve věcech mládeže.

Ústavní výchova

Ústavní výchova je jednou z forem náhradní výchovné péče. Ústavní výchova je opatření navržené orgánem sociálně-právní ochrany dětí a schválené soudem. Uplatňuje se v případech, kdy rodina o dítě není schopna nebo ochotna

náležitě pečovat a výchovu dítěte nelze zajistit jiným způsobem. Přitom se vychází ze zákona č. 94/1963 Sb., o rodině a ze zákona 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinou péčí.

V naléhavých případech se navrhuje tzv. předběžné opatření, o kterém musí soud rozhodnout do 24 hodin. Toto opatření má platnost nejdéle 3 měsíce. Pokud ovšem bylo v souvislosti s výchovou nezletilého zahájeno jakékoli řízení, trvá předběžné opatření po dobu, dokud nevstoupí v platnost nové rozhodnutí.

Ústavní výchova (ÚV) – je opatření, které nařizuje příslušný soud podle zákona o rodině v občansko-právním řízení nezletilci do 18 let věku v případech, kdy jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo když rodiče z vážných důvodů nemohou výchovu dítěte zabezpečit. Nařizuje se tedy z důvodů sociálních i výchovných (Vítková, 2004).

Výchovná opatření, která zpravidla předcházejí nařízení ÚV jsou: napomenutí, dohled nad výchovou, omezení, popř. svěřením do péče jiného občana.

„Výkon ÚV u dětí do tří let věku zabezpečují zdravotnická zařízení (kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do 3 let), u jedinců od tří do osmnácti let školská zařízení. V případech ÚV ze sociálních důvodů jsou to dětské domovy (zcela výjimečně i jiný typ zařízení, např. ústav sociální péče tam, kde jde o závažné kombinované postižení nebo těžkou mentální retardaci). V případech nařízení ÚV z výchovných příčin zabezpečují výkon ÚV dětské domovy se školou nebo výchovné ústavy. Ústavní výchova je opatřením, které nemá ze zákona trestný, nýbrž preventivní charakter. Trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do dosažení zletilosti, tj. osmnáctého roku věku, pokud soud nerozhodne jinak (tzn. může být zrušena kdykoliv na základě žádosti zákonných zástupců, pokud pominuly důvody, pro které byla ÚV nařízena, nebo pokud splnila svůj výchovný účel před dosažením osmnáctého roku věku, avšak může být soudem výjimečně prodloužena i po dosažení zletilosti, pokud svůj účel nesplnila, nejdéle však do devatenácti let)“ (Procházková in Vítková, 2004, s. 379).

Ochranná výchova

„Ochranná výchova (OV) je ochranné opatření, které ukládá příslušný soud:

- a) v občansko-právním řízení, spáchá-li dítě mezi 12. – 15. rokem věku čin, za který lze dle trestního zákona uložit výjimečný trest*
- b) v trestním řízení se ukládá OV mladistvému mezi 15. – 18. rokem tehdy, jestliže ochranná výchova podle rozhodnutí soudu splní lépe svůj účel než uložení trestu odnětí svobody“ (Procházková in Vítková, 2004, s. 379).*

Dále Procházková (in Vítková, 2004, s. 379) uvádí, že „ochranná výchova se realizuje ve výchovných ústavech, zcela výjimečně u dětí do 15 let v dětském domově se školou. Trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do dovršení 18 let. Nebylo-li do této doby dosaženo účelu ochranné výchovy, může ji soud prodloužit, nejdéle však do 19 let věku jedince.“

Závěrem můžeme říct, že soud nařizuje ústavní výchovu nebo ukládá ochrannou výchovu, avšak nerozhoduje o zařízení, v kterém bude výchova realizována. O tom rozhoduje příslušný diagnostický ústav na základě komplexního vyšetření jedince.

1. 4. Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Systém ústavní výchovy a ochranné výchovy je u nás popsán zákonem 383/2005 Sb., který upravuje zákon 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Na základě rozhodnutí soudu o ÚV nebo OV nebo o předběžném opatření se děti umísťují do speciálních školských zařízení pro výkon ÚV nebo OV.

Jsou jimi:

- a) diagnostický ústav
- b) dětský domov
- c) dětský domov se školou
- d) výchovný ústav

Účelem těchto zařízení je poskytovat dětem v rámci jejich zdravého vývoje náhradní výchovnou péči a vzdělání.

Podle § 2 odst. 12:

Do zařízení jsou umísťovány i děti s mentálním, tělesným, smyslovým postižením, s vadami řeči, popřípadě s více vadami, u nichž byla nařízena ústavní výchova, uložena ochranná výchova nebo nařízeno předběžné opatření, pokud stupeň zdravotního postižení neodpovídá jejich umístění do ústavu sociální péče nebo do specializovaného zdravotnického zařízení. Pro tyto děti zařízení zajistí vhodné podmínky úpravou denního režimu a vybavenosti zařízení, jejichž přiměřenost posoudí příslušný praktický lékař pro děti a dorost, s nímž zařízení uzavřelo smlouvu o poskytování zdravotní péče. Dále zajistí odpovídající vzdělávací, terapeutický a sociálně rehabilitační program nebo zabezpečí jejich týdenní pobyt v internátu školy podle typu jejich postižení a prostřednictvím příslušného zdravotnického zařízení i specializovanou péči.

- a) *Diagnostický ústav (DÚ)*

Diagnostický ústav – je vstupním diagnostickým zařízením, kterým musí projít každé dítě, kterému je nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Pouze ve výjimečných případech lze dítě umístit do kolektivního zařízení bez předchozího diagnostického pobytu. Toto se týká dětí, které ukončily pobyt v kojeneckém ústavu anebo jsou to děti bez poruch chování.

Děti jsou přijímány do diagnostického ústavu na žádost zákonných zástupců, tj. na dobrovolný pobyt anebo na základě rozhodnutí soudu.

Diagnostické ústavy vyšetřují děti a mládež z určité spádové oblasti (přetrvává rozdělení bývalých krajů). Diagnostický pobyt trvá zpravidla osm týdnů. Na základě komplexního vyšetření, zdravotního stavu dětí a volné kapacity jednotlivých zařízení je DÚ umísťuje do dětských domovů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů.

Diagnostický ústav plní podle potřeb dítěte úkoly:

- a) diagnostické - spočívající ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností,
- b) vzdělávací – v jejichž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, stanovují a realizují se specifické vzdělávací potřeby v zájmu rozvoje osobnosti dítěte přiměřeně jeho věku, individuálním předpokladům a možnostem,
- c) terapeutické – které prostřednictvím pedagogických a psychologických činností směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování dítěte,
- d) výchovné a sociální – vztahující se k osobnosti dítěte, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně-právní ochraně, podle potřeby zprostředkovává zdravotní vyšetření dítěte,
- e) organizační – související s umísťováním dětí do zařízení v územním obvodu diagnostického ústavu vymezeném ministerstvem, popřípadě i mimo územní obvod. Spolupracuje s orgánem sociálně-právní ochrany při přípravě jeho návrhu na nařízení předběžného opatření, které bude vykonáváno v diagnostickém ústavu nebo na návrh diagnostického ústavu v jiném zařízení,
- f) koordinační – směřující k prohloubení a sjednocení odborných postupů ostatních zařízení v rámci územního obvodu diagnostického ústavu, k ověřování jejich účelnosti a ke sjednocení součinnosti s orgány státní správy a dalšími osobami, zabývající se péčí o děti.

Základní organizační jednotkou diagnostického ústavu je výchovná skupina, která má nejméně 4 a nejvíce 6 dětí. Jsou zřizovány nejméně 3 výchovné skupiny.

Diagnostické ústavy nebo výchovné skupiny diagnostických ústavů jsou členěny podle pohlaví nebo podle věku dítěte.

Diagnostické ústavy jsou v České Republice rozděleny podle věku na dětské diagnostické ústavy (DDÚ) a diagnostické ústavy pro mládež (DÚM).

Pro děti, které plní povinnou školní docházku se zřizují třídy se vzdělávacím programem základní škola, základní škola praktická a základní škola speciální. Pro mládež, která již ukončila povinnou školní docházku se zřizují diagnostické třídy, v kterých probíhá příprava na povolání. Třídy školy a diagnostické třídy se naplňují do počtu 8 dětí.

Diagnostický ústav zpracovává komplexní diagnostickou zprávu s návrhem specifických výchovných a vzdělávacích potřeb stanovených v zájmu rozvoje osobnosti dítěte. Diagnostický ústav na základě těchto poznatků písemně sděluje příslušným orgánům sociálně-právní ochrany údaje o dětech vhodných k osvojení nebo ke svěření do pěstounské péče.

V odůvodněných případech může diagnostický ústav, který byl požádán o přijetí dítěte bez závažných poruch chování, umístit dítě do dětského domova bez jeho předchozího pobytu v DÚ. Platí to i pro děti, které byly v péči kojeneckého ústavu.

Diagnostický ústav předává s dítětem umístěvaným nebo přemísťovaným do zařízení komplexní diagnostickou zprávu s programem rozvoje osobnosti a další dokumentaci. Při umístění dětí se dbá na umístění dítěte, co nejbližší bydlišti rodičů nebo zákonných zástupců, pokud by tím nebyl ohrožen mravní vývoj dítěte.

Dále diagnostické ústavy poskytují nezbytně nutnou péči dětem na útěku z jiných zařízení, které mají nařízenou ÚV nebo OV. Ihned oznámí přijetí dítěte danému zařízení. To je povinno si dítě do třech dnů od oznámení převzít.

b) *Dětský domov (DD)*

Dětský domov je školské zařízení pro děti, které nemají možnost vyrůstat ve vlastní rodině z důvodu toho, že rodiče se neumí nebo z nějakého jiného vážného

důvodu nemohou o ně postarat. Jsou to děti bez vážnějších poruch chování a bez možnosti vyrůstat v jiné formě náhradní rodinné péče.

Dětský domov je koedukované zařízení, které zajišťuje péči dětem od 3 do 18 let. V odůvodněných případech do ukončení přípravy na povolání a to nejdéle do 26 let. Do dětského domova mohou být přijímány i nezletilé matky spolu se svým dítětem.

Dětský domov plní úkoly ve vztahu k dětem:

- výchovné
- vzdělávací
- sociální.

Základní organizační jednotkou v DD je rodinná skupina. Tvoří ji šest až osm dětí. V domově lze zřídit nejméně dvě a nejvíce šest rodinných skupin. Sourozenci se zařazují zpravidla do stejné skupiny. Děti navštěvují běžné školy mimo dětský domov.

Pobyt dítěte v DD končí zletilostí, soudním rozhodnutím o zrušení ÚV nebo přemístěním do jiného typu zařízení.

c) *Dětský domov se školou*

Je určen pro výkon ústavní výchovy, výjimečně ochranné výchovy. Může být koedukovaným zařízením. Účelem DD se školou je zajišťovat komplexní péči o děti zpravidla ve věku od šesti let do ukončení povinné školní docházky, mají-li závažné poruchy chování, nebo které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují léčebně výchovnou péči. Zároveň jsou zde umísťovány matky s dětmi, které vzhledem ke svému chování nesplňují podmínky pro přijetí do dětského domova.

Základní organizační jednotkou je stejně jako v běžném DD rodinná skupina, kterou však tvoří nejméně pět a nejvíce osm dětí. DD se školou lze zřídit nejméně dvě a nejvíce šest rodinných skupin.

Součástí DD je základní škola a základní škola praktická, v níž se zřizují třídy s maximálním počtem 8 žáků. Nemůže-li se dítě po ukončení povinné školní docházky pro pokračující poruchy chování vzdělávat na střední škole mimo DD se školou, je přerazeno do výchovného ústavu.

d) *Výchovný ústav (VÚ)*

Je nekoedukovaným zařízením a pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, má-li uloženou ochrannou výchovu nebo nařízenou ústavní výchovu, a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou.

Ve vztahu k dětem plní výchovný ústav zejména úkoly:

- výchovné
- vzdělávací
- sociální.

Základní organizační jednotkou je výchovná skupina, kterou tvoří pět až osm dětí. Přičemž lze zřídit dvě až šest výchovných skupin. Do nich se děti zařazují se zřetelem na jejich výchovné, vzdělávací a zdravotní potřeby.

Výchovné ústavy mohou být zřizovány samostatně pro jedince s nařízenou ÚV nebo OV, dále podle stupně mentálního postižení, může být při nich zřízena samostatná výchovná skupina pro matky s dětmi nebo pro jedince vyžadující léčebně výchovnou péči.

Součástí VÚ je škola, jejíž třídy se naplňují do osmi žáků. Škola poskytuje podle potřeby možnost ukončení povinné školní docházky a další střední vzdělávání. Při VÚ se nejčastěji zřizuje odborné učiliště a střední odborné učiliště. Pro děti, které se po dokončení povinné školní docházky dále nepřipravují na budoucí povolání, může

být ve výchovném ústavu zřízena samostatná výchovná skupina se zaměřením na pracovní činnosti – tzv. pracovně-výchovná skupina. Lze ji zřídit i mimo sídlo ředitelství výchovného ústavu.

Pobyt ve VÚ je ukončen buď soudním rozhodnutím nebo dosažením plnoletosti.

Závěrem - ve všech uvedených zařízeních je nepřetržitý celoroční provoz. Umístěny do nich mohou být děti pouze prostřednictvím diagnostického ústavu, v jehož územním obvodu se nacházejí. Zřizovatelem dětských domovů jsou krajské úřady, zřizovatelem diagnostických ústavů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů je MŠMT ČR.

Dozor nad dodržováním právních předpisů při výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy v zařízeních provádí pověřený státní zástupce státního zastupitelství, v jehož obvodu se zařízení nachází.

U každého pedagogického pracovníka (psychologa) v těchto zařízeních musí být před vznikem pracovně-právního vztahu zjištěna psychická způsobilost pro výkon tohoto povolání psychologickým vyšetřením.

Tato kapitola se věnuje systému ústavní a ochranné výchovy v České Republice. Důležitou součástí tohoto systému je „dětský domov“, jehož poslání a legislativní vymezení je zde uvedeno. Pro kompletní představu jsou také uvedena a popsána všechna zařízení sloužící k výkonu ústavní a ochranné výchovy.

2. MENTÁLNÍ RETARDACE

2. 1. Vymezení pojmu mentální retardace

„Mentální retardaci rozumíme vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné a sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost – různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení“ (Dolejší, 1973, s. 183).

Podle Pipekové (1998) je mentální retardace stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.

„Retardace mentální – (mental retardation) stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, přičemž organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoli však u většiny; zpomalení, zpoždění duš. vývoje jedince, někdy soc. zanedbáním, někdy v důsledku somatického onemocnění“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 507).

Pipeková (In Vítková, 2004, 293s.) uvádí definici Dolejšího (1973), která zahrnuje všechna hlediska: *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvlátnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvlátnostech vývoje osobnosti“.*

Specifickou kategorií mentální retardace je tzv. pseudooligofrenie. Vzniká vlivem nedostatečného a nepřiměřeného výchovného působení. Tzn. v důsledku zanedbanosti. „*Mohli bychom ji definovat jako sociální poškození vývoje rozumových schopností*“ (Vágnerová, 1999, s. 147).

Pseudooligofrenii se také říká sociální zanedbanost. Projevuje se opožděním řeči, myšlení a sociální adaptace. Tento stav nemusí být trvalý. V podnětném prostředí a při vhodném výchovném vedení může dojít k pozitivní změně.

Demence

Demence je označením pro syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Při demenci dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových funkcí. Bývají také postiženy i další psychické funkce. Postupem času dochází k degradaci celé osobnosti.

Demence je získané postižení a lze ji diagnostikovat až po druhém roce života. Nejdříve musí jedinec dosáhnout určitého stupně psychického vývoje. Vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy (CNS).

Obecná diagnostická kritéria demence (Vágnerová, 1999) :

- a) úbytek paměťových funkcí – projevuje se při učení nových informací
- b) úbytek dalších kognitivních funkcí – myšlení se stává bradypsychické, rigidní a stereotypní
- c) poruchy vnímání – může dojít ke vzniku gnostických poruch
- d) apraxie – úpadek naučených motorických dovedností
- e) poruchy řeči – mohou odrážet narušené myšlení
- f) poruchy emotivity – jsou typickým příznakem demencí

g) poruchy motivace – dochází ke ztrátě iniciativy a zájmu

h) poruchy spánku – je narušen rytmus cyklu spánek / bdění

Typy demencí:

- 1) Atroficko-degenerativní demence
- 2) Ischemicko-vaskulární demence
- 3) Symptomatické, sekundární demence

Demence omezuje nemocného v oblasti sociálního uplatnění. Zdravotní stav je také značné zatížení pro jeho rodinu.

2. 2. Klasifikace a charakteristika stupňů mentální retardace

V roce 1992 vstoupila v platnost 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou zpracovala WHO (Světová zdravotnická organizace), která dělí mentální retardaci do šesti základních kategorií.

- F 70 lehká mentální retardace IQ 69 – 50
- F 71 středně těžká mentální retardace IQ 49 – 35
- F 72 těžká mentální retardace IQ 34 – 20
- F 73 hluboká mentální retardace IQ 20 a méně
- F 78 jiná mentální retardace
- F 79 nespecifikovaná mentální retardace

Protože mentální retardace patří do oboru psychiatrie, má jako první označení písmeno F. Mentální retardaci je věnován celý oddíl F70 - F79.

„Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik“ (Pipeková, 2006, s. 63).

Podle (Pipekové, 2006), pojem mentální retardace je jediný oficiální, starší ekvivalenty oligofrenie, slabomyslnost, rozumová zaostalost apod. by se neměly už v terminologii používat. Mentální retardace je Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí vymezena hodnotami IQ do 69 bodů, nadále se však užívá nepřesně a zahrnuje skupinu osob pohybující se v pásmu podprůměrného intelektu s IQ pod 85 bodů.

Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace, IQ 69 - 50 (F 70)

„V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně“ (Švarcová, 2000, s. 27).

Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě výrazně pomalejší.

Hlavní problémy se u nich zpravidla projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psáním. Dětem s lehkou retardací prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

Velkou část jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti.

V sociokulturním kontextu, kde se neklade velký důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit vážnější problémy. Důsledky retardace se projeví, pokud je postižený značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí ze samostatného života apod.

U jedinců s lehkou mentální retardací se mohou vyskytovat přidružené chorobné stavy – epilepsie, autismus, poruchy chování atd.

„Tato skupina tvoří 4/5 osob s mentální retardací (80%). Lehká mentální retardace se vyskytuje asi u 2,5 % populace“ (Pipeková, 2006, s. 66).

Středně těžká mentální retardace, IQ 49 – 35 (F 71)

„U většiny středně mentálně postižených lze diagnostikovat organickou etiologii. Může, ale nemusí být přítomen dědičný podklad – například chromozomální aberace, ale také traumata, infekce organismu, zvláště pak infekce CNS, metabolické a jiné choroby působí výrazné změny v neurobiologickém substrátu a vedou k trvalému defektu. Genetickými příčinami jsou v 10 % chromozomální anomálie, ve 3 % vrozené poruchy metabolismu. U těchto mentálně retardovaných nalézáme řadu somatických degenerativních znaků“ (Pipeková, 2006, s. 66).

Jedinci, kteří jsou zařazeni do této kategorie, mají výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Také pokroky ve škole mají své hranice. Někteří žáci si však při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání.

Švarcová (2000) uvádí, že speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou jedinci se střední mentální retardací obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Obvykle bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

„V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své schopnosti dorozumět se řečí“ (Švarcová, 2000, s. 29).

Těžká mentální retardace, IQ 34 – 20 (F 72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností pod bodem F 71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které poukazují na přítomnost klinicky signifikantního poškození nebo vadného vývoje CNS.

Přestože jsou možnosti výchovy a vzdělávání těchto jedinců značně omezené, zkušenosti nám ukazují, že včasná a systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

„Tvoří 7 % z celkového počtu osob s mentální retardací“ (Pipeková, 2006, s. 67).

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F 73)

Dle Švarcové (2000, s. 30) „jsou postižení jedinci těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární (základní) neverbální komunikace. Mají nepatrnou nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou víc než omezené.“

IQ v tomto případě nelze přesně změřit. Je jen odhadováno, že je nižší než 20 IQ bodů. Chápání a používání řeči je omezeno na vyhovění nejjednodušším požadavkům. Lze dosáhnout velmi jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností. Postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích pracích a sebeobsluze.

Ve většině případů je určena organická etiologie. Za běžné se považují těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku, sluchu. U mobilních pacientů jsou časté nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, jako je například atypický autismus.

Jiná mentální retardace (F 78)

„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob“ (Švarcová, 2000, s. 30).

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

Tato kategorie se používá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale nedá se pro nedostatek informací pacient zařadit do některé ze shora uvedených kategorií.

2.3. Etiologie, diagnostika a prevence mentální retardace

Etiologie mentální retardace

Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími).

Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické.

Vnější činitele, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinnou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh.

Exogenní faktory se dále člení podle období působení:

- prenatální – působící od početí do narození,
- perinatální – působící těsně před, během a těsně po porodu,
- postnatální – působící po narození.

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádějí:

Následky infekcí a intoxikací:

- prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis),
- postnatální infekce (např. zánět mozku),
- intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem),
- kongenitální toxoplazmóza.

Následky úrazů nebo fyzikálních jevů:

- mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie),
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie.

Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. fenylketonurie).

Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací).

Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus).

Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).

Nezralost (stavy při nezralosti bez uvedení jiných chorobných stavů).

Vážné duševní poruchy.

Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek).

Jiné a nespecifické etiologie.

„Následky poškození mozku, bez ohledu na příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter postižení, se obvykle označují jako encefalopatie“ (Švarcová, 2000, s. 51).

Ve své publikaci (Valenta, Müller, 2003, s. 52) uvádí: „Na vznik mentální retardace může mít i vliv nedostatek plodové vody – oligohydromnion.“

Dále uvádí (Valenta, Müller, 2003, s. 52) : „*Objevují se i názory, že i prenatální deprivace (např. silně nechtěné dítě) se může projevit na duševním zdraví ještě nenarozeného dítěte.*“

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Takovéto prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 (v komparativních studiích jednobuněčných dvojčat se objevuje pokles až o 40) bodů s tím, že pokud dojde včas k saturaci (nasycení) těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit (proto nelze definovat mentální retardaci jako trvalou poruchu). Problém je v tom, že sociokulturní deprivaci trpí především děti rodičů s nižším intelektovým potenciálem, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících především lehkou mentální retardaci. Oslabení působností těchto faktorů speciálně pedagogickými programy patří v psychopedii do oblasti sekundární a terciární prevence (Valenta, Müller, 2003, s. 53).

„*Tzv. Kaspar Hauser syndrom (nedostatečný vývoj řeči způsobený deprivací) dostal jméno od literaturou prvně popsaneho případu Kaspara Hausera, který byl počátkem 19. století držen patnáct let v izolaci sklepení jednoho norimberského domu a pak byl zanedbaný nalezen na ulici a pokládán za idiota*“ (Valenta, Müller, 2003, s. 54).

Diagnostika mentální retardace

Diagnostika dítěte s postižením vyžaduje komplexní týmovou spolupráci odborníků a to: lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a speciálních pedagogů. Zde je nejvýznamnější spojení speciální pedagog a psycholog.

Speciálně pedagogická (psychopedická) diagnostika se zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji sociální terapie a akulturace klientů (s mentálním či jiným duševním postižením).

Přehled diagnostických metod:

Klinické prostředky:

Anamnéza, pozorování, rozhovor, dotazník, analýza produktů (písma, hry, kresby), případová studie.

Testové metody:

- 1) Didaktické testy
- 2) Sociometrické testy
- 3) Psychodiagnostické metody:
 - a) vývojové škály
 - b) testy inteligence (screeningové, podrobné, doplňující)
 - c) testy specifických funkcí a schopností (percepční testy, percepčně motorické testy, zkoušky pozornosti, testy paměti, testy školských schopností a dovedností, škály sociálních dovedností...) (Valenta, Müller, 2003).

Prevence mentální retardace

Podle charakteru a zaměření rozeznáváme prevenci primární (zaměřenou na vznik nežádoucího jevu – tj. v našem případě na vznik mentálního postižení – v celé populaci), prevenci sekundární (referenční skupinou je zde ohrožená populace) a prevenci terciární (zaměřenou na mentálně postiženého se snahou o zmírnění následků postižení).

Primární a částečně i sekundární prevence je záležitostí primární zdravotní péče, prenatalní a postnatalní péče o dítě, výchovy zaměřené na zdravý životní styl, dodržování bezpečnostních pravidel zabráňujícím nehodám a úrazům, imunizace proti přenosným infekcím a chorobám apod.

Švarcová (2000, s. 53) uvádí desatero preventivních opatření vzniku mentálního postižení, formulované Mezinárodní ligou společností pro mentálně postižené:

- 1) Žena by měla projít nejméně tři měsíce před plánovaným početím preventivní zdravotní prohlídkou.
- 2) Budoucí matka by měla uzpůsobit svůj jídelníček racionální výživě.
- 3) V průběhu těhotenství se musí vyvarovat pití alkoholických nápojů.
- 4) Včas se očkovaním chránit proti zarděnkám, hepatitidě typu B, popř. přeočkováním proti spalničkám.
- 5) Rozhodně v průběhu těhotenství nekouřit.
- 6) Navštívit genetickou poradnu a to zvláště v případě, když se v rodině vyskytuje nějaká dědičná zátěž, když je matka starší 35 let a když dříve potratila, či se jí narodilo mrtvé dítě.
- 7) Vyvarovat se používání léků bez konzultace s lékařem.
- 8) Vyvarovat se RTG záření.
- 9) Vyhýbat se infekcím.
- 10) Pravidelně navštěvovat lékaře.

Sekundární prevence je zaměřená – jak již bylo řečeno – na ohroženou populaci. Toto ohrožení chápeme jak z hlediska zdravotního (genetická zátěž v rodině, rizikové zaměstnání apod.), tak i environmentálního (nepodnětné či patogenní rodinné a širší prostředí). Eugenická opatření (tj. genetická prevence) spočívají podle Edelsbergera (2000) ve stanovení pravděpodobnosti výskytu postižení u dítěte

v dědičně zatížených rodinách. Je-li riziko vyšší jak 10 % reprodukce se partnerům nedoporučuje a k dispozici jsou následující opatření:

- a) dobrovolná bezdětnost (antikoncepce), umělé oplození spermatem zdravého dárce, adopce,
- b) dobrovolné přerušování těhotenství,
- c) dobrovolná sterilace,
- d) nucená internace v ústavu v případě duševních poruch.

Terciární prevence – „je zaměřena na snížení dopadu důsledků mentálního postižení na jedince, a proto do ní v nejširším slova smyslu spadá veškerá psychopedická péče“ (Valenta, Müller, 2003, s. 110).

2.4. Psychologické zvláštnosti osob s mentální retardací

Valenta, Müller (2003) zmiňují tyto determinanty určující osobnostní strukturu jedince s mentální retardací:

Zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilita a rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováha aspirace a výkonu, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace.

U mentální retardace nejde jen o prosté časové opoždění duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny. Tím pádem nelze automaticky postižené dítě přirovnat k mladšímu intaktnímu dítěti.

Švarcová (2000, s. 33) uvádí, že „z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci netvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.“

Dále Švarcová (2000) uvádí, jak se zejména klinicky projevuje mentální retardace:

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků,
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů,
- sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí,
- těkavou pozorností,
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování,
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace,
- impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování,
- citovou vzrušivostí,
- sugestibilitou a rigiditou chování,
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“,
- opožděným psychosexuálním vývojem,
- nerovnováhou aspirací a výkonů,
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí,
- poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci,
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky.

*„Typickým znakem poznávacích procesů mentálně postižených je **omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu**. Bývají obvykle pasivnější a závislejší na zprostředkování informací zdravými lidmi“ (Vágnerová, 1999, s. 151).*

Druhá kapitola vymezila pojem mentální retardace pomocí definic různých autorů. Uvedla také klasifikaci a charakteristiku jednotlivých stupňů mentální retardace včetně etiologie, diagnostiky a prevence. Samozřejmou součástí této kapitoly je problematika demence. Závěrem jsou uvedeny zvláštnosti osob s mentální retardací.

3.EDUKACE JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

3.1. Legislativní rámec edukace a pedagogicko-psychologického poradenství pro osoby s mentální retardací

V únoru 2001 byla schválena konečná verze dokumentu nazvaného Národní program rozvoje vzdělávání v České Republice, tzv. *Bílá kniha*.

Hlavními úkoly jsou:

- zajistit maximální autonomii rozhodování rodičů všech dětí se speciálními vzdělávacími potřebami o formě jejich vzdělávání při zachování kvality všech existujících forem vzdělávání,
- podporovat trend integrace do běžných škol, tam , kde si ji rodiče přejí a škola dokáže zajistit podmínky a splnit kritéria,
- transformovat zvláštní školy na základní školy se speciálními vzdělávacími programy pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami,
- posílit roli poradenského systému
- zajistit vzdělávání kategorie dětí s velmi těžkým stupněm postižení, která byla v minulosti ze vzdělávání vyloučena aktem osvobození od povinné školní docházky.

„Legislativní zakotvení změn vedoucích k rovnému přístupu ke vzdělávání všech osob bez rozdílu a bez ohledu na stupeň jejich zdravotního postižení či sociálního znevýhodnění přinesl v současnosti platný zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školný zákon)“
(Pipeková, 2006, s. 82).

Školský zákon udává nejen tyto zásady vzdělávání:

- zohledňování vzdělávacích potřeb jedince
- možnosti každého vzdělávat se po dobu celého života při vědomí spoluodpovědnosti za své vzdělávání.

V souladu s § 16 odst. 1 je dítětem, žákem nebo studentem se speciálními vzdělávacími potřebami osoba se:

- zdravotním postižením (pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování),
- zdravotním znevýhodněním (pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují při vzdělávání zohlednění),
- sociálním znevýhodněním (rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území ČR).

Na zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) navazují následující schválené vyhlášky, které souvisejí s integrovaným vzděláváním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami:

- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
- Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky

- Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání
- Vyhláška č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání na konzervatoři.

Podrobněji se věnuje problematice vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami Vyhláška č. 73/2005 Sb.

Podle § 3, odst. 1 speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je zajišťováno v některé z následujících forem:

- a) formou individuální integrace,
- b) formou skupinové integrace,
- c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením
- d) kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c).

„Současná legislativa zajišťuje povinnost vzdělávání všem osobám bez rozdílů. Školský systém upřednostňuje u žáků s mentálním postižením integrované vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu, umožňuje i skupinové vzdělávání a segregované ve speciálních školách. Zákonní zástupci dítěte odpovídají za zvolení vzdělávací instituce pro své dítě, pro své rozhodnutí mohou využít systému školských poradenských zařízení. Oblast profesního a celoživotního vzdělávání je důležitá pro možnost pracovního uplatnění osob s mentálním postižením na trhu práce“
(Pipeková, 2006, s. 101).

V současné době je do naší vzdělávací soustavy zaveden nový systém kurikulárních dokumentů. Je vytvořen na dvou úrovních – státní a školní.

Státní úroveň v systému kurikulárních dokumentů představují Národní program vzdělávání a Rámcové vzdělávací programy.

Školní úroveň představují Školní vzdělávací programy.

Národní program vzdělávání (NPV) – rozpracovává cíle vzdělávání a vymezuje hlavní oblasti vzdělávání, obsahy vzdělávání a prostředky, které jsou nezbytné k dosahování těchto cílů.

Rámcové vzdělávací programy (RVP) – jsou vydávány pro každý obor vzdělání v základním a středním vzdělávání a pro předškolní, základní umělecké a jazykové vzdělávání.

Školní vzdělávací programy (ŠVP) – podle těchto programů se uskutečňuje vzdělávání na jednotlivých školách.

Speciálně pedagogická centra (SPC)

Nezastupitelnou roli v péči o osoby s mentálním postižením mají speciálně pedagogická centra (SPC) pro mentálně postižené, která patří mezi školská zařízení, která jsou zřizována podle vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních. Jejich první činnost byla zaznamenána v roce 1992.

„SPC poskytují poradenské služby školám a školským zařízením pro mentálně postižené, rodičům postižených dětí, orgánům státní správy a dalším resortům zabezpečujícím péči o mentálně postižené. Zajišťují komplexní péči o děti a mládež s mentálním postižením. Stěžejním úkolem je pravidelná a dlouhodobá práce s dítětem“ (Pipeková, 2006, s. 32).

„Speciálně pedagogické centrum realizuje nejen depistáž a speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku mentálně postižených, dále ranou péči, ambulantní a poradenskou činnost pro děti a jejich rodiče. K jeho činnosti patří také poskytování konzultací a metodické pomoci učitelům a rodičům, kteří se rozhodnou pro integraci. Speciálně pedagogické centrum také zapůjčuje speciální pomůcky,

speciální učenice a odbornou literaturu a spolupracuje při vypracování individuálního vzdělávacího plánu“ (Valenta, Müller, 2003, s. 105).

3.2. Možnosti vzdělávání dětí s mentální retardací v předškolním věku

Děti s mentálním postižením je možné zařazovat do běžných mateřských škol nebo do speciálních tříd pro děti s mentální retardací při běžných mateřských školách. Předškolní výchova je také zajišťována vedle běžných mateřských škol mateřskými školami speciálními. Ty jsou určeny pro děti s mentální retardací od 3 do 6 let.

Součástí RVP pro předškolní vzdělávání je kapitola, která je určena pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

U dětí s mentálním postižením jsou podmínky vzdělávání v RVP specifikovány takto:

- Je zajištěno osvojení dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku a stupni postižení.
- Jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky.
- Je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení).
- Počet dětí ve třídě je snížen.

3.3. Vzdělávání dětí s mentální retardací v období povinné školní docházky

Vzdělávání dětí s mentálním postižením v období povinné školní docházky probíhá v:

- Základní škole praktické
- Základní škole speciální.

RVP pro základní vzdělávání (platný od 1. 9. 2005) má přílohu RVP pro základní vzdělávání upravený pro žáky s lehkým mentálním postižením.

Základní škola praktická – se významně neliší od běžné základní školy. Hlavním rozdílem je výuka zaměřená na praktickou stránku života a dalším hlavním rozdílem je absence povinné výuky cizích jazyků.

Základní škola praktická vyučuje podle Vzdělávacího programu zvláštní školy (platný od 1. 9. 1997).

Podle tohoto vzdělávacího programu, by měl absolvent základní školy praktické získat vědomosti ze všech všeobecných předmětů, měl by se srozumitelně ústně i písemně vyjadřovat, měl by být zručný a fyzicky zdatný. Cílem je připravit absolventy na vstup do odborného učiliště či praktické školy. Přístup k žákům je individuální a řídí se zvláštnostmi a potřebami každého dítěte.

Základní škola praktická je koncipována na 9 let a rozdělena do 3 stupňů (nižšího, středního, vyššího).

Hodnocení a klasifikace využívá tradičního způsobu známkování. Je však vhodnější využívat širšího slovního hodnocení.

Základní škola speciální – zde se vzdělávají žáci s takovými rozumovými nedostatky, pro které se nemohou vzdělávat v základní škole praktické.

Základní škola speciální pracuje na základě Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy (platný od 1. 9. 1997). Hlavním úkolem dle tohoto programu je vybavit děti triviem, což znamená základními dovednostmi: čtení, psaní, počítání.

Docházka do základní školy speciální je 10 let. Organizačně je rozdělena do 4 stupňů (nižší, střední, vyšší, pracovní).

K základní škole speciální může být přiřazen přípravný stupeň. Ten si klade jako cíl umožnit školní vzdělávání žákům, kteří vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace a případně i z dalších důvodů (zdravotních, popř. sociálních) nejsou schopni prospívat ani na nižším stupni základní školy speciální, ale jsou u nich patrné určité předpoklady rozvoje rozumových schopností, které by jim perspektivně mohly umožnit absolvovat ZŠ speciální nebo alespoň její část.

Přípravný stupeň je rozvržen na 3 roky. Žák má možnost po splnění určitých kritérií v každém z ročníků (zpravidla po ukončení školního roku, výjimečně i v pololetí) přejít do nižšího stupně ZŠ speciální či jiné formy odpovídající jeho schopnostem. Přípravný ročník se nezapočítává do povinné školní docházky.

Obsahová náplň vzdělávání přípravného stupně vychází ze Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy (platný od 1. 9. 1997).

Hodnocení probíhá formou širšího slovního hodnocení tak, aby motivovalo žáka k další práci.

Rehabilitační třídy – v roce 2000 byl vytvořen alternativní program základní školy speciální s názvem Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy.

V rehabilitačních třídách jsou vzděláváni žáci s tak závažným mentálním postižením, které jim znemožňuje vzdělávání na úrovni praktické i speciální školy, ale umožňuje jim, aby si v přizpůsobených podmínkách a za odborného vedení osvojovali některé elementární vědomosti, dovednosti a návyky pro získání určité

míry soběstačnosti, pomohou jim najít vhodnou formu komunikace. Další úlohou vzdělávání v rehabilitační třídě je kultivace osobnosti a motoriky.

3.4. Profesní příprava

Pro absolventy základní školy praktické je možné v profesní přípravě pokračovat na jakékoliv střední škole, odborných učilištích a praktické škole, u absolventů základní školy speciální je možno pokračovat ve studiu na praktické škole. Tyto typy středních škol jsou zřizovány podle vyhlášky č. 13 ze dne 29. 12. 2004 o středním vzdělávání a vzdělávání na konzervatoři.

Odborná učiliště – přijímají úspěšné absolventy základních škol praktických, jejichž učivo prohlubují a doplňují. Studium na těchto učilištích trvá 2 nebo 3 roky a je ukončeno výučním listem.

Praktické školy – jsou dvouleté nebo jednoleté. Jsou určeny pro absolventy základních škol praktických a základních škol speciálních. V těchto školách je vzdělání zaměřené na výkon jednoduchých činností v oblasti praktického života.

Tato kapitola přibližuje problematiku mentální retardace včetně legislativního rámce pro edukaci jedinců s mentální retardací. Je zde také prostor věnován pedagogicko-psychologickému poradenství pro tyto děti. Dále jsou uvedeny možnosti vzdělávání dětí v předškolním období, v období povinné školní docházky a je zde také pamatováno na období profesní přípravy.

4. DOSPĚLOST OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

4.1. Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

Od ledna 2007 platí zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb a inspekci sociálních služeb.

Vzhledem ke skutečnosti, že každý člověk je jiný, potřebuje i jinou míru pomoci a podpory.

Vstup na volný trh práce je jedním z nejdůležitějších projevů společenské emancipace osob s mentálním postižením. Při realizaci je třeba počítat s některými institucionálně podpůrnými mechanismy a s nutností osobní přípravy těchto osob.

„Uplatnění osob s mentálním postižením na pracovním trhu ovlivňuje jejich životní situaci z několika hledisek. Nejde jen o ekonomickou situaci, sociální statut, ale také o vlastní seberealizaci. Práce je řazena k základním potřebám jedince a tato potřeba musí být saturována, jinak může vést k frustraci. Práce je charakteristickým atributem dospělosti a samostatnosti každého člověka, bez ohledu na to, jestli se jedná o člověka zdravého nebo zdravotně postiženého“ (Pipeková, 2006, s. 102).

Nejčastější formy zaměstnávání osob s mentálním postižením jsou:

- chráněné dílny,
- podporované zaměstnávání.

Chráněné dílny – „Podle definice MPSV ČR jsou chráněné dílny specifická pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost, případně se vůbec nemohou uplatnit na trhu práce. Poskytují jim pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. Tito lidé mohou v chráněné dílně získat stabilní zaměstnání odpovídající jejich schopnostem a zdravotnímu stavu, a vytvářet tak hodnoty stejně jako většina lidí běžné populace“ (Pipeková, 2006, s. 103).

Smyslem pracovní rehabilitace v chráněných dílnách je příprava na práci v nechráněných podmínkách. Snahou je rozvinout u zaměstnanců samostatné jednání, zodpovědnost a schopnost spolupráce.

Podporované zaměstnávání – je specifický program, který se od jiných (např. chráněných dílen) liší následujícími znaky:

- okamžitým umístěním na pracovní místo,
- trénink probíhá přímo na pracovišti,
- konkurenceschopnou práci (odměna za práci a prac. doba odpovídají běžným podmínkám),
- zaměstnání v běžném pracovním prostředí,
- průběžná podpora.

Do České republiky se dostalo podporované zaměstnávání z USA ve druhé polovině 90. let dvacátého století.

Program podporované zaměstnávání usiluje o plnohodnotnou integraci člověka s mentálním postižením na trhu práce. Je určen pro osoby znevýhodněné na trhu práce (lidé pobírající částečný nebo plný invalidní důchod).

V České republice se službám podporovaného zaměstnávání věnují nestátní neziskové organizace.

4.2. Formy bydlení osob s mentálním postižením

Jako jedna z alternativ k ústavní péči vznikla služba chráněného bydlení.

V současnosti se jeví chráněné bydlení jako možnost transformace ústavní péče.

Definice:

Chráněné bydlení – „*Chráněné bydlení je komplexní residenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života. Klienty chráněného bydlení mohou být lidé, kteří jsou v důsledku nemoci nebo postižení dlouhodobě či trvale znevýhodnění*“ (<http://www.cekas.cz/php/pdf/standard/chranene%20bydleni-6.pdf>).

Služby chráněného bydlení zahrnují zejména:

- ubytování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- pomoc s navázáním, udržováním a rozvojem sociálních kontaktů,
- pomoc při prosazování práv a zájmů.

Typy chráněného bydlení:

- a) chráněné bydlení v rámci služeb ústavu sociální péče,
- b) domovy rodinného typu,
- c) chráněné byty,
- d) nezávislé bydlení se supervizí.

- a) Chráněné bydlení v rámci služeb ústavu sociální péče – klienti mají obvykle striktně daný denní režim a náplň práce. Oproti klasické ústavní péči mají klienti větší soukromí a důstojnější podmínky pro bydlení.
- b) Domovy rodinného typu – domov je většinou bývalý činžovní dům obsahující několik nezávislých bytových jednotek. Hlavní výhodou je soukromí klientů, ale také i možnost odlišného přístupu ke klientům. Aby se nevytratila atmosféra rodinného bydlení, neměl by počet klientů přesáhnout 20. O klienty se stará asistent.
- c) Chráněné byty – jde o integraci v pravém slova smyslu. Klienti bydlí v bytech v klasické bytové zástavbě. Podle míry postižení je nastaven i rozsah asistence. V chráněném bydlení bydlí několik klientů společně se svým asistentem. Denní program klientů probíhá v chráněné dílně nebo denním stacionáři. Každý klient má svůj pokoj, kde je plně respektováno jeho soukromí.
- d) Nezávislé bydlení se supervizí – toto je vhodná forma bydlení pro klienty, kteří jsou samostatní v sebeobsluze a zvládají chod domácnosti. Pomoc asistenta potřebují jen k řešení náročnějších situací.

Ústavní péče – resp. ústavy sociální péče jsou nejznámější formou péče o osoby s mentálním postižením. Tyto ústavy byly v minulosti zřizovány státem. Byly většinou odstrčeny někam na kraj města, kde nebyly moc na „očích“ veřejnosti. Lidé v těchto ústavech žili v jakési sociální izolaci. V současné době dochází ke zlepšení kvality péče o lidi v ústavech sociální péče. Nový zákon o sociálních službách Standardy kvality sociálních služeb se zaměřují na komplexní péči o lidi s mentálním postižením z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností a zájmů. Úkolem je vytvořit a zajistit optimální podmínky pro zařazení člověka s postižením do běžného života.

Ústavy sociální péče již **nejdou** podle nového zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách rozděleny na:

- ÚSP s denním pobytem,
- ÚSP s týdenním pobytem,

- ÚSP s celoročním pobytem,
 - ÚSP s přechodným pobytem
- a také již neplatí rozdělení dle věku klientů:
- ÚSP pro mentálně postiženou mládež (3-26 let),
 - ÚSP pro dospělé občany s mentálním postižením (nad 26 let).

V současné době probíhá transformace ústavů sociální péče. Ústavy jsou rozděleny podle cílových skupin. Tyto cílové skupiny si určuje každý ústav sám.

Podle současné platné legislativy by měla ústavní péče probíhat v *Domovech pro osoby se zdravotním postižením* (zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

4.3. Sexualita osob s mentálním postižením

Sexualita osob s mentálním postižením je velmi tabuizované téma, které se dostalo na pořad dne teprve před několika lety v souvislosti se snahou o integraci těchto osob do ostatní společnosti a s uplatňováním jejich práv.

„Lze konstatovat, že se zatím v České republice daří jen pomalu prosazovat práva osob s mentálním postižením ve vztahu k prožívání jejich sexuality a práva na systematickou osvětu a výchovu. Netýká se to jen široké veřejnosti, ale i veřejnosti odborné“ (Štěrbová, 2007, s. 51).

„Přestože je sexualita považována za integrální součást osobnosti a výchova v této oblasti za přirozené právo každého z nás, ne všichni vychovatelé jsou schopni sexuální projevy člověka s mentálním postižením akceptovat. Mnozí z nich chápou probouzející se sexualitu jako komplikaci, mají zábrany a obavy o ní hovořit. Často svými postoji brání přirozenému procesu dospívání a osamostatňování se, čímž může u osob s mentálním postižením vznikat citová a sexuální frustrace a také velká sexuální nezkušenost“ (Kozáková, 2004, s. 28).

Sexuální výchova u osob s mentálním postižením

Sexualita je natolik těsně spjata s životem člověka, že každý člověk má právo být o ní přiměřeným způsobem informován a také si na ni v pravém slova smyslu sáhnout.

„Kdybychom hledali, na čem lze názorně demonstrovat, že se rodiče a vychovatelé vyhýbají sexuální výchově především kvůli své vlastní nejistotě, sotva bychom našli přesvědčivější doklad, než je způsob, jakým se jedná s postiženými dětmi a dospívajícími“ (Pondělíčková - Mašlová, 1990, s. 105).

„Poučení musí býti vždy individuální, přímo bychom varovali před hromadným poučováním na pomocných školách, jež by více mohlo uškoditi než prospěti. Za důležitější a cennější než poučování pokládáme ovšem soustavnou výchovu vůle, cvičení vůle a mravního cítění“ (Říhová-Kunová, 1931, s. 74.).

Sexuální výchova – je obsáhlý program, který připravuje lidi pro uspokojování a obohacení jejich života.

„Sexuální výchova zdravých, ale i tělesně či mentálně postižených dětí stále hledá své místo v pedagogické praxi i teorii. Hlavní úkoly sexuální výchovy lze shrnout do několika oblastí:

- 1. Podávat základní informace o lidském těle, zdraví a jeho ochraně, životním stylu, lidském sexuálním chování, základních mezilidských vztazích, partnerství, manželství a rodičovství, o vlastní ochraně a umění jednat s lidmi.*
- 2. Vytvářet pozitivní racionálně a emocionálně koncipované postoje k základním lidským hodnotám, jako je např. zdraví, přátelství, láska, rodičovství atd. a negativní postoje k jevům jako je alkoholismus, drogy, promiskuita atd.*
- 3. Vytvářet žádoucí dovednosti, návyky a sexuální chování v nejširším slova smyslu“ (Štěrbová, 2007, s. 40).*

Sexuální zneužívání u osob s mentálním postižením

„Jedinci s mentálním postižením mohou pociťovat neúspěšnost mezi vrstevníky, hrozí jim zvýšené nebezpečí šikany a zneužití. Mívají sklon k bezprostředním reakcím a chování, udává se relativní převaha pudových podnětů“ (Štěřbová, 2007, s. 35).

U osob s mentálním postižením se rozumí sexuálním zneužíváním každé sexuální nebo sexuálně zabarvené chování nebo sexuální kontakt mezi osobami s mentální retardací a lidmi, kteří jim mají poskytovat ochranu a péči, nebo lidmi, kteří nad nimi mají rozumovou či emoční převahu. Jde zejména o vychovatele, učitele, dobrovolníky a příbuzné. Řadí se sem všechny sexuální kontakty, které neodpovídají kritériu rovnocennosti a dobrovolnosti.

Formy sexuálního zneužívání jsou:

- Exhíbicionismus – bezkontaktní forma, při níž dospělý ukazuje svoje genitálie.
- Harassment – rozporuplná forma, vymezena jako znepokojování, zneklidňování.
- Obtěžování – dotyková forma- sexuální útok, při němž je oběť osahávána, líbána.
- Sexuální útok – dotyková kategorie – je užita síla ze strany agresora a často obranná reakce oběti. Dotýkání se erotogenních zón, mazlení se s nimi, poškozování ve smyslu, že ubližování se děje vnikáním do nich – prstem, jazykem, předměty. Agresor nutí oběť k témuž nebo např. žádá o masturbaci. Řadí se sem i intrafemulární koitus (styk mezi stehna).
- Znásilnění – dotyková forma. Vynucené vniknutí do vagíny, konečníku, úst penisem.
- Incest – sexuální obtěžování mezi příslušníky rodiny.
- Pedofilní zneužívání – kontaktní forma. Obtěžování prepubertální oběti jakýmkoli dospělým.

Pět fází syndromu dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití:

1. Utajování – „neříkej to, je to naše tajemství...“.
2. Bezmocnost – zejména tam, kde je oběť odkázána na péči pachatele.
3. Svedení a přizpůsobení – dochází k rozštěpení hodnot, oběť se musí podřídít, snaží se být „hodná“, a tak získat lásku a přijetí.
4. Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení – oběť to ohlásí opožděně a tím působí nevěrohodně.
5. Odvolání výpovědi – oběť bere zpět, co sdělila. Nejčastěji se tak děje ze strachu a pocitu ohrožení nebo viny (<http://zs-zenklova.cz/index.php?name=CmodsDownload&file=index®=getit&lid-282>).

Příčiny sexuálního zneužívání u osob s mentálním postižením – dosavadní zkušenosti dokládají, že osoby s postižením jsou z mnoha důvodů atraktivní pro sexuální útočníky, kteří mívají osobnostní i vztahové problémy.

Dítě s mentální retardací je ke svému vychovateli či pečovateli bezmezně tolerantní, je připraveno mu všechno odpustit.

Na sexuální zneužití bychom měli myslet i při každém poranění pohlavních orgánů a v jejich okolí, včetně konečníku, v případech pohlavní nemoci či otěhotnění.

4.4. Partnerský život osob s mentálním postižením

„Potřeba být milován a někomu náležet je v dětství saturována především prostřednictvím rodičovské lásky. V dospělosti má člověk tendenci se emancipovat od rodiny, hledat partnera a založit vlastní rodinu, obklopit se přáteli podle svého výběru. Mnoho osob s mentálním postižením je od útlého věku v této oblasti deprivováno“ (Pipeková, 2006, s. 110).

Potřeba blízkého člověka, pocitu lásky a přátel je u lidí s mentálním postižením velmi silná. Mít životního partnera znamená přiblížení se k těm „normálním“.

Pocit osamělosti je často největším problémem osob s mentálním postižením. Přes den během zaměstnání je možné najít si přítele v chráněné dílně nebo v denním stacionáři, ale v době osobního volna hrozí osamělost.

Mezi lidmi s mentálním postižením může vzniknout skutečné přátelství, jestliže mají příležitost vzájemně se vidět a komunikovat. Takové vazby mohou vést k sexuálnímu vztahu nebo přátelství bez pohlavního sblížení, jež bývá lékem na samotu.

Oblast partnerských vztahů je nesmírně citlivá. A proto jakýkoliv přístup ze stran vychovatelů a pečovatelů k osobám s mentálním postižením nesmí být vnucující a neměl by zasahovat do jejich soukromého života.

Vychovatelé a pečovatelé by měli respektovat následující základní fakta:

- a) Někteří dospělí s mentálním postižením potřebují podpořit při rozvíjení dovedností a znalostí, které jim usnadní navazování a rozvoj přátelských a milostných vztahů.
- b) U mnoha dospělých s mentálním postižením bude třeba větší ochrany před viktimizací než u běžné populace.
- c) Je třeba bezodkladně přerušit každé sexuální chování, které může vést k sebepoškození nebo k poškození ostatních.

Dospělost osob s mentálním postižením je hlavním tématem této kapitoly. Probírají se zde pracovní možnosti a možnosti uplatnění těchto jedinců. Na toto navazuje téma bydlení a jeho formy pro jedince s mentální retardací. Kapitulu uzavírá sexualita i se svou stinnou stránkou sexuálního zneužívání. Úplnou tečkou je ovšem partnerský život těchto jedinců.

5.ŽIVOTNÍ PERSPEKTIVY DĚTÍ Z DĚTSKÉHO DOMOVA S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

5.1. Cíle, metody, výzkumné teze

Průběžné výzkumné šetření bylo zaměřeno na hodnocení různých oblastí života dětí s mentální retardací, které již opustily bránu dětského domova. Jednalo se především o tyto oblasti: zaměstnání, bydlení a partnerství.

Cílem bylo pomocí dlouhodobého pozorování zjistit průběh samostatného života a současnou životní úroveň bývalých dětí s diagnostikovanou mentální retardací, které strávily významnou část svého dětství v dětském domově a jejichž osobnosti byly formovány a ovlivňovány v systému ústavní výchovy.

Výzkumné šetření proběhlo v časovém intervalu let 1998 -2008.

Byly použity následující metody:

- dlouhodobé pozorování (během pobytu v DD),
- rozhovor (nestandardizovaný).

Další výzkumné techniky:

- analýza odborné literatury,
- analýza dokumentace o dětech,
- metody anamnestické (rodinná a osobní anamnéza).

Vzhledem ke skutečnosti, že výzkumné šetření mělo kvalitativní charakter, nebyly sestaveny hypotézy, ale výzkumné teze. Ty byly v rámci dlouhodobého pozorování ověřované a rozhodovalo se o jejich platnosti či neplatnosti.

Výzkumné teze:

1. Úroveň rozumových schopností (lehká mentální retardace) při opouštění dětského domova je u sledovaných jedinců hodnocena jako nevyhovující pro život „bez podpory“ (chráněné bydlení, dílna).
2. Snížená schopnost sebeovládání v důsledku mentální retardace vede u sledovaných jedinců k problémům v oblasti sexuálního života.
3. V době odchodu sledovaného jedince z dětského domova byl projeven zájem ze strany jeho rodiny.

5.2. Charakteristika dětského domova a respondentů

Výzkum probíhal v Dětském domově, Jablonec nad Nisou. Dětský domov má 2 budovy, v každé budově jsou umístěny 2 rodinné skupiny. Tzn., že celková kapacita dětského domova je při počtu 8 dětí v rodinné skupince, 32 dětí. Celkem zde pracuje 8 denních vychovatelů a 4 asistenti pedagoga (noční vychovatelé). Skutečný věk dětí se pohybuje od 3 let až do 21 let.

Každý denní vychovatel je kmenovým vychovatelem 4 dětí. Obstarává pro ně vše, jako by byl jejich rodič. Mezi hlavní povinnosti patří zajišťování lékařské péče, styk se školou a institucemi. Každé dítě, které přijde do dětského domova z diagnostického ústavu, má vypracovaný plán osobnostního rozvoje, na jehož základě kmenový vychovatel zpracuje individuální výchovný plán dítěte. Na každé dítě píše 1x měsíčně hodnocení a 2x ročně provede srovnání s individuálním výchovným plánem dítěte. Zhodnotí úspěchy a neúspěchy dítěte.

Děti navštěvují střední školy, základní školy a školky nejen v Jablonci nad Nisou, ale i v Liberci. Ve výjimečných případech mohou být během studia na střední škole i na internátě ve vzdálenějším městě.

K výzkumnému šetření bylo vybráno 10 dětí (8 chlapců a 2 dívky) s diagnostikovanou lehkou mentální retardací. Které trávily své dětství v Dětském domově, Jablonec nad Nisou a které jsem měla možnost dobře poznat. V dětském

domově jsem začala pracovat v roce 1998. Zvoleny byly pro účely výzkumného šetření děti, které jsem znala alespoň 4 roky. To znamená, že byly pozorovány děti, které odešly v roce 2002 a později.

Informace o dětech jsem čerpala z archivu dětského domova. Zejména z osobních spisů dětí (přicházejí s dětmi z diagnostického ústavu), ze závěrů odborných vyšetření a z rozhovorů s dětmi.

Tab. č.1 - Charakteristika respondentů

JMÉNO	L. R.	T. D.	P. P.	B. V.	P. P.
POHLAVÍ	chlapec	chlapec	dívka	chlapec	chlapec
NAROZEN	1988	1989	1986	1985	1985
STUPEŇ MR	lehká MR	lehká MR	lehká MR	lehká MR	lehká MR

JMÉNO	D. R.	R. S.	D. Š.	F. K.	A. Š.
POHLAVÍ	chlapec	chlapec	dívka	chlapec	chlapec
NAROZEN	1985	1982	1992	1983	1983
STUPEŇ MR	lehká MR	lehká MR	lehká MR	lehká MR	lehká MR

4.3. Případové studie

1. Případová studie:

L. R., narozený: 1988

Důvod pro zařazení do dětského domova: 2001 (13 let)

V roce 2001 (ve 13 letech) byl přijat do DD na základě předběžného opatření vydaného Okresním soudem. Návrh na předběžné opatření je odůvodněn tím, že zdravotní stav matky se v poslední době zhoršil. Výchovu nezletilého L. R. nezvládala, zažádala proto o vydání předběžného opatření. Podle sdělení OPD (odbor péče o dítě) byly v minulosti shledány v péči matky nedostatky. Matka nezletilého nepřiměřeně trestala. L. R. byl se zraněními převezen do nemocnice. Druhý manžel matky byl odsouzen a léčen pro pohlavní zneužívání všech dětí v rodině.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1966, nezaměstnaný

Matka: 1965, nezaměstnaná

Sourozenci: nevlastní sestra o čtyři roky mladší a nevlastní bratr o pět let mladší

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Zvláštní škola – nástup povinné školní docházky na základě vyšetření z Pedagogicko psychologické poradny

Praktická škola – tříletý obor malíř – natěrač

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2007 (19 let)

Zletilý L. P. je velmi nezralý, infantilní, jednoduchý, nestabilní, s oslabenou seberegulací, s převažujícími instinktivními a impulzivními projevy. Je silně poznamenaný prožitými traumaty a negativními životními zkušenostmi, vnitřně zranitelný, citově nedosycený. Sociálně se hůře přizpůsobuje, je spíše introvertního

zaměření a podezřívavý. Zvýšená úzkostnost, neurolabilita, sklon k psychosomatickým projevům. Zvýšená agresivní potence, někdy až nevypočitatelnost. V kontaktu je bezprostřední, velmi naivní, často zmatený, snadno ovlivnitelný špatným směrem. L. R. má velmi chabé vyjadřovací schopnosti a slovní zásobu, časté jsou agramatismy, mluva je rychlá až překotná, výslovnost dysláická. Poruchy fonemického sluchu. Celkový aktuální intelektový výkon odpovídá pásmu lehké mentální retardace, kde názorová složka (podprůměr) nevýznamně převyšuje složku verbální. Velmi nerovnoměrné rozložení mentálních schopností (od hlubokého defektu po průměr). Myšlení stereotypní, rigidní, s malou logikou a schopností vzhledu do sociálních situací. Velmi slabé celkové vědomosti, numerické schopnosti, postřeh, krátkodobá provozní paměť.

Závěr: Je schopen pracovat v běžném pracovním poměru. Nutno počítat s tím, že nebude schopen si dlouhodobě udržet jedno zaměstnání.

Odchod z DD: 2007 (19 let)

Rodinné zázemí:

L. R. má vcelku dobré rodinné zázemí. Má matku, která o něj poslední rok před odchodem projevila zájem. Očekávala, že ji bude L. R. finančně podporovat. Otec stále bez zájmu.

Zaměstnání:

Chlapec po úspěšném ukončení Praktické školy (obor malíř – natěrač) nastoupil k soukromé stavební firmě. Zde vydržel pouze pár dní. Nebyl schopen respektovat pracovní režim. Hlavní problém byl v pozdních příchodech. Jeho práce byla nekvalitní. Také vztahy s kolegy byly problematické. Nyní je v evidenci Úřadu práce. Zaměstnání si aktivně nehledá. Je spokojen s podporou v nezaměstnanosti. Občas si přivydělá menší obnos peněz na brigádě.

Bydlení:

Po odchodu z DD si chtěl pronajmout byt, ale naštěstí dal na radu vychovatelky, která mu radila, ať si nejdříve sežene práci, zjistí si, jak je schopen hospodařit s penězi a teprve potom ať si pronajme byt. Prozatím ať přijme nabídku matky a nastěhuje se k ní. L. R. se opravdu nastěhoval k matce do 2+1, kde žije ještě společně

se svými dvěma nevlastními sourozenci. Matce na nájem přispívá. On i matka jsou spokojeni.

Partnerství:

L. R. jeví velký zájem o děvčata již řadu let. Často své partnerky střídá. Stálou známost nemá. Intimním životem žije. Za zmínku ovšem stojí jeho „zodpovědnost“. Vždy používá při sexuálním styku kondom. Má obrovský strach, že by musel v případě otěhotnění partnerky platit alimony nebo umělé přerušení. Toto je jeho hlavní a jediný motiv pro používání kondomu. Plánované rodičovství to není.

2. Případová studie:

T. D., narozený: 1989

Důvod pro zařazení do dětského domova: 2003 (14 let)

Na základě předběžného opatření byl T. D. přijat v roce 2003 do DD ve svých 14 letech. Návrh na nařízení předběžného opatření podal Okresní soud s odůvodněním, že příznivý vývoj chlapce je vážně ohrožen. Hoch z insuficientního prostředí, v péči nemocné matky, nervově nemocný otec se na výchově nepodílí. Matka používá tvrdé fyzické tresty. Na odboru péče o dítě (OPD) veden od rozvodu rodičů v roce 1998. Během roku 2002 četné záškoláctví a útoky z domova.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1963 – invalidní důchodce (Huntingtonova nemoc), 2008 – úmrtí (podlehl nemoci)

Matka: 1955 – dělnice (psychiatricky nemocná – t.č. odmítá léčbu), 2003 - úmrtí (suicidium)

Sourozenci: o rok mladší bratr

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Pomocná škola

Praktická škola – učební obor bižuterní výroba (dva roky). Poslední ročník opakoval.

Zpráva z psychiatrické ambulance:

V roce 2000 hospitalizován na dětském psychiatrickém oddělení, kde prodělal léčebný pobyt. Ze zprávy o pobytu vyplývá, že závadové chování nezletilého je projev dlouhodobé konfliktní situace v rodině, kdy chlapec útky řešil pro něho nezvladatelnou situací doma.

Závěr z psychiatrického vyšetření v roce 2005: schizoidní porucha osobnosti, autistické rysy, intelekt v pásnu lehké mentální retardace.

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2007 (18 let)

Osobnostně hoch infantilní, sociálně nezralý, s regresivními projevy. Vnitřně úzkostný, naznačena zkušenost s hostilním jednáním. Emoce nediferencovány. Je bradypsychický, apatický. Volní vlastnosti nerozvinuty. Výrazně introvertní, v realitě hůře orientován, nebezpečí mutismu jako obrany.

Závěr: Je schopen jednoduché nenáročné práce pod dohledem druhé osoby _ v chráněné dílně. V roce 2007 uznán plně invalidním, zbaven způsobilosti k právním úkonům a byl mu vydán průkaz ZTP/P.

Odchod z DD: 2007 (18 let)

Rodinné zázemí:

V roce 2007, v době odchodu z DD byla matka T. D. již po smrti a otec byl vážně nemocen. Otec zemřel přirozenou smrtí v roce 2008 následkem těžké nemoci (Huntingtonova nemoc). Matka – suicidium v roce 2003. T. D. má strýce, který je těž v tíživé zdravotní situaci (invalidní důchodce), ale občas o hoča projevil zájem .

Zaměstnání:

T. D. pracuje v sociálně terapeutické a rehabilitační dílně (šití a dřevo). Nepobírá mzdu. Jeho činnost v dílně není placená. Pracuje v chráněné dílně POCHODĚŇ, občanské sdružení pro pomoc zdravotně postiženým.

Bydlení:

Chlapec bydlí prozatím ve společné domácnosti u svého strýce (invalidní důchodce). Čeká na uvolnění místa v chráněném bydlení POCHODENŮ.

Partnerství:

Vzhledem ke své uzavřené povaze nemá žádný vztah. Ani intimní a ani kamarádský. Nejeví sebemenší zájem o druhé pohlaví.

3. Případová studie:

P. P., narozená: 1986

Důvod zařazení do dětského domova: 1992 (6 let)

P. P. byla přijata do DD na základě předběžného opatření vydaného Okresním soudem v roce 1992, ve svých 6-ti letech. Rodiče nezletilé P. P. jsou rozvedeni od roku 1987, otec o dceru neprojevuje žádný zájem. Matka se odmítá o dceru starat, žádá o její okamžité umístění do dětského domova. Nemá ji ráda pro její mentální postižení. P. P. je v rodině nadměrně tělesně trestána a citově strádá.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1958 – pracuje (zedník)

Matka: 1961 – zaměstnána příležitostně, neustále mění partnery a bydliště

Sourozenci: o šest let starší nevlastní sestra J., o rok starší nevlastní sestra I., o rok mladší nevlastní bratr D., o čtyři roky starší nevlastní bratr M. (každý z jiného vztahu)

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Odložen o rok nástup povinné školní docházky.

Zvláštní škola – dva roky, poté přestup na Pomocnou školu.

Praktická škola – dvouletý učební obor (bižuterní výroba).

Psychiatrická zpráva (v době odchodu z DD): 2007 (21 let)

V oblasti vnímání nejsou zjistitelné kvalitativní ani kvantitativní poruchy ve smyslu iluzorních či halucinatorních prožitků. Myšlení je otupělé, výrazně zpomalené, neproduktivní, rigidní, s nevytvořenou schopností abstrakce, vyšší funkce myšlení, jako analýza, syntéza, generalizace a anticipace nejsou vytvořeny. Obsahové poruchy myšlení charakteru bludů nejsou přítomny. Není vytvořena kombinační schopnost a schopnost racionálního úsudku. Emotivita je celkově nerozvinutá, otupělá, místy rozkolísaná. Vyšší city jsou značně sníženy. Afektivita je nestabilní. Paměť je slabé kapacity. Koncentrace pozornosti je na nízké úrovni. Intelektové funkce jsou nerovnoměrně rozloženy a globálně se pohybují v pásmu lehkého defektu, na jeho dolní hranici. Osobnost je simplexní, celkově nerozvinutá.

Závěr: Je schopna jednoduché práce pod dohledem druhé osoby – v chráněné dílně.

V roce 2007 (ve 21 letech) byla P. P. úplně zbavena způsobilosti k právním úkonům. Je držitelkou průkazky ZTP/P. Pobírá plný invalidní důchod.

Odchod z DD: 2007 (21 let)

Rodinné zázemí:

O P. P. nejví zájem žádný z rodičů. Ze sourozenců projevuje zájem pouze její nejstarší sestra J., která žije v Německu. Ráda by si vzala P. P. k sobě, ale finančně by ji nebyla schopna zabezpečit. Sestry spolu udržují telefonický kontakt.

Zaměstnání:

P. P. pracuje v chráněné dílně OSAPO, s. r. o. jako přípravářka. Za tuto činnost pobírá mzdu.

Bydlení:

P. P. po dosažení věku 20 let a ukončení Praktické školy bydlela ještě půl roku v DD, neboť čekala na volné místo v Domově pro mentálně postižené v Liberci – Harcově. Vzhledem ke skutečnosti, že místo v tomto domově stále nebylo volné, tak si P. P. po domluvě se sociální pracovníci z tohoto Domova pro mentálně

postižené pronajala byt přes realitní kancelář. Pronajala si ho, neboť už vzhledem k okolnostem nemohla bydlet v DD (viz. část o partnerství). Zpočátku byla ve svém novém bytě spokojená, ale po několika měsících si vzala do bytu starší ženu, která si po čase začala do bytu vodit pánské návštěvy a začala ji z bytu vyhazovat. Nově vzniklou situaci řešila sociální pracovnice spolu s ředitelem DD, který má ze zákona 109/2000 Sb. povinnost dva roky po odchodu dítěte z DD mít nad tímto dítětem dohled. Situace se vyřešila pronajmutím jiného bytu, kde P. P. bydlí společně ještě s jednou klientkou Domova pro mentálně postižené v Liberci – Harcově, která také čeká na uvolnění místa. Mají tedy společnou sociální pracovnici, která pravidelně do bytu dochází.

Partnerství:

P. P. hluboce touží po partnerovi. Jeví velký zájem o druhé pohlaví. Je jednoznačně heterosexuální. Stálého partnera ovšem nemá. Vzhledem k její velké sexuální apetenci si ho není ani schopná udržet, neboť není schopná být věrná, mít jednoho partnera.

V DD musela ukončit pobyt, protože v roce odchodu, tj. 2007 sexuálně zneužila 11-ti letého chlapce (taktéž s mentálním postižením). Za tento čin byla trestně stíhána. Vzhledem k její intelektové vybavenosti bylo upuštěno od potrestání a bylo jí nařízeno ochranné léčení ambulantní.

4. Případová studie:

B. V., narozen: 1985

Důvod zařazení do dětského domova: 1990 (5 let)

Chlapec byl přijat do DD v 5-ti letech na základě nařízení ústavní výchovy v roce 1990. Matka ani otec nemají zájem o výchovu. Otec t.č. ve výkonu trestu odnětí svobody. Matka simplexní osobnost, zcela péči o nezletilého zanedbávala, dlouhodobě nezvěstná.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1963, ve výkonu trestu odnětí svobody, popelář

Matka: 1966, nezvěstná

Sourozenci: o dva roky mladší bratr, o čtyři roky mladší sestra

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

1. Ročník přípravný ZŠ pro sluchově postižené

Zvláštní škola pro sluchově postižené

Odborné učiliště – 3 letý obor – obuvnictví

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2004 (19 let)

Aktuální mentální schopnosti (nyní je chlapci 19 let) se zjevně u chlapce opožďují a to v obou složkách intelektu, ve slovně pojmovém myšlení i v performační složce byly výkony v pásmu lehké retardace. Projevil se malý okruh vědomostí, byly sníženy mnestické funkce. Projevila se intelektová těžkopádnost, pasivita. Slabý početní úsudek. Přetrvávající mnohačetná dysláická výslovnost v důsledku základního postižení sluchové vady – zbytky sluchu. Domluví se ve slyšicím prostředí, při používání sluchadel a odezírání.

Závěr: Je schopen práce v oboru, ve kterém je vyučen (obuvnictví). Byla mu přiznána mimořádná výhoda III. Stupně – průkazka ZTP/P.

Odchod z DD: 2004 (19 let)

Rodinné zázemí:

Žádný z rodičů o V. B. nikdy neprojevoval zájem. Příbuzní jsou na Slovensku a taktéž jsou bez zájmu.

Zaměstnání:

Po ukončení Odborného učiliště se zaregistroval na Úřadu práce. Nikdy práci nehledal, žije ze sociálních dávek.

Bydlení:

B. V. měl již od svých osmnáctých narozenin žádost na byt na místním Městském úřadě. Žádosti nebylo vyhověno, proto chlapec odešel bydlet na ubytovnu.

Partnerství:

U chlapce se zhruba v období puberty projevíly homosexuální sklony. Za tuto skutečnost se V. B. před svým okolím styděl, nicméně nebyl schopen svou homosexualitu utajit. Po odchodu z DD si stálého partnera nenašel. Žije promiskuitním životem. Občas si tímto způsobem obstarává finanční prostředky.

5. Případová studie:

P. P., narozen: 1985

Důvod zařazení do dětského domova: 1994 (9 let)

V roce 1994 (v 9-ti letech) byl P. P. přijat do DD na základě nařízení ústavní výchovy Okresním soudem. Soužití rodiny nebylo spořádané. Otec požíval alkohol a v podnapilém stavu matku i děti fyzicky napadal, ničil v bytě zařízení. Nezletilý chodil do školy nepřipraven, často špinavý, často chodil za školu (zdržoval se v nákupním centru u výherních automatů). Primitivní matka péči o děti nezvládala. Nebyla schopna vytvořit dostatečně podnětné prostředí.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1951, instalatér, t. č. ve výkonu trestu

Matka: 1951, invalidní důchodce

Sourozenci: o tři roky starší bratr

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Zvláštní škola (první třídu opakoval, ZvŠ ukončil devátou třídou na žádost matky)

Odborné učiliště – tříletý obor malíř natěrač ,v prvním ročníku neuspěl–přeřazen do
Praktické školy – dvouletý obor – bižuterní výroba

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2003 (18 let)

Jedná se o simplexní a nezralou osobnost (chlapec je 18 let), ve vyhrocených situacích impulzivní až afektivní. Je spíše extravertního zaměření, vyhledávající společnost a vzrušující zážitky, se snahou upoutávání pozornosti a zájmu, snadno ovlivnitelný, v roli řadového člena. V projektivních technikách naznačeny agresivní tendence, nevyzpytatelnost. Naznačeny neurotické rysy. Velmi dbá na svůj zevnějšek, zajímá se přiměřeně o děvčata. Kuřák, s drogami neexperimentoval. Intelkt aktuálně v pásnu lehké mentální retardace.

Závěr: P. P. je schopen vykonávat jednodušší manuální práci bez dohledu druhé osoby.

Odchod z DD: 2003 (18 let)

Rodinné zázemí:

Při odchodu z DD měl P. P. otce stále ve výkonu trestu odnětí svobody a matka žila pod stanem v městském parku. Svůj stan vždy po několika nocích přestěhovala, aby na sebe nepřitahovala pozornost PČR. Jeho o tři roky starší bratr, který také své dětství a dospívání strávil v dětském domově, má pronajatý byt a pracuje.

Zaměstnání:

Přestože úspěšně ukončil učební obor na Praktické škole – bižuterní výroba, nikdy v tomto oboru nepracoval. Vzhledem k jeho líné povaze ani nemá zájem pracovat v trvalém pracovním poměru. Občas si přivydělá na brigádách. Jinak žije ze sociálních dávek.

Bydlení:

S ohledem na skutečnost, že jeho o tři roky starší bratr měl pronajatý byt a byl ochoten se chlapce ujmout, odpadla P. P. starost se sháněním bydlení. Nastěhoval se tedy ke svému bratrovi, kterému přispívá minimální částkou na zaplacení nájmu. Veškerá finanční starost o chod domácnosti je na starším bratrovi. Chlapci mají k sobě velmi silné citové pouto. Starší bratr se sice cítí být finančně zneužíván od P.

P., ale zároveň cítí jakousi morální zodpovědnost se o něj postarat. Musí si držet svůj hlavní pracovní poměr (kuchař) a ještě chodí po večerech na brigády do pekáren.

Partnerství:

P. P. vždy projevoval zájem o děvčata. Je výhradně heterosexuální. Nikdy však u děvčat neměl úspěch. Nikdy s žádnou dívkou nechodil. Proto zvolil náhradní řešení. Hned, jak obdrží sociální dávky, navštíví místní nevěstinec, kde téměř celý obnos utratí.

6. Případová studie:

D. R., narozen: 1985

Důvod zařazení do dětského domova: 1988 (3 roky)

D. R. narozen doma v 25. týdnu těhotenství. Hospitalizován v nemocnici na oddělení pro nedonošené děti. Dále dvakrát hospitalizován na chirurgickém oddělení pro četné zlomeniny končetin, které matka neuměla vysvětlit. Dále pak umístěn do Kojeneckého ústavu a ve třech letech přearžzen do DD.

Rodinná anamnéza:

Otec: neuveden (zřejmě klient matky - prostitutky)

Matka: 1967, nezaměstnaná dělnice, prostitutka, (zemřela násilnou smrtí v r. 2000)

Sourozenci: žádní

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Zvláštní škola

Praktická škola – tříletý obor – pomocné kuchařské práce (1. ročník opakoval, v druhém ročníku neuspěl, do třetího nenastoupil)

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2003 (18 let)

Romský chlapec s aktuálním výkonem intelektu v pásmu lehké mentální retardace. Raně citově deprivovaný. Nikdy ho nikdo nenavštěvoval. Zaobíral se myšlenkami, zda se vůbec někomu narodil! Hyperkinetický, instabilní, dráždivá reaktivita, emoční labilita, porucha koncentrace pozornosti. Vada výslovnosti, přetrvávající enuréza. Autokritika chybí, pocit viny chybí. Vztah k plnění povinností nezodpovědný. Možná hereditární psychiatrická zátěž – ze strany matky.

Závěr: Chlapec zcela zbaven způsobilosti k právním úkonům, držitel průkazky ZTP/P. Doporučen do ÚSP.

Odchod z DD: 2003 (18 let)

Rodinné zázemí:

Žádné.

Zaměstnání:

Dochází do sociálně terapeutických dílen v Domově Maxov (dříve ÚSP). Pracuje v keramické a tkalcovské dílně.

Bydlení:

Svůj nový domov našel v Domově Maxov, v chráněném bydlení.

Partnerství:

Nemá vyhraněnou sexualitu. Sexuální apetence je dosti vysoká. Svůj sexuální objekt si volí podle aktuální dosažitelnosti, proto je medikován. Účelem je snížení libida a možné agresivity.

7. Případová studie:

R. S., narozen: 1982

Důvod zařazení do dětského domova: 1985 (3 roky)

Chlapec byl přijat do DD v roce 1985 (ve 3 letech) na základě již nařízené ústavní výchovy. R. S. byl v od svého jednoho roku věku v Kojeneckém ústavu a odtud byl

přeřazen do DD. Matka neměla k dotyčnému chlapci citový vztah, přestože měla ještě dalších 7 dětí, o které se starala. Zřejmě toto bylo způsobeno, tím že R. S. je následkem mimomanželského krátkodobého poměru. Matka pro udržení svého manželství a rodiny chlapce „obětovala“ a souhlasila s nařízením ústavní výchovy.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1955, kubánský dělník

Matka: 1966, Romka, nezaměstnaná

Sourozenci: 7 (není v dokumentaci specifikováno blíže)

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Povinná školní docházka odložena o rok.

Zvláštní škola

Praktická škola – tříletý učební obor – pomocné kuchařské práce

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2003 (21 let)

Chlapec s lehkou mentální retardací romského etnika. Schopen samostatné práce.

Odchod z DD: 2003 (21 let)

Rodinné zázemí:

Žádné. Matka nejevila o syna zájem po celou dobu trvání ústavní výchovy. Jen jednou projevila zájem a to v období kolem jeho 17. narozenin. Ani si přesně nepamatovala, kdy se narodil, tak volala o jeden rok dříve, že původně chtěla. Měla v úmyslu popřát hochovi vše nejlepší k osmnáctinám, zeptat se ho čím je vyučen a vzít si ho domu, aby ji živil. Poté, co se dověděla, že chlapec je teprve v 1. ročníku Praktické školy, položila bez rozloučení telefon a už se neozvala. Biologický otec o narození syna vůbec nevěděl a stále neví.

Zaměstnání:

Po vyučení pomocným kuchařem si R. S. našel práci v oboru. Práci v oboru sehnal i navzdory svému romskému etniku. Nicméně byl většinou zaměstnán na černo, zaměstnavatel za něj neplatil povinné pojištění, a proto byl nucen práci změnit. Toto se opakovalo ještě několikrát. Vždy když si našel práci v pohostinství. Byl dobrým pracovníkem a práce ho bavila. Nikdy nebyl nezaměstnaný. Po zhruba 2 letech dospěl k názoru, že bude lepší, když bude pracovat manuálně jako dělník ve firmě, která mu bude pravidelně vyplácet mzdu a platit pojištění. Dva roky pracoval u pásu na plasty. V tuto dobu se rozhodl, že si udělá řidičský průkaz. U zkoušek obstál a řidičský průkaz skupiny B dostal. Poslední rok tráví v zahraničí, konkrétně ve Španělsku. Pracuje legálně ve firmě na zpracování ryb. Nebyl vůbec jazykově vybaven, když odjížděl. Jazykovou bariéru se mu podařilo bez větších obtíží překonat. Nemá problémy s mluvenou řečí, ale v psaném projevu má značné problémy.

Bydlení:

Jako jeden z mála dětí odcházejících z DD dostal R. S. byt od města Jablonec nad Nisou. O byt se řádně stará a pravidelně platí nájem. A to i přes skutečnost, že poslední rok je v zahraničí. Je schopen si zařídit dostatek finančních prostředků na svém účtu v Čechách a pravidelně nájem platit.

Partnerství:

Jeho velkým snem je mít milující partnerku, které by lásku opětoval. Bohužel se mu líbí „bílé“ dívky a ty nemají o něho zájem. Romku nechce. Tím pádem má velice zúžený výběr partnerek a proto je sám.

Co se týká ostatních mezilidských vztahů, tak má mnoho dobrých kamarádů. Rád udržuje také styky se zaměstnanci DD. Má vřelý vztah ke všem tetám a strejdům. Iniciativa většinou vychází z jeho strany.

8. Případová studie:

D.Š., narozena: 1992

Důvod zařazení do dětského domova: 1995 (3 roky)

Matka ponechala D. Š. v jejích 3 letech u babičky a již se nedostavila. Babička pro své stáří nebyla schopna zabezpečit řádnou výchovu, proto byla dívka odebrána z rodiny. Rodiče nezletilé byli sice manželé, ale nevycházeli spolu. Otec často požíval alkohol a matka se řádně nestarala o domácnost a výchovu, ráda se potulovala. Otec byl odsouzen k trestu odnětí svobody za zabití 6-ti týdenního sourozence D. Š.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1968, t.č. ve výkonu trestu odnětí svobody, jinak dělník na stavbě

Matka: 1971, pomocná síla v pekárně

Sourozenci: 1 sourozenec, zabit v 6. týdnu vlastním otcem

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Mateřská škola se specializací na logopedii

Mateřská škola pro tělesně postižené děti

Zvláštní škola – přípravný ročník

Zvláštní škola – 1. ročník

Pomocná škola.

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2002 (10 let)

D.Š. byla v roce 2002 hospitalizována v Dětské psychiatrické léčebně Opařany pro poruchy chování a lehký mentální defekt. Tato pedopsychiatrická hospitalizace byla indikována pro výrazné poruchy adaptace. Opakovaným vyšetřením se potvrzuje, že se u tohoto dítěte jedná o významný podíl absence zázemí a funkční rodiny od nízkého věku. Kontakt s příbuznými (matka, babička) byl zcela formální a

nahodilý. Proto trvají typické projevy chronické emoční deprivace, dítě je výchovně velmi náročné, s potřebou individuálního vedení – důraz na osobní kontakt, event. hru, práci pouze v malé skupině.

Závěr: dívka s lehkou mentální retardací, organické poškození CNS se zvýšenou rigiditou. Velmi závažná raná a pak chronifikovaná citová deprivace. Přetrvávají nezralé reakce – převážně ve formě negativizmu pokud není saturovaná potřeba bezprostředního uspokojení potřeby (vysoké nároky na pozornost dospělého a osobní péči). Doporučeno přechzení z dětského domova do Ústavu sociální péče pro mládež v Raspenavě (dnes DORA – domov pro osoby se zdravotním postižením v Raspenavě).

9. Případová studie:

F. K., narozen: 1983

Důvod zařazení do dětského domova: 1988 (5 let)

Chlapec byl v 5-ti letech zařazen do dětského domova pro nezájem rodičů. Několik měsíců bydlel u prarodičů, ale ty ze zdravotních důvodů nebyli schopni zajistit řádnou výchovu (babička byla po amputaci dolní končetiny a dědeček byl psychiatricky nemocen). Matka a otec nejeví žádný zájem o chlapce.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1963, pitevní sanitář

Matka: 1968, v době narození chlapce jí bylo 15 let, zemřela násilnou smrtí v roce 1997

Sourocenci: nemá

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Mateřská škola

Zvláštní škola

Praktická škola – obuvnické práce

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2002 (19 let)

Infantilní osobnost, intelekt v pásmu lehké mentální retardace, nerovnoměrný vývoj, chronická citová a sociální deprivace, rád navazuje kontakty, jedná impulzivně, schopnost koncentrace pozornosti výrazně oslabena, snadno unavitelný, je lehce zranitelný a v zátěžové situaci reaguje primitivními obrannými mechanismy, touží po pochvale, ladění převažuje pozitivní, pokud mu někdo neubližuje. Diagnóza: poruchy chování u chlapce s lehkou mentální retardací.

Závěr: jde o mentálně defektního chlapce, neschopného se o sebe postarat.

Potřebuje stálý dohled a dopomoc druhé osoby.

Odchod z DD: 2002 (19 let)

Rodinné zázemí:

Matka po smrti, otec bez zájmu, prarodiče jsou staří a nemohoucí. Jsou v domově důchodců.

Zaměstnání:

Účastní se pracovní rehabilitace – pomáhá v ÚSP Vejprty – úklidové práce.

Bydlení:

F. K. po dosažení zletilosti a po skončení ústavní výchovy byl přefázen do Ústavu sociální péče Husova, Vejprty.

Partnerství:

Nemá partnerku. Jeví spíše zájem o chlapce. Vzhledem k jeho osobnostní výbavě se projevuje v této oblasti dosti primitivně a pudově. Je medikován na zklidnění.

10. Případová studie:

A. Š., narozen: 1983

Důvod zařazení do dětského domova: 1990 (7 let)

Chlapec byl přijat ve svých 7 letech do dětského domova v roce 1990 na základě nařízení ústavní výchovy. Matka nejevila o chlapce a jeho sourozence zájem. Otec je invalidní důchodce, těžce nemocný, o děti se staral dle svých velmi omezených možností a dle zdravotního stavu. Chodil 3x týdně na dialýzu ledvin, je čekatelem na transplantaci ledvin. T.č. byl hospitalizován v nemocnici.

Rodinná anamnéza:

Otec: 1948, invalidní důchodce

Matka: 1950, nezaměstnaná

Sourozenci: 3 starší sestry

Osobní anamnéza:

Školní anamnéza:

Zvláštní škola

Praktická škola – obor zednické práce

Psychologická zpráva (v době odchodu z DD): 2002 (19 let)

Jde o chlapce s intelektem v pásmu lehké mentální retardace. Je schopen i těžší manuální práce.

Odchod z DD: 2002 (19 let)

Rodinné zázemí:

O chlapce trvá nezájem matky, otec je stále vážně nemocen a je hospitalizován v Léčebně dlouhodobě nemocných.

Zaměstnání:

Chlapec nastoupil po vyučení do stavební firmy. Pracovní kázeň byla dobrá a odváděl i dobrou práci. Bohužel zde dlouho nevydržel. Kvůli své naivitě se dostal do závadové party, pro kterou kradl a nakonec skončil před soudem. Byl odsouzen k nepodmíněnému trestu na 5 let. Za dobré chování byl v půlce trestu propuštěn.

Bydlení:

Po odchodu z DD odešel A. Š. na ubytovnu. Potom byl ve věznici a zase se vrátil po propuštění na ubytovnu.

Partnerství:

Stálou partnerku nemá. V této oblasti je dosti aktivní a nestálý. Rád střídá známosti. Je výhradně heterosexuální.

5.4. Analýza výsledků šetření

Výzkumné teze:

- *Úroveň rozumových schopností (lehká mentální retardace) při opouštění dětského domova je u sledovaných jedinců hodnocena jako nevyhovující pro život „bez podpory“ (chráněné bydlení, dílna).*

V případě 1. případové studie - L. R. se tato teze **potvrdila**. Chlapec žije v bytě u své matky. I když to není chráněné bydlení v pravém slova smyslu, je to, ale jistá forma podpory ze strany matky.

V případě 2. případové studie – T. D. se tato teze **zcela potvrdila**. T. D. žije dočasně u svého strýce a čeká na volné místo v chráněném bydlení poskytované sdružením POCHODĚN.

V případě 3. případové studie P. P. – se opět teze **v plné míře potvrdila**. P. P. si po odchodu z DD pronajala byt (za pomoci ředitele DD), do kterého jí chodí navštěvovat její sociální pracovnice ze sdružení OSAPO.

Ve 4. případové studii B. V. – se tato teze **nepotvrdila**. Chlapec je schopen samostatného bydlení na ubytovně.

V 5. případové studii P. P. – se teze **potvrdila**. Podporu chlapci poskytuje jeho o 3 roky starší bratr. Bez něho by nebyl P. P. schopen si sám udržet byt či ubytovnu. Zřejmě by následoval matku, která pobývá ve stanu.

V 6. případové studii D. R. – se opět teze **plně potvrdila**. Chlapec využívá služeb chráněného bydlení v Domově Maxov.

Sedmá případová studie R. S. – výzkumnou tezi **nepotvrdila**. Hoch dostal od města byt a řádně se o něj stará (platí nájem, udržuje si ho v čistotě...).

Osmá případová studie D. Š. – výzkumnou tezi opět **potvrdila**. D. Š. momentálně využívá služeb DORY – domova pro osoby se zdravotním postižením v Raspenavě.

Devátá případová studie F. K. – výzkumnou tezi beze zbytku **potvrdila**. Chlapec bydlí v ÚSP Husova, Vejprty.

Poslední desátá případová studie A. Š. – výzkumnou tezi **nepotvrdila**. Chlapec je schopen samostatně bydlet na ubytovně.

Shrnutí – teze se 7x potvrdila a 3x nepotvrdila.

- *Snížená schopnost sebeovládání v důsledku mentální retardace vede u sledovaných jedinců k problémům v oblasti sexuálního života.*

První případová studie L. R. – **nepotvrdila** tuto tezi.

Druhá případová studie – T. D. – taktéž **nepotvrdila** danou výzkumnou tezi. T. D. je velice uzavřené povahy. Nemá zájem o sexualitu a ani partnerství.

Ve třetí případové studii P. P. – se ovšem **naprosto potvrdila** výzkumná teze. P. P. byla trestně stíhána za sexuální zneužití 11-ti letého chlapce.

Ve čtvrté případové studii B. V. – se teze **potvrdila** a to ve smyslu jeho promiskuitního vedení intimního života. Chlapec je homosexuál a za sexuální styk si bere peníze.

V páté případové studii P. P. – se opět výzkumná teze **potvrdila**. P. P. není schopen navázat a udržet si plnohodnotný intimní vztah. Potřebu si saturuje návštěvami místního nevěstince.

V šesté případové studii D. R. – se teze **v plné míře potvrdila**. Chlapec nemá vyhraněnou sexualitu, jeho sexuální apetence je dosti vysoká, sexuální objekt nepodléhá žádnému výběru, ale řídí se momentální potřebou a dosažitelností. Toto je důvod jeho medikace, jejímž účelem je snížení libida a možné agresivity.

V sedmé případové studii R. S. – se daná teze **nepotvrdila**.

V osmé případové studii D. Š. – nebylo dostatek informací k posouzení.

Devátá případová studie F. K. – se teze **potvrdila**, protože chlapec je medikován z důvodu zklidnění sexuálního chování. Má spíše homosexuální sklony.

Desátá případová studie A. Š. – se teze **nepotvrdila**.

Druhá výzkumná teze se 5x potvrdila, 4x nepotvrdila a v jednom případě nebylo dostatek informace k utvoření závěru.

- *V době odchodu sledovaného jedince z dětského domova byl projeven zájem ze strany jeho rodiny.*

V případě 1. případové studie L. R. – se teze **potvrdila**. O L. P. projevila zájem matka.

Ve druhé případové studii T. D. – se také teze **potvrdila**. Zde projevil o chlapce zájem jeho strýc.

Ve třetí případové studii P. P. – se teze jasně **nepotvrdila**.

Čtvrtá případová studie B. V. – se opět teze **nepotvrdila**.

Pátá případová studie P. P. – tezi **potvrdila**. V tomto případě projevil zájem o chlapce jeho o 3 roky starší bratr.

Šestá případová studie D. R. – tezi **nepotvrdila**.

Sedmá případová studie R. S. – tezi **z části potvrdila**. Matka projevila zájem o R. S. v době, kdy se domnívala, že už je plnoletý, je vyučen a je připraven vydělávat peníze. Při skutečném odchodu o chlapce neprojevila zájem.

Osmá případová studie D. Š. – tezi jednoznačně **nepotvrdila**.

Devátá případová studie F. K. – tezi opět **nepotvrdila**.

Desátá případová studie A. Š. – **nepotvrdila** tezi.

Třetí výzkumná teze se 3x potvrdila, 6x nepotvrdila a 1x z části potvrdila.

Tab. č.2 Průběh šetření

JMÉNO	L. R.	T. D.	P. P.	B. V.
POHLAVÍ	Chlapec	chlapec	Dívka	chlapec
NAROZEN	1988	1989	1986	1985
PŘÍCHOD DO DD	2001/13	2003/14	1992/6	1990/5
ODCHOD Z DD	2007/19	2007/18	2007/21	2004/19
ZÁJEM RODINY (při odchodu z DD)	Matka	strýc	-	-
ÚROVEŇ SAMOSTATNOSTI	samostatný (u matky)	ZTP/P (u strýce)	ZTP/P(chráněné bydlení)	ZTP/P (ubytovna)
SEX.PROBLÉM (partnerský pr.)	ne	ano (bez vztahu)	ano (odsouzena)	ano (homosexuál)

JMÉNO	P. P.	D. R.	R. S.
POHLAVÍ	Chlapec	chlapec	chlapec
NAROZEN	1985	1985	1982
PŘÍCHOD DO DD	1994/9	1988/3	1985/3
ODCHOD Z DD	2003/18	2003/18	2003/18
ZÁJEM RODINY (při odchodu z DD)	Bratr	-	-
ÚROVEŇ SAMOSTATNOSTI	samostatný (u bratra)	ZTP/P(Domov Maxov)	zcela samostatný
SEX.PROBLÉM (partnerský pr.)	ano (nevěstinec)	ano (medikace)	Ne

JMÉNO	D. Š.	F. K.	A. Š.
POHLAVÍ	Dívka	chlapec	chlapec
NAROZEN	1992	1983	1983
PŘÍCHOD DO DD	1995	1988/5	1990/7
ODCHOD Z DD	2002/10	2002/19	2002/19
ZÁJEM RODINY (při odchodu z DD)	-	-	- (otec nemocen)
ÚROVEŇ SAMOSTATNOSTI	Dora - Raspenava	ÚSP Vejprty	samostatný (ubytovna, věznice)
SEX.PROBLÉM	?	ano(medikace)	Ne

Tab. č. 3 – Výsledky šetření

	potvrzena	nepotvrzena	z části potvrzena	nedostatek informací	celkem
Teze č. 1	7x	3x	-	-	10
Teze č. 2	5x	4x	-	1x	10
Teze č. 3	3x	6x	1x	-	10

Z výsledků šetření je patrné, že se spíše potvrdila teze, která říká, že: *„Úroveň rozumových schopností (lehká mentální retardace) při opouštění dětského domova je u sledovaných jedinců hodnocena jako nevyhovující pro život „bez podpory“ (chráněné bydlení, dílna).“*

70 % respondentů potřebuje ke svému dalšímu životu určitou míru podpory, ať už ze strany rodiny, státu či nějakého občanského sdružení.

Dále zjišťujeme z výsledků šetření, že teze říkájící: *„Snížená schopnost sebeovládání v důsledku mentální retardace vede u sledovaných jedinců k problémům v oblasti sexuálního života.“*, se jednoznačně nepotvrdila a ani nevyvrátila.

Potvrzena je v 50 % a nepotvrzena ve 40 %, ve zbývajících 10 % nebylo dostatek informací k rozhodnutí.

Poslední výzkumná teze: *„V době odchodu sledovaného jedince z dětského domova byl projeven zájem ze strany jeho rodiny.“*, byla vyvrácena.

60 % respondentů tuto tezi vyvrátilo, 30 % potvrdilo a v 10 % pouze z části potvrdilo.

ZÁVĚR

Dětské domovy jsou speciální školská zařízení, jejichž fungování v našich podmínkách zabezpečuje stát prostřednictvím systému ústavní výchovy. Ústavní výchova představuje jednu z forem náhradní výchovné péče, která zastupuje nefungující výchovu a jeho zabezpečení v rodině. Během svého vývoje prošla ústavní výchova řadou změn, avšak dodnes není ani zdaleka harmonickým prostředím pro vývoj dítěte. Absence sociálního zázemí, sociální izolace, nedostatečný vývoj emocionálních vztahů, psychická deprivace a sociální závislost jsou jen některé z následků, které s sebou ústavní péče přináší a brání tak řádnému vývoji osobnosti.

V dětských domovech nacházejí svůj domov také děti s mentální retardací, většinou se jedná o stupeň lehké mentální retardace. Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, projevující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.

V současné době prochází školství pro jedince s mentálním postižením významným rozvojem. Děti s těžším mentálním postižením již nejsou zbavovány povinné školní docházky, a tím i práva na vzdělání.

Transformací prochází i ústavní péče pro osoby s mentálním postižením. Tuto skutečnost vnímám jako obrovský sociální pokrok v naší společnosti. Jedinci s mentální retardací již nejsou schovávány jako něco špatného a nepovedeného někam daleko za brány měst, ale naopak jsou v největší možné míře zařazovány do běžného života. Je jim nabízena různá míra podpory, která jim bezesporu zkvalitní život a umožní jedincům s mentálním postižením ho prožít aktivně a na plno.

SHRNUTÍ

Ústavní výchova představuje v České republice jednu z forem náhradní výchovné péče. Nařizuje se především v případech, kdy dochází k vážnému selhání rodiny, která již nemůže řádně zabezpečit výchovu dítěte, a v úvahu již nepřipadají ani jiná výchovná opatření. I přes právo dítěte vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a pozornosti je v našich podmínkách toto právo často odpíráno. Mnoho dětí tak končí v dětských domovech.

Ještě s většími životními potížemi se setkávají děti, které nejenom, že nemají fungující rodinu, ale bohužel nemají ani dostatek rozumových schopností, které by jim usnadnily se za branami dětských domovů „poprat“ se svobodným životem. Pro tyto jedince začalo v rámci transformace ústavní péče fungovat chráněné bydlení a chráněné dílny. Tato forma je pro jedince, které netrpí závažnějším mentálním postižením, ale jistou míru podpory potřebují.

Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. V teoretické části se soustředím především na dětský domov včetně jeho poslání a legislativního vymezení. Zaměřila jsem se i na systém ústavní a ochranné výchovy a jejich zařízení. Objasňuji zde mentální retardaci jako celek. Včetně klasifikace, charakteristik stupňů mentální retardace, etiologie, diagnostiky a prevence. Dále se věnuji problematice edukace a dospělosti jedinců s mentálním postižením. Praktická část navazuje na problematiku zpracovanou v části teoretické. Šetření je zaměřeno přímo na život dětí, které opustily brány dětského domova.

Cílem diplomové práce je přiblížit současnou problematiku dětí, které opuštění zařízení ústavní výchovy a ještě k tomu si nesou do života jedno malé znevýhodnění v podobě mentální retardace.

SUMMARY

The institutional education represents one of the forms of the alternate educational care in the Czech Republic. In particular, it is ordered in cases when a serious failure of a family occurs, the family is unable to duly assure for the child's upbringing and even no other educational measures can be taken into consideration. Despite the child's right to grow up in a family background, in the atmosphere of happiness, love and attention, this right has frequently been denied. A lot of children thus end in children's homes.

Children, who not only have no functional family but, unfortunately, they also lack intellectual abilities which would make these children easy to fight with the free life behind the gates of children's homes, are confronted with even more difficulties of life. For these individuals the protected housing system and system of protected workshop started to operate within the bounds of transformation of the institutional care. This system is designated for those individuals who don't suffer from more serious mental disability, however, they are in need of a certain degree of support.

This work is divided into a theoretical part and a practical part. In the theoretical part I focus in particular on a children's home inclusive its function and legislative determination. I have concentrated also on a system of institutional and protection education and its mechanism. My aim is to enlighten herein the mental retardation as a whole, inclusive the classification, mental retardation level characteristics, aetiology, diagnosis and prevention. Moreover, I pay attention to the education and maturity of the individuals with mental disability. The practical part hereof links up to the issues dealt with in the theoretical part. The examination is primarily focused directly on the life of children who walked out the gates of the children's home.

The purpose of this diploma dissertation is to introduce the contemporary issues of children who leave the institutional education and, on top of it, they bring one little handicap with them in form of the mental retardation.

SEZNAM LITERATURY

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha : Avicenum, 1973. 183 s.

EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. Jinočany : HaH, 2000. 419 s. ISBN 80-86022-76-5.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HRDLÍČKOVÁ, V., PÁVKOVÁ, J. *Výchovno-vzdelávací práce v dětských domovech*. Bratislava : SPN, 1989. 276 s. ISBN 80-08-00047-3.

KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. Praha : Orfeus, 2004. 80 s. ISBN 80-903519-0-5.

MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha : Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-2461056-6.

MATĚJČEK, Z. a kol. *Náhradní rodinná péče*. Praha : Portál, 1999. 184 s. ISBN 80-7178-304-8.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno : MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.

PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ, J. *Nezralá sexualita*. Praha : Avicenum, 1990. 139 s.

ŘÍHOVÁ – KUNOVÁ, J. *Sborník prací z oborů péče o mládež úchylnou*. Praha : Spolek pro péči o slabomyslné v republice Československé, 1931. 172 s.

ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 101 s. ISBN 978-80-244-1689-2.

ŠVANCAR, Z., BURIÁNKOVÁ, J. *Speciálně pedagogické problémy ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Praha : SPN, 1988. 216 s. ISBN 14-363-88.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2000. 178 s. ISBN 80-7178-506-7.

TOMEKOVÁ, K. *Život venku*. Praha : Občanské sdružení Děti našeho světa, 2005. 100 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

VALENTA, M., MULLER, O. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VANÍČKOVÁ, E. a kol. *Sexuální násilí na dětech*. Praha : Portál, 1999. 120 s. ISBN 80-7178-286-6.

VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

VYHLÁŠKA 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

VYHLÁŠKA 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní a ochranné výchovy

WEISS, P. *Sexuální deviace*. Praha : Portál, 2002. 360 s. ISBN 80-7178-634-9.

ZÁKON č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů

ZÁKON č. 383/2005 Sb., kterým se mění zákon 109/2002 Sb.

ZÁKON č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).

ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Internetové zdroje:

1. *Pět fází dětského syndromu přizpůsobení se pohlavnímu zneužití* [online].c2002, 11. 6. 2008[cit. 2008-6-15].

Dostupné z www:

<http://zs-zenklova.cz/index.php?name=CmodsDownload&file=index®=getit&lid-282>

2. *Definice chráněného bydlení* [online].c2002, 15. 6. 2008[cit. 2008-6-17].

Dostupné z www:

<http://www.cekas.cz/php/pdf/standard/chranene%20bydleni-6.pdf>