

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií



**VYBRANÉ ASPEKTY EDUKACE DOSPĚLÝCH OSOB S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM**

Dizertační práce

Mgr. et Mgr. Petra Křížková

Doktorský studijní program Speciální pedagogika

Školitel: **Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.**

Olomouc 2016

Klíčová slova

Dospělost, člověk s mentálním postižením, edukace

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 KONCEPT A TERMINOLOGICKÉ DIMENZE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ V KONTEXTU DOSPĚLOSTI.....	6
1.1 Mentální retardace.....	6
1.1.1 Stručný historický exkurz a terminologie	6
1.1.2 Etiologie.....	13
1.1.3 Klasifikace mentální retardace	15
1.1.4 Diagnostika a prevence MR	23
1.2 Mentální postižení.....	26
1.2.1 Nárýs speciálněpedagogicko - andragogických kategorií mentálního postižení	28
2 DOSPĚLOST OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	35
2.1 Charakteristika a členění dospělosti.....	35
2.2 Dospělost osob s mentálním postižením.....	41
2.2.1 Specifika osobnosti lidí s mentálním postižením	51
2.3 Diagnostika z pohledu speciálněpedagogické andragogiky psychopedické.....	54
2.4 Problematika stárnutí osob s mentálním postižením	58
3 VYBRANÉ ASPEKTY EDUKACE DOSPĚLÝCH OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	64
3.1 Edukace z pohledu obecné pedagogiky a andragogiky	64
3.1.1 Edukace v kontextu andragogiky	69
3.2 Vybrané aspekty edukace z pohledu SPANDR	71
3.2.1 Sociální aspekty edukace	75
3.2.2 Právní aspekty edukace.....	85
3.2.3 Motivace pro proces edukace.....	91
3.3 Poznámky k ČŽV z pohledu SPANDR.....	93
EMPIRICKÁ ČÁST	102
4 Aktuální stav zkoumání v problematice edukace dospělých osob s MP	102
4.1 Metodologická východiska výzkumu.....	105
4.2 Cíl práce, stanovené výzkumné otázky a hypotézy.....	105
4.3 Design výzkumu	107
4.4 Proces získávání dat	112
4.5 Zpracování výzkumných dat.....	115
4.5.1 Metody a techniky kontroly validity.....	115
4.6 Charakteristika výzkumného souboru	117

5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	122
6 DISKUZE.....	187
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	194
ZÁVĚR	196
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ.....	197

ÚVOD

Pojem edukace a její význam v životě člověka souvisí s proměnou společnosti jako celku. Odborná (zejména andragogická) literatura zmiňuje prohlubující se trend dříve celoživotního vzdělávání, dnes spíše celoživotního učení. Poslední zmíněné je chápáno jako elementární nástroj rozvoje občanských i sociálních kompetencí a zároveň zaměstnanosti. Život v moderní společnosti nabízí jednotlivcům více příležitostí, možností výběru, ale zároveň vyšší rizika spojená s nejistotami. Do identické oblasti je orientována i odborná výzkumná činnost.

V rámci speciální pedagogiky, konkrétně speciálněpedagogické andragogiky je na proces edukace nahlíženo z komplexnějšího pohledu. Pro dospělé osoby s mentálním postižením jsou edukační aktivity zdrojem informací umožňující začlenění do společnosti, prostředkem posilující vlastní sebehodnocení a navyšující možnosti společenského uplatnění.

Rozhodující podmínkou edukačních aktivit je individuální motivace, stejně jako rozmanitost příležitostí. Již jsou známy způsoby, jakou formou a metodami vzdělávat dospělé osoby s mentálním postižením. Avšak absentují informace o tom, jaký je jejich konkrétní přínos pro dospělé osoby s mentálním postižením. S touto tezí souvisí i otázky ve smyslu ovlivnění další životní dráhy osob s mentálním postižením, výběru či obsahu jednotlivých aktivit a mnohé další.

Domníváme se, že pouze smysluplné edukační aktivity spojené s vlastním vědomím významu této činnosti poskytnou dostatek prostoru pro efektivní transfer v praktickém životě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KONCEPT A TERMINOLOGICKÉ DIMENZE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ V KONTEXTU DOSPĚLOSTI

Kapitola je zaměřena na představení náhledu a následnou deskripci mentálního postižení (dále jen MP) a mentální retardace (dále jen MR) v rámci speciální pedagogiky (úžeji speciálněpedagogické andragogiky) a to z pohledu českých i zahraničních odborníků. Pro potřeby dizertační práce budou oba termíny vnímány jako odlišné (vzhledem k jejich diagnostickým kritériím) a takto bude s nimi v textu dále pracováno. V podkapitole týkající se MP budou zmíněna i další (a v praxi speciálněpedagogické andragogiky frekventovaná) snížení inteligence.

1.1 Mentální retardace

Pojem MR je frekventovaný v lékařské, psychologické, sociologické, pedagogické a speciálněpedagogické literatuře. Každý z uvedených vědních oborů diagnózu MR vysvětluje z jiného pohledu. V lékařské literatuře jsou převážně k dispozici definice, které poukazují na etiologické hledisko a následky organického či funkčního poškození. Oproti tomu psychologické pojetí zdůrazňuje úroveň kognitivních dovedností zjištěnou po provedení testu inteligence (vzhledem k normálnímu rozložení v populaci). Definice sociologické pracují především se sociální adaptací jedince, sociálními dovednostmi a s interakcí jednotlivce a společnosti. Pedagogické pojetí je zaměřeno převážně na obtíže, jež mohou vyplývat z procesu učení v kontextu diagnózy MR. Speciálněpedagogické definice si kladou za cíl popsat zejména schopnosti a dovednosti člověka s MR a posléze deskribují charakteristiky vyplývající z uvedené diagnózy.

1.1.1 Stručný historický exkurz a terminologie

Protože aktuální pojetí lidského zdraví či nemoci vychází z antických poznatků, považujeme za nezbytné předložit stručný historický exkurz MR. Za prvotní deskripci MR (jak je vnímána z dnešního pohledu) je považována zmínka v papyru z egyptských Théb z roku 1522 před naším letopočtem (srov. Turkington, Harris, 2006; Lečbych, 2008). Sheerenberger (1983) uvádí, že svitky popisují různá postižení fyzické a duševní stránky člověka, jež se vztahují k rozličným úrazům hlavy a mozku.

Ve starověkém Řecku a Římě byl vztah k osobám se zdravotním postižením (dále jen ZP) represivní. Spartané ponechávali děti se ZP v pustině. V Athénách je umísťovali do hliněných hrnců, které pak zůstaly podél cest. Římané preferovali vhození do řeky Tibery. Avšak nikoliv celé období starověku bylo striktně represivní. Některé děti se ZP byly ponechány naživu nebo případně prodávány (Sovák, 1980). Westwood (2004) doplňuje, že ochrana před usmrcením se týkala zejména dětí ze zámožných rodin. V takovém případě disponovali tito jedinci svými strážci, kteří je podporovali během celého života v praktických dovednostech. Lékaři Herofilos z Chalkedónu a Erastrinatos vytvořili ucelený přehled v oblasti anatomie. Zimmer (2006) předkládá učení Herofilovo o prázdných místech v mozku (neproudí v nich „světová duše“), kde je uložen intelekt. Galénos (ovlivněn Aristotelem)

se v díle Zpráva z Pergamu zabývá slabomyslností, diferencuje ji na vrozenou a získanou (Richards, Brandy, Tylor, 2014). Sídlem duše měl být mozek a myšlení. Z římského okruhu Plinius ml. a Juvenalis popisovali u jednotlivců snížení rozumových schopností, šlo zejména o endemický kretenismus (Duinová, 1997).

Středověk představuje větší míru diferenciací v přístupu k osobám se ZP. Dominantní roli ve společnosti přebírá křesťanské učení. Kysučan (1986) uvádí, že během 14. – 15. století se s antickými poznatky seznamují rovněž evropští lékaři. Vyzdvihuje význam basilejského lékaře Felixe Plattera, který je autorem první klasifikace duševních nemocí. Felix Platter popsal v rámci duševního onemocnění formu charakteristickou trvalým poškozením intelektových funkcí. Později se pro tuto deskripci vžilo označení slabomyslnost. Zeman (1939) přináší konkrétní dělení Platterovi klasifikace:

- mentis imbecilitas – imbecilita – slabomyslnost,
- mentis alienatio – choromyslnost,
- mentis consternatio – zádumčivost,
- mentis defatigatis – znavenost, apatie.

15. století je spjato se vznikem prvního ústavu pro choromyslné. Jde o prvopočátky organizované péče o osoby se ZP. Tato zařízení byla určena jak pro osoby s duševním onemocněním, tak pro osoby s MR, stejně jako pro pachatele trestných činů (Sovák, 1980). **Do období 16. století** (renesance) spadá dílo Erasma Rotterdamského „Chvála bláznovství“, ve kterém se satiricky vyjadřuje o tehdejší společnosti. Slaboduchost (dle dřívější terminologie) se objevovala v dílech nejen spisovatelů, ale i pedagogů. Jan Amos Komenský se jako první vyjádřil k nutnosti edukace osob se ZP: „O vyučování málo nadaných dětí platí pravidlo: Učitel se má přizpůsobit žákovi a podporovat jeho chápavost všemi prostředky, jak jen může. To se děje, když pomalého žáka nezavalí látkou, málo bystrého podnítí mnoha konkrétními příklady, nepozorného znenáhla povzbudí k nové. Vlastní podstatou a hybnou pákou vzdělávání jest přizpůsobení učiva žákovi nadání“ (Komenský, 1946, s. 38). Autoři Valenta, Müller a kol. (2009) v publikaci Psychopedie zmiňují Komenským uvedené principy, jež mohou být aplikovatelné i v aktuální teorii a praxi. Jde o respektování individuálního přístupu, přiměřenost jednotlivých úkolů a potřebu názornosti.

Rok 1690 je spjat s uveřejněním díla Johna Locka Eseje o lidském rozumu. John Lock odmítl učení Reného Descarta a naopak zdůrazňoval pojetí člověka, který přichází na svět bez vrozených idejí. Lidskou mysl vidí jako nepopsanou desku (tzv. tabula rasa) a životní zkušenosti jsou hlavním zdrojem informací o vnějším světě (Locke, 1984). Na tomto základě upřednostňuje individualismus v procesu edukace. Lečbych (2008) upozorňuje na Lockovu teoretickou diferenciaci mezi „nedostatkem“ rozumu a duševním onemocněním. Podle Johna Locka osoby s duševním onemocněním chybně spojují a zdůvodňují jednotlivé ideje, kdežto u osob s MR jde o omezení ve spojování a odůvodnění idejí. Snahy o přesnou deskripci MR se objevují také v Anglii, opět prostřednictvím práce s uvedenou skupinou osob.

Ignác Felbiger podporoval názor, že i nenadané děti měly být součástí výchovně – vzdělávacího procesu. Benoit Saussure byl jedním z prvních, kdo vznesl požadavek na financování vzdělávání a výchovy dětí se ZP ze strany státu (Ludvík, 1956). V roce 1928 vešel v platnost výnos ministerstva školství a osvěty, který nedisponoval legislativním

opatřením vzhledem k dětem se ZP (mimo tzv. chudinského zákona) (Kysučan, 1982). Prostřednictvím tohoto opatření byly vydány výchovné směrnice, které pracovaly s pojmem „úchylná mládež“. Až zákon č. 95/1948 Sb., O jednotném školství legislativně stvrzuje účast osob se „sníženými schopnostmi“ v procesu školství. V té době i nadále společnost pracovala zejména s lidmi s MR, nikoliv s diagnózou jako takovou. Jak uvádí např. Beirne – Smith, Patton, Shannon (2006), Turkington, Harris (2006) nebyla MR před koncem 18. století jednoznačně definována jako diagnóza. Proto i osoby, kterým je v současné době přiřazena diagnóza lehká MR nedisponovaly žádnou speciální identifikací. Lidé, jež žili v náročnějších podmínkách, zřejmě obdrželi podporu v rámci vlastní rodiny či z klerikální strany. V jiných společnostech se naopak považovaly osoby s MR za božské zjevení. V této souvislosti jim náležely i specifické atributy (Harbour, Malik in Stone, Blouin, 2015).

Ke konci 19. století se zájem o osoby s MR přesouvá na pole pedagogiky. Eduard Seguin vytvořil ucelený systém edukace pro osoby s postižením intelektu. Je považován za průkopníka psychopedické odnože speciální pedagogiky. V roce 1876 zakládá Americkou asociaci pro mentální retardaci (v současnosti je tato organizace přejmenována na Americkou asociaci pro intelektová a vývojová postižení (dále jen AAIDD) (srov. Lečbych, 2008; Procházka, Šmahaj, Kolařík a kol., 2014). Později se zájem přesunul do oblasti psychologických věd.

Počátkem 20. století definoval Alfréd Binet škály pro měření inteligence. Tyto škály byly vytvořeny pro diferenciaci míry intelektového nadání a postižením intelektu (Baroff, Olley, 1999). V roce 1910 vznikla světově rozšířená klasifikace slabomyslnosti (oligofrenie) a to idiocie, imbecilita, debilita. Jejím autorem byl Emil Kraepelin. Uvedené termíny přetrvaly 40 let. Až v průběhu 20. století došlo k jejímu revidování. Iniciativa vzešla ze strany odborné veřejnosti substituovat nevhodnou terminologii stejně jako eliminovat stigmatizaci (Reynolds, Fletcher- Janzen, 2007). Dalším aspektem revidence byla snaha o přesnější diagnostická kritéria MR.

Pojem MR vzniká v 50. letech 20. století ve Spojených státech amerických (Kozáková, 2005). Inovovaná klasifikace tehdy rozlišovala 5 stupňů MR:

- hraniční pásmo (67 – 83 bodů IQ),
- lehká MR (50 – 66 bodů IQ),
- středně těžká MR (33 – 49 bodů IQ),
- těžká MR (16 – 32 bodů IQ),
- hluboká MR (pod 16 bodů IQ).

Tento druh členění byl uveden v Mezinárodní klasifikaci nemocí 9. revizi. Po svém zavedení do praxe byl vzhledem k problémům upraven v 70. letech. Důraz na hodnotu inteligenčního kvocientu vedl ke zvýšené chybovosti s ohledem na proces výchovy a vzdělávání dětí se ZP. Diskriminace se týkala i osob z odlišného sociokulturního prostředí. Řadě osob byla neoprávněně přiznána diagnóza MR, zejména hraniční pásmo a lehká MR. Po úpravách byl první stupeň MR revidován jako prostá subnorma (nikoliv postižení intelektových funkcí). Dále se hranice MR posunula k hodnotě 70 bodů IQ.

Nové členění MR rozlišovalo 4 stupně MR:

- lehká MR (50 – 69 bodů IQ),

- středně těžká MR (35 – 49 bodů IQ),
- těžká MR (20 – 34 bodů IQ),
- hluboká MR (pod 20 bodů IQ).

Výše uvedené členění je součástí Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize (dále jen MKN 10) stejně jako v dřívějším Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM – IV). Při procesu přiznání diagnózy se započal zohledňovat proces adaptace v posuzování MR.¹ V 5. revizi DSM byl pojem MR odstraněn z důvodu pejorativnosti, aktuálně je užíván intellectual disability (ID), MP. Pátá revize DSM navrhuje aplikovat místo známých podtypů MR rozsah obtíží v praktických, sociálních a adaptivních dovednostech jedince. AAIDD v této souvislosti hovoří o podpoře potřebné k „normalizaci“ života člověka s MP (Shalock, Bortwick – Duffy et al., 2010). Na základě obou diagnostických manuálů obsahují inovace podobná východiska (Salvador – Carulla, Vaez-Azizi et al., 2011). Sémanticky jsou podobné termínu MP, který užívá AAIDD. Výhodou změn navrhovaných DSM V je jejich uplatnění v tzv. forenzní psychiatrii vzhledem k chování a deskripci jedince během soudních procesů (Greenspan, Switzky, Woods, 2011). AAIDD uvádí, že během posledních 48 let došlo k sedmi oficiálním změnám v jejím pojetí. V roce 1961 byla hranice MR stanovena na úroveň IQ 85. O 22 let později se horní hranice posunula k hranici IQ 70, avšak s dodatkem orientačního charakteru. Rok 1992 je spojen s novou definicí MR. Tato diagnóza je podmíněna třemi prvky: změření inteligenčního kvocientu pod 70 bodů, omezení ve dvou nebo více adaptivních dovednostech a přítomnost od raného věku maximálně do 18 let (Bartlett, Lewis, Thorold, 2007).²

MR lze přeložit jako zpoždění duševního vývoje. Etymologicky vychází se slova „mens“ (rozum) a „retardace“ (opožďovati se). Ve skutečnosti MR nepředstavuje pouhé opoždění duševního vývoje. Neprojevuje pouze v kognitivních dovednostech, ale také v tělesné a sociální složce. Franiok (2008) uvádí, že pojem MR byl ratifikován z mezinárodní nomenklatury na základě doporučení Světové zdravotnické organizace v roce 1959. Na tomto základě nahradil řadu do té doby užívaných termínů (srov. Valenta a kol. 2003; Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012; Bazalová, 2014). Autoři Bajo, Vašek (1994) uvádějí, že při rešerších československé odborné literatury v letech 1952 – 1989 bylo uváděno více než 20 analogií vzhledem k MR. Novosad (2009) nabízí ve své publikaci výčet několika ekvivalentů: mentální abnormalita, mentální defekt, oligofrenie. Další z nich jsou dostupné ve speciálněpedagogické literatuře.

S variabilitou definic MR (viz níže) souvisí i **proměna terminologického aparátu**. Ve Spojených státech amerických se užívá pojem learning disability. Austrálie operuje s termínem intellectual disability. Anglická speciálněpedagogická literatura zmiňuje learning differences. Na změny v rámci terminologie reagují rovněž názvy státních a nestátních organizací. V roce 1953 byla založena Americká asociace pro retardované děti (The National Association for Retarded Children). Samotný termín „retardované“ byl v názvu zachován

¹ V současné době platí v České republice MKN 10. revize a to od roku 1994. Světová zdravotnická organizace provádí průběžné aktualizace (major, minor). Jsou uveřejňovány v pravidelných intervalech po jejich schválení na výročním zasedání. Malé změny jsou schvalovány 1x ročně vždy k 1. 1. daného roku. Velké změny jsou realizovány každé tři roky. 11. revize je plánována na rok 2017.

² Pracovní skupina navrhuje termín MR odstranit a místo něj užívat intellectual developmental disorders (iDDs), volně přeloženo jako intelektové vývojové poruchy. Zároveň se plánuje zachování jejího členění do kategorií dle závažnosti MR.

až do roku 1992. V témže roce byla asociace přeměněna na The Arc k zamezení jakéhokoliv spojení s neadekvátními pojmy (The Arc, 2015).

Pojetí MR podle stupně MR je spíše používáno v „klinickém“ (medicínském, psychologickém prostředí). Ve školním prostředí jsou užívány termíny jako těžké ZP, hluboké postižení. Termíny MR a MP spadají do medicínské, psychologické, sociální a speciálněpedagogické sféry. Na tomto základě se objevují diference v chápání zmíněných pojmů. V případě MR se jedná o složitou problematiku a to vzhledem k množství faktorů a kritérií, jimiž může být determinována. Svůj podíl sehraává nejen posouzení inteligenčního kvocientu, ale biologická, psychologická a sociální hlediska. Toto predikuje interdisciplinární charakter problematiky. Medicínské a psychologické vědy (klinická i poradenská část) vnímají MR a MP jako synonyma. Sociální a speciálněpedagogické obory tyto pojmy tradičně oddělují. V rámci speciální pedagogiky vzešlo dělení z potřeby školní praxe, kdy část žáků selhávala ve školním prostředí, ale současně nesplňovali kritéria pro přiznání diagnózy MR. Aktuálně není k dispozici tuzemská monografie, která by problematiku MR řešila komplexně, tedy z lékařského, psychologického, sociálního a speciálněpedagogického pohledu. Petišková (2007) uvádí, že aktuální publikace hovoří o extradruhu osob se ZP a nutnost komplexního pohledu přinejmenším zmiňují. Černá (2008) doplňuje, že oborová terminologická nejednotnost je spjata s proměnou pojetí, koncepce, klasifikace a způsobu diagnostiky MR.

Lékařské obory nejčastěji pracují s konkrétními diagnózami, užívají tedy pojem MR, případně v novějších medicínských publikacích je frekventovaným termínem kognitivní poškození. Cílem medicínského pojetí je identifikace konkrétní příčiny MR a posléze nastolení adekvátní terapie (invazivní či neinvazivní). V učebnicích pro lékařské fakulty je MR spojována zejména s dětským věkem ve kterém primárně k diagnostice dochází. Podle Petiškové (2007) jsou dospělé osoby s MR zmiňovány převážně v psychiatrických monografiích (jako uživatelé psychiatrické péče). Primární roli v lékařské oblasti sehraává MKN 10. revize zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vešla v platnost v roce 1992. V MKN 10. revizi je MR zařazena mezi poruchy duševního vývoje (Solen, 2011). V uvedené klasifikaci je MR popisována jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. MR se nemusí vyskytovat v izolované podobě, ale rovněž společně s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s MR mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou MR nápadné“ (Leifer, 2004, 645 s.).

MR je v MKN členěna do 6 oblastí:

- lehká MR,
- středně těžká MR,
- těžká MR,
- hluboká MR,
- jiná MR
- nespecifikovaná MR.

Novější medicínské definice popisují MR jako podprůměrnou mentální funkci a nedostatečné adaptivní chování (IQ musí být nižší než 75), které se projevují v období vývoje, tedy před dosažením 18cti let věku (Seidel, 2015).

V psychologické literatuře je MR vnímána jako snížená úroveň kognitivních složek, tedy inteligence. Shodně probíhají diskuze o tom, zda je možné inteligenci dále analyzovat či funguje na bázi ucelených schopností na nižší úrovni (viz dále zmínka o explicitních a implicitních teoriích). Autoři Sternberg a Kaufmann (2002) konstatují, že pojem inteligence odlišně chápou individualistické kultury (Amerika, Austrálie, Evropa) a jiným způsobem je její pojetí chápáno v rámci kolektivistických kultur (Asie, Afrika).

David Wechsler v roce 1958 definoval inteligenci jako „globální schopnost jedince cílevědomě jednat, racionálně myslet a účinně se vyrovnávat s vlastním prostředím (Wechsler, 2007). Avšak inteligenci je připisován i mnohem širší význam, a právě tento fakt zdůrazňují zmíněné implicitní teorie. Autoři Sternberg, Conway, Ketron (in Lund, 2010) uvádějí, že inteligenci si převážná část laické populace představuje jako dovednost efektivně prakticky řešit situace, společně s dobrými verbálními schopnosti a excelentními sociálními dovednostmi. Explicitní teorie naopak inteligenci definují jako jednotlivé prvky nezávislých schopností, jež vstupují do vzájemné interakce (Blatný a kol., 2010).

Psychologická literatura popisuje MR jako jisté snížení rozumových schopností, jež se v psychologii označuje jako inteligence (Švancara, 1972). Nejvíce využívaným nástrojem pro měření inteligence je její vyjádření prostřednictvím inteligenčního kvocientu. Podle Šnýdrové (2008) vykazuje inteligence vzestupnou tendenci zhruba do 20. – 25. roku života. Na tomto základě se při měření inteligence aplikuje tzv. deviační inteligenční kvocient. Hodnota, na kterou daná osoba v testu dosáhne, se srovnává s hodnotou získanou jako průměr pro jemu odpovídající věkovou kategorii.

Velmi obecné pojetí MR z psychologického pohledu uvádí Grossman (in Donald, 1977). Zdůrazňuje v ní významně podprůměrné fungování intelektu, jež se projevuje kontinuálně a nedostatky v adaptivním chování. Tyto nedostatky jsou patrné během jednotlivých vývojových období. Podle Dolejšího (1978) je MR postižení nikoliv kvantitativní, ale kvalitativní. Proto považuje za nemožné srovnávat vývoj jedince s diagnózou MR a jedince intaktního (oproti lékařskému pojetí). Stejný autor chápe MR jako vývojovou poruchu integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení. „Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení“ (Tamtéž, 1978, s. 34). Matulay (1989) charakterizuje MR jako opožděný nebo poškozený celkový normální vývoj dítěte a to zejména po stránce rozumové, přičemž se často vyskytují pohybové obtíže a narušení komplexního chování. Říčan, Krejčířová (1997, s. 151) definují MR jako závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptaci. Svoboda (1999) zmiňuje, že výše inteligenčního kvocientu informuje o komplexních rozumových dovednostech příslušné osoby, avšak již nereflektuje kvalitativní zvláštnosti daného jedince. Proto není vhodné tuto číselnou hodnotu přeceňovat. **Podstatou psychologických definic** je stanovení výše inteligenčního kvocientu a charakteristika vlastností jedince na základě jeho porovnání s intaktními vrstevníky.

Sociologická pojetí se v současných tuzemských i zahraničních publikacích promítají do pojmů kvalita života, samostatnost, soběstačnost a sociální kruh či sociální opora (srov. Reichel, 2008; Sak, Kolesárová, 2012; Jandourek, 2012). Zároveň poukazují na tvrzení, že člověk a jeho ZP mnohdy znamenají totéž. Uvedené predikuje přidělení etikety „ne - mocného“, závislého. Sociální aspekty se týkají problematiky zařízení sociálních služeb. Podle Bednáře (2012) dochází v tzv. ústavní péči k umělé konstrukci sociální závislosti. Tato vzniká vyjmutím člověka s MR z jeho přirozeného sociálního prostředí. Následkem tvorby „oddělení“ pro uživatele sociálních služeb s podobnými znaky či diagnózami, nedochází k další motivaci člověka s MR. Autoři Bogdan; Taylor (in Šiška, 2009) upozorňují, že čistá MR vznikla jako sociálně vykonstruovaná kategorie. Přítomnost ZP (tedy i diagnózy MR) jako sociálního problému popisuje Sibilski (2000). Autor diferencuje individuální a strukturální sociální problém. Individuální sociální problém poukazuje na schopnosti, dovednosti, ale také limity člověka se ZP. Podporu v jeho řešení je možné nalézt v nabídce sociálních služeb. Strukturální sociální problém ovlivňuje sociální status, nerovnost příležitostí, obecné společenské klima. Jeho řešení spočívá v inovaci sociální struktury společnosti (příslušné právně závazné dokumenty, rovné příležitosti, dostupnost vzdělávacích aktivit). Novosad (1997) v této souvislosti hovoří o **sociologii ZP** jako o aplikované sociologické disciplíně, která nabývá atributů autonomního interdisciplinárního oboru.

Ve speciálněpedagogických oborech se již minimálně hovoří o diagnóze jako takové. Na základě aplikace konceptu People First, stojí na prvním místě vždy člověk a až poté typ a stupeň MR. Řidčeji lze v literatuře nalézt termín osoby s mentálním deficitem. Dřívější Americká asociace pro MR (dnes AAIDD) ji definovala jako významné omezení v rámci intelektových, adaptivních, sociálních a praktických dovedností. Podmínkou jejího určení je vznik před 18 rokem věku (Hourcade, 2002). Bajo, Vašek (1994) upřednostňují jednotlivé stupně MR, které současně vnímají jako orientační. MR definují jako „disproporcionalitu chronologického a mentálního věku“ (Tamtéž, s. 49, 1994). Protože je na MR nahlíženo jako na stav, neprojevuje se rovnoměrně v jednotlivých složkách nadání (srov. rozdílné pojetí v psychologických publikacích). AAIDD popisuje MR jako sníženou schopnost pro kterou je typické výrazné omezení v intelektových funkcích, v adaptačním chování, které se manifestuje v pojmových, sociálních a praktických dovednostech. AAIDD zároveň pevně stanovila předpoklady pro možnou aplikaci definice. Snížení aktuální funkčnosti daného člověka musí být zohledněno v souvislosti se sociálním prostředím typickým pro daný věk a kulturu. Stejně tak reflektuje individuální rozdíly v komunikaci, pohybových možnostech, chování a percepci. Identifikace limitů musí navazovat na systém cílené podpory (Šiška, 2005). Pešová, Šamalík (2006) zdůrazňují největší problémy v rámci komunikační dovednosti, verbální složky inteligence, schopnosti logického myšlení. Vančura (2007) se pokusil o sumarizaci definic. Do popředí staví pojetí MR jako stavu a především nutnost tvorby inovovaných definic, jež reflektují aktuální situaci. **MR je komplexní fenomén**, jež se může v průběhu času měnit. Autorka Thorová (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) považuje MR v naprosté většině případů za vrozený stav, který se vyznačuje jistým omezením kognitivních dispozic a sociálního přizpůsobení. Výrazné opoždění se týká zejména jednání, jazykových rovin, pohybových a sociálních dovedností. Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007) vyzdvihují definici MR, jež je zaměřena širěji do praktického života. Opět upozorňují na nízkou úroveň rozumových schopností, ze kterých následně vyplývá obtížnější adaptace

na běžné životní podmínky. Švarcová (2011, s. 25) charakterizuje MR jako trvalé snížení rozumových schopností, což je důsledkem organického poškození mozku.

Autoři Valenta, Müller (2013, s. 16) definují MR „jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.“ Autorka Švarcová (2003) přidává do jejího přesného vymezení další charakteristiku a to diferenciaci MR na vrozenou a získanou. Vrozená odpovídá výše uvedeným definicím. Získaná MR představuje pokles nabytých kognitivních schopností jedince, jenž může vzniknout v různých obdobích života. Autorka ji nazývá také demencí. Odborníci Valenta, Michalík, Lečbych a kol. (2012) vymezují MR obdobným způsobem jako výše, avšak ještě doplňují oslabení adaptačních schopností jedince.

Uvedené definice shodně reflektují zaměření na intelektové schopnosti jedince (úroveň IQ a dalších kognitivních složek, které tvoří předpoklad pro další učení) stejně tak zmiňují i možnost adaptace na sociální prostředí v příslušné kultuře a situaci. Pozdější pojetí se již odklání od chápání člověka a MR jako totožného pojmu. V zahraniční literatuře se objevuje vnímání MR jako aspektu, který regulérně poskytuje statut zvláštní podpory (nikoliv pomoci) v klíčových oblastech státní politiky. Avšak nepredikuje její automatické poskytnutí. Tento fakt počítá s alternativou, kdy ne všechny dospělé osoby s diagnózou MR musí nutně využívat nabídky sociálních služeb (The Arc, 2012).

1.1.2 Etiologie

Vlivy, které jsou příčinou vzniku MR byly a stále jsou předmětem zkoumání odborníků. Podle Langer (1996) nelze jasně vydefinovat veškeré příčiny MR vzhledem k jejich variabilitě. Při rešerších dostupné literatury jsou prakticky ve všech odborných publikacích uváděny tři časová hlediska jejího vzniku: prenatální (v lékařské literatuře se užívá termín neonatální), perinatální a postnatální. Etiologií MR se zabývá řada zejména medicínských oborů (genetika, neurologie, psychiatrie) (Franiok, 2008). AAIDD (1992) uvádí, že téměř u 50 % osob s MR je možno nalézt více než jednu příčinu jejího vzniku. Lze konstatovat převahu biologických, psychologických a sociálních aspektů. Podle Černé a kol. (2008) i přes trvající multidisciplinární péči je stále idiopatických až 50 – 70 % případů. Osoby s diagnózou MR tvoří etiologicky homogenní skupinu (Dolejší, 1983). Matulay (1989, s. 10) zdůrazňuje význam etiologie, když: „poznanie príčin čiže etiologie vzniku MR má dvojaký význam:

1. napomáha predchádzanie (prevenciu),
2. umožňuje výber správnej liečby. Príčin je veľa a mnohé sú zatiaľ neznáme, i keď sa tušia.“

Stejný autor kromě endogenních a exogenních faktorů pracuje také s faktory sociálními, zejména při stanovení diagnózy lehká MR. Sociální faktory představují vnitřní a vnější sociální prostředí. Valenta, Müller (in Valenta, Michalík, Lečbych, 2012) zmiňují, že neexistují jedinci s totožnou symptomatologií stejně jako se stejným počátkem intelektové abnormality. Lečbych (2008) také rozděluje etiologii MR na vlivy endogenní (genetické) a na vlivy exogenní, tedy okolnosti v období gravidity, porodu a raném dětství. Přidává k tomu ještě tzv. encefalopatii, kterou se označují následky poškození mozku bez ohledu

na příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter. Lečbych (2008, s. 25) dále uvádí: „Příčiny, které vedou k MR, mohou být různorodé. Zpravidla se jedná o:

- variaci normálního rozložení četnosti,
- genetické vlivy,
- prenatální poškození plodu,
- perinatální poškození dítěte,
- časně postnatální poškození dítěte.“

Jako nejpřehlednější se jeví členění etiologie MR do dvou zastřešujících kategorií: endogenní a exogenní. Endogenní příčiny podmiňují genetické faktory. Exogenní příčiny mohou působit jako iniciátory realizace patologických činitelů genetické informace, případně mohou měnit jejich průběh. Exogenní příčiny se dělí na prenatální, perinatální a postnatální. Čím dříve dojde k projevu patologie, tím jsou následky vzhledem k plodu závažnější. Podle Matulaye (1989) je nejvíce ohrožena zejména centrální nervová soustava fétu. V tomto období není nijak chráněn. Skupina prenatálních patologií je tvořena níže uvedenými příčinami:

- infekční onemocnění matky (herpes zoster, toxoplazmóza, listerióza, syfilis, rubeolová emryopatie, AIDS),
- endokrinní poruchy matky (diabetes mellitus, hypotyreóza),
- intoxikace matky (kokainový syndrom, fetální alkoholový syndrom, intoxikace olovem, následky fyzikálního ozáření, benzodiazepiny),
- další intrauterinní poškození způsobená nespécifickými prenatálními vlivy (vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza, Rh inkompatibilita, oligohydromnion),
- hereditární vlivy (fenyktonurie, galaktosémie, homocystinurie, či specifické genetické poruchy jako např. aberace chromozomů, syndrom fragilního X, metabolická onemocnění). Příkladem dominantní dědičnosti spojené s diagnózou MR je tuberózní skleróza, Huntingtonova choroba, Mandibulofaciální choroba, Myotonická dystrofie, Neurofibromatóza a některé další (srov. Dušek; Večeřová, 2010). Recesivním typem dědičnosti mohou vzniknout například fenyktonurie či galaktosémie (The Arc, 2012).³

Při zohlednění klasifikace MR v kontextu jejich příčin je patrné, že původcem lehké MR je spíše vliv prostředí (intoxikace a infekce matky) než genetické faktory (Pierangelo, Giuliani, 2006). Naopak u osob s diagnostikovanou těžkou a hlubokou MR sehrává dědičnost dominantní roli. Za nejběžnější formy genetického způsobu přenosu MR jsou považovány Trizomie 21 chromozomu a Syndrom fragilního X (Lečbych, 2008; Suhweier, 2009). V psychologických pramenech je uvedena i silná citová deprivace v prenatálním období jako jeden z faktorů způsobujících MR (srov. Švingalová, 2002; Koluchová, 2002; Leifer, 2004; Matějček, 2012). Raboch, Zvolský (2001, s. 157) uvádí: „Snížení intelektových schopností je způsobeno sociokulturní deprivací v rodinách, dětských domovech a jiných institucích.

³ Na některé metabolické poruchy spojené s diagnózou MR lze efektivně terapeuticky působit úpravou stravy či medikamentózně. Avšak léčba je podmíněna včasnou diagnostikou.

Rodiče, kteří mají sami nízké intelektové vybavení, postihují potomky dvojnásobně – jednak dědičností, jednak nepodnětnou výchovou“.

Jako nejčastější **perinatální faktory** zmiňují Valenta, Müller (2013) mechanické poškození mozku při porodu, hypoxii, asfyxii či anoxii nebo předčasný porod – tedy před 37. týdnem gravidity společně s nízkou porodní váhou novorozence (Dlouhá 2013). Mnohé z nich jsou následkem nesprávné velikosti nebo polohy plodu. Drtílková (in Lečbych, 2008) doplňuje jako rizikové i protrahované porody (komprese dítěte), delší dobu jeho přenášení nebo závažný průběh novorozenecké žloutenky.

Postnatální příčiny sjednocují různorodé traumatické vlivy, které jedinec prožije do druhého roku života (Vágnerová, 2004 in Lečbych, 2008). Mezi postnatální příčiny spadají encefalitidy, meningitidy, nádorová onemocnění, krvácení do mozku, alkoholové demence, schizofrenie. Dále je možné k nim zařadit ještě vlivy sensorické, citové a sociokulturní deprivace (Valenta, Müller, 2007). Dalšími etiologickými faktory jsou Alzheimerova choroba, alkoholová demence, Parkinsonova choroba či úrazy (srov. Bazalová in Pipeková, 2006, Valenta in Michalík, Lečbych a kol. 2012). Podle Matulaye (1989) jsou postnatální faktory v porovnání s předchozími nejméně významné. Odborná literatura hovoří i o sociálně podmíněné MR. Jde o nedostatek podmětů nutných pro stimulaci kognitivních schopností. Může se jednat o deprivaci či o velmi slabé sociokulturní prostředí. Je zde jistá pravděpodobnost reparability vzhledem k časnému zahájení terapie. Protože se týká především juvenilního věku, nebude jí zde věnován větší prostor (srov. Pipeková, 2010; Švarcová, 2011; Vágnerová, 2012).

Výše uvedené poskytuje přehled nejvíce frekventovaných příčin MR z hlediska doby vzniku. I přes uváděné nepřesnosti tohoto schématu, se s ním lze setkat i nadále. Způsob pojetí MR je nezbytné doplnit o zohlednění sociálního prostředí každého člověka.

1.1.3 Klasifikace mentální retardace

Osoby s MR představují početnější skupinu mezi osobami se ZP. Přesná čísla o výskytu MR nejsou k dispozici vzhledem k neobligatorní evidenci této skupiny obyvatel. Přibližný odhad osob s MR je stanoven na 1 – 5 % obyvatel České republiky (Švingalová, 2006). V Národním plánu opatření ke snížení negativních důsledků zdravotního postižení z roku 1993, bylo na základě kvalifikovaných odhadů uvedeno, že v České republice žije 300 000 osob s diagnózou MR (srov. Černá, 2005). Z hlediska statistiky jde pravděpodobně o 3 % (střední hodnota) osob s MR různého stupně. Švarcová (2011) doplňuje, že z toho nejpočetnější kategorii tvoří osoby s lehkou MR. Valenta a Müller (2007) uvádějí prakticky totožné procentuální rozdělení stupňů MR v populaci jako Švarcová:

- osob s lehkou MR žije přibližně 2,6 %,
- osob se středně těžkou MR žije přibližně 0,4 %,
- osob s těžkou MR žije přibližně 0,3 %,
- osob s hlubokou MR žije přibližně 0,2 %.

V celosvětovém měřítku se uvádí číslo 200 milionů osob. Pokud jde o četnost výskytu MR vzhledem k pohlaví, zde se odborná literatura rozchází. Část uvádí mírnou prevalenci

u osob mužského pohlaví, další část literatury operuje s četností stejnou vzhledem k oběma pohlavím (srov.; Švingalová, 2006; Drew, Hardmann, 2007).

Klasifikace MR podléhá (stejně jako její definování) různým kritériím. Müller (2001) je zdůrazňuje zejména v teoretické rovině. Nejvíce frekventovaná jsou kritéria etiologická, symptomatologická, vývojová stejně jako kritéria týkající se stupně postižení. **Etiologická klasifikace** je zmíněna v předcházející podkapitole, jde o členění na prenatalní, perinatální, postnatální případně endogenní či exogenní faktory. Tato společně se symptomatologickou částí úzce souvisí s medicínskými obory. **Symptomatologická klasifikace** pracuje se symptomy (projevy) v chování. Tento typ členění se zaměřuje na tzv. poruchy aktivační úrovně a rozlišuje 3 druhy aktivace:

- typ eretický,
- typ torpidní,
- typ nevyhraněný.

V případě eretického typu (hyperaktivní, verzatilní, neklidný, torpidní) uvádí literatura přítomnost psychomotorického neklidu, dále impulsivnost, nesoustředěnost, nestálost v emocionální oblasti v kombinaci s narušením pozornosti (srov. Kozáková, 2005; Suhweier, 2009). Z hlediska lékařských oborů se jedná o osoby s nezbytnou medikací. Speciálněpedagogické obory vnímají osoby s tímto typem MR jako osoby s poruchami chování různého stupně. Torpidní typ (hypoaktivní, apatický, netečný) představuje podle Franioka (2008) osoby velmi klidné s tichým chováním. Stejně tak jsou přidružené výrazně pomalé pohyby. V rámci chování se objevují rigidní a stereotypní vzorce chování. Švingalová (2006) upozorňuje na problematiku aktivizace těchto jedinců z hlediska výchovně – vzdělávacího procesu. Posledním typem klasifikace je typ nevyhraněný, kdy procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze. Valenta, Müller (2013) vzhledem k posuzování symptomatologického pojetí zdůrazňují aspekty sociálního prostředí jedince.

Vývojová klasifikace spadá do kompetence vývojové psychologie. Sleduje biosociální, kognitivní a psychosociální sféru během života jedince. V rámci dizertační práce je jí věnován prostor při popisu psychických aspektů dospělých osob s MP. Informace ohledně sociálních dovedností budou uvedeny ve třetí kapitole dizertační práce.

Často využívaným kritériem pro **klasifikaci MR je kvantita úbytku inteligence** (měřeno prostřednictvím testů inteligence) ve srovnání s tzv. „normou“. MKN 10. revize člení jednotlivé stupně MR na základě rozmezí inteligenčního kvocientu, jež je pro dané pásmo charakteristické (Kozáková, 2005). Toto členění popisují Valenta, Müller (2013). MR dělí do 6 kategorií:

- F 70: Lehká MR (Mild Mental Retardation, hodnota IQ se pohybuje v pásmu 69 – 50, dříve označována pojmem debilita),
- F 71: Středně těžká MR (Moderate Mental Retardation, hodnota IQ se pohybuje v pásmu 49 – 35, dříve označována pojmem imbecilita),
- F 72: Těžká MR (Severe Mental Retardation, hodnota IQ se pohybuje v pásmu 34 – 20, dříve označována pojmem idioimbecilita, prostá idiocie),

- F 73: Hluboká MR (Profound Mental Retardation, hodnota IQ se pohybuje v pásmu pod 20, dříve označována pojmem idiocie, vegetativní idiocie),
- F 78: Jiná MR (Other Mental Retardation, přesnější určení MR není možné vzhledem k dalším přidruženým ZP - vizuálnímu, auditivnímu, somatickému, poruchám autistického spektra, závažným poruchám chování),
- F 79: Nespecifikovaná MR (Unspecified Mental Retardation, přítomnost MR je prokázána, ale pro nedostatek charakteristik/znaků není možné osobu zařadit do některé z výše uvedených kategorií).

MKN 10. revize přidružuje k základnímu kódu ještě čtvrtý znak určující rozsah možných problémů v chování jedince:

- F 7 X. 0 žádná nebo minimální porucha chování,
- F 7 X. 1 výrazná porucha chování, vyžadující pozornost nebo léčbu,
- F 7 X. 8 jiná porucha chování,
- F 7 X. 9 bez zmínky o poruše chování (srov. Wagner, 2000; Kozáková, 2005; Theunissen, 2005; Lečbych, 2008, Černá, 2008; Valenta, Müller, 2009; Krejčířová, Kozáková, Müller, 2013).

Osoby s diagnózou lehká MR (F 70)

U osob s touto diagnózou se výše inteligenčního kvocientu pohybuje v rozmezí 50 – 69 let. V psychologické literatuře je uvedenému rozpětí přiřazen věk 9 – 12 let. Z pohledu evolučních škál bývá zvládnutí jednotlivých mezníků ve vývoji obvykle shodné nebo jen mírně za vrstevníky. Podle Pipekové a kol. (2010) se naopak nejmarkantnější projevy MR objevují mezi 3. – 6. rokem. Prvotní znaky MR jsou rozpoznatelné během povinné školní docházky (osvojení si trivia a dalších teoretických znalostí). V tomto období je MR nejčastěji diagnostikována v některém ze školských poradenských zařízení (pedagogicko - psychologické poradně nebo speciálně pedagogickém centru).

Z pohledu osobnostních charakteristik dospělého člověka uvádí Bendová, Zíkl (2010), že exprese dosahuje úrovně II. signální soustavy (zobecňování, abstrakce). Oslabena je schopnost usuzování. Tento fakt se projeví v nenadálých situacích, kdy lidé s lehkou MR nemusí nalézt jejich adekvátní řešení. Podle Vančové (2005) je nutno brát v potaz emocionální vývoj a to citovou nezralost, neadekvátnost citů vzhledem k podnětům, nízkou sebekontrolu a výraznou sugestibilitu. Následkem této lability může být snížená schopnost vyrovnat se s požadavky partnerství, manželství, výchovy dětí, obtíže řešit problémy, jež vyplývají z nezávislého života dospělého člověka (Švarcová, 2003). Problematická se jeví i oblast finanční gramotnosti (otázka ekonomické „ne“závislosti, schopnost vycházet s penězi, dodržování pravidelných splátek, spoření peněz), zdravotní péče apod. V klinickém obraze mohou být patrné stopy epilepsie, poruchy chování či poruchy autistického spektra (Pipeková, 2010). Uvedené opět ztěžuje možnost naplnit role dospělého člověka. Švarcová (2011) přidává i nezávislost v sebeobsluze a soběstačnost v dospělém životě. Vzhledem k volbě vzdělávací cesty se žáci s lehkou MR vzdělávají v běžné základní škole, je jim vypracován individuální vzdělávací plán. Po jejím absolvování splní povinnou školní

docházku. Následně si mohou zvolit jakoukoliv střední školu. Nejvíce jsou preferována praktická učiliště, případně Praktické školy 2 leté. Volba dalšího způsobu života je v tomto bodě více záležitostí rodičů osob s MR vzhledem k intaktní populaci. Obecně má dospělý člověk s diagnózou lehká MR tyto možnosti:

- absolvování další vzdělávání cesty (viz výše) a život v rámci nukleární rodiny,
- zcela samostatné bydlení,
- život v rámci rodiny a možnost využívání některé ze sociálních služeb (denní stacionáře, centra denních služeb, podporované bydlení, domovy pro osoby se ZP),
- pouze život v rámci rodiny.

Role dospělého člověka s MR se nejvíce promítají v oblasti pracovní, partnerské, sociální. Možnosti vhodného pracovního uplatnění se odvíjejí od dosaženého vzdělání. Je preferován zejména otevřený pracovní trh s kvalifikovanou či méně kvalifikovanou manuální prací. Vágnerová (2012) zdůrazňuje, že zaměstnávání dospělých osob s lehkou MR je problematické vzhledem k nízkému stupni dosaženého vzdělání a proto je reálnou hrozbou jejich nezaměstnanost. Po ukončení aktivní profesní dráhy stejně jako intaktní populace jsou uživateli důchodového systému.

Partnerská a rodičovská role může být velmi komplikovaná. Možnost partnerského a manželského života navyšuje pocit vlastní hodnoty (Lečbých, 2008). Otázka partnerství či rodičovství u osob s MR je eticky velmi závažná (srov. Bazalová, 2004; Kozáková, 2005; Vágnerová, 2012). Uzavření manželství je ovlivněno mírou svéprávnosti. Obtíže někdy nastávají v případě navázání kontaktu s potencionálním partnerem. Problémem v tomto bodě může být minimální příležitost či možnost seznámení se. Bazalová (2004) zmiňuje specifické problémy v oblasti sexuality a to promiskuitu (v různých typech vztahů), možnou prostituci či zneužívání. Edukace v této oblasti se svým obsahem neliší od sexuální výchovy populace bez ZP. Autorky Štěrbová, Rašková (2013) přináší výčet možných negativních důsledků a to zanedbané hygienické návyky, předčasný pohlavní život, konflikty ve vztazích, obtíže s přijetím zodpovědnosti, výchovou dětí apod. Významným aspektem je vedení člověka s MR k zodpovědnému rozhodnutí. Rodičovská role je legislativně ukotvena v českém právním řádu v zákoně o rodině č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů. § 31 zmíněného zákona určuje obsah pojmu rodičovská zodpovědnost. „Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností...při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj,...při zastupování nezletilého dítěte, ...při správě jeho jmění“. Tato odpovědnost náleží oběma rodičům pouze za předpokladu, že jsou tito plně svéprávní (§ 34, odstavec 2). Dle legislativního výkladu tedy člověk, jemuž je svéprávnost omezena, nenabyl rodičovské zodpovědnosti. O změně rozhoduje soud. Podle Valenty a Müllera (2009) ani samotné legislativní opatření neumožňuje naplnit ideální stav (tedy aby všichni rodiče byli kompetentní se plně postarat o své děti). Z hlediska rodičovství Matulay (1986) zmiňuje, že muži i ženy s MR nejsou schopni se dostatečně o potomky postarat. Autoři Lenoráková, Matznerová, Velemínský (2002, s. 42) se zaměřili na kompetence rodičů s MR a sdělují, že „z rodičovské dvojice jsou zvláště matky dětí

s mírným (zvl. později získaným) mentálním opožděním jinak sociálně nenápadné, pro samostatnou výchovu dětí nekompetentní a vysoce rizikové.“

Výše zmíněná pracovní oblast je důležitým předpokladem pro navázání a udržení sociálních kontaktů (zejména mimo rodinu). Absence pracovních aktivit se může negativně projevit ve vzniku sociálně patologických jevů. Osoby s lehkou MR se dle Hrabětové (2009) podílejí na páchaní trestné činnosti v 0, 5 % případů. Nejčastěji jde o krádeže a podvody. Srovnatelná s intaktní populací je i účast na životě společnosti. V některých případech jsou dokonce osoby s lehkou MR více angažovány na životě užší komunity. Sociální dovednosti se dle Graiga (in Mash; Wolfe, 2002) považují za hlavní ukazatele a měřítko člověka s vyvinutým sociálním statutem. U osob s lehkou MR je nutné se zaměřit na optimální reagování na nepředvídatelné skutečnosti, pochopení sama sebe (sebepojetí, sebeovládání), porozumění reakcím a chování druhých lidí.

Jisté obtíže lze očekávat v průběhu stárnutí a stáří. Vzhledem se specifickým dospělého člověka s MR (jsou popsány v následující kapitole dizertační práce) je pravděpodobné náročnější prožívání tzv. krize středního věku stejně jako vyšší četnost výskytu duševního onemocnění. Pokud jsou dospělým osobám s MR přiznány dávky státní sociální podpory, nedochází v pozdějším věku k přílišné změně sociálního statusu.

Osoby se středně těžkou mentální retardací (F 71)

U osob s touto diagnózou je uváděn mentální věk 6 – 9 let. Výskyt v rámci jednotlivých kategorií MR činí 12 %. V rámci klinického obrazu dominuje narušení komunikační schopnosti (exprese i percepce). Bendová, Zikl (2011) doplňují, že úroveň řeči v dospělém věku odpovídá 1. signální soustavě. Část žáků s diagnózou středně těžká MR si při optimálním pedagogickém vedení osvojí základy trivia. Dospělé osoby se středně těžkou MR mohou být komunikačními partnery v bazální komunikaci, či dokáží velmi obtížně vyjádřit své potřeby. Existuje i skupina osob, které neužívají verbální expresivní vyjádření, ale upřednostňují nonverbální komunikaci. U značné části osob je přítomen dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, které ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s osobou se středně těžkou MR jednat. V praktických dovednostech je přítomno opoždění týkající se sebeobsluhy, soběstačnosti. Z pohledu vzdělávání jsou žákům poskytnuty základy vzdělání na základních školách speciálních. Další volbou bývá Praktická škola 1. letá. Podle Vančové (2005) nejsou osoby se středně těžkou MR schopny zvládat samostatný život. Z možné volby další životní cesty se naskýtají:

- absolvování další vzdělávací cesty (viz výše) a život v rámci nukleární rodiny,
- podporované bydlení,
- život v rámci rodiny a možnost využívání některé ze sociálních služeb (denní stacionáře, centra denních služeb, podporované bydlení, domovy pro osoby se ZP),
- pouze život v rámci rodiny.

Dominantní úlohu při volbě dalšího života v dospělosti zde sehrávají zákonní zástupci. Pracovní uplatnění se orientuje směrem k chráněnému pracovnímu trhu. Osoby s diagnózou středně těžká MR jsou schopny vykonávat jednoduchou samostatnou práci. Často je využívána přímá podpora na pracovišti vzhledem k problémům ve schopnosti samostatně

řešit náročné situace. Valenta, Krejčířová (1997) zmiňují nutnost vedení vzhledem k výkonu profese a strukturalizaci činností. Lidé se středně těžkou MR zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Franiok (2008) připomíná možnost vzniku epilepsie či výskyt autismu. Podle Bartoňové, Bazalové a Pipekové (2007) je možný rozvoj psychiatrického onemocnění, avšak vzhledem k problémům v expresivních dovednostech je jeho stanovení velmi obtížné. Moss, Dyer (2010) přiznávají, že není dosud jasné, v jaké míře jsou potřeby, jež vyplývají z přidružené psychické poruchy u dospělých osob s MR uspokojeny. Bouras a Holt (2007) poukazují na nepřipravenost odborníků pro práci s uvedenou skupinou osob (osob s duální diagnózou). Autoři Matson a Matson (2015) vidí příčinu v sekundárním pojetí duševního onemocnění u dospělých osob s MR. Následkem uvedeného dochází k omezení svéprávnosti, což dále ohraničí kompetence dospělého člověka s ohledem na možnost uzavření manželství či rodinný život. Selikowitz (2005) polemizuje o možné graviditě žen s těžším stupněm MR. Opět je na místě edukace v oblasti partnerského a sexuálního života. Pozornost by znovu měla být věnována umění odmítnutí, případně bránění se potencionálně ohrožující či nepříjemné situaci (Štěrbová, Rašková, 2013).

Z pohledu sociálních dovedností jsou lidé s tímto typem MR schopni aktivně se podílet na navázání kontaktu s druhými lidmi či participovat z hlediska jednoduchých sociálních aktivit. Jistým rizikem je nadměrně pečující zákonný zástupce (nejčastěji matka). Jak uvádí Mlčák (2010) existují v takovém případě výrazné rozdíly mezi prožívanou realitou (matky) a nabídkou možností pro dospělého jedince s diagnózou MR (srov. Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009). Při omezených sociálních kontaktech začnou dospělí lidé s uvedeným typem MR rychle přebírat názory svých rodičů a uniformitu sociální skupiny o několik generací starších.

Osoby s diagnózou těžká mentální retardace (F 72)

U dospělých osob odpovídá tato diagnóza tzv. mentálnímu věku v rozpětí 3 – 6 let. Statisticky představuje 7 % z celkového počtu MR. Z hlediska klinického obrazu je velmi podobná středně těžké MR avšak limity se manifestují daleko zřetelněji. Přítomny jsou závažné obtíže v motorice či kombinace ZP. Řeč je ovlivněna ve všech jazykových rovinách. Zpravidla dochází k expresi jednoduchých slov (onomatopoeia, jednoslabičná slova) (srov. Lechta, 2011; Kopečný, 2014). V některém z klinických obrazů zůstávají komunikační dovednosti na nonverbální úrovni. Výrazně se již manifestují problémy v afektivní sféře (Opatřilová, 2013). Většina osob v této kategorii je imobilní (mnohdy i trvale upoutána na lůžko z důvodů rozsáhlých somatických a neurologických příčin), nebo výrazně omezena v pohybu. Nutná je permanentní podpora. Schopnosti sebeobsluhy jsou výrazně omezené, avšak dokáží si osvojit běžné návyky a jednoduché dovednosti (Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Podle Vágnerové (2012) téměř nedochází k rozvoji poznávacích schopností. Osoby s diagnózou těžká MR jsou schopny diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat libě či nelibě. Sociálněpatologické jevy se mohou projevit ve formě zneužívání (sexuálního) nebo zprostředkovaného zneužívání sociálních dávek ze strany druhých osob.

Další životní dráha jedince se zde odvíjí od rozhodnutí zákonných zástupců. Možnosti jsou:

- absolvování další vzdělávání cesty a život v rámci nukleární rodiny,
- chráněné bydlení,

- život v rámci rodiny s celoživotní podporou a možnost využívání některé ze sociálních služeb (denní stacionáře, centra denních služeb, podporované bydlení, domovy pro osoby se ZP),
- život v rámci rodiny s celoživotní podporou.

Z pohledu vzdělávacího systému mohou absolvovat povinnou školní docházku v základní škole speciální (často s využitím rehabilitačního programu). Dále se jejich profesní dráha odvíjí zejména v rámci rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (zřídka jednoduché činnosti v chráněných dílnách, centra denních služeb či denní nebo týdenní stacionáře).

Černá (2008) zmiňuje, že včasná systematická a kvalifikovaná podpora může významnou měrou přispět k lepší kvalitě života. Potřeba partnerského vztahu se nevytváří. Partnerská role je zastoupena především potřebou fyzické blízkosti člověka. Dosud nejsou přesně známy způsoby, jak rozpoznat vyjádření jejich sexuálních potřeb. Panují dohady o delším přetrvávání sebezpoznavací fáze (anální či orální), která u osob s lehčím typem MP či osob bez ZP představuje přechodnou fázi (Ortland, 2008). Stěžejní význam z hlediska sociálních dovedností má podpora ze strany rodinného kruhu. Podle Švarcové (2003) umožní efektivně cílená podpora zapojení do života společnosti a plnohodnotné prožití vlastního života.

Osoby s diagnózou hluboká mentální retardace (F 73)

Dospělé osoby s touto diagnózou jsou často zcela či částečně imobilní. Švarcová (2011) popisuje přítomnost neurologických problémů. Na tomto základě se vyskytuje komorbidita ZP. Stejná autorka připisuje klinickému obrazu zejména těžké formy vývojových poruch, nejčastěji atypický autismus. Podle psychologických charakteristik odpovídá tento inteligenční kvocient mentálnímu věku pod 3 roky. Výrazně narušena je komunikační schopnost jedince (percepce i exprese) případně jsou lidé schopni rudimentální komunikace. V odborné literatuře se uvádí, že osoby s diagnózou hluboká MR jsou schopny upozornit na své potřeby prostřednictvím neartikulovaných zvuků. Pipeková (2010) zdůrazňuje nezbytnost podpory a dopomoci v oblasti pohybu, komunikace, sociálních dovedností a sebeobsluhy. Možnosti působení edukačních aktivit jsou omezeny. Osobám s hlubokou MR je omezena svéprávnost. Vzdělávací cesta se odvíjí od nabídky aktivit příslušného zařízení (bazální stimulace, snoezelen, logopedická terapie, senzomotorická terapie apod.) Mnozí lidé s hlubokou MR žijí v zařízeních se zdravotnickým režimem, kde není prostor pro edukační či sociální rozvoj. Podle české legislativy se mohou žáci s hlubokým MP vzdělávat v základních školách speciálních případně tzv. jiným způsobem plnění povinné školní docházky (zde spadá individuální vzdělávání nebo vzdělávání žáků s hlubokým MP) (Křížkovská, 2013). Někteří dokáží reagovat na jednoduché požadavky a časem si mohou osvojit základní zrakově prostorové orientační dovednosti, což jim může napomoci dosáhnout částečné schopnosti sebeobsluhy. Vše však při vhodném a odborném dohledu (Švarcová, 2011). Podle stejné autorky je pro osoby s hlubokou MR obtížná centralizace hlavy, posed bez opory, uchopení předmětu. Hypotonie orofaciální soustavy způsobí dysfagii, což ztěžuje výběr a konzistenci stravy apod. (Kopečný, 2014). Vzhledem k závažnosti postižení žije téměř 100 % osob s tímto typem MR v zařízeních sociálních služeb.

Jiná mentální retardace (F 78)

Tato kategorie je zvolena tehdy, pokud je stanovení výše MR prostřednictvím klasických metod zvláště ztížené až nemožné následkem přidružených senzoričkových, somatických typů ZP. Odborná literatura (Švarcová, 2003; Slowík, 2007) zde zahrnuje osoby s poruchou autistického spektra, poruchami chování nebo osoby s těžkým tělesným postižením. Podle Baudische (2000) jsou komunikační možnosti striktně individuální při aplikaci totální komunikace s cílem dorozumět se. Lze předpokládat podporu po celý život ve všech oblastech. Opět jsou omezeni ve své svéprávnosti. Osoby s jinou MR jsou charakterizovány jako imobilní či výrazně omezeny v pohybu. Předpokládá se prožití života v zařízení sociálních služeb či zdravotnických zařízeních (Gutenberger, 2010).

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

Tato kategorie je používána v případech, kdy je MR prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit osobu do jedné z uvedených kategorií. Zde je možné zařadit podobná specifika jako u osob se středně těžkou či hlubokou MR.

Dále se lze v tuzemských publikacích setkat s tzv. **hraničním pásmem MR** (hodnoty IQ se pohybují v rozmezí 70 – 80 (85). Toto pásmo není v 10. revizi MKN obsaženo (Müller, 2001). Za velmi problematické je považováno přesné vymezení hodnot inteligenčního kvocientu uvedených v závorkách (Švarcová, 2003). Slowík (2007) poukazuje na to, že jednotná kritéria pro stanovení hranic diferencujících výše zmíněné stupně prakticky neexistují. Černá (1999) zdůrazňuje plynulé přechody z důvodu nerovnoměrností ZP a nestejných intenzit v jednotlivých oblastech. Stupeň MR neodpovídá variabilitě osobnosti.

Přehled MR dle AAIDD již reflektuje přechody mezi jednotlivými hranicemi. AAIDD člení MR do 4 základních kategorií:

- mírná MR (IQ 70 – 55/50),
- střední MR (IQ 55/50 – 40/35),
- těžká MR (IQ 40/35 – 25/20),
- MR (IQ pod 25/20) (Hourcade, 2014).

V roce 1992 navrhla tehdejší AAMR rekonceptualizaci MR. Prvotní důraz byl kladen zejména na míru podpory, kterou daný jedinec potřebuje vzhledem k odpovídající účasti na společenském životě (nikoliv na výši resp. níže naměřené inteligence). Inovovaný systém odkazuje na 4 stupně podpory:

- přerušovaná podpora (epizodická potřeba podpory),
- omezená podpora (pro konkrétní časové období),
- rozsáhlá podpora (pravidelná podpora pro delší časové období),
- všudypřítomná podpora (intenzivní potřeba podpory).

Tento systém podpory nebyl prozatím veřejností či odborníky přijat v takové míře, jako hodnoty založené na výši inteligenčního kvocientu.

V literatuře se zřídka objevuje i **Penrosova klasifikace** dle etiologických faktorů vzniku MR na genetické faktory či vlivy prostředí (Černá, 2008). Členění budou dále rozvedena v kapitole etiologie vzniku MR.

Pro úplnost je vhodné zmínit pásma MR, která se používají v české psychologické praxi:

- podprůměr (pásma inteligence 81 – 90),
- průměr (pásma inteligence 90 – 110),
- lehký nadprůměr (pásma inteligence 110 – 120),
- vysoký nadprůměr (pásma inteligence 120 – 140),
- genialita (pásma inteligence nad 140) (Šnýdrová, 2008).

1.1.4 Diagnostika a prevence MR

Podle psychologického slovníku je diagnostika vnímána jako „činnost směřující k zjištění diagnózy, projevů a příznaků choroby s cílem odhalit její příčiny, způsob léčby a prognózu vyléčení“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 111). Vágnerová (2004, s. 33) chápe diagnostický proces poněkud širěji. Podle ní je „diagnostika dlouhodobý proces, jež musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj jedince“. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji. Komplexní diagnostika vyžaduje vnímat jedince v jednotě biologické, psychologické i sociální. Významnou, ale nikoliv stěžejní roli v diagnostickém procesu tvoří testy inteligence. Avšak nadále lze především v lékařské či psychologické odborné literatuře nalézt členění diagnózy MR podle výše inteligenčního kvocientu a přiřazování dospělým osobám tzv. mentálního věku. Diagnostika MR probíhá zejména v juvenilním období. Prvotní indikací pro přítomnost MR bývá opoždění z hlediska vývoje. Na tomto základě je diagnostikování dítěte doporučeno velmi často pediatrem, pedagogem mateřské či základní školy případně dalším odborníkem, který s dítětem pravidelně pracuje. Switzky; Greenspan (2006) zmiňují, že jen zřídka jsou iniciátory takového vyšetření rodiče. Ale pro přesnou deskripci MR a nastolení adekvátní terapie je nutné provedení precizní diagnostiky. V předškolním a školním věku představuje přesná diagnostika základ pro zařazení do odpovídajícího vzdělávacího programu (srov. Přinosilová, 2007; Pipeková, 2010).

Příznání diagnózy MR spadá do kompetence školských poradenských zařízení, tedy Speciálněpedagogického centra a Pedagogicko – psychologické poradny. Speciálněpedagogická centra realizují speciálněpedagogickou a psychologickou formu diagnostiky. Pedagogicko – psychologické poradny výše uvedené rozšiřují o sociální oblast. Diagnóza MR se stanovuje na základě psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových a jiných škál). Posuzuje se adaptivní chování a míra zvládnání běžných sociálně - kulturních nároků a neměl by být zanedbán ani neuropsychologický rozbor. Provádí se anamnéza, která se soustředí zejména na biologické a psychosociální faktory a informace o dosavadním vývojovém tempu (Valenta, Michalík 2012). Podrobněji je sledován „zdravotní stav současný i zdravotní stav v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, zraková a sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky, zkušenosti, zájmy“, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky (Švarcová, 2003, s. 33; Kozáková 2005). Nezbytnou součástí je i rodinná diagnostika. Diagnostika by měla obsahovat i kritériální testy, které by odkryly oblasti vyžadující zvláštní pozornost. Černá (2008) k testovým

diagnostickým metodám doplňuje metody klinické. Diagnostika není zaměřena pouze na mentální schopnosti, ale je prováděno komplexní vyšetření (Valenta, Michalík 2012). Při diagnostikování dětí s MR jsou využívány standardizované testové metody, které porovnávají výkon jednotlivce s normou (běžnou populací). Některé testové baterie jsou tvořeny obrázky, jiné obsahují sérii otázek s úkoly zaměřenými na manipulaci. Výsledkem diagnostikování nemá být zdůraznění negativních stránek osobnosti, ale naopak to, na čem lze dále pracovat a co je možné rozvíjet.

Obecně se v české psychologické praxi používá k vyšetření inteligence již při prvním kontaktu Wechslerův test WISC III či Woodcok – Johnson test, oba jsou určeny pro dětskou klientelu a lze je užívat do cca 15 let. Pro mladší děti (2 – 6 let) je určen test SON – R. V České republice je tento test standardizován spíše na vzorku nadaných dětí. U dětí s diagnostikovanou MR se pro její bližší specifikaci aplikuje IDS (Intelligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 – 10 let). Specifika osoby s MR se však promítají do způsobu zadávání, administrace a vyhodnocení testových baterií. U dětí se závažnějším typem MR mohou být na tomto základě představy o jejich dovednostech a schopnostech do určité míry zkreslené (Švarcová, 2011). S výsledky provedeného psychologického vyšetření je posléze seznámen zákonný zástupce. Dalším výstupem je zpráva z vyšetření, jež je vyhotovena ve dvou kopiích pro zákonného zástupce a pro školu (případně další zainteresované subjekty). Součástí zprávy je závěr a doporučení pro další práci. Říčan; Krejčířová (2006) zdůrazňují, že vyšetření by nemělo poskytovat jen popis současného stavu, ale také dynamické aspekty – jakým způsobem se dítě učí, jaké smyslové modalities využívá atd. Lečbych (2008) na základě výstupu z psychologického vyšetření upozorňuje, že zákonní zástupci by se neměli spokojit se srovnáním z hlediska vývoje jedince, ale měli by se precizněji doptávat na jednotlivé kognitivně – komunikační složky. Standardní doba přešetření je během jednoho roku. Uvedená doba pracuje s tezí, že zjištěné hodnoty IQ se mohou v závislosti na čase měnit. Získané hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí. Při opakovaných vyšetřeních lze získat i odlišné výsledky. Záleží na časovém odstupu, momentální psychické dispozici, na formě kladení otázek, na kvalitě testu a jeho vhodnosti pro dítě s diagnózou MR. Podle Švarcové (2003) re-evaluace podporuje další rozvoj jedince.

Koncepce Mezinárodní klasifikace nemocí vytvořila několik doporučení vzhledem k přiznání diagnózy MR:

- inteligenci nelze chápat jednoduše, ale jako velký počet specifických dovedností,
- i když existuje obecná tendence k relativní souměrnosti vývoje inteligence, mohou se jednotlivé funkce u osob s MR vyvíjet velmi nevyrovnaně,
- při klasifikaci stupně MR by se měl odborník opírat o všechny dostupné zdroje,
- musí být průkazné snížení úrovně rozumových schopností, jež vede ke snížené schopnosti přizpůsobit se denním požadavkům a běžnému sociálnímu prostředí.

Při stanovení diagnózy MR tedy nelze vycházet pouze z úrovně inteligenčního kvocientu. Autoři Valenta, Michalík, Lečbych (2012) přisuzují význam adaptivnímu chování jedince. Stejně tak Drew a Hardman (2000) uvádějí, že samotné snížení inteligence nutně nepředikuje MR. Autoři Valenta, Müller (2009); Švarcová (2011); Hučík (2013) zdůrazňují význam testů, které pracují s adaptivním chováním jedince. Valenta (2012) jmenuje konkrétně Vinlandskou

škálu sociální zralosti. Zde se posují oblasti jako soběstačnost při příjmu potravy, komunikace, motorika, sebeobslužné činnosti, začlenění při sociálních kontaktech (srov. Přinosilová, 2007). U dětí do tří let s těžším stupněm MR jsou užívány Gesselovy vývojové škály (Valenta, 2012). Autorky Vágnerová, Klégrová (2008) vytvořily Orientační škálu pro posouzení adaptivních kompetencí dětí s MP v raném věku. Opět jsou sledovány komunikace, soběstačnost, sociální chování ve vztahu k dětské populaci a ve vztahu k dospělým základní gramotnost. Důsledně se při posuzování zvažuje, zda dítě lépe naváže kontakt za přítomnosti rodičů či nikoliv. Nejčastějšími negativními důvody jsou neznalost vhodných metod při zadávání testů, obava z nízkého dorozumění a stanovení diagnózy z důvodu ryze subjektivního hodnocení (Křížková, 2013). Na základě provedené diagnostiky je zpracován individuální vzdělávací plán. Diagnostikování MR ztěžují další přidružená ZP.

Nyní bude text tezí dizertační práce pojednávat o **prevenci MR**. Vašek (1994) vymezuje prevenci jako soubor aktivit s ohledem na předcházení ohrožení, postižení či na snižování jejich možných důsledků, dále vzniku a výskytu onemocnění, úrazů a poruch (srov. Černá, 2008; Franiok, 2008; Lečbych, 2008; Valenta, Müller, 2009). Turkington, Harris (2006) datují efektivní prevenci do období posledních 30 let. I četné medicínské publikace zmiňují úspěšnost preventivních aktivit. Švarcová (2011) na druhé straně uvádí obtížné zacílení preventivních aktivit vzhledem k širokému spektru příčin MR. Podle charakteru je nejen ve speciálněpedagogické praxi rozlišována prevence primární, sekundární a terciární. Snahou primární prevence (profylaxe) je eliminovat etiologii samotné MR. Sekundární prevence je zacílena na osoby, které lze označit jako riziková populace. Terciární prevence pracuje již se samotnými osobami s diagnózou MR s cílem v maximální možné míře zmírnit její projevy.

Primární prevence MR (prenatální, neonatální) spadá zejména do kompetencí medicínských oborů, částečně se na ní podílí i lidský faktor. Do primární prevence je možné zařadit osvětovou činnost a přednášky, plánované rodičovství - péče o zdraví rodičů před samotným početím, prenatální péči v okamžiku možné gravidity a vědecko – výzkumné aktivity (srov. Leifer, 2004; Otová, Mihalová, 2012). Z pohledu speciálněpedagogické andragogiky jde o působení a osvětu s ohledem na sexuální výchovu a sexualitu osob s MP. Dalšími aktivitami mohou být informace o početí a informovanost gravidních žen (genetické poradenství ve spolupráci s dalšími odborníky). Strnadelová; Zorzán (2012) řadí do oblasti profylaxe nejen fyzické zdraví, ale i psychickou vyrovnanost budoucích matek. Pierangelo, Giuliani (2006) považují za důležitý faktor eliminace MR ochranu životního prostředí a nastolení ekologického způsobu chování osob vůči světu. Dále lze do primární prevence zařadit novorozenecký screening srov. preventivní zásady Mezinárodní ligy společností pro osoby s MP (Máme Otevřeno, 2015). Jako pozitivní faktor profylaxe je možné hodnotit především eliminaci některých negativních prenatálních faktorů souvisejících s celoplošným očkováním, screeninem novorozenců a odbornou prenatální péčí (Leifer, 2004). Konkrétně jde o monitorování fenylyketonurie u novorozenců (s ní spojená i následná úprava stravy), dále monitorování vrozené hypotyreózy (a nahrazení thyroid hormonu) či použití anti-Rh globulinu při novorozenecké žloutence. Níže uvedená tabulka přináší přehled nejčastějších komplikací a možností jejich efektivního ovlivnění.

Tabulka č. 1: Přehled nejčastějších komplikací a možnosti jejich ovlivnění

Téměř úplná eliminace	
Vrozená rubeola	Včasná imunizace, screening protilátek
Fenylketonurie, galaktosemie, vrozený hypothyreoidis	Screening novorozence, dietní management, suplementační terapie
Kernikterus	Snížení senzitivizace
Velká redukce	
Tayova - Sachsova nemoc	Screening nosičů, prenatální diagnóza u vysoce rizikových osob
Úmrtí z nezralosti	Novorozenecké jednotky intenzivní péče
Spalničková encefalitida	Časné očkování
Signifikantní redukce	
Poškození neurální trubice	Potravinové doplňky s kyselinou listovou v prenatálním období
Otrava olovem	Screening hladiny olova, zlepšení prostředí, chelace v případech potřeby
Fetální alkoholový syndrom	Veřejná osvěta
Morbidita v souvislosti s poraněním hlavy	Používání dětských sedaček v autě, používání bezpečnostních přileb a ochranných pomůcek
Zanedbávání dítěte či zneužívání dítěte	Kurzy rodičovství a rodinné péče během povinné školní docházky, osvěta ohledně rodičovství, plánované rodičovství, náhradní rodinná péče
Cílená podpora rodině a konkrétnímu jedinci	
Kombinovaná postižení	Časná identifikace a následná diagnostika, individuální práce s rodinou a stanovení potřebné míry podpory

Zpracováno a doplněno podle Leifer (2004) Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. Seřazení do tabulky autorka.

Sekundární prevence je orientována na ohroženou populaci ať už z hlediska zdravotního nebo enviromentálního. Zdravotní rizika představují například genetickou zátěž v rodině, předčasně narozené děti, nedonošené děti, rizikové zaměstnání, patogenní rodinné prostředí apod. (srov. Baroff, Olley, 1999; Kozáková, 2005; Švarcová, I., 2011). Možnosti prevence zdravotních rizik se opět týkají medicínských aktivit. Negativní environmentální faktory lze ovlivnit důslednou depistáží a monitorováním dysfunkčních rodin (orgány péče o dítě, zdravotnická, předškolní nebo uprchlická zařízení). Cílem je předcházet těžké kulturní a psychické deprivaci (Valenta; Müller, 2009; Dörner, Plog a kol., 2002).

Terciární prevence je orientována na osoby s diagnózou MR. Usiluje o zmírnění projevů uvedené diagnózy ve všech oblastech. Terciární prevence se týká se dětí, dospívajících a dospělých. Do této kategorie je řazeno dodržování zdravého životního stylu, zodpovědné chování vůči vlastní osobě a prostředí. Podle Švarcové (2011) konkrétně zahrnuje terapii, reedukaci, sociální a pracovní rehabilitaci. U dospělých osob s MR se prevence rovněž zaměřuje na eliminaci výskytu sociálně patologických jevů. Podle Valenty, Müllera (2009) spadá do oblasti terciární prevence veškerá speciálněpedagogická podpora a vedení.

1.2 Mentální postižení

Termín MP byl zaveden do teorie i praxe na základě snah o „změkčení“ do té doby užívaného pojmu MR v souvislosti s jeho pejorativní konotací. Preference MP se týká jak mezinárodní, tak i tuzemské odborné veřejnosti. Především v anglicky mluvících zemích evokuje slovní spojení MP nedostatečné vyjádření respektu k člověku jako takovému. Valenta (in Valenta, Michalík, 2012) konkrétně zmiňuje, že sociální pracovníci ve Velké Británii se snaží o úplnou eliminaci MR z vědecké sféry a terminologie obecně (navzdory jeho platnosti vzhledem k MKN). Uvedené snahy prohlubují terminologickou nejednotnost všeobecně. Označení kategorie MP v různých zemích odlišnými významy implementuje

výraznou terminologickou diverzitu a permanentní snahy o nalezení nového, adekvátního pojmu (mnohdy i na úkor přesného diagnostického záměru).

S ohledem na možná dilemata při volbě odpovídající terminologie Shalock, Luckasson (2007) stanovili 5 faktorů, jež je nezbytné respektovat:

- pojem měl být konkrétní, odkazující na jedinou diagnózu, měl by docílit lepší komunikace mezi jednotlivými vědními obory,
- měl by být užíván konzistentně všemi zúčastněnými subjekty (jak odborníky, tak i laickou populací),
- musí odpovídat aktuálnímu vědeckému poznání, zároveň musí být schopen začlenit nové poznatky,
- měl by optimálním způsobem určit obecné pojmenování jednotlivce a skupiny.

Shalock, Luckasson (2007) k uvedeným charakteristikám přidružují předpoklady nezbytné pro komplexní uplatnění:

- omezení v aktuálním fungování je posuzováno vzhledem k prostředí, věku, kultuře dané společnosti,
- v osobnosti člověka existují i silné stránky, na které je třeba se zaměřit,
- důležitá je tvorba adekvátní míry podpory,
- podpora je funkční během života nikoliv jen na přechodné období (srov. pojetí MP dle The Arc, AAIDD).

Autoři Shalock, Luckasson (2007) zdůrazňují konstrukt MP jako rámec obecného chápání ZP. Podle nich je MP součástí ekologického pohledu na MR (u nás srov. Lečbych, 2008; Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012; Dlouhá, 2013), který vyzdvihuje především člověka a dovednost jeho interakce s okolním prostředím. Power, Dinerstein, Holmes (2005) preferují sociálně – ekologický přístup k MP, který se zaměřuje na roli individualizované podpory a umožňuje pochopení identity člověka s MP. Terminologicky s MP operuje převážná část odborné speciálněpedagogické, pedagogické, sociologické, částečně zdravotnické literatury. Tento termín je rovněž preferován i rodinnými příslušníky/zákonnými zástupci (srov. Švarcová, 2001; Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, Bazalová, 2012). V odborném jazyku druhé části zdravotnického a psychologického okruhu je pracováno především se slovním spojením MR jako prvkem spadajícím do oblasti duševních poruch. Terminologické sladění narušuje na jedné straně výše uvedené rozdílné pojmenování jevu, na straně druhé i pluralitní užívání ve speciálněpedagogické a pedagogické oblasti. Speciální pedagogové a někteří pedagogové⁴ jsou si vědomi diferenciací uvedených termínů, avšak ne všichni tyto pojmy od sebe oddělují (srov. pojetí MR a MP v dílech autorů Baja, Vaška, 1994, Požára, 2003; Michalíkové, Mišové, 2003; Vančové, 2007; Čadilové, Jůna, Thorové, 2007; Černé, 2008; Franiok, 2008; Thorové, Jůna, 2012; Dlouhé, Dlouhého, Neubauerové a kol., 2013).

V rámci dizertační práce budou oba pojmy vnímány jako odlišné. Jaeger a Bowman (2005) rozlišují mezi pojmy MP a MR, ale oba termíny chápou jako jedno z nejčastěji

⁴ Pedagogové jsou zde zmíněni s ohledem na povinné absolvování základů speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

se vyskytujících typů ZP. MR definovali jako sociální konstrukt (nejčastěji v negativní konotaci) jedince ze strany společnosti. Uvádějí, že předchozí koncepty MR jednoznačně odrážely postoje příslušné společnosti.

MP lze komplexně ve shodně s tuzemskými odborníky **definovat** jako zastřešující pojem pro snížení inteligence na rozličném etiologickém podkladě s přiřazenými body inteligenčního kvocientu méně než 85 (srov. Vítková, 2004; Kozáková, 2005, Pipeková, 2006; Vašek, 2006; Černá, 2008; Valenta, Müller, 2009). Z pohledu teorie a i praxe speciálněpedagogické andragogiky lze do této kategorie zahrnout nejen osoby s MR, ale také osoby po úrazech (kterých došlo trvale či přechodně ke snížení intelektových dovedností), osoby s degenerativním onemocněním, osoby s demencí. AAIDD definuje MP jako fenomén, který se vyznačuje významnými omezeními v oblasti intelektuálního fungování, adaptivního chování, sociálních a praktických dovednostech. Vzniká před 18 rokem věku (AAIDD, 2013). Pojem MP je tedy více konzistentní vzhledem k mezinárodní terminologii. Valenta (in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012) uvádí statistické vymezení MP prostřednictvím standardní odchylky - 1 sigma a méně normálního rozložení v populaci. Zmíněné zahrnuje asi 16 % populace České republiky.

Odlišení termínů MP a MR vyplývá z potřeb praxe, kdy běžnou základní školu mohou absolvovat i žáci, jež na jednu stranu nezvládají její nároky, na straně druhé nesplňují kritéria MR (a ani MP). Terminologická nejednotnost se odráží v legislativních dokumentech spadajících do resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Zákon č. 561/2004 Sb., tedy o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (v konsolidovaném znění účinném od 1. 9. 2016) zmiňuje pojem MP celkem 7x, a to v následujících souvislostech: do kategorie ZP včleňuje žáka s MP, dále zákon hovoří o žácích s těžkým MP a žácích s hlubokým MP. Nyní již zrušená vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se měnila vyhláška č. 73 /2005 Sb., o vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ve znění pozdějších předpisů hovořila o MP v paragrafu 1 odstavci 5 v souvislosti s podpůrnými opatřeními u žáků s MP. Dále s termínem operuje vyhláška č. 116/ 2011 Sb., kterou se mění vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů, konkrétně v paragrafu č. 6 odstavci 1, kdy hovoří i aktivitách speciálněpedagogického centra v souvislosti s dětmi s hlubokým MP. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných zmiňuje termín MP celkem ve 4 případech. Shodně s Valentou (in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012) lze tvrdit, že terminologie se promítá i do oblasti institucionálního a implementačního charakteru. Dále s pojmem lehké MP pracuje příloha Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, která upravuje vzdělávání žáků s lehkým MP. V resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy zákon č. 108/2006 Sb., zmiňuje osoby s MP pouze v jednom případě.

1.2.1 Nárýs speciálněpedagogicko - andragogických kategorií mentálního postižení

Nyní se text zaměří na stručný nárýs v praxi speciálněpedagogické andragogiky psychopedické nejčastěji frekventovaných snížení inteligence (odpovídajících kategorií MP). Podle Jesenského (2000) právě speciálněpedagogická andragogika a gerontagogika reflektují problematiku osob se ZP v dospělém věku a také v seniu. Autorky Ludíková, Renotirérová

a kol. (2006, s. 10) zdůrazňují, že speciálněpedagogická andragogika reflektuje širší záběr, než „pouhou výchovu a vzdělávání osob se specifickými potřebami. Z pohledu věku se dotýká období od dospívání, přes dospělost až po stáří. Zabývá se jak osobami s vrozenými tak i v průběhu života získanými specifickými potřebami a to v celém jejich širokém záběru rozlišných variant“. Speciální pedagog andragog je kompetentní s uvedenými osobami pracovat jak ve státní, tak nestátní sféře. Ve státní sféře dominují zařízení sociálních služeb, případně odborné léčebné ústavy. Nestátní organizace mohou zahrnovat odbornou speciálněpedagogicko – andragogickou práci ve spolcích, obecně prospěšných společnostech, ústavech, nadacích, nadačních fondech případně u evidovaných právnických osob.

Z pohledu praxe speciálněpedagogické andragogiky psychopedické spadají mezi nejčastější klientelu:

- osoby, jejichž výše IQ se pohybuje v tzv. hraničním pásmu,
- osoby po úrazech,
- osoby s různým typem demence,
- osoby s jiným duševním onemocněním,
- osoby po suicidiálních pokusech (asfyxie mozku – škrcení, tonutí),
- osoby s neurologickým onemocněním (záchvatovité onemocnění – epilepsie).

Hraniční pásmo

Do kategorie MP lze zařadit osoby, které se pohybují v tzv. hraničním pásmu (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2011). Z pohledu speciálněpedagogické praxe jde o osoby, které doprovází obtíže v rámci plnění povinné školní docházky. Zpravidla již v mladším školním věku absolvují vyšetření ve školním poradenském zařízení (nejčastěji na žádost pedagoga). Avšak nesplňují kritéria pro přiznání diagnózy MR. Během dospívání a dospělosti jsou ve větší míře ohroženi sociálněpatologickými jevy. Uvedený pojem není oficiálně zmíněn v MKN 10. revizi, z tohoto důvodu není v medicínské oblasti vnímán jako subnorma. Obdobné klinické příznaky lze přisoudit diagnóze tzv. organického psychosyndromu.

Organický psychosyndrom

Pojem organický psychosyndrom je stále součástí terminologického aparátu klinických oborů (kliničtí psychologové, psychiatři, kliničtí logopedi, neurologové, praktičtí lékaři). Avšak v posledních několika letech se v odborné literatuře objevuje pojem užívaný analogicky a to porucha kognitivních funkcí (Preiss, Kučerová, 2006). Organický psychosyndrom je součástí Mezinárodní klasifikace nemocí, spadá do kategorie Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku. Aktivita mozku je během přítomnosti poruchy kognitivních funkcí změněna. Jeho etiopatologie je podmíněna difúzním poškozením. Postupně dochází k progredujícím poruchám paměti, orientace, intelektu, myšlení. Sekundárně mohou být přítomny neklid či agresivita. Syndrom se rozvíjí postupně vzhledem k patologii na mozkové hmotě (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010). Autorky Marková, Venglářová, Babiaková (2006) zdůrazňují permanentní vysokou unavitelnost. Organický psychosyndrom může mít velmi variabilní průběh. Podle stejných autorek je syndrom reverzibilní (postupně se výkon mozku obnoví) nebo přechází do demence. Preiss (1998) uvádí, že po jeho odeznění může zůstat kognitivní deficit nebo i změna osobnosti jako následek poranění mozku (srov. Tuček, Chodura, 2005;

Seidl, 2015). Organické poškození mozku bývá velmi často spojeno s neurogenními poruchami komunikace (zpravidla dysartrie, dysfagie). Klinický obraz osoby s organickým psychosyndromem může korespondovat s projevy zdravého jedince, ale závažná omezení se promítají do rodinného či profesního života. Zejména v rodinném životě dochází ke konfliktům na základě rozdílné percepce životní reality (Špatenková a kol., 2011). Pro osoby s poraněním mozku existuje pouze několik center poskytujících specializovanou a komplexní rehabilitaci. Speciální pedagog andragog se uplatní jako podpora při budování sociálních dovedností, zapojení do běžného života (chráněné či podporované bydlení, podpora při nalezení a udržení si zaměstnání, rekvalifikaci), dále jako poskytovatel logopedické terapie či zprostředkovatel poradenství pro samotnou osobu a jeho příbuzné.

Osoby po úrazech

Dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) jsou úrazy považovány za závažný zdravotnický, humánní i ekonomický problém. WHO ve svém materiálu „Zdraví pro všechny v 21 století“ uvádí, že úrazy jsou v evropských zemích příčinou úmrtí více než 500 tisíc osob ročně. Cílem zmíněného programu je snaha o redukci počtu poranění o 50 % do roku 2020 (Velemínský, Čapková, 2009). Základem splnění této priority je zapojení všech složek společnosti do zabezpečení a realizace úrazové prevence (rovněž činnost speciálního pedagoga andragoga).

Podle České správy sociálního zabezpečení v roce 2005 došlo u osob v produktivním věku 335 039 úrazů s následkem pracovní neschopnosti (236 349 u mužů a 98 687 u žen). Délka pracovní neschopnosti při úrazu se prodlužovala úměrně s přibývajícím věkem, a to až do 59 let věku, nad 60 let věku se projevila tendence k opětovnému zkracování délky pracovní neschopnosti (je možné, že v uvedené věkové kategorii zůstávají pracovní aktivní pouze osoby v dobré fyzické kondici) (ÚZIS, 2012). Český statistický úřad uvádí, že se v roce 2005 přihodilo 218 602 úrazů s následnou pracovní neschopností (z toho 82 042 pracovních a 136 560 ostatních) (Tamtéž). Novější data nejsou k dispozici. Léčba, následná rehabilitace a resocializace je dlouhodobou záležitostí. Podle názoru Vladimíra Rozuma (předseda sdružení Cerebrum) jsou zejména dvě posledně jmenované kategorie nedostatečně koordinované a to v oblasti psychických sil, chování jedince, sociálních dovedností, pracovní rehabilitace a podpory rodin (Program Cerebrum, 2015). Kupříkladu ve Spojených státech Amerických funguje od roku 1996 registr úrazů mozku. Slouží k jako podklad pro prevenci úrazů, stejně jako podrobnější statistická evidence.

Demence

Hauke (2014) uvádí etymologický význam slova demence de – bez, mens – mysl, volně přeloženo jako bez mysli. Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje demenci následovně: „Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku. Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace“ (Světová zdravotnická organizace, 2008, s. 25). Pidrman (2007) definuje demenci jako syndrom, který je podmíněn onemocněním mozku progresivního nebo degenerativního charakteru (srov. Tomáš, Marková a kol., 2014). S jejím průběhem souvisí negativní vliv na všechny vyšší

korové funkce. Jde o procesuální onemocnění s prevalencí u žen v poměru 1:2. Vzhledem k věku je v odborné literatuře uvedeno rozpětí od 50 let a výše. U osob starších 65 let je riziko 5 %, v 75 letech riziko stoupá na 10 %. 20 % riziko mají lidé nad 80 let, u lidí ve věku nad 90 let trpí jasnými příznaky demence 50 % osob. Velké epidemiologické populační studie prokazují, že demence jsou poměrně častým onemocněním, jež postihuje cca 1 % populace (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998). 90 % všech postižených je starších 65 let. V populaci nad 65 let je středně těžkou či těžkou demencí postiženo okolo 7-10 % populace. Mezi pacienty s demencí se častěji vyskytují ženy (Červený, Topinková a kol. 2014). Může vzniknout rovněž jako následek úrazu, tumorů, infekčních onemocnění, intoxikace psychotropními látkami (Preiss, Kučerová, 2006). Podle Tomáše, Markové a kol. (2014) ke vzniku demence dochází až po rozvoji kognitivních funkcí, tedy po druhém roce života (srov. Valenta, Müller, 2009). „Demence je choroba, u níž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí. Demence vzniká kdykoliv po vytvoření základů poznávacích funkcí, po 2. – 4. roce života. Výskyt demencí výrazně stoupá s věkem“ (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, s. 8). Fišar a kol. (2009) zdůrazňují také existenci demencí reverzibilního charakteru v souvislosti s intoxikací, infekcí, metabolickou poruchou (srov. Vágnerová, 2012). Vzhledem k prolínání organických a symptomatologických faktorů nelze určit jejich přesnou hranici. Hlavním problémem výrazný nárůst demence ve středním a vyšším stádiu, oproti stádiu prvnímu (Pidrman, 2007). Prognostické údaje ukazují, že v roce 2030 bude 65 miliónů osob s demencí, o dvacet let později se má číslo navýšit na 113 miliónů, kdy třetina osob s demencí bude žít ve vyspělých zemích (Rektorová, 2012). Ames, Burns, O'Brien (2010) uvádí, že v roce 2040 se číslo ještě navýší na 81,1 miliónů osob.

Pidrman (2007) člení její příznaky do třech oblastí:

- narušení aktivit denního života (A – activities of daily life),
- poruchy chování (B – behavior),
- narušení kognitivních funkcí (C – cognition).

V praxi je běžné její členění podle intenzity zasažení:

- mírná demence (pokles paměti, soběstačnost je zachována, ale kognitivní deficit začíná omezovat život jedince),
- středně těžká demence (paměť je více zasažena, sebeobslužné činnosti jsou více narušeny, častá je dezorientace),
- těžká demence (výrazná ztráta sebeobslužných dovedností, prosopagnozie, dochází k narušení všech kognitivně - komunikačních složek, těžká demence končí smrtí jedince) (Halová, 2010; Holmerová, Mátlová a kol., 2014).

Fišar a kol. (2009) předkládají obecně známé dělení demencí na:

- atroficko – degenerativní (primárně degenerativní demence),
- demence sekundární (vznikají v důsledku již přítomné primární příčiny),
- smíšené (srov. Pidrman. 2007; Mlýnková, 2011).

Onemocnění demencí se projeví v rámci narušení kognitivních funkcí, problémy v oblasti korových funkcí (afázie, agnózie, apraxie). Patrné jsou problémy exekutivních funkcí jako je plánování, rozhodování, dodržování sociálních pravidel, adaptace na nečekané změny (srov. Jirák, Obenberger, Preiss 1998; Jirounek; Kolibáš, Pidrman, 2005; Preiss, Kučerová 2006). Vzhledem k epidemiologii onemocnění lze předpokládat, že osoby s demencí budou představovat markantní profesní záběr speciálního pedagoga andragoga (přímá terapie, podílení se na tvorbě sociálně – zdravotních opatření státu, případně preventivní aktivity).

Osoby po suicidiálních pokusech

Podle autorů Fishera, Škody (2014) je četnost suicidiálních pokusů na vzestupu. Česká republika se v jejich četnosti výskytu pohybuje zhruba na střední příčce mezi evropskými zeměmi. Ve statistikách je uváděno 17 sebevražd na 100 000 obyvatel (Štefan, Hladík a kol., 2012). Suicidiální pokusy se týkají především osob s depresí (Kučerová, 2013). Sebevražedné pokusy jsou častější u žen, ty si na její provedení vybírají tzv. měkké techniky - předávkování léky, chemikálie. Muži preferují oběšení (asfyxie), smrt zastřelením (srov. Dušek, Večeřová – Procházková, 2010; Matoušková, 2013). Další kategorií osob s vyšším výskytem pokusů o sebevraždu jsou osoby nad 60 let (z pohledu speciálněpedagogické andragogiky psychopedické jde o etapu pozdní dospělosti). Za příčiny bývají uváděny odchody do důchodu, ztráta prestiže, nemocnost.

Z obecného pohledu lze suicidiální pokusy rozčlenit do dvou kategorií a to demonstrativní a bilanční. Demonstrativní sebevraždy nejsou realizovány s cílem připravit se o život, ale subjekt touží po zájmu ze strany okolí ve své momentální tíživé situaci. Bilanční sebevražda je provedena tehdy, pokud subjekt nevidí jiné východisko ve vlastní životní situaci (Pavlovský a kol., 2012). Můžeme se též setkat s přímou simulací suicidiálního jednání, tedy jeho předstíráním. Toto jednání nebývá spojeno s autoagresivními projevy a jeho účelem je něčeho dosáhnout, případně se něčemu nepříjemnému vyhnout. Kučerová (2013) k výše uvedeným přidává i tzv. rozšířenou sebevraždu, kdy osoba likviduje nejen sama sebe, ale i své nejbližší ke kterým má velmi těsný vztah. Hort (2008) uvádí, že téměř všechny osoby, které chtějí předčasně ukončit vlastní život, projdou po neúspěšném pokusu zdravotní a následně sociální institucí. Služby speciálního pedagoga andragoga je možné primárně využít v psychiatrických léčebnách (po dobu povinné hospitalizace) ve formě terapeutických skupin či krizové intervence. Osobám po neúspěšném suicidiálním pokusu jsou k dispozici služby sociální a pracovní rehabilitace, prvky ergoterapie případně logopedická terapie (vzhledem k možnému ovlivnění všech komunikačně – kognitivních složek).

Osoby s jiným duševním onemocněním

Autoři Valenta Müller (2009) řadí do referenčního rámce psychopedie rovněž osoby s duševním onemocněním. Zaměřují se zejména na problematiku klientely dětského věku. Z pohledu speciálněpedagogické andragogiky psychopedické je nutné zmínit především osoby se schizofrenií.

Mahrová, Venglářová (2008) diferencuje uvedenou kategorii do tří skupin:

- osoby s jednou atakou (při odbourání nepříznivých podmínek ataky nerecidivují),
- osoby s opakovanou atakou (střídání opakovaných atak s fázemi remise),
- osoby s chronifikací onemocnění (nejméně příznivá prognóza).

U poslední zmíněné kategorie jde o osoby, které dlouhodobě pobývají v institucionální péči. Při téměř permanentní hospitalizaci postupně ztrácejí sociální dovednosti. Dle Matouška, Kodymové, Koláčkové (2005) jsou pro ně charakteristické následující atributy: apatie, ztráta zájmu a individuality. Při chronickém průběhu často dochází k trvalým změnám v povaze jedince a k výrazným obtížím ve sféře emocionální, sociální a intelektové (Vlček, Fialová, Vytršalová a kol., 2014). Vágnerová (2012, s. 333) definuje schizofrenii jako „závažnou duševní chorobu, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“. Preiss, Kučerová (2006, s. 189) definují schizofrenii nikoliv jako kompaktní syndrom, ale jako komplex nemocí. Příznaky tohoto onemocnění jsou v teorii i praxi rozčleňovány na pozitivní, negativní, kognitivní a depresivní obtíže. Pozitivní příznaky v sobě zahrnují symptomy, které se nevyskytují u běžné populace (vzhledem k jejich normě smyslových vjemů). Zahrnují bludy, halucinace, dezorganizovanou řeč (srov. Malá, 2005; Kučerová, 2013; Tomáš, Marková a kol., 2014). Negativní příznaky osobnostem jejich vlastnosti odnímají, zde spadá apatie, abulie, mutismus, emoční oploštělost (srov. Martínková, 2007; Orel, Facová a kol., 2009). Kognitivní obtíže zahrnují problémy z hlediska paměti, pozornosti, plánování, řešení praktických problémů - tedy celkové obtíže v rámci mentálních dovedností, případně literatura hovoří o kognitivním deficitu (srov. Valenta, Müller, 2009; Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

Speciální pedagog andragog se uplatní zejména jako prostředek k navýšení informovanosti o problematice duševního onemocnění v rámci společnosti (vzhledem k nynějšímu mediálnímu obrazu jako následku útoků na širší veřejnost). Obtíže se manifestují zejména v sociální oblasti a s tím spojených rizik nezaměstnanosti, bezdomovectví, stigmatizace, společenské izolace. Dále v rámci psychiatrických oddělení, komunitních služeb – podporované zaměstnávání. Potíže této skupiny nestačí řešit pouze na úrovni péče zdravotnické, nemocniční, ale je třeba zajistit další komplementární sociální služby.

Osoby s neurologickým onemocněním

Podle prezidenta Evropské neurologické společnosti Zohara Argova se onemocnění centrálního a periferního nervového systému v populaci vyskytují častěji než rakovina. Výdaje na jejich léčení čítá 386 miliard ročně (Tyrliková, Bareš, 2012). Do skupiny neurologických poruch je možné zařadit poruchy hybnosti, psychické změny, záchvatovitá onemocnění, demence, tumory, poranění hlavy, kolapsy, infekce centrální nervové soustavy virové či bakteriální, poruchy vědomí a vnímání včetně onemocnění percepčních orgánů stejně jako různé typy bolesti (Slezáková 2014). Neurologická onemocnění lze stručně rozdělit na ty, které postihují centrální nervový systém (tedy mozek a míchu) a ty, které postihují periferní nervstvo (Roztočil in Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). Lékaři Roth, Sekyrová, Růžička (2009) poskytují přehled výskytu hlavních neurologických onemocnění.

Tabulka č. 2: Přehled celoživotní prevalence vybraných onemocnění

Nejčastější neurologická onemocnění	
Cévní mozková příhoda	9 : 1000
Epilepsie	4 : 1000
Parkinsonova nemoc	2 : 1000
Roztroušená skleróza	2 : 1000
Diabetická neuropatie	2 : 1000
Subarachnoidální krvácení	1 : 1000

Seřazení do tabulky autorka.

Seidl (2015, s. 109) definuje epilepsii jako náhlé, vůli neovlivnitelné epizodické změny činnosti mozku. Stejný názor zastávají i Brázdil, Hadač, Marusič (2011) kteří ji řadí mezi nejčastěji se vyskytující neurologická onemocnění ve všech věkových skupinách obyvatel. Epilepsie výrazně zasahuje do života vzhledem k nejrůznějším aktivitám (Moráň, 2007). Zevně se projeví změnou chování, jednání, což obvykle spojeno s poruchou vědomí. V praxi se rozlišují tři typy epileptických záchvatů:

- symptomatický: jde o projev chronického onemocnění mozku,
- idiopatický: primární epilepsie bez prokazatelného podkladu, někdy s výraznou genetickou vlohou, bez známek jiného neurologického onemocnění,
- kryptogenní: příčina u 1/3 případů neznámá.

Epidemiologie epilepsie se pohybuje v rozmezí 0,5 – 1 % všech osob v populaci. V České republice se jedná o 70 000 – 100 000 lidí v populaci (Česká liga proti epilepsii, 2015). Jedním z faktorů ovlivňující její výskyt je vliv moderní doby, která zvyšuje počet dětí s epilepsií v dětském věku, zejména v prvních měsících života, a posléze ve starším věku nad 70 let (Moráň, 2007). Brázdil, Hadač, Marusič (2011) se drží spíše dolní hranice výskytu. Jejich údaje korespondují se 70 000 osob s diagnózou epilepsie. Autoři upozorňují, že vzhledem k poměrně vysoké četnosti výskytu představuje závažný zdravotní i sociální problém.

Z etiologického hlediska jde o multifaktoriální příčiny jako genetické vlivy, strukturální či metabolické změny nebo provokující faktory (Waberžinek, Krajíčková et al., 2006). Šlapal (2007) zdůrazňuje epileptické ohnisko, které ovlivňuje záchvatovitá pohotovost mozku, ta je určena genetickými predispozicemi. Na ni působí i další aspekty jako stáří jedince, kvalita spánku, horečnaté stavy, menstruační cyklus a možné epileptogenní podněty (fotostimulace, alkohol). Za příčiny epilepsie jsou v literatuře nejčastěji uváděny choroby matky v těhotenství, asfyxie, krvácení během porodu, vrozená metabolická onemocnění apod. Podle Seidla (2015) se u dospívajících a dospělých osob přidružují cévní rezidua a degenerativní choroby. Velká část osob s epilepsií je podrobena pravidelné psychologické péči (Moráň, 2007). Stejný autor uvádí vznik a přítomnost psychických problémů jako následek typu a frekvencí epileptických záchvatů (primární změny) a změn vzniklých následkem vedlejších účinků medikace (sekundární změny). Vágnerová (2012) přidává zvýšenou unavitelnost, poruchy pozornosti, paměti či snížení celkové aktivity. Život osob s epilepsií ovlivňují kromě výše uvedeného rovněž obtíže ve škole, hledání vhodného zaměstnání, možnosti trávení volného času, vztah s ostatními lidmi (Dolanský, 2000). Speciální pedagog andragog se s osobami s epilepsií může setkat v psychiatrických léčebnách, centrech denních služeb, denních stacionářích, domovech pro osoby se ZP, domovech se zvláštním režimem, neziskových organizacích, stejně jako v poradenské sféře.

První kapitola dizertační práce pracuje s pojmy MR a MP vzhledem k reálné teorii a praxi speciálněpedagogické andragogiky. Popisuje její historické aspekty, etiologii, proces diagnostikování či prevenci. Zaměřuje se na nárys dospělosti u osob s diagnózou MR vzhledem k její nejčastěji aplikované klasifikaci. Druhá podkapitola je orientována na fenomén MP. Zde jsou vysvětlena diferenační kritéria mezi těmito termíny. Dále zde jsou zmíněna nejčastěji se vyskytující speciálněpedagogicko – andragogické kategorie MP.

2 DOSPĚLOST OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Druhá kapitola dizertační práce pracuje výhradně s pojmem dospělost nejprve v obecné rovině a poté z pohledu speciální pedagogiky, blížeji speciálněpedagogické andragogiky. Součástí textu je vydefinování specifík dospělého člověka s MP (přesněji s diagnózou lehká a středně těžká MR) a dále deskripce diagnostického procesu ve speciálněpedagogické andragogice psychopedické. Závěr kapitoly bude věnován přehledu informací o problematice stárnutí výše uvedené skupiny osob.

2.1 Charakteristika a členění dospělosti

Etapou dospělosti se z jednotlivých vědních disciplín nejvíce zabývá vývojová psychologie. Při studování dostupné tuzemské i zahraniční literatury vyšlo najevo, že odborné texty jsou tomuto období věnovány mnohem méně než předchozím vývojovým etapám.

Až v několika posledních letech se dospělost dostala do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti. Jedním z důvodů je nezadržitelné stárnutí celosvětové populace. Na tomto základě je nutné respektovat fakt, že s přibýváním dospělých a stárnoucích osob ve světě souvisí i nalézání strategií pro jejich další rozvoj a v maximální možné míře také využitelnost jejich potenciálu (Křížkovská, 2013).

Dospělost je považována za moment nejvyšší zralosti lidského jedince, přímo navazuje na období dospívání. Aktuálně není k dispozici jednotná definice tohoto věkového období. Nejednotnost může být zapříčiněna několika faktory. Prvním z nich může být její rozličné dosažení u mladé populace obecně v celosvětovém měřítku. Lze konstatovat, že osoby, které absolvují základní či střední vzdělání, dosáhnou statutu dospělého člověka v průměru dříve než osoby s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním. Za další nesrovnalost v teoretické rovině může být považován fakt, že proces dospělosti nespecifikují natolik významné mezníky jako předchozí vývojová období. Posledním zde zmíněným faktorem v celé řadě dalších, je dřívější převažující odborný nezájem o etapu dospělosti. Dle Beneše (2008) představovala dříve dospělost pouze konečnou metu výchovných vlivů, kdy byla vnímána zejména jako stabilní stav, který nepodléhal dalšímu vývoji (respektovány byly pouze involuční změny). Další potíže s jejím precizním pojetím souvisí i s naprosto přirozenými rozdíly mezi lidmi obecně (Gregg, 2009).

V současné době s termínem „dospělost“ operuje zejména obecná andragogika. Andragogika a její další charakteristiky budou v této kapitole pouze načrtnuty v základních údajích, více prostoru jí bude věnováno v následující kapitole. Andragogika představuje „vědeckou disciplínu zabývající se veškerými souvislostmi učení a vzdělávání dospělých“ (Průcha, Veteška, 2012, s. 33), která spíše než do teoretické oblasti je orientována na oblast praxe. S ohledem na terminologickou korektnost zmiňuje Beneš (2003), že termín andragogika není až tolik rozšířeným. Místo něj se stále užívá poněkud delší pojem výchova a vzdělávání dospělých. Pro další práci s fenoménem dospělosti je třeba jej adekvátně vymezit a popsat. Z níže uvedených definic jsou patrné mnohočetné proměny pojmu, které souvisí se stupněm vývoje té společnosti, ve které byly definice většinou obyvatel akceptovány.

Nejprve bude pojetí dospělosti vymezeno z pohledu legislativního. Ústava České republiky charakterizuje dva druhy dospělosti a to dospělost aktivní a pasivní. Pasivní dospělost je determinována věkem 18 let a u aktivní dospělosti je věková hranice 21 let (Křížkovská, 2013). Následující definice jsou řazeny chronologicky.

Friedl v díle Breviář myšlenek Jana Amose Komenského (2008, s. 79) zmiňuje, jeho charakteristiku procesu dospělosti jako „stavu, kdy dospělým se stává muž, který dosáhl mezníku vzrůstu a síly, je schopný k životním úkolům a už skutečně zahajující ten druh života, k němuž se připravil“.

Příhoda (1983, s. 120) vymezuje dospělost jako: „stav, jehož každý živočich dosahuje, když doroste do konečné velikosti a síly, jíž potřebuje k vykonávání samostatné činnosti v životním přizpůsobení“. Tuto definici lze považovat za užší vymezení dospělosti, která v moderním pluralitním pojetí nemůže být limitována výhradně biologickými faktory.

Palán (1997) k výše uvedenému ještě připojuje nutnost ukončení přípravy pro pracovní trh nebo se v opačném případě člověk může stát dospělým i životem v domácnosti. Dospělost však musí být nutně spojena s přijetím odpovědnosti za rodičovské, sociální a právní role.

Podle Jochmanna (2001) je přiznání statusu dospělého spojeno s ukončením vývoje ve třech základních dimenzích:

- dimenzi somatické (je spjata s ukončením somatického vývoje jako například s ustálením tělesné výšky), jde o obdobu biologické dospělosti,
- dimenzi psychické (jde o ustálení kognitivních a imaginativně-emotivních funkcí),
- dimenzi sociální (znamená převzetí sociálních rolí dospělého jako například partnerství, rodičovství).

Další autorka spojuje několik rysů, které podmiňují naplnění dospělosti. Dle Čížkové (2004) jde o dosažení vrcholu fyzických, psychických, tvůrčích, sociálních a imaginativně – emotivních sil. Proces dosažení statutu dospělého je spojen s navýšením sebedůvěry a sebejistoty v sebe samého. Oproti tomu Vágnerová (2004, s. 184) definuje dospělost jako „období svobody rozhodování spojené s odpovědností za svá rozhodnutí a schopností získat a plnit příslušné role“.

Dalším (flexibilnějším) možným způsobem charakteristiky dospělosti je nahlížení na ni jako spojení rozličných modelů, jejichž kombinací dojde k definování dospělého člověka. Modely mohou být (dle Beneše, 2003; Müllera, 2006):

- **Biologický model dospělosti:** představuje v sobě především fyzickou zralost jedince, která predikuje maximální stupeň dozrání organismu.
- **Právní model dospělosti:** jde o pojetí, které odpovídá legislativním potřebám. Souvisí s nabytím plných práv a povinností (s možností volit, s právem uzavřít manželství, s právem na výkon vojenské služby, se svéprávností).
- **Sociologický model dospělosti:** dospělost je charakterizována převzetím nových sociálních rolí, které souvisí s pozicí dospělého člověka (dominantní v tomto období by měly být role nástupu do zaměstnání a založení rodiny).
- **Psychologický model dospělosti:** představuje vyzrálost, stabilizaci chování, myšlení a prožívání jedince. Z psychologického pohledu tedy dochází především k ustálení jednotlivých projevů.
- **Ekonomický model dospělosti:** dospělý člověk má být ekonomicky soběstačný.
- **Pedagogický model dospělosti:** v tomto pojetí dospělost neexistuje, člověk se permanentně vzdělává s cílem podpory celoživotního vzdělávání a celoživotního učení. Tyto aspekty jsou zakotveny v Národním programu rozvoje vzdělávání (Bílá

kniha), kterou přijalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v roce 2001. Dále je celoživotní vzdělání součástí Rámcových vzdělávacích programů v klíčových kompetencích, konkrétně v kompetenci k učení. Současně je zde dospělost viděna jako produkt pedagogického působení (Beneš, 2003).

Výše uvedené definice vymezují četné atributy, které by měly být s dospělostí spojeny. Je třeba si uvědomit, že vzhledem k absenci „rituálů“, jež by u všech osob daného věku v příslušné populaci názorným způsobem stanovily hranici dospělosti, přichází dospělost velmi variabilně. Bezprostředně nesouvisí pouze s dovršením konkrétního věku, ale zejména s přijetím odpovědnosti za chování a jednání. Ovšem i přes výše uvedené lze konstatovat, že se v životě téměř dospělého člověka objevují určité (neformální) mezníky, prostřednictvím kterých dochází k ovlivnění zejména sociálních rolí a uvědomění si nejen vlastních práv, ale i povinností.

S proměnou moderní společnosti se proces dospívání zdánlivě prodlužuje, jsou kladeny stále větší nároky na připravenost lidí pro převzetí rolí dospělého jedince. Krejčířová, Langmeier (2012) v souvislosti s tímto tématem zmiňují sblížování diferencovaných cest (prodlužuje se doba studia, s tím spojený odchod z primární rodiny a vlastní ekonomická nezávislost, oddaluje se vstup do manželství), ale současně narůstá všeobecná tolerance populace vůči respektování tohoto individuálního rozvoje. S vymezením dospělosti úzce souvisí i její další členění, jež se v odborné literatuře různí. Odlišnosti se týkají zejména délky etap jednotlivých kategorií, které specifikují dospělého člověka. Členění jsou popsána především v psychologické literatuře jako jednotlivé fáze životního cyklu člověka. Obecně jsou jednotlivá stádia členěna chronologicky dle věku a ve stádiích jsou stanoveny hlavní náplně jednotlivých etap. Potřeba tohoto členění vyplývá z faktu délky procesu dospělosti, jež je relativně stejně dlouhý jako samotné dětství. Proto byla vytvořena jednotlivá stádia s ohledem na psychická, sociální, fyziologická kritéria dílčích aspektů dospělého člověka.

Václav Příhoda (1977) rozlišuje pouze tři základní stádia, týkající se dospělosti:

- mecitma (20 – 30 let),
- stabilizace, vyvrcholení (30 – 40 let),
- involuce, střední věk (40 – 60 let).

Vágnerová (2000) rozčleňuje etapu dospělosti rovněž do tří základních oblastí:

- mladá dospělost (20 – 35 let),
- střední dospělost (35 – 45 let),
- starší dospělost (45 – 60 let).

Z tohoto dělení je patrné, že jednotlivé věkové hranice se v nepatrném momentě navzájem překrývají. Dospělý člověk je tedy po jednu dobu součástí dvou věkových etap. Věkovým vymezením se téměř shoduje s dělením Příhody.

V publikaci z roku 2006 od stejné autorky je již zmíněno odlišné pojetí dospělosti:

- časná dospělost (20 – 25 či 30 let),
- střední dospělost (trvá asi do 45 let),

- pozdní dospělost (trvá asi do 60 - 65 let),
- stáří (může být dále členěno na časné a vysoké).

Vágnerová zde vymezuje již 4 stadia, kterými člověk na cestě dospělosti prochází. Střední a pozdní dospělost je určena velmi variabilně. Nověji se objevuje členění stáří.

Průcha; Veteška (2012) podávají následující pojetí dospělosti, které se jednak terminologicky a pak v posledním období dospělosti shoduje s výše uvedeným pojetím dle Vágnerové. V mladších etapách dospělosti jsou věkové hranice vymezeny odlišným způsobem:

- mladší dospělost (13 – 30 let),
- střední dospělost (30 – 45 let),
- starší dospělost (45 – 60 let).

Jednotlivé etapy jsou zaměřeny na oblast sociálních proměn a povinností, které s sebou výše uvedená pojetí přinášejí. Zdůrazňují zejména hlavní cíle jednotlivých období, kterých je třeba dosáhnout pro postup k období dalšímu.

Krejčířová (in Krejčířová; Langmeier, 2012) uvádí následující fáze dospělosti:

- časná dospělost: zahrnuje věkové období od zhruba 20 let – 25/30 let, jde o mezistupeň dospívání a dospělosti,
- střední dospělost: je vymezena 30 – 45 lety, z pozice vývojové psychologie jde o nejvíce produktivní období,
- pozdní dospělost: 45 – 60 let, jde o počátek projevů stárnutí,
- stáří: od 60 let a výše.

Pro úplnost je zde uvedeno i členění dospělosti dle Světové zdravotnické organizace. Světová zdravotnická organizace považuje za dospělého člověka, který dosáhl 18cti let věku. Popisuje toto členění dospělosti:

- období plné dospělosti (18 – 30 let),
- období mladého věku (30 – 45 let),
- období středního věku (45 – 60 let),
- období stárnutí (60 – 75 let),
- období starého věku (75 – 90 let),
- období stařecké (nad 90 let). (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Klasifikace je koncipována na základě úrovně fyzických sil a tzv. duševního zdraví v jednotlivých etapách dospělosti. Podle údajů uvedených výše je zřejmé, že ne všichni lidé, kteří dosáhnou 18cti let, se mohou stát podle obecných kritérií dospělými.

V psychologické literatuře se objevuje termín, který není ve výše uvedených členěních zohledněn, je jím vynořující se dospělost. **Vynořující se dospělost** (anglicky emerging adulthood) je poměrně nový psychologický pojem, který zavedl americký psycholog J. Arnett. Toho období začíná uvědoměním si vlastního počátku dospělosti a je ukončeno jistotou dosažení statutu dospělého člověka v oblastech kognitivní, emocionální a v oblasti chování. Z časového hlediska je vymezeno od 18 – 25 roku věku jedince. Potřeba dalšího

rozčlenění etapy dospělosti vznikla jako následek proměn společnosti a změnou statutu dospělého z pohledu samotných mladých lidí na to, co vlastně dospělost pro ně znamená. (Arnett, 2004). Jarvis (2013, s. 56) tento pojem vysvětluje tzv. „oddechovým časem, kterým většina mladých lidí po 20. roce disponuje“. Dnešní (čerství) dospělí lidé se více zabývají hledáním vlastní identity, využíváním všech jim dostupných možností (životem ve dvou bydlištích – např. koleje a domov rodičů), což je důvodem pro pojmenování přechodného období mezi dospíváním a dospělosti (Munimedia, 2013).

Dospělost lze vyjádřit také prostřednictvím několika rozličných dimenzí, v rámci těchto dimenzí ale nepřichází proces dospělosti současně. Při pohledu na člověka jako bio-psycho-sociální jednotku lze konstatovat, že ve vývoji dospělého člověka dominují především sociální aspekty (biologický a psychický vývoj by měl být v tomto období ukončen).

Z uvedených důvodů vyplývá obtížné určení doby, ve které se vlastně konkrétní člověk stává dospělým (Mikauš, 2007). Pro dosažení dospělosti je třeba reflektovat jak objektivní (viz výše), tak i subjektivní faktory – tedy jakým způsobem sám člověk tyto změny prožívá. Je nutné si uvědomit, že s proměnou společnosti dochází i k posunu jednotlivých vývojových etap do vyšších věkových kategorií a zároveň k jejich prodlužování. Dalším aspektem je i zvyšující se tlak ze strany společnosti na výkon, vysokou ekonomickou úroveň a nutnost převzetí některých sociálních rolí „protože se to očekává“ (zcela v kontrastu se situací u dospělých osob s MP) (Křížková, 2013).

Nyní budou v textu stručně představeny jednotlivé etapy dospělosti, které jsou zpravidla vymezeny dosažením a naplněním určitého vývojového úkolu a vyplývají z nich další charakteristiky, jež se týkají příslušných sociálních rolí. Pro jejich deskripci bude využito členění dle Vágnerové z roku 2007 a to dělení na časnou, střední a pozdní dospělost. Přechody mezi jednotlivými etapami jsou kontinuální, liší se však požadavky a možnostmi každého člověka zvlášť. Z psychologického pohledu často bývají doplněny určitou krizí, jež je třeba v daném období překonat (srov. teorie Ericsona).

V období **časné dospělosti** dochází k dosažení osobní zralosti jedince. Jak uvádí Bartko (1980, s. 233) jedná se o nejproduktivnější období, kdy se „projeví schopnost člověka adaptovat se v prostředí, zaujmout místo ve společnosti, zařadit se do života tak, že ho prožívá radostně a spokojeně“. Zralost je podmíněna přijetím povinností a odpovědnosti, stejně jako počátkem ekonomické nezávislosti. Člověk by měl být kompetentní najít a udržet si dlouhodobý partnerský vztah (případně uzavřít manželství) a být připraven přijmout roli vychovatele svých potencionálních potomků stejně jako zohledňovat své stárnoucí rodiče (Vágnerová, 2007). Říčan (2004) označuje toto období jako život na zkoušku. Z biologického pohledu se člověk ve fázi časné dospělosti nachází na vrcholu svých fyzických sil. Dochází k rozvoji i poznávacích procesů, do popředí se dostává především subjektivní zkušenost a spolu s ní i kritičnost k sobě samému i okolí. Jedinec se nesnaží za každou cenu prosadit vlastní názor, naopak jej vnímá jako jeden z mnoha (Šimíčková – Čížková, 2012). Změna těchto faktorů se odrazí v pojetí sebe sama. Zřetelně se projeví ústup od radikálních názorů na úkor samostatnosti, nezávislosti a volby životního stylu. To vše je spojeno s vědomím dispozice osobního rozhodnutí. Sebepojetí tedy není závislé na postojích a hodnocení okolí, které postupně pozbývají významu. Člověk hledá sám sebe, nastává střet jeho osobní aspirace a jeho reálných možností (Švancara, 1981). Hlavním úkolem pro toto období je dle Říčana

(2004) zakotvit v profesi a uspořádat své mezilidské vztahy. Erickson (in Čeněk, 2013) spatřuje povinnost mladého dospělého v dosažení intimity. Ze sociologického pohledu je třeba doplnit, že společnost uplatňuje rozdílná očekávání vůči mužům a ženám. Vágnerová (2000) uvádí, že od mužů je na jedné straně požadována nezávislost a jistá forma dominance patrná především v rozhodování. Naproti tomu se od žen vyžaduje větší míra ohleduplnosti a citlivosti. Z charakteristik specifických pro období mladé dospělosti vyplývá, že jde zejména o jakousi formu startovací pozice pro další život, která je ovlivněna stanovením minimálně dlouhodobých životních cílů. K jejich realizování dochází až v následujících etapách života dospělého jedince (Vágnerová, 2007).

V závěru je vhodné zmínit sumarizaci mladé dospělosti, jež ve své publikaci uvádí Farková (2009). Člověk:

- vykonává produktivní smysluplnou práci, podává dobrý pracovní výkon bez zbytečných absencí,
- samostatně hospodáří,
- umí se podřídit vedení, spolupracovat a přijímat či poskytovat rady,
- je schopen komunikovat samostatně s autoritami,
- bydlí sám (případně pokud bydlí s rodiči, má vlastní obytný prostor), rodičů si váží,
- dokáže trávit sám volný čas, mívá blízké přátele,
- zajímá se a pěstuje zdravé, pozitivní vztahy se svou rodinou i přáteli,
- rozšiřuje se orientace v prostředí, ve kterém se pohybuje.

Vše výše uvedené lze chápat jako souhrnný seznam, který není bezpodmínečně u všech dospělých osob vyžadován. Jednoznačně z něj v tomto období vyplývá orientace na budoucnost.

V rámci **střední dospělosti** dochází podle Vágnerové (2007) k dovršení konsolidace, tedy k dlouhodobému sledování v předchozích obdobích vytyčeným cílům. Člověk již zcela přebírá odpovědnost, za sebe, za orientaci či hodnoty vlastního života, ale i své potomky. Říčan (2004) v souvislosti se střední dospělostí vyzdvihuje tělesné změny. Nastává vrchol fyzického vývoje jedince. Stále převažuje evoluce nad involucí. Kuric (2001, s. 139) chápe střední dospělost jako „životní proces postupující stabilizace. Jde tu o postupné vyvrcholení tvořivosti, sebejistoty a myšlenkové pronikavosti, nejde jen o střed života, ale i o jeho nejtvořivější náplň a společenskou osobnostní zralost“. Šimíčková - Čížková (2012) i přes jinými odborníky uváděnou stabilitu, spatřuje v tomto období počátek životní krize, kdy (zejména na jeho konci) se člověk zabývá zejména sám sebou či časovou okleštěností vlastního života. Dle Krejčířové; Langmeiera (2012) se uvedené projeví úbytkem tělesné atraktivity, jež může být chápána jako ztráta určitých výhod. Znatelně se prvky stárnutí projevují i u rodičů, stejně jako prvopočáteční uvědomění si vlastní smrtelnosti u jejich potomků. Mění se partnerský vztah, objevují se úvahy o jeho kvalitě a udržitelnosti. Podle výše zmíněných autorů nastává období navazování a udržování četných mimomanželských vztahů, kterými je kompenzována nespokojenost s oficiálním partnerem. Z hlediska psychické oblasti jde o získávání životních zkušeností, budování společenského postavení. Myšlení je flexibilní a dynamické (Příhoda, 1977). Kvalita úsudku může být vyšší než dříve. Zajímavá je i proměna, ke které dochází na poli zaměstnání. Vágnerová (2006) udává, že ve střední

dospělosti jsou lidé s prací více spokojeni, nevyžadují tolik další vzdělávání a dosahují zpravidla na nejvyšší bod své kariéry. V emočním prožívání se objevuje úbytek snění, větší nárůst důvěry v sebe sama. Stejná autorka (2007) vidí v tomto období navýšení diferencí mezi lidmi ve způsobu uvažování, hodnocení a řešení problémů. Skorunková (2011) doplňuje, že dospělí lidé zastávají místa na vyšších až nejvyšších pracovních pozicích, kdy jsou jim svěřovány náročné pracovní úkoly. Rovněž mohou z pozice zkušenějších pracovníků zaučovat mladší kolegy. Zkušenosti nabyté prostřednictvím mnohaleté profesní kariéry mohou posléze přenášet do oblasti vlastního vzdělávání. Kohoutek (2007) vidí ve střední dospělosti navazování nových sociálních kontaktů jak ve vrstevnické skupině, tak mimo ni.

Jako poslední bude v textu zmíněno období **pozdní dospělosti**. Zde výrazným způsobem dochází k projevu involučních změn zejména po fyzické stránce. Po sociální stránce je pozdní dospělost spojena s odchodem do důchodu a ztrátou některých sociálních rolí. Nastává dovršení profesní kariéry, potomci zpravidla opouštějí domov (Vágnerová, 2000). Pozdní dospělost je více než otázkou fyzického věku, otázkou postoje člověka k období samotnému. Základním kamenem pozdní dospělosti je přezkoumání vlastního života z různých perspektiv (Corey; Corey, 2013). Říčan (2004) doplňuje, že ve vybraných profesích je pozdní dospělost hodnocena jako nejproduktivnější, například profesor na vysoké škole, zkušený lékař atd. Významnou částí je i bilancování. Bühlerová (in Vágnerová, 2006) zmiňuje jako součásti bilancování zejména kontrolu zamýšlených očekávání člověka s aktuálními výstupy, řešení a omyly, týkající se nejen profesní dráhy, ale i výběru partnera a výchovy dětí. Později přichází adaptace na nižší finanční příjem, omezení či ztrátu širších sociálních kontaktů nebo partnera (Machalová, 2006). Podle Farkové (2009) mohou tuto ztrátu doprovázet ambivalentní pocity. Na jedné straně vzniká smutek nad ztrátou blízkého člověka, na straně druhé může být tento stav doprovázený úlevou. To především v případě, kdy je druhý závislý na péči blízké osoby. S procesem bilancování se také pojí snahy o nápravu omylů, uskutečněných v životě. Ne vždy jsou tyto snahy úspěšné, a proto jejich nezdárné řešení může být považováno za prvopočátek vzniku krize. Podle Krejčířové; Langmeiera (2012) sehrává zásadní úlohu v tomto období sociální inteligence jedince, která pomáhá určitým způsobem kompenzovat pokles pružnosti percepčních a kognitivních funkcí. Farková (2009) dodává, že až v období pozdní dospělosti se do popředí dostávají zejména rodinné a přátelské vztahy, které poskytují potřebné sociální kontakty a jejich cílené pěstování posléze napomáhá naplnit nový nárůst volného času. Z pohledu přijímání informací jsou lidé v tomto období např. Vágnerovou (2007) označováni jako rigidní, což z pohledu moderní společnosti a její tendenci k neustálému přísunu nových poznatků je třeba vyvrátit.

Protože za cílovou skupinu dizertační práce byly zvoleny dospělé osoby s MP (přesněji s diagnózou lehká či středně těžká MR) bude se další podkapitola zaměřovat na proces dospělosti u výše uvedené cílové skupiny.

2.2 Dospělost osob s mentálním postižením

ZP je součástí života člověka ve všech jeho etapách. Z pohledu dospělého člověka s MP je nutné jeho vedení k produktivnímu trávení této životní situace. Z výše uvedeného obecného

vymezení dospělosti je patrné, že (s přihlédnutím k proměnám společnosti) se jedná o velmi náročné období pro jakéhokoliv člověka, tedy i člověka s MP. Dosažení dospělosti u této populace je ovlivněno ještě dalšími faktory, jež naplnění statutu znesnadňují.

Z pohledu dospělých osob s MP lze předpokládat, že hloubka postižení determinuje míru společenských aktivit a navazování sociálních kontaktů. Stejně tak role dospělého jedince (Seifert, 2013). Obdobný názor zastávají Lewis, Norwich (2005). Upozorňují na dosažení statusu dospělého v rozdílných obdobích a to zejména na základě stupně MP. V nejtěžších stupních MR lze hovořit o tzv. dosažení biologické dospělosti, která souvisí s vyzrálostí organismu. Dle autorů Bajo; Vaška (1994) je dospělý člověk s MP plně kompetentní zapojit se do života společnosti. Ovšem stejně tak může být vyčleněn jak z pracovního, tak společenského života. Proces socializace se týká nejen společnosti bez ZP ale i osob s MP. Lidé s MP zpravidla tráví více času mezi lidmi se ZP. Časté jsou jejich obavy ze setkání s většinovou populací, nejvíce v oblasti komunikace (zejména nedorozumění), možného nepřijetí ze strany většiny či nízké sebedůvěry. Všechny tyto faktory omezují sociální sféru (Solovská a kol., 2013). Autorky Bartoňová; Bazalová; Pipeková (2007) zmiňují problémové oblasti, které se dotýkají dospělosti osob s MP. V tabulce je prezentováno celkem 7 okruhů. Na některé z nich (například rodičovská role, sexualita) je z pohledu intaktní populace nahlíženo skepticky či jsou přímo odmítány.

Tabulka č. 3: Problémy spojené s dospělostí osob s MP

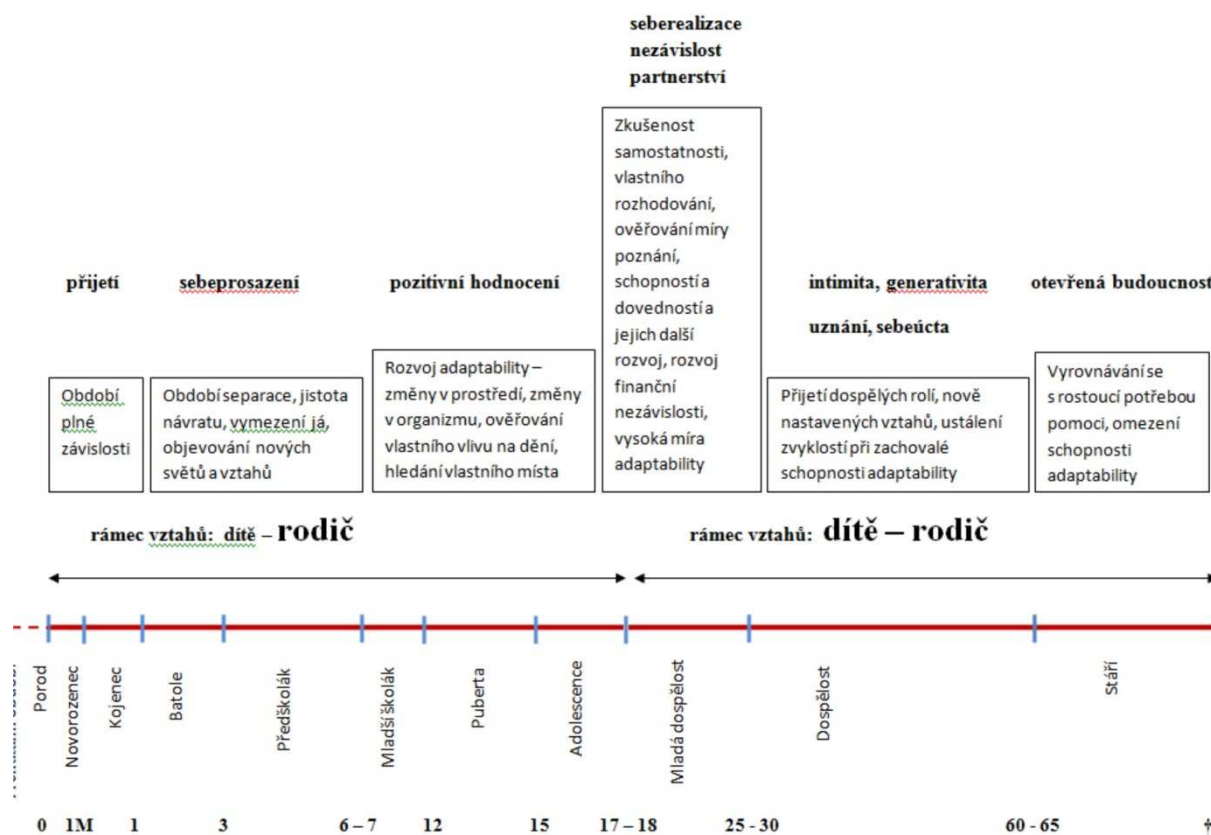
Problémová oblast	Komentář
Rozhodování o sobě samém	Nedostatek těchto kompetencí, lidé s MP zůstávají i v dospělosti v pozici dítěte.
Samostatné bydlení	Nutnost chráněného bydlení.
Navazování partnerských vztahů	Potřeba se nemusí vytvářet, neboť někdy nejsou vytvořeny podmínky k navázání kontaktu s druhým pohlavím. Osoby, které žijí v rodině, mají tuto skutečnost ztíženou zejména vlastními rodiči.
Sexualita	Potřeba bývá saturována autostimulací, mohou se objevit nápadnosti v chování, možnost zneužívání druhými lidmi.
Rodičovská role	Není naplněna, vhodná je regulace rodičovství.
Profesní uplatnění	Většina lidí není schopna se uplatnit na otevřeném trhu práce.
Ekonomická nezávislost	Lidé jsou většinou ekonomicky závislí na rodině či státu.

Požár (2007) k uvedenému výčtu doplňuje další problémovou oblast a to touhy a přání dospělých osob s MP. Shodně s dalšími dospělými se snaží dosáhnout na nezávislost, samostatnost, vhodné bydlení, práci, smysluplný volný čas... Na základě praktických zkušeností lze konstatovat převahu nerealistických očekávání ohledně vlastní budoucnosti, které jsou lidem s MP vštěpovány ze strany rodičů či pracovníků. Lidé se závažnějším typem MP potřebují v různé míře podporu, vedení či asistenci. Vančová (2005) dodává, že nejčastěji se jedná o několikahodinovou podporu asistenta. Potřeba asistenta a jím poskytnutá podpora v životních oblastech by měla být přiměřená situaci a odpovídat dohodnuté spolupráci. V opozici vůči odstupňované míře podpory stojí nadměrně ochranná péče rodinných příslušníků a s tím například související omezení příležitostí k navazování (věkově) adekvátních sociálních rolí. Uvedené představuje základ nedostatku zkušeností s kontaktem vůči intaktní společnosti. Nedostatek vede k obavě z interakce či dobrovolné izolaci.

Rozhodování o sobě samém

Možnost samostatného rozhodování o nejelementárnějších situacích (výběr oblečení, střih vlasů, možnost trávení volného času) byla dlouhou dobu lidem s MP upírána (Křížkovská, 2011). Dle Požára (2007) mohou osoby s MP jen velmi obtížně vyjádřit svá přání a zájmy. Z toho důvodu je jim k dispozici opatrovník, avšak vzhledem k nedostatečnému zajištění ochrany a kontroly je zejména v tomto procesu prostor pro výskyt zneužívání přidělených pravomocí. Nedostatečné kompetence pro osobní rozhodování nesporně souvisí s výchovnými vlivy v předchozích věkových obdobích. Přemíra závislosti na rodině (zejména na rodičích) může v budoucnu představovat limitující prvek nejen v procesu rozhodování. Negativa lze spatřovat i ve školním vzdělávání, kdy nároky tam vyžadované, nemusí korespondovat s nároky společnosti. Pokud dospělý člověk s MP nemá prostor pro samostatné rozhodování, je částečně vystaven riziku zneužívání. Zároveň s tím jsou omezeny ty dovednosti, na základě kterých mu byla způsobilost omezena (Kvalita v praxi, 2013). O oblasti podpory v rozhodování se zmiňuje i Montrealská deklarace z roku 2004. Montrealská deklarace byla přijata na společné konferenci o MP Montrealské – Panamerické zdravotnické organizace a Světové zdravotnické organizace v roce 2004 (Declaration on intellectual disabilities, 2013, s. 43). Prohlášení stanoví normy, jež se týkají práva rovnosti osob s MP. Zároveň byla předložena série opatření s cílem podpořit zejména rozhodování osob s MP ve vztahu k jejich základním právům. Konkrétně je zde uvedeno, že: „... lidé s MP by měli být podporováni, aby sami prováděli svá rozhodnutí, komunikovali o nich a ostatní lidé je respektovali. Proto by státní politika a zákony měly zabezpečit a uznávat rozhodování s optimální mírou podpory tam, kde mají jednotliví občané obtíže s nezávislým výběrem a rozhodováním“. Rozhodování se týká oblasti životních perspektiv. Ty se odvíjí od období již prožitého daným člověkem, dále od způsobu, kterým je člověk s MP schopen kompenzovat jeho projevy.

Obrázek č. 1: Vztah člověka s MP a rodičů



(SPMP, 2012)

Legislativně je tato oblast ohraničena svéprávností, jež nahradila dříve užívaný pojem způsobilost k právním úkonům (srov. Hůrka, Eliáš, 2014; Bednář, 2015). Svěprávnost upravuje občanský zákoník. V něm jde konkrétně o nápomoc při rozhodování (§ 45-48). Podle jeho novely může o podporu při rozhodování požádat člověk, který nemusí být omezen ve vlastní svéprávnosti. Dle zákona může být podpůrců i více než 1. Pro poskytnutí podpory při rozhodování se uzavírá smlouva o nápomoci, ta nabývá účinnosti dne, kdy ji schválí soud. Podpůrce plní své povinnosti na základě rozhodnutí podporovaného (Zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění). Dospělé osoby s MP je nutné v maximální možné míře podporovat v rozvíjení samostatnosti, dovednosti rozhodovat se a schopnosti prezentovat vlastní zájmy ve společnosti. Dnes tyto aktivity spadají především do činnosti neziskových organizací, nejznámějším z nich je Hnutí sebeobhájců. Jak podotýká občanské sdružení Pohoda, měly by se zejména poradenská zařízení věnovat osobám s MP ve vyšším věku a zaměřit se na zvyšování kvality jejich života ve všech ukazatelích, nezbytných pro dosažení určité míry samostatnosti a soběstačnosti (Pohoda, 2014). Z pohledu plánování zaměřeného na člověka se do popředí dostává koncept podporovaného rozhodování. Podporované rozhodování představuje nepřenositelnost rozhodování na jiné osoby, sám dospělý člověk s MP má právo oslovit svůj okruh poradců, pokud si není jistý, jak v konkrétní situaci

postupovat. Obdobným způsobem pojednává o této problematice Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.

Samostatné bydlení

Rovněž tato oblast souvisí s vývojem principů podpory osob s MP. Zprostředkovává život, který je srovnatelný s životem ostatních lidí ve společnosti (Pipeková, 2006). Možnost samostatného bydlení se prolíná i s procesem transformace, jež aktuálně probíhá na území České republiky. Samostatné bydlení je rovněž jeden z řady mnoha atributů dospělého člověka. Obecně mohou osoby s MP po opuštění rodiny začít využívat vlastní byt. K této skutečnosti však potřebují jistou míru finanční nezávislosti, zodpovědnost a dovednost se adekvátním způsobem orientovat ve svém bytě i jeho bezprostředním okolí (Křížkovská, 2013). K uvedenému však v praxi téměř nedochází. Pokud žijí dospělé osoby s MP v rodině, nemění se na této situaci nic ani v dospělosti. Problém nastává až v případě zestárnutí rodičů či jejich onemocnění. V případě, že „péči“ o člověka s MP nepřeberou například sourozenci či jiní členové sociální opory (byla-li vytvořena), je nevyhnutelný odchod do některého zařízení sociálních služeb. Pokud člověk s MP tráví svůj život v institucích, přechází po dovršení příslušných věkových období do jejich dalšího typu. I v tomto případě jde o vytržení z prostředí, které jedinec zná a je mu blízké (Křížkovská, 2011). Mandzáková (2013) doporučuje ve slovenském prostředí v souvislosti s bydlením transformaci zařízení sociálních služeb na tzv. podpůrná centra rodinného charakteru. Opět nejproblematictější je umístění člověka s MP ve vyšším věku (Křížkovská, 2011). Dnes v České republice fungují dva typy služeb: chráněné a podporované bydlení. Rozdíl mezi oběma uvedenými variantami spočívá v míře podpory, která je u chráněného bydlení vyšší než u bydlení podporovaného. Cílem obou těchto forem je začlenění člověka s MP do běžné společnosti (srov. Müller, Valenta, 2009; Švarcová, 2011; Hučík, 2013). Černá (2008) doplňuje, že v posledních letech dochází k deklasifikaci služeb a důraz je kladen na individuální složení poskytované služby. Posledním krokem je uvědomění si odpovědnosti sám za sebe, kterou z titulu postižení může či nemusí převzít (Dobromysl, 2009). V chráněném i podporovaném bydlení fungují asistenti, jejichž podpora může pokračovat do vysokého věku. Oba typy bydlení bývají koncipovány jako sociální služba pro určitou cílovou skupinu, z toho důvodu dochází k omezení věkové hranice, jež se pohybuje zpravidla mezi 60 – 65 lety (Křížkovská, 2013).

Partnerství

Podle Vančové (2005) jsou lidé s MP žijící v partnerském svazku zralejší, samostatnější a jsou schopni lépe spolupracovat. Volfová et al. (2008) upozorňují, že navázání partnerského vztahu znamená i potvrzení dospělosti a „normality“ vůči okolní společnosti. S prohlubujícím se typem ZP nastává menší standardizace partnerských vztahů. Upřednostňována je spíše touha po blízkém člověku. Pipeková (2006) výstižně doplňuje neuvědomění si „smrtnosti“ vlastních rodičů a tím i potřebu budování a udržování vazeb mimo rodinu.

Pörtner (2009) zmiňuje limity utváření partnerských vztahů, kam řadí:

- představy o budoucí/budoucí partnerce/partnerovi (vzhled, přítomnost či absence postižení, osobnostní charakteristiky),
- možnosti navazování vztahů,
- realizaci vztahů.

Ne u všech osob s MP se musí potřeba vytvářet. Nalezení partnera mohou ztížit či omezit nevhodné podmínky ke kontaktu s druhým pohlavím. Osoby, které žijí v rodině, mají tuto skutečnost ztíženou zejména vlastními rodiči. Vágnerová (2004) uvádí zasahování rodičů či jiných objektů z nejbližšího okolí do osobních vztahů.

Sexualita

Sexualitu lze definovat jako vyjádření rozdílnosti postojů, hodnot, vztahů, aktivit mezi mužem a ženou. Jde o variabilitu „jak ve fyzickém vzhledu, tak v chování“ (Binarová, 2000, s. 21). V anglické literatuře odpovídá českému pojmu sexualita termín sexuální chování. U osob se ZP (a MP zvláště) šlo o teoreticky i prakticky opomíjenou oblast (viz tuzemské publikace pojednávající o dané problematice do roku 1989). Absence uvedené oblasti ovlivňovala pohlavní identitu, emocionální a sociální chování (Kvapilík, 1990). Systematická práce s tématem byla postrádána zejména v zařízeních sociálních služeb (viz provedené šetření Veřejného ochránce práv z let 2009 - 2011). V souladu s přijetím Deklarace práv duševně postižených v roce 1970 mají osoby s MP právo na:

- prožití vlastní sexuality,
- řádnou zdravotní péči,
- sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality,
- ochranu proti sexuálnímu zneužívání (Janiš, 2004).

Se sexualitou souvisí i sexuální výchova jako informativní a formativní složka, spojená s prevencí sexuálního zneužívání či nevhodného chování souvisejícího s absencí informací. Mitlöchner (2004) uvádí rozdílnosti v přístupu k sexualitě z hlediska odlišného fungování prostředí. Nesporným problémem je zajištění vhodných podmínek ve zdravotnických zařízeních či zařízeních sociálních služeb. Zde se práce se sexualitou odvíjí od postojů pracovníků (útlum za podpory medikamentů či její otevřená podpora). Autoři Šulová; Fait; Weiss (2011) považují za optimální přístup Protokol sexuality, hojně využívaný v sociální sféře. Před jeho zavedením byla témata ohraničena pouhým definováním podmínek pro autoerotiku. Sexuální život dospělých osob s MP vykazuje rozdílné charakteristiky, i když se evolučně podobá vývoji jedinců bez ZP. Prevedárová (2002) vysvětluje, že jedna a ta sama osoba může (i přes fyzickou vyspělost) vykazovat dětské sexuální chování, popř. rozdílný sexuální věk (zájem o opačné pohlaví a navázání partnerského vztahu, touha mít dítě). Z odborné literatury je zřejmé, že osoby s lehkým typem MP mohou vést téměř běžný sexuální život. U dospělých lidí se středně těžkým MP se předpokládá spíše vyjádření potřeby blízkosti druhého člověka než samotný sexuální akt. Osoby s těžkým a hlubokým MP jsou v literatuře popisovány jako osoby bez potřeby jakéhokoliv sexuálního kontaktu, sexualita se v jejich případě nevyvíjí (srov. McCarthy, 1999; Štěrbová, 2007; Peat, Fearn, 2006; Janiš, 2003; Hermann, 2005; Friedlein, 2006; Volfová, Kozáková, Velemínský, 2008; Venglářová, Eisner, 2013).

Rodičovská role

Tuzemská i zahraniční odborná literatura považuje otázku rodičovství u dospělých osob s MP za eticky závažnou. Jak uvádí Kozáková (2008) jsou obavy z rodičovství záležitostí intaktní populace. Rizikem rodičovství je schopnost se adekvátně postarat o potomky a zároveň pravděpodobnost výskytu MP v další generaci. Podle zákona č. 93/1994 Sb.

(v platném znění), o rodině, může rodičovskou odpovědnost převzít výhradně osoba, která je plně způsobilá k právním úkonům. Vítová (2013) uvedené ustanovení považuje za bezprecedentní diskriminaci na základě zdravotního stavu.

Na základě v zahraničí provedených výzkumů autoři uvádí, že předpoklad být dobrým rodičem vychází nejen ze stupně inteligenčního kvocientu. Mezi tyto řadí život v manželském či partnerském svazku, starost ideálně o jedno dítě, dostatečnou podporu spojenou s ochotou přijmout pomoc, vhodný rodičovský model v dětství, přiměřené vzdělání a znalost čtení. (srov. Grayson, 2005). Při případném rodičovství osob s MP je třeba vzít v potaz i prostředí, v němž člověk žije. Situace by se mohla jevit jako složitější při zachování rodinných vazeb. Rizikem je absence navázání partnerských kontaktů a odmítavý postoj rodičů či zákonných zástupců. Vágnerová (2004) spatřuje lepší možnost uskutečnění partnerské a posléze rodičovské role v zařízeních sociálních služeb či neziskových organizací. Významnou součástí přípravy na rodičovskou roli je zvážení motivace, jíž jsou partneři vedeni, dále konfrontace s jejich reálnými možnostmi a nesporně i otázky vhodné antikoncepce (Kozáková, 2008).

Oblast pracovního uplatnění

Podle Listiny základních práv a svobod (čl. 26) mají všichni občané právo na zaměstnání. Zaměstnání determinuje volba povolání stejně jako nalezení příslušného pracovního místa. Výběr konkrétní profese bývá daleko složitější než u osob běžné populace. Některá povolání jsou vyloučena přítomností ZP. Každý člověk přichází na pracovní trh s konkrétní představou povolání. Ta musí korespondovat s jeho reálnými možnostmi a situací na trhu práce jako jsou požadavky zaměstnavatelů či poptávka. Možnost pracovního uplatnění je ztížena u osob, jež dosavadní život prožily v ústavním zařízení, následkem čehož nemusí mít vytvořené potřebné návyky pro účast na běžném společenském životě. Lidé s MP posléze přijmou sociální status „závislého“ a „bezmocného“. Obdobná situace může nastat i v rodinném prostředí, kdy hlavním rizikem je nerespektování dospělosti. Základní životní rozhodnutí jsou v kompetenci rodinných příslušníků či opatrovníků, neboť lidé s MP nejsou seznámeni s nabídkou aktivit, podporujících rozvoj člověka. U dospělých lidí s MP odborníci často hovoří o nereálných očekáváních plynoucích z dřívějších let (Lečbych, 2010). Dovednosti osob s MP však nelze podceňovat. Dovedou poměrně dobře vnímat očekávání, jež jsou spojena s obdobím dospělosti. Někteří disponují velmi silnou motivací k vlastnímu zapojení do pracovního procesu. Jak je výše uvedeno, ne vždy se tato snaha setkává s pochopením ve společnosti. Lidé s MP se za poskytnutí určité míry podpory mohou stát produktivními zaměstnanci. Ve Spojených státech není zaměstnávání dospělých osob s MP považováno za charitativní činnost, nýbrž za ekonomicky zajímavý krok (Castlesová, 1996). Člověk s MP musí dostat příležitost k adaptaci na pracovní podmínky. Z pohledu mladé dospělosti nastupuje v této etapě prvopočátek hledání si zaměstnání či další příprava na povolání. Pipeková (2006) považuje oblast pracovních aktivit jednu z nejproblematičtějších. Často je tato sféra předmětem výskytu předsudků. U osob s MP jsou podceňovány možnosti pracovního zařazení. Mezi nejčastější argumenty patří obavy z odvedení nekvalitní práce za delší časovou dotaci, přítomnost osoby, která bude v pozici kontrolora. Častý je i názor, kdy lidé s MP ubírají pracovní příležitosti intaktní populaci (Procházková, 2009). Reálné zkušenosti ukazují, že z absolventů Praktických škol

se výhledově stávají lidé pobírající dávky invalidního důchodu. O jejich pracovní uplatnění nikdo nejví zájem. Obecně jsou pro dospělé osoby s MP vhodné zejména manuální činnosti. Jejich dovednosti zvyšuje i vyučení v příslušném oboru. Dle Národní rady osob se zdravotním postižením jsou pro zvolenou cílovou skupinu vhodné zejména:

- obory v gastronomii a pohostinství – pomocná síla v kuchyni, cukrárně, pekárně,
- služby pro veřejnost: úklid, pomocník v obchodě, pomocník ve skladu, balení materiálů pro zásilky, drobné manuální práce atd.,
- řemeslné obory: pomocník ve stavebnictví, malířské a lakýrnické profese,
- obory v zemědělství: pomocná síla v zemědělství, zahradník, pomocník při ošetřování zvířat (Práce pro zdravotně postižené, 2014).

Nabídka na běžném trhu práce volných pracovních míst obsahuje i ty, které jsou minimálně atraktivní. Jde zejména o stereotypní práce, kdy se zaměstnavatelé setkávají s velmi rychlou výměnou pracovních sil. Přesně tento typ pracovních aktivit je schopen oslovit cílovou skupinu dospělých lidí s MP, jež upřednostňují rutinu a relativně neměnný program (Procházková, 2009). Dle psychologické literatury spadá pracovní činnost mezi základní životní potřeby, při jejichž nenasycení dochází k frustraci. Možnost pracovního uplatnění neznamená výhradně vidinu výdělků, ale je spojena s přiznáním určitého sociálního postavení a uznání ze strany rodiny či společnosti (Pipeková, 2006). Nalezení pracovního místa představuje i vyšší šanci odpoutat se od rodičů a získat vyšší nezávislost. Krejčířová (2005) spojuje pracovní činnost s prvkem dalšího rozvoje jedince.

Stejně jako na běžném trhu práce, tak i v jeho chráněné období nejproblematičtěji hledají vhodné pracovní místo nekvalifikované pracovní síly (Křížková, 2011). Šiška (2005) vidí dlouhodobou nezaměstnanost lidí s MP jako závažný humanitární problém, s nímž se potýkají všechny země Evropské unie. Hučík (2013) poznamenává, že možnost získání zaměstnání na trhu práce se týká zejména osob s lehkým stupněm MP a částečně osob se středně těžkým stupněm MP. U ostatních lidí se hovoří především o pracovní rehabilitaci či pracovní terapii. Nezaměstnanost se v obecné rovině týká více žen než mužů s MP. I v tomto případě platí rovnice, že čím déle je člověk veden v evidenci jako nezaměstnaný, tím více se snižují jeho vyhlídky pro pracovní uplatnění.

Nalezení pracovního místa determinuje další vývoj člověka s MP. Pokud práci nenalezne, obrací se pozornost zejména ke službám státních či neziskových organizací. Osoby s MP jsou mnohdy stabilními pracovníky, kteří zůstávají u svého původního zaměstnavatele po celou dobu jejich aktivního profesního života. S ním je stejně jako u populace bez ZP spojen odchod do důchodu. Přiznání dávek v důchodovém věku upravuje zákon č. 155/1955 Sb., o důchodovém pojištění v jeho platném znění. Člověk s MP může být na základě této legislativní normy chápán jako nezaopatřené dítě a to tehdy, pokud pokračuje v plnění povinné školní docházky a dosud se mu nepodařilo získat základní vzdělání, dále absolvuje desátý ročník v základní škole speciální nebo pokračuje v základním vzdělávání kurzem pro získání základního vzdělání nebo studiem střední školy ve formě denní výuky, pokud je mladší 26 let a dosud nezískal základní vzdělání. Pokud ovšem pobírá invalidní důchod třetího stupně, není za nezaopatřené dítě považován. V praxi jsou dospělé osoby nejčastěji požiteli invalidního důchodu, po dovršení 18 let věku. Posléze je jim tento typ důchodu

automaticky převeden na důchod starobní. Dle zákona o důchodovém pojištění má na přiznání starobního důchodu nárok, pokud dosáhl věku 65 let nebo jestliže dosáhl stejného či vyššího věku a pokud došlo k zániku nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně.

Ekonomická nezávislost

S oblasti profesního uplatnění úzce souvisí i ekonomická nezávislost. Neúspěšnost při pracovním procesu a s tím spojená absence standardních ekonomických prostředků znehodnocuje školní výsledky. Nedostatek ekonomických prostředků může vzniknout jako výsledek odmítání pracovních míst. Šiška (2005) zmiňuje, že dospělé osoby s MP nepřijmou až 1/3 jim nabízených pracovních míst, neboť jsou přesvědčeni o pečovatelské povinnosti státu. Pokud nenaleznou vhodné pracovní uplatnění, jsou po většinu svého života příjemci státních finančních dotací.

Černá et al. (2008) člení kritéria dospělosti u osob s MP na obecná a specifická. Obecná kritéria představují ta, u kterých se předpokládá, že budou u většiny osob nabyty relativně automatickým a přirozeným způsobem. Řadí zde:

- ukončení školní docházky,
- nástup do zaměstnání,
- odchod z domova rodičů,
- administrativní a právní faktory.

Mezi specifická kritéria patří:

- právo volit a být volen (týká se nejen legislativní souvislosti, ale také volby či preference v sociální skupině),
- získání sociálních dávek od státu,
- postoje personálu (chování může být velmi variabilní, od akceptování specifík vyplývajících z aktuálního psychického a fyzického stavu až po nepřátelské postoje),
- postoj samotných dospívajících (odvíjí se na základě jejich předchozí zkušenosti),
- předsudky ve společnosti.

Je třeba zmínit, že tato kritéria jsou rovněž využitelná i u osob běžné populace, u kterých se předpokládá naplnění téměř všech výše jmenovaných. Pro dospělého člověka s MP je složité dosáhnout nejméně dvou z výše uvedených oblastí.

Vzhledem k časnějšímu nástupu involučních změn u populace osob s MP bylo jako vhodné (a hlavní) kritérium pro členění etapy dospělosti zvolena následující charakteristika dle Livečky (Livečka in Müller, 2006, s. 23 – 24):

- raný věk dospělosti (mladý dospělý), od 16 – 18 do 25 – 30 let,
- střední věk dospělosti (zralý dospělý), od 25 – 30 do 45 – 50 let,
- pozdní věk dospělosti (stárnoucí dospělý), od 45 – 50 do 65 – 70 let,
- věk starého dospělého člověka, mezi 65 – 70 až 80 rokem,
- senium, od 80 let.

Výše uvedené členění pochází z roku 1979. Pro potřeby speciálněpedagogické andragogiky se jeví jako nejvhodnější, neboť věkové kategorie jsou velmi variabilní a z toho důvodu

mohou respektovat výše zmíněný nástup změn spojených se stářím u dospělých osob s MP (Müller, 2006). Členění dospělosti je třeba doplnit rolí dospělého člověka z pohledu speciálněpedagogické andragogiky. Pojetí vychází z teorie a praxe.

- **Speciálněandragogický model dospělosti:** popisuje dospělého člověka, který ukončil vzdělávání ve vzdělávacím systému vymezeném příslušnými právními normami, převzal sociální role a nabytí plných práv a povinností nebo neukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému, ale převzal některé sociální role dospělého a nabytí práv a povinností. Mezi vymezené právní normy spadá zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (v konsolidovaném znění platném od 1.9. 2016), vyhláška č. 116/2011, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (Beneš in Müller, 2006). Posledním legislativním dokumentem je vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Na základě provedených rešerší v tuzemské literatuře jsou k dispozici o daném tématu kusé informace. Pro potřeby práce budou jednotlivé etapy popsány dle členění Livečky (viz výše) na mladou, střední a pozdní dospělost.

Vývojové období **mladé dospělosti** je obtížné přesně ohraničit. Přejít do tohoto stádia je variabilní zkušeností každého člověka s MP. Souvisí s jeho profilováním do života společnosti, snahou o samostatnost, hledáním partnera a možností nalézt si adekvátní pracovní uplatnění. Lidé s MP se v tomto období za dospělé již považují. Na druhé straně mohou v mladé dospělosti vykazovat fyzické atributy vrstevníků bez ZP, ovšem mohou mít sníženou kapacitu, kterou by mohli kopírovat požadavky okolí, případně se sami dožadovat emancipace z dětství. Respektovat dospívání a dospělost je významný prvek z hlediska poskytnutí možnosti pro osvojení si nových životních událostí. Dosažení statutu mladé dospělosti může sloužit jako základ pro rozvoj těch dovedností, které dříve nemohly být realizovány. Jednou z nich je odchod z domu rodičů a s tím spojené osamostatnění se. Katzenbach (2008) upozorňuje, že nevhodné postoje mohou ovlivnit osobní autonomii jednotlivců s MP. Dospělý člověk s postižením prokáže svou zralost mimo jiné tím, že si vytvoří určitou identitu, jež zahrnuje i jeho handicap, a počítá s omezeními, která mu přináší. Hennies; Kuhn (2004) dodávají, že lidé s MP procházejí v tomto období stejnou psychickou a fyzickou restrukturalizací osobnosti, avšak za ztížených podmínek. V rámci mladé dospělosti mají lidé s MP zpravidla ukončeno vzdělání. Přechází do pozice hledání si pracovního místa, případně sociálních vztahů. Se sociálními vztahy jsou propojeny i sociální role. Jejich naplnění je aktuálně usnadněno dostupnými službami pro osoby s MP. Obdobně popisují Krejčířová, Langmeier (2012) dosažení osobní zralosti, která překlenuje období mezi dětstvím a dospíváním. I přes to se osoby s MP v této věkové etapě setkávají s nerespektováním, což může vůči tvorbě vlastní identity působit rušivě. Klimeš (2013) naopak chápe dospělé osoby s MP jako „přerostlé děti“. Pro vhodnou interakci je třeba respektovat jejich dětský pohled na svět. Jejich život je provázen minimálními ambicemi na vizi života dospělého. V oblasti kognitivních dovedností je pro mladou dospělost charakteristická zkušenost. Psychologická literatura hovoří o postformálním myšlení (kompetenci šířeji vnímat situace

a události). Právě zde nastává největší rozpor mezi osobami s MP a osobami bez ZP. Do této fáze byl vývoj zpomalen, ale nyní dochází ke stagnaci (Vágnerová, 2012).

Beirne –Smith; Patton; Ittenbach (1994) zdůrazňují, že prozatím není přesně stanovená věková hranice, která by přesně vymezovala období střední a pozdní dospělosti. Upozorňují, že **období střední dospělosti** (40 – 60 let) patří mezi náročnější etapy v životě dospělého člověka s MP, neboť právě v něm dochází k významným společenským změnám, jako je smrt rodičů či přiznání statusu starého člověka ve spojitosti s důchodovým zajištěním. Zároveň nastává uvědomění a prosazování vlastní dospělé role. Nejčastěji se tento fakt manifestuje v oblasti partnerského života, snaze o nalezení a udržení si zaměstnání či realizaci subjektivně zvolených volnočasových aktivit (Křížková a kol., 2011). V psychologické literatuře je jako nejvyšší atribut uváděn vrchol fyzických sil, tvořivost, stabilizace životních postupů. Vágnerová (2000) přidává snižování schopnosti procesu učení. U osob s nižším vzděláním převládá zájem o rodinu (zajištění potřeb pro její existenci). Často zmiňovaná je krize středního věku, jež je spojena s bilancováním o vlastním životě. Specifickou součástí je strach ze smrti. S konečností života je mnoho dospělých s MP konfrontováno až v okamžiku jejího příchodu, nejčastěji v souvislosti s vlastními rodiči (Křížková a kol., 2011). Charakteristický jev, který vystupuje do popředí, je výrazný sklon ke stereotypům (např. režim dne). Střední dospělost předpokládá stabilizaci a podávání maximálního výkonu v profesní oblasti. Lečbych (2008) poukazuje na fakt, že mnoho dospělých osob s MP nemusí v tomto období mít zaměstnání vůbec. Zaměstnavatelé nemotivují pracovníky s MP k vyššímu výkonu za účelem profesního postupu. S postupujícím věkem čtená část osob s MP rezignuje na rozšíření vlastní kvalifikace, získání nových zálib, stagnuje. Ale právě smysluplná činnost je jeden z předpokladů zachování již nabytých kompetencí v různých oblastech.

Na střední dospělost navazuje dospělost pozdní. **Období pozdní dospělosti** (65 let a více) je charakteristické především snahou o udržení optimálního duševního a fyzického zdraví (Beirne–Smith; Patton; Ittenbach, 1994). Pozdní dospělost je determinována výraznými změnami zdravotního stavu. Pokles tělesných a duševních funkcí organismu může negativně ovlivnit výkon v jednotlivých oblastech života. Zároveň dochází ke ztrátě blízkých přátel či v případě dospělých osob s MP ke změně prostředí, ve kterém žijí. V praxi jde nejčastěji o přesun do bezbariérových budov či do zařízení s permanentní lékařskou péčí (Křížková a kol., 2011). Švarcová (2011) upozorňuje na nárůst problémů v kognitivní oblasti (zpravidla rozvinutá demence). Lidé s MP stojí často mimo chráněný i otevřený trh práce. Odchod do důchodu tedy nastupuje asi o 5 let dříve než u populace bez ZP. Zároveň jsou již patrné involuční změny spojené s vizuální a auditivní percepcí a dalšími fyzickými prvky.

2.2.1 Specifika osobnosti lidí s mentálním postižením

Každý člověk s MP představuje samostatnou a svébytnou osobnost s individuálními problémy a možnostmi dalšího osobnostního rozvoje. Z hlediska pojetí osobnosti s MP je třeba brát v potaz ta specifika, která vyplývají ze strukturálních změn. Proto dochází k odlišnostem jak kvalitativním, tak kvantitativním. Je nutné všimnout si specifík percepcí, myšlení, paměti, pozornosti, vůle, aspirace a komunikačních dovedností. Níže uvedené

lze považovat za snahu o globální deskripci jednotlivých struktur u dospělých osob s MP (Křížková a kol., 2011).

Jako první zde bude zmíněna oblast **vnímání**. V rámci percepce jde o změny ve výběrovosti, rychlosti a rozsahu vnímání (Vašek, 2006). Vnímání úzce souvisí s funkcí smyslových orgánů. Jejich prostřednictvím dochází ke sběru informací z okolního prostředí. Jsou snímána tzv. holá data. Charakter informace získávají až při zpracování v centrální nervové soustavě (Kopecká, 2011). Percepce je považována za bezprostřední poznání. U osob s MP probíhá s předpokládanými odlišnostmi. Rubínšteinová (in Kozáková, 2005) uvádí charakteristické znaky procesu percepce u osob s MP a to:

- zpomalenost vnímání,
- snížený rozsah zrakového vnímání, který se projeví obtížemi v pochopení perspektivy, překrýváním kontur,
- nediferencovanost počitků a vjemů (především tvarů, barev),
- výrazné problémy jsou přítomny v diskriminaci pozadí a figury,
- inaktivita vnímání (obtíže v soustředění se na detaily na předkládaném objektu),
- problémy v prostorovém vnímání,
- těžkosti ve vnímání času a prostoru.

Výše uvedená specifika lze dobře rozvíjet či kompenzovat speciálněpedagogickou intervencí (srov. Valenta; Müller, 2005; Kozáková, 2005; Renotierová in Ludíková, 2006; Valenta; Müller, 2011; Pipeková 2011).

Oblast **myšlení** dospělých osob s MP je vázána na aktuální a konkrétní realitu, případně na blízkou budoucnost. Výsledkem této situace je posuzování jednotlivých situací především ze subjektivního pohledu (Lečbych, 2008). Myšlení osob s MP je příliš konkrétní, dochází k chybám v analýze a syntéze jednotlivých prvků, nedosahuje stupně abstrakce a generalizace. Tvoření jednotlivých pojmů (přímý vztah k objektu) je nepřesné. Vzhledem k nedůslednosti jsou dospělé osoby s MP potencionálně více ohroženy sociálněpatologickými jevy (nedohlédnou důsledky svého jednání, proto se snadněji stávají pachateli zprostředkované trestné činnosti či obětmi takového jednání). U dospělých osob s MP je proces myšlení ovlivněn i rostoucím věkem a dalšími osobnostními vlastnostmi jako je motivace a zaměření vůle. Negativní faktor opět může sehrávat role blízkých osob. Dospělý člověk s MP si může s postupem věku přivykat na situaci, kdy je větší míra rozhodování a řešení problémů předávána (i nevědomě) na rodinné příslušníky či blízké. Nevýhodou je i doba stanovená k rozhodování – v některých situacích je třeba se rozhodnout rychle, proto při nenadále situaci, je možnost volby podpořena „doprovázející“ osobou.

Výsledkem procesu myšlení jsou myšlenky, jejich obsah je vyjadřován prostřednictvím **mluvené řeči**. Z hlediska verbální stránky jazykového projevu jsou pojmy u osob s MP tvořeny obtížně. Častá je přítomnost narušené komunikační schopnosti. Obtíže se objevují v rámci produkce a porozumění řeči/textu (Lechta, 2008). Uvedené narušení komunikační schopnosti se manifestuje ve všech jazykových rovinách (foneticko – fonologické, morfologicko – syntaktické, lexikálně – sémantické a pragmatické). Slowík (2007) s ohledem na verbální dovednosti osob s MP zmiňuje, že dochází k přesnému napodobování běžně

používaných výroků a frází, které používají lidé v jejich okolí, či jsou prezentovány v médiích. Vančová (2005) doplňuje četný výskyt dysgramatismů a převahu pasivní slovní zásoby nad aktivní.

V rámci **paměti** osob s MP se objevují nedostatky ve všech jejích fázích. Dochází k pomalému procesu osvojení si nových poznatků a to i přes několikanásobné opakování. Paměťové stopy velmi rychle vyhasínají, proto je ideální propojení teoretických poznatků s praktickými úkoly. Paměť osob s MP je převážně mechanická (Kozáková, 2005). Paměť je selektivní, z toho důvodu je člověk schopen si zapamatovat pouze pro něj významné věci. U osob s MP jsou nové informace zpravidla osvojeny až po několikanásobném opakování (Valenta, Müller, 2009). Nejčastěji jsou zafixovány z celkového vizuálního nebo verbálního vjemu pouze nevýznamné detaily nikoliv jejich podstata (Vašek, 2006). Paměťové stopy velmi rychle vyhasínají, a proto je vhodné vždy propojit teoretické a praktické dovednosti (Valenta; Michalík; Lečbych, 2012).

Oblast **pozornosti** můžeme rozdělit na záměrnou a nezáměrnou. Kategorie záměrné pozornosti je negativně ovlivněna nízkým rozsahem sledovaného pole, snadnou unavitelností a odbíhavostí. U dospělých osob s MP je oblast pozornosti limitována i stářím jedince. Častým problémem je právě motivace dospělých osob s MP pro konkrétní činnost a s tím související udržení pozornosti (Vašek, 2006). Často zmiňována dysbulie a abulie (Tamtéž).

Specifikum osobnosti vychází také z úrovně aspirace a to z obou protipólů – nadměrného nadhodnocení nebo podhodnocení se (Kozáková, 2005). Je třeba zdůraznit, že oblast **aspirace** se u každého jedince utváří na základě hodnocení sebe sama a také hodnocení jeho okolí (Valenta, Müller, 2009). Přítomna je i porucha v oblasti adaptačních schopností s ohledem na běžný život člověka. U dospělých osob s MP se bude nejvíce manifestovat v rovině samostatného života spjatého s pracovním uplatněním a dalšími rolmi dospělého (Švarcová, 2011). Představy z pohledu dospělého člověka s MP se odvíjí od individuální úrovně percepce. Vašek (2006) uvádí, že pro osoby s MP obecně jsou charakteristické nepřesné, nejasné představy. Často jsou kombinovány na základě nevýznamných znaků či mohou vzájemně splývat. Osoby s MP mohou rovněž ulpívat na určité představě, což následně překryje tvorbu představ nových. Renotierová (2006) popisuje obecné charakteristiky týkající se projevů chování osob s MP. Zdůrazňuje zvýšenou závislost potřeby jistoty, bezpečí a porozumění. Za typické považuje časté střídání nálad, obtíže v motorice.

Vágnerová (2010) se u osob s MP zaměřuje na oblast **sebepojetí**, která je velmi úzce vázána na výše uvedené aspirační kompetence. Sebepojetí je u osob s MP negativně ovlivněno posouzením jejich uvažování, které vede k nejasným kompetencím. Nabývání pozitivního sebehodnocení je vnímáno jako složité, neboť osoby s MP si mohou být dobře vědomy vlastních (horších) výkonů v porovnání s intaktní populací. Za nejčastější problém je považována především negativní „zpětná vazba“ z okolí. Vančová (2006) zmiňuje jejich nižší sebevědomí v kontaktu s intaktní populací a to zejména tehdy, pokud dříve neměli dostatek prostoru pro vzájemnou interakci. Z hlediska vnímání sama sebe bývají lidé s MP nekritičtí vůči vlastní osobě, ale i ostatním.

Krejčířová (in Renotířová, 2006) uvádí další specifika osob s MP:

- zvýšenou závislost na blízkých osobách a druhých lidech,
- určitá míra nedostatků v osobní identifikaci a vývoji svého vlastního já,
- opoždění psychosexuálního vývoje,
- potíže v meziosobních vztazích a komunikaci,
- problémy v pohybové koordinaci.

Osobnost každého jedince se během vývoje variabilně utváří. Proces jejího formování ovlivňují osobnostní specifika. Respektování specifik podmiňuje optimální snahy o rozvoj sebe sama stejně jako vhodnou interakci ze strany odborníků i širšího sociálního prostředí. Výše uvedené charakteristiky představují náhled na deskripci specifik dospělých osob s MP.

2.3 Diagnostika z pohledu speciálněpedagogické andragogiky psychopedické

Pojem diagnostika pochází z řeckého slova *dia – gnósis*, což lze volně přeložit jako poznání, rozpoznání, rozlišení. Obecně ji lze pojmut jako postup, jehož vyústěním by mělo být definování konkrétních obtíží u příslušného jedince. Pojem diagnostika spadal dříve výhradně do medicínského terminologického aparátu, později se začal využívat zejména v psychologii, ale také v pedagogice a speciální pedagogice (Monatová, 2000).

Diagnostický proces je dnes součástí mnoha vědních oborů. Jejich různá orientace odpovídá i rozličnému zaměření diagnostického procesu. Jiným způsobem je diagnostika pojímána z hlediska medicíny (cílem je odhalení patologického činitele), odlišná je snaha v rámci psychologie (zaměřuje se na patologické i zdravotně kompatibilní prvky organismu) a zcela rozdílné je pojetí diagnostického procesu v rámci speciální pedagogiky (jde o stanovení optimálních kompetencí, na základě kterých se bude odvíjet následující speciálněpedagogická intervence) s akcentem na osobnost jedince. Na základě výše uvedeného je diagnostika komplexním procesem, který musí být posuzován z hlediska systémového přístupu.

Diagnostika ve speciální pedagogice se zaměřuje na proces poznání osob se speciálními vzdělávacími potřebami v různých věkových obdobích. Speciálněpedagogická diagnostika pracuje s osobou jako celkem, zaměřuje se na individuální zvláštnosti, zkoumá příčiny a důsledky zdravotního stavu stejně jako celkový tělesný, duševní a rovněž sociální vývoj. Pracuje především s jejich osobnostními charakteristikami, jež se poté stávají východisky pro poskytnutí možné pomoci, podpory či vedení osob se ZP (Přinosilová, 2007). Dle autorů Valenty; Müllera (2009, s. 61) se speciálněpedagogická diagnostika zabývá „rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivitu edukace a šířeji i sociální terapie a enkulturace klientů“. Sumarizaci uvedených definic nabízí Pipeková (et al. 2010). Speciálněpedagogická diagnostika se zaměřuje na:

- prostředí,
- možnosti edukace,
- sociální oblast,
- pracovní oblast.

Jednotlivé kategorie se dále člení do dalších subkategorií, avšak v tomto textu se jimi nebudeme dále zabývat.

Přinosilová (2010) upozorňuje na preciznější terminologické vymezení. Dle ní je speciálněpedagogická diagnostika proces, který je myšlen spíše v užším pojetí. Zahrnuje tedy výhradně činnost speciálního pedagoga (což nezajišťuje optimální průběh diagnostiky, jedná se pouze o jednoho odborníka). Vhodnější je používat slovní spojení diagnostika ve speciální pedagogice, který ze své podstaty respektuje jeden ze zásadních principů diagnostického procesu a to princip komplexnosti. V tomto případě jde o kooperaci zúčastněných odborníků, zejména speciálního pedagoga, lékaře, psychologa, sociálního pracovníka a dalších.

Diagnostický proces lze dále členit na základě jejího zaměření (dle Rádlové, 2004; Pipekové a kol., 2010):

- **Podle etiologického hlediska:** kauzální a symptomatická. Kauzální je používána tehdy, pokud je známa příčina, naopak u diagnostiky symptomatické jsou sledovány příznaky.
- **Podle časového hlediska:** vstupní, průběžná, výstupní. Vstupní diagnostika by měla sloužit ke stanovení základních projevů obtíží u konkrétního jedince, probíhá zpravidla během jednoho z prvních setkání. Průběžná se odvíjí od kontrol stavu a průběžné speciálněpedagogické podpory. Slouží ke kontrole aktuální situace a navržených opatření. Poslední výstupní diagnostika je určena pro ukončování speciálněpedagogického vedení.
- **Podle rozsahu stanovených cílů:** globální, parciální, diferenciální. Globální diagnostika je orientována na celou osobnost jedince, parciální diagnostika se zaměřuje pouze na určitou část (například oblast zrakové percepce). Diferenciální diagnostika sleduje jednotlivé symptomy a na jejich základě se snaží nalézt odpovídající diagnózu a odlišit ji od toho stavu, jež může připomínat.
- **Podle věku klienta:** diagnostika raného a předškolního věku, diagnostika školního věku a adolescence, diagnostika dospělosti a diagnostika stáří. Z tohoto hlediska by pro každé životní období měly být stanoveny odpovídající testové baterie či další možnosti, jak objektivně posoudit daný stav. V praxi schází vhodné diagnostické nástroje u osob v dospělosti a stáří.

Ve všech výše uvedených případech je východiskem procesu zjištění aktuální úrovně jedince a následné stanovení vhodné speciálněpedagogické intervence. Obdobný názor zastává i Černá (2008), která (pokud se zaměříme do psychopedické oblasti) udává, že speciální pedagog nepátrá po těch oblastech, ve kterých člověk s MP selhává, ale zaměřuje se především na jeho aktuální dovednosti, schopnosti a vědomosti. Stanovení diagnózy tedy není výsledkem, ale počátkem procesu.

Protože diagnostický proces je systematicky koncipován, je třeba pro jeho optimální zajištění respektovat příslušné principy. Valenta, Müller (2009) řadí mezi nejdůležitější z nich především komplexní práci (nejen z hlediska týmové spolupráce, ale i z širší oblasti diagnostického pole). Dále autoři zdůrazňují longitudinální princip, který zajišťuje dlouhodobé sledování člověka a nezakládá se na sejmutí diagnostického obrazu pouze

s ohledem na aktuální zdravotní stav. Jako třetí je třeba respektovat princip dynamiky. Z tohoto hlediska neexistuje diagnóza „jednou provždy“, ale je nutná rediagnostika. Slovenský autor Viktor Lechta (2003) chápe diagnostiku jako součást speciálněpedagogické intervence, kam lze zařadit:

- speciálněpedagogickou diagnostiku,
- speciálněpedagogickou terapii,
- speciálněpedagogickou prevenci.

V diagnostické teorii a praxi jsou využívány standardizované i nestandardizované metody a techniky. Mezi nestandardizované metody lze zařadit pozorování, volný rozhovor, dotazník, zjišťování anamnestických údajů. Standardizované testy jsou testy s předem daným způsobem zadávání, průběhu testu a jeho následné interpretace (Valenta, Müller, 2009). S ohledem na speciálněpedagogickou andragogiku je třeba zdůraznit, že standardizované testy pro měření inteligenčního kvocientu jsou vytvořeny pro osoby intaktní populace. Černá (2008) uvádí, že v praxi osob s MP je nejrozšířenějším testem dětská verze Wechslerových testů (také u dospělých osob). Za diagnostický proces jsou z hlediska platné legislativy v České republice zodpovědná školská poradenská zařízení a to speciálněpedagogická centra a pedagogicko – psychologické poradny.

Diagnostika osob s MP spadá především do kompetence speciálního pedagoga (z pohledu dospělých osob je hlavním činitelem diagnostického procesu speciální pedagog – andragog), psychologa, sociálního pracovníka. Do jisté míry by dalším důležitým prvkem tohoto procesu měl být sám dospělý člověk s MP. Černá (2008) uvádí, že jsou v rámci ní aplikovány ty metody, které pocházejí z jednotlivých speciálněpedagogických, psychologických a sociálních disciplín.

V rámci české diagnostické praxe nejsou k dispozici konkrétní nástroje zaměřené na diagnostikování dospělých či stárnoucích osob s MP. Při samotném diagnostickém procesu je nezbytně nutné brát v potaz aktuální psychickou a fyzickou úroveň a možná specifika, která vycházejí z MP. Konkrétně jde o problémy v rámci koncentrace pozornosti, myšlení, paměti, snadné unavitelnosti i oblasti komunikace (srov. Lewis, Norwich, 2005; Černá, 2008; Švarcová, 2011). V praxi často nastává situace, kdy diagnostika proběhla v raném věku (či vůbec) a v průběhu další životní dráhy již nedošlo k rediagnostice s důrazem na osobnost a život dospělého člověka (Křížkovská a kol., 2011). Problémem bývá i aplikace vhodných diagnostických metod, které by informovaly o aktuálních praktických dovednostech (sociálních, společenských, pracovních, komunikativních) osoby s MP, ne pouze o výši inteligenčního kvocientu. Aplikace jednotlivých diagnostických nástrojů vždy porovnává výsledky dospělých osob s MP a normou bez ohledu na specifika dospělého člověka (srov. Jesenský, 2000; Franiok, 2008, Lečbých, 2008).

Aktuálně se v rámci diagnostikování používá metod a nástrojů psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky. Cílem diagnostiky v dospělosti by mělo být nalezení oblastí individuálních specifických potřeb, ty se pokusit naplnit a umožnit důstojný život ve společnosti. Výsledná diagnostika je předpoklad pro optimální (nejen) speciálněpedagogickou intervenci. Protože diagnostický proces probíhá zejména u dětí (depistáž provádí speciálněpedagogické centrum), podílí se na tomto procesu pediatr, dětský

neurolog, pedopsychiatr, psycholog pedagogicko – psychologické poradny, klinický genetik (vzhledem k tomu, že etiologie MR není zjištěna v 50 % - 75 % případů).

Pokud se na proces diagnostiky bude nahlížet z hlediska speciálněpedagogické andragogiky psychopedické, je zřejmé, že je třeba součinnosti jiných odborníků a zejména i dospělého člověka s mentálním postižením (viz výše). Opět jsou používány standardizované a testové metody. Z důvodu dospělosti jedince je vhodná účast:

- klíčového pracovníka případně osobního asistenta,
- rodiny či zákonných zástupců,
- samotného člověka s MP,
- speciálního pedagoga,
- psychologa,
- lékaře.

Výčet poskytuje základní přehled pro týmovou spolupráci. Avšak ne všichni uvedení odborníci mají potřebné profesní znalosti a osobnostní předpoklady. Na základě provedeného výzkumu, jenž byl financován jako součást Specifické grantové soutěže v roce 2013 na Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého, byly zjištěny následující poznatky. Psychologové (s různou délkou praxe) nevnímají potřebu diagnostiky u dospělých osob s MP. Ve většině případů uváděli výběr testu inteligence, který je určen dětské klientele. Pokud byli dotázáni na alternativu, nevybrali jiný nástroj, kterým by se struktura verbálních a neverbálních dovedností u dospělých osob s MP dala přínosně měřit. Přiznávali určitou obavu z obtíží v porozumění a minimum zkušeností s dospělými lidmi se ZP obecně. Oproti psychologům by skupina sociálních pracovníků/osobních asistentů/klíčových pracovníků diagnostiku v dospělosti přivítala. Její přínos vidí především při změně služby, k níž může z různých důvodů dojít, stejně jako v možnosti pracovního uplatnění. Sociální pracovníci vnímají diagnostiku jako potřebnou i v případě diferenciací projevů spojených s MP a např. nově se objevujících změn spojených s počátky demence. Účast samotného člověka s MP podpoří identifikaci jeho zájmů, přání a orientaci vhodné podpory.

S ohledem na dospělost osob s MP lze použít tyto testy:

- škálu nezávislého chování (Scale of Independent Behavior),
- škálu adaptivního chování (AAMR – ABS),
- škálu funkční nezávislosti,
- škálu míry podpory (Support intensity Scale).

Výše uvedené testovací baterie se používají především v zahraničí. V České republice provádí školení ve Škále nezávislého chování občanské sdružení Quip – Společnost pro změnu.

Pro speciálněpedagogicko-andragogickou praxi je třeba hledat silné stránky jednotlivců se ZP. V odborných zprávách z vyšetření jsou popsány spíše nedostatky. I tak jsou zmíněné dokumenty orientovány zejména na dětský věk. Diagnostika u dospělých lidí s MP se téměř neprovádí, a to i přes permanentní vývoj a proměny spojené s během života. Právě

na identifikaci silných stránek jsou zdůrazněny možnosti, na kterých lze stavět v rámci intervence.

2.4 Problematika stárnutí osob s mentálním postižením

Proces stárnutí spadá mezi jedny z nejvíce se manifestujících společenských a ekonomických změn, ke kterým v současném světě dochází. Obecně je proces stárnutí považován za prvek, jež podstatným a negativním způsobem ovlivní další životní dráhu člověka (Cabrnok, 2009). Stejný autor popisuje strategii proměn populace mezi lety 2000 – 2030. Nastává významné snížení podílu dětské populace a populace kategorie ve středním věku dospělosti a oproti tomu velmi výrazný nárůst populace ve věkovém rozpětí 65 – 84 let. Poté bude vývoj v jednotlivých věkových kategoriích ustálený. K dalším změnám dojde po roce 2050, kdy ve společnosti bude nárůst osob v seniorském věku nejvyšší ve věkových kategoriích 90 let a více. S výše uvedeným souvisí nutnost přehodnocení a klasifikace dosavadně užívaných pojetí procesu stárnutí. Čevela; Kalvach; Čedelová (2012) upozorňují, že je třeba respektovat:

- dlouhé trvání života ve stáří,
- heterogenitu stáří,
- osobnostní, individuální přístup k osobám v období seniorského věku.

Lze předpokládat, že obdobná tendence se bude týkat i osob se ZP.

S obdobím stárnutí velmi úzce souvisí i krize dospělého věku, která je spjata s bilancováním o životě (Farková, 2009). Otázky o smyslu života, chtění a další životní orientace se rovněž týkají i dospělých osob s MP. Objevují se však již kolem 35 – 40 roku věku, společně s prvními znaky stárnutí. Stejně jako precizní vymezení dospělosti je obtížné přesné vymezení procesu stárnutí. Odborná literatura na něj nahlíží z různých úhlů pohledu. Pro potřeby tezí dizertační práce, byly zvoleny následující charakteristiky (odpovídají nejčastěji udávaným pojetím v odborné literatuře). Pojem stárnutí je na základě nich vnímán z pohledu:

- biologického,
- sociálního,
- kalendářního (Klevetová; Dlabalová, 2008).

Biologické stáří popisuje předvídatelný průběh involučních změn v organismech. Oblast biologického stáří v sobě nese dvě základní hypotézy, které se snaží vysvětlit příčiny. Epidemiologický přístup vysvětluje změny spojené se stárnutím jako změny nahodilé a individuálně odlišné. Při zajištění optimálních podmínek je život každého jedince naprogramován k co nejdelší životní době. Gerontologická hypotéza přisuzuje procesu stárnutí zákonitost a spojení s konkrétní genetickou informací (Kalvach, 1997). Čevela; Kalvach; Čedelová (2012) udávají, že oblast biologického stáří není v současné době možno přesně vymezit. Jedním z důvodů je kombinace a vyšší výskyt onemocnění. Autoři kumulaci onemocnění vyjadřují termínem „geriatrická křehkost“. V kontextu dospělých osob s MP je proces stárnutí spojen s nižším věkem než u osob bez ZP. Biologické změny v organismu jsou znatelné a projevují se dříve s větší variabilitou.

Sociální pojetí procesu stárnutí a stáří je spojeno se změnou sociálního statusu a rolí ve společnosti. Nejmarkantnějším znakem je odchod z běžného pracovního procesu a naplnění kritérií pro přiznání důchodového věku (Mühlbacher, 2009). Odchod z pracovního procesu je spojen se snížením ekonomické úrovně, dalšími aspekty jsou tzv. veteránství, odchod dětí z rodiny, ztráta partnera (Čevela, Kalvach, Čedelová, 2012). Situace u dospělých a stárnoucích osob s MP může být obtížnější, protože samy nemusí být připraveny na nenadálou situaci. Specifikum vyplývá i z podstaty přiznaného ZP, neboť osoby s MP rychle přicházejí o získané návyky a dovednosti.

Kalendářní věk je spojen s dosažením hranice, která byla stanovena jako vymezení jednotlivých věkových etap. Odborníci uvádějí rozdílná věková vymezení. Je nutné si uvědomit, že všechna výše uvedená členění byla stanovena pouze s ohledem na intaktní populaci. V kontextu dospělých a stárnoucích osob s MP (s vrozenou a sníženou úrovní kognitivních dovedností) se věkové hranice posouvají do mladších období, ve kterých je třeba pro potřeby speciálněpedagogické teorie a praxe velmi vybírat a to i s ohledem na variabilitu lidské bytosti i samotného postižení (Mühlbacher, 2009). Proces stárnutí se týká vnitřní a vnější stránky lidské osobnosti. Při procesu stárnutí dochází k obraným reakcím organismu. Lidská činnost se začíná více orientovat do těch oblastí, které jsou s procesem stárnutí kompatibilní. Dochází k upřednostnění těch činností, které nejsou pro lidský organismus náročné (Farková, 2009). Kalendářní stáří je spojeno s vnímáním sebe sama jako „starého člověka a s vedením života starého člověka“ (Čevela; Kalvach; Čedelová, 2012, s. 26).

Období stáří a především proces stárnutí jsou pojímány negativně (nejen reakcemi ostatních, ale i snahou osob o udržení si mladistvého vzhledu). Negativní pohled na stárnutí je znám i z historického pohledu a je charakterizován snahami vědců o nalezení prostředků pro získání nesmrtelnosti. Obavy související s procesem stárnutí se týkají především ireverzibilitu dané situace, změny sociálního statusu a možné ztráty seberealizace. Vzhledem k individuálnosti každého člověka, ne všechny reakce mohou probíhat tímto způsobem. V literatuře se rozlišují dva druhy procesu stárnutí:

- fyziologické stárnutí: jde o přirozený vývoj,
- patologické stárnutí: představuje předčasné stárnutí, nepochybně mezi biologickým a kalendářním věkem (Malíková, 2011).

Granacher (2007) přidává i další možná pojetí procesu stárnutí:

- administrativní stáří (obecné kategorie, které jsou používány v příslušných zemích),
- funkční stáří (je zaměřeno na úroveň funkční schopnosti u daného jedince),
- psychologické stáří (do jaké míry je vnímáno stáří z pozice příslušného člověka).

Stárnutí osob s MP přichází dříve než u osob bez ZP. Také je spojeno s úbytkem psychických a fyzických sil.

Mezi charakteristické rysy stárnutí patří:

- snížení kognitivních a gnostických funkcí (ve vyšší míře se vyskytuje zapomínání, schopnost rozpoznání známých předmětů a jejich účelu, problémy v oblasti pozornosti),

- snížení fatických funkcí (projeví se v narušení komunikační schopnosti jedince, jde o problémy percepce a produkce řeči),
- zvýšená emoční labilita (časté střídání nálad, rychlé a plynulé přecházení do protipólních emocí),
- celkové změny v chování,
- pokles zájmu o aktivity (u osob s MP je zvláště nápadná ztráta zájmu o dlouhou dobu preferované),
- změny potřeb a jejich pořadí (Malíková, 2011).

Situace stárnutí osob s MP úzce souvisí s prodlužováním věku osob celého světa. Mezi prvními státy s největší věkovou progresí je uváděna Severní Amerika a Japonsko (Krauhlová, 2002). Z tohoto důvodu by cílem každé společnosti mělo být dosažení maximální kvality života svých členů. Tento cíl není zcela naplňován, preventivní a osvětové programy se týkají především osob ve vyšším či seniorském věku a to bez přidruženého ZP. Jak udává Krauhlová (2002, s. 6) jedním z cílů moderní (a inkluzivně zaměřené) společnosti by měl být „vícerozměrný pohled na člověka se specifickými potřebami ve věku produktivním a postproduktivním se nestal jednou ze žádoucích společenských změn“. Na tomto místě je nutné podotknout, že již určité změny proběhly, a to především v teoretické rovině. Na práci s dospělými osobami s MP v různých etapách dospělosti jsou připravováni studenti oboru Speciálněpedagogická andragogika nejen na Univerzitě Palackého v Olomouci, ale také i na Masarykově Univerzitě v Brně. Aktuálně lze zájem definovat jako vzrůstající (Křížková a kol., 2011). Na významu nabývá tzv. společenský přístup ke stáří. Tento přístup obsahuje své dílčí části. V první části klade důraz na aktuální i dlouhodobé potřeby narůstajícího počtu osob ve vyšším věku (do této oblasti jsou zahrnuty i otázky o významu dalšího života, jeho náplně a kvality). Druhá část spočívá v sociálně - ekonomických rizicích, především v ovlivnění hospodářského rozvoje nejen příslušné země, ale i zemí světa (Mühlbacher, 2009).

Proces stárnutí obecně nelze chápat pouze jako poskytnutí odborných intervencí v oblasti medicínské (byť je její nutnost se vzrůstajícím věkem u většiny osob žádoucí), ale uvedený proces se promítá do oblasti:

- etické (přiznání a zachování důstojnosti i ve vyšších věkových etapách),
- sociální (respektování skupiny osob ve vyšším věku jako postupně dominantní součást společnosti a přiznání adekvátních sociálních rolí spojených s příslušným sociálním statutem),
- speciálněpedagogické (rozšíření a propracování teoretických východisek speciálněpedagogické andragogiky a kompetencí speciálního pedagoga – andragoga),
- andragogické (tvorba a následné ověření vhodných didaktických aspektů, optimalizovaných pro dospělé a stárnoucí osoby),
- politické (programy aktivního stárnutí, utváření sociální politiky státu).

Bohužel, ne ve všech oblastech je proces stárnutí odpovídajícím způsobem reflektován. Jako příklad lze zmínit postoj vlády České republiky k problematice nárůstu Alzheimerovy choroby. Alzheimerova choroba je považována za nejčastější onemocnění ve vyšším věku

jak u osob bez ZP, tak i u dospělých osob s MP (především u lidí s diagnózou Downův syndrom). Aktuálně není k dispozici plán přípravy reakce či opatření státu s ohledem na toto onemocnění (Křížková a kol., 2011).

Číselné vyjádření osob s MP, které dosáhly seniorského věku je obtížně stanovitelné. Nejsou k dispozici statistické informace stejně jako je počátek stárnutí je u každého jedince individuální a mohou jej podmiňovat rozličné aspekty. Právě z toho důvodu mohou spadat do této kategorie osoby starší 65 let, ale i osoby výrazně mladší například ve věku 45 let, u kterých dochází ke zřetelným stárnocím změnám kůže, nástupu demence apod.

Jak uvádí Špačková (2011) je riziko vzniku onemocnění u osob s MP vyšší než u osob bez postižení (přesná čísla nejsou známa). Obecně se ke „klasickým“ projevům stárnutí (hypertenze, diabetes mellitus, obezita) přidružují projevy jejich „specifických“ potřeb. U dospělých osob s MP, které mají výrazné problémy v rámci komunikační schopnosti (často jde o osoby s těžším stupněm MP), mohou být tyto projevy identifikovány až v jejich pokročilém stádiu. Na základě těchto faktů je nezbytné provést podobné vyšetření lékařem. Ideálně lékařem, který je v kontaktu s dospělými osobami s MP. V podmínkách České republiky je tento požadavek téměř nesplnitelný. Dospělé osoby se ZP mají v lékařské péči praktičtí lékaři po dospělosti. Praxe donedávna fungovala tím způsobem, že každé zařízení mělo svého lékaře, který v pravidelných intervalech přijížděl. Současná situace jdoucí s trendem deinstitucionalizace podmiňuje návštěvu samotných osob s MP v jednotlivých lékařských ordinacích. Na jednu stranu je nutné vyzdvihnout praktickou zkušenost dospělého člověka s MP, na straně druhé je nutné se zaměřit na dehonestující chování vůči dospělému, problémy v komunikaci a možné zkreslení lékařského vyšetření (Křížková; Tomalová a kol., 2012). Dalším důležitým aspektem, který s procesem dospělosti souvisí, je prvek vlastního stárnutí. Je důležité vzít v potaz také proces vyrovnávání se s tímto procesem. Lidé s MP mají užší okruh aktivních sociálních kontaktů. (U osob, které svůj život prožily v některém z ústavních zařízení, je situace ještě závažnější. V důsledku probíhajícího procesu transformace se mohou dostat do zcela nového sociálního prostředí, ve kterém se nemusí dostatečně orientovat (Psychiatrieverbund, 2013).

U člověka s MP ve střední a pozdní dospělosti je často popisována zvýšená závislost a sugestibilita na blízkých osobách, či osobách, které vůči nim vystupují v pozitivní interakci. S pozicí dospělého člověka souvisí i hodnotová orientace jedince (Slowík, 2010). Hodnotová orientace je ve společnosti dána tím, co je pozitivní a co negativní. Hodnoty jsou jedinci předávány prostřednictvím rodinného prostředí, učitelů, vrstevníků, médií. Na základě těchto faktů jsou hodnoty postupně utvářeny v průběhu lidského života. Jsou významné pro další život člověka, řídí se podle toho, jaké hodnoty uznává (Čáp; Mareš, 2007). Pokud dospělý či stárnocí člověk s MP prožil svůj život v ústavních podmínkách, jsou hodnoty utvářeny v tomto prostředí (podle personálu, spoluobyvatelů) (Slowík, 2007). Česká společnost si velmi cení hodnot jako je nezávislost či učení. Dosažení obou výše uvedených aspektů je pro osoby s MP velmi obtížné. Slowík (2007) uvádí, že lidé s MP nemusí zcela pochopit náplň těchto termínů. Cílem práce speciálněpedagogického andragoga je tedy zprostředkování výše uvedených oblastí. Dalším negativním trendem je nedostatek specializovaných služeb, které by se orientovaly výhradně na problematiku dospělých a stárnocích osob s MP. V České republice není v současnosti dostatek sociálních, podpůrných a komunitních služeb, které by se zaměřovaly na stárnocí osoby s MP (Černá, 2008). Dalším faktem

je nevyjasněnost vztahu ostatní populace vůči osobám MP. Častým jevem je velmi negativní přijetí a nedůvěřivost v případech zřizování služeb typu chráněného bydlení, podporovaného bydlení.

S procesem stárnutí souvisí tzv. očekávaná doba dožití. Ta v podstatě znamená střední délku života. Bývá nejčastěji stanovována při narození a při dosažení 65 let věku. Průměr střední délky života, stanovený při narození, činil v roce 1992 64 let u mužů a 68 let u žen (v antických dobách byla střední délka života asi 25 let). V této souvislosti Rabušic (1995) vymezuje pro příští desetiletí tři základní skupiny prognostických teorií o pravděpodobné evoluci střední délky života. Prognostické teorie jsou koncipovány i s ohledem na možnou přítomnost zdravotních a funkčních možností života jedince v tak vysokém věku.

- Tradicionalistické teorie se zaměřují na situaci poklesu mortality v období mladé a střední dospělosti a z toho vyplývající prodlužování střední délky života. Střední délka života je zde vnímána jako biologicky determinovaný ukazatel, kdy jeho hodnota nepřekročí 85 let. Do tradicionalistické teorie spadá i domněnka, že s prodloužením střední délky života bude souviset také eliminace onemocnění a funkčních obtíží, což prodlouží samostatnost a soběstačnost daného jedince.
- Empirické teorie uvádějí, že proces úmrtí je způsoben především patologickými činiteli v lidském organismu. Tento předpoklad povede k navýšení střední délky života do věku přibližně 100 let.
- Vizionářské teorie počítají s prodloužením střední délky života do věku kolem 150 let a výše.

Proces stárnutí souvisí u osob s MP především s etiologií jejich postižení. Další významnou roli sehrávají faktory přítomnosti či absence přidruženého postižení, závažnosti postižení, dosavadní životní styl a míra poskytované podpory. Aktuálně nejsou přesně známy důvody vyšší četnosti výskytu onemocnění u dospělých a stárnoucích osob s MP. Nejčastěji bývají vysvětlovány na podkladě dlouhodobých organických obtíží, které souvisí se změnou činností centrální a periferní nervové soustavy a aplikací rozličných medikamentů (v některých případech již od raného věku). Němečtí autoři upozorňují v odborné literatuře na problematiku stárnutí osob s MP nejvíce, stejně tak je v této zemi skupina specificky vnímána. Německá (ale i většina evropské populace) se aktuálně setkává s velmi variabilní skupinou osob ve vyšším věku s různým typem ZP. Jde o nové výzvy, které se týkají jednotlivých vědních oborů, a je třeba na ně odpovídajícím způsobem reagovat z hlediska maximální podpory běžného života (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendlichen, 2013).

Specifickou kategorií představují osoby s Downovým syndromem, u kterých dochází ke změnám spojeným s procesem stárnutí zhruba o deset let dříve než u intaktní populace. Dospělé a stárnoucí osoby s MP jsou ohroženy nejen nepodloženými představami ve společnosti (ekonomická zátěž, obavy z nich samotných), které se přímo týkají osob s MP, ale i ageismem. V této souvislosti můžeme hovořit o duálním předsudku. V kontextu dospělých a stárnoucích osob s MP lze postupně odbourat názory, že této cílové skupině „bude nejlépe“ v zařízení sociálních služeb, kde budou mít k dispozici veškerý potřebný komfort. I v jednotlivých sociálních službách často chybí optimální přístup k osobám vyššího

věku. S ohledem na dospělé a stárnoucí osoby s MP je nutné zmínit aspekt mezigenerační solidarity. Dnešní doba, která klade důraz na výkon, úspěch, komunikační možnosti ve smyslu nejrozličnějších technických výtvarků, prestiž velmi obtížně reflektuje osobní životní cíle nejen dospělých osob s MP. Negativně jsou výše uvedeným ovlivněny potřeby mezilidských vztahů, pochopení odlišnosti druhých (ve smyslu „pod“ normou i „nad“ normou). Z tohoto důvodu je třeba vizualizovat negativní klima, které se ve společnosti utváří ve vztahu ostatních k osobám s projevy stárnutí v kombinaci s MP (Kleťová; Dlabalová, 2008). K uvedenému je třeba připojit, že ani samotné osoby s MP nejsou připraveny na své vlastní stárnutí a změny, které s sebou tento proces nese. Přiznání sociálního statutu dospělého souvisí se ztrátou jistot. U dospělých osob s MP se jedná především o bariéry v rámci jejich přirozeného sociálního prostředí. Často se přidává i sociální izolace a kumulace dalších onemocnění, které daleko dříve omezí sociální kontakty dospělého jedince s MP. Hlavním bodem v tomto období je rozpracování koncepce, jež v sobě nenese ztrátu životního programu. Životní program představuje přiměřenou fyzickou aktivitu, psychickou aktivitu a optimalizovaně nastavený odpočinek (Farková, 2009). Při stanovení odpovídajícího životního programu je třeba spolupráce mezi samotným člověkem s MP, speciálním pedagogem – andragogem, lékaři, sociálními pracovníky a dalšími zúčastněnými subjekty. Zároveň drtivá většina dospělých osob s MP nedisponuje dostatečnými informacemi o smrti (nejen sebe sama, ale i svých blízkých). Proto je třeba vytvořit nové koncepce, které by podpořily zdravé stárnutí u osob s MP a další aspekty zasadit do kontextu celoživotního učení. Jistým východiskem mohou být alternativní terapie, které se využívají u osob seniorského věku (především preterapie, reminiscence, validační terapie). Hermann (2004) uvádí, že jedním z nejzákladnějších aspektů, které ovlivňují proces stárnutí osob s MP je minimální nabídka volnočasových aktivit, finančních prostředků a optimálních zařízení, které by poskytovaly potřebnou míru podpory. Stejný autor dodává, že v podmínkách Spolkové republiky Německo sehrávají stěžejní roli v této oblasti církevní zařízení.

Prognostická zjištění, která by se týkala nárůstu osob se ZP ve vyšším věku, nejsou prozatím v České republice k dispozici. Německý spolkový statistický úřad provedl v roce 2006 šetření, které udává předpokládanou četnost osob se ZP ve vyšším věku v období dvou desetiletí. Tato četnost se tedy týkala roku 2006, prognózy roku 2016 a 2026. Jedná se o osoby, které jsou aktivními uživateli sociálních služeb.

Tabulka č. 4: Obyvatelé zařízení sociálních služeb ve Spolkové republice Německo ve vyšším věku (Psychiatrieverbund, 2013)

Věková struktura obyvatel	2006	2016	2026
30 – 39	29 000	26 000	19 000
40 – 49	42 000	34 000	24 000
50 – 59	31 000	41 000	31 000
60 – 69	16 000	39 000	39 000
70 – 79	5 000	12 000	23 000
80 a více	500	2 000	9 000
	Σ 123 500	Σ 154 000	Σ 145 000

Cílem současné speciální pedagogiky je umožnění „normálního“ života ve společnosti stárnoucích osob bez primárního MP, ale i jedincům s MP. Otázkou však zůstává, co představuje norma pro stárnoucí osoby s MP. Je nutné vzít v potaz, že nadpoloviční většina stárnoucích osob s MP prožila svůj život v rámci konkrétní instituce, která vykazovala především profesionální přístup a jejich život je ovlivněn zkušenostmi člověka se ZP. Tento fakt je zcela v rozporu s realitou, ve které svůj život prožila intaktní populace (Hermann, 2004).

3 VYBRANÉ ASPEKTY EDUKACE DOSPĚLÝCH OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Třetí teoretická kapitola dizertační práce operuje s vybranými aspekty edukace dospělých osob s MP. Nejprve vymezuje pojetí edukace z pohledu obecné pedagogiky a obecné andragogiky jako základního východiska a posléze se zaměřuje již na vybrané aspekty edukace z hlediska speciálněpedagogické andragogiky. Dále s oblastí edukací souvisí její význam v kontextu dospělých osob s MP: Co konkrétně jim přináší? Jakým způsobem mění účast na edukačních aktivitách jejich životní cestu? Významným prvkem je i nástin vhodných metod podporujících edukační proces u uvedené cílové skupiny. Na doménu celoživotní učení bude rovněž nahlíženo v kontextu dospělých osob s MP. Pracovat bude s formálními, neformálními a alternativními aspekty edukace. Výchova z pohledu dospělé populace má v tomto období menší zastoupení, avšak bude popsána zejména z pohledu sociální interakce s druhými. Poslední podkapitola se bude týkat ukotvení dospělého člověka s MP jako součásti učící se společnosti. Jaký je hlavní motivační činitel pro účast na vzdělávacích procesech? Jakým způsobem je preferováno další vzdělávání? Jsou edukační aktivity realizovány opravdu s účelem rozvoje příslušného člověka?

3.1 Edukace z pohledu obecné pedagogiky a andragogiky

Pedagogika spadá do kategorie společenských disciplín. Je velmi úzce propojena s praxí. Dle Koláře a kol. (2012) je specifikem pedagogiky její vědecký jazyk, který se blíží nevědeckému jazyku. Z tohoto důvodu jsou i starší významná pedagogická díla srozumitelná nejen odborníkům, ale i širší společnosti (Kantorová a kol., 2008). Dvořáková, Kolář a kol. (2015) v této souvislosti hovoří o teoretické reflexi pedagogiky ze strany objektivní reality dané společností. Úkolem pedagogiky je tedy vytvářet adekvátní jazyk pro interpretaci jevů, k nimž dochází ve společnosti a zároveň podporovat erudovanou diskuzi mezi odborníky o dané problematice (Skalková, 2000). Podle stejné autorky řeší současná pedagogika problémy výchovy a vzdělávání v souvislosti se společenskými změnami (Skalková, 2004). Výkladový slovník definuje pedagogiku jako vědu o výchově, vzdělávání a o konkrétních výchovně - vzdělávacích procesech (Kolář a kol., 2012). Jde o moderní vědu, neboť disponuje vymezeným předmětem zkoumání, teoretickým systémem, souborem metod a postupů, vazbami s jinými vědami a rozvětvenou institucionální základnou (Čábalová, 2011). Dle Grecmanové, Holoušové, Kantorové (2014) tvoří obecná pedagogika pedagogickou terminologii, určuje orientaci pro další bádání a formuluje obecné zákony výchovy a vzdělávání (srov. Jůva, Kádner, 1981; 1977; Kolář a kol. 2015; Kasperová, Kasper, 2008; Rostanskij, Kisiela, 2011; Vališová, Kasíková, 2011; Dvořáková, Kolář a kol., 2012).

Výše zmínění odborníci pracují výhradně s termínem výchova a vzdělávání. Což poukazuje na absenci pojmu edukace v tuzemských definicích obecné pedagogiky. Výjimku představují publikace Jana Průchy. Oproti tomu v anglosaských zemích je pedagogika vnímána jako soubor věd o edukaci zahrnujících v sobě teoretické i empirické bádání. Edukační věda (lze přirovnat k českému termínu pedagogika) je zde pojímána jako „interdisciplinární obor, který pokrývá různé stránky edukace. Výraz „pedagogy“ je ekvivalentní k českým označením didaktika (srov. Průcha, 1999; Giroux, 2001; Winkler, 2006; Průcha, 2015). Na základě provedených komparací pojetí pedagogiky lze konstatovat značnou diferenciaci jednotlivých zemí Evropy. Kupříkladu ve francouzsky mluvících zemích je od roku 1960 pedagogika striktně označována jako edukační věda (Prange, 2009). Tento fakt je dán historickými, kulturními tradicemi (srov. Salvatori, 1996, Kaiser, 2005).

V tuzemské literatuře se liší také **členění pedagogiky**. Výkladový slovník pedagogiky (Kolář a kol., 2012) rozlišuje dva soubory pedagogických disciplín: základní a hraniční. Základní představují obecnou pedagogiku, dějiny pedagogiky, pedagogickou metodologii, obecnou didaktiku, teorii výchovy, srovnávací pedagogiku, speciální pedagogiku a pedagogickou diagnostiku. Hraniční jsou tvořeny pedagogickou psychologií, školskou statistikou, sociální pedagogikou. Čábalová (2011) přidává andragogický aspekt ve formě andragogiky a gerontopedagogiky. V pedagogickém členění se dále uplatňují i další klasifikace pedagogických disciplín a to např.:

- dle druhů a stupňů škol (předškolní až pro vysoké školy a jiné),
- dle druhu edukačního prostředí (rodinná pedagogika, mimoškolní pedagogika, pedagogika volného času apod.),
- dle sociálního či společenského hlediska (mediální, vojenská, sociální),
- při kombinaci více hledisek je možné uvést základní, hraniční a aplikované pedagogické disciplíny.

Z tohoto výčtu je zřejmá šíře pedagogické vědy a tím i mnohotvárnost edukační reality. Podrobnější deskripce pedagogiky není předmětem práce, proto se jím dále nebudeme zabývat.

V dostupné tuzemské literatuře se ani tak neobjevují spory ohledně vymezení pedagogiky jako takové, problematicky je vnímán její předmět. Jak uvádí Průcha (2013) spory se vedou o celou edukační realitu, za kterou zmíněný autor považuje jakoukoliv skutečnost, v níž probíhají edukační procesy nebo dochází k edukačním konstruktům. Čábalová (2011) koncipuje pedagogický předmět v rámci identifikace, analýzy, predikce pedagogických jevů a procesů, ale také v kooperaci individuality jedince se sociokulturním prostředím. Jako jedna z mála autorek se ve své publikaci Pedagogika zmiňuje o potřebě edukace osob se ZP.

Z provedených rešerší odborné literatury vyplývá, že tradiční pojetí pedagogiky od sebe výchovu a vzdělávání teoreticky odděluje. Naopak zastánci tzv. moderní pedagogiky zdůrazňují její komplexnost (odraz globalizace uvedených jevů) a v souladu s ní užívají pojmy jako edukace, edukační procesy, edukační realita apod. (srov. Průcha, Veteška, 2014; Bendl a kol., 2015; Průcha, 2015). Edukačního procesu se jedinec účastní v průběhu celého života. Aktuálně již pedagog není jediným zdrojem informací, poznání (Trojan, 2014). Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educatio* (česky ekvivalent je vychovávání) (Zachová

a kol., 2010). Výkladový slovník z pedagogiky i Andragogický slovník shodně jako definici edukace využívají Průchovo kritérium a to veškeré druhy formálního i neformálního vzdělávání osob všech věkových kategorií (Kolář a kol., 2012, Průcha, Veteška, 2012). Dle Vokurky (1998) znamená edukace aktivní ovlivňování stávající situace. V obecné didaktice je edukace pojímána jako synonymum vzdělávání. Průcha, Walterová, Mareš (2008) uvádí, že jde o činnost, které se účastní dva subjekty, kdy jeden z nich se vzdělává prostřednictvím působení druhého. Dostál (2008) upozorňuje na složitost a provázanost tohoto procesu. Právě z toho důvodu se objevují snahy o jeho metodologické zjednodušení. Kolář a kol. (2012) dělí edukaci na autoedukaci a heteroedukaci. Autoedukaci lze vysvětlit jako záměrnou, plánovitou a cílenou aktivitu člověka. Vede k posilování vlastních osobnostních charakteristik. Její součástí je schopnost hodnocení vlastního jednání (Dvořáková, Kolář a kol., 2015). Čapek (2015) zmiňuje její těsnou propojenost s procesem výchovy. Výchova a vzdělávání jinými lidmi se nazývá heteroedukace (Dvořáková, 2015). Dle Jedličky a kol. (2014) akcentují edukační komponenta vzdělávání kognitivní procesy a zároveň edukační komponenta výchovy ovlivňují názory, hodnoty, postoje a morálku (srov. Průcha a kol., 2009). Edukace probíhá v edukačních realitách. V publikaci J. Průchy (2002, s. 64) je „edukační realita je taková skutečnost (prostředí, situace, proces aj.) objektivně se vyskytující v lidské společnosti, v níž probíhají nějaké edukační procesy nebo jsou vyvíjeny či fungují některé konstrukty.“ Edukační realita v sobě zahrnuje edukační procesy, jež jsou realizovány v edukačním prostředí (srov. Průcha, Walterová, Mareš, 2008; Tureckiová, 2011). Obsah edukace je determinován historií, sociokulturním statutem a ekonomickou situací státu. Valenta (2014) zmiňuje výčet atributů, jež by měla efektivní edukace obsahovat. Jejím záměrem je:

- směřovat k osobnosti jedince,
- zaměřenosti jedince (konkrétní potřeby, motivy),
- začleněnost (interakce s prostředím),
- potenciál jedince,
- sebepojetí jedince,
- autoregulace jedince.

Maňák, Knecht (2007) považují za nezbytnou součást edukace edukanta, edukátora, edukační obsah, edukativní didaktiku, edukační bariéry, edukační plán a pomůcky. Uvedené jsou analogicky odvozovány od stěžejního pojmu a nahrazují české termíny (Malíková, 2011; Jansa a kol., 2012). Avšak lingvisticky jsou velmi neobvyklé. V souladu se Špatenkovou (2013) lze konstatovat, že cílem edukace je spíše rozvoj schopností, obohacení znalostí a rozvoj osobnosti k seberealizaci.

Edukace z pohledu obecné andragogiky

Andragogika jako vědní obor propojený s teorií a praxí, zabývající se vzděláváním dospělých nabývá na významu. Nárůst je patrný nejen v souvislosti s rostoucím zájmem o studium tohoto oboru na univerzitách i mimo Českou republiku, ale i s počtem osob dospělého věku, které mají zájem o vzdělávání/sebevzdělávání ať už profesní či zájmové. Dle Vetešky (2015) se také andragogika stala reflexí praxe. Kopecký (2007) upozorňuje na fakt pozdního vědeckého rozvoje andragogiky vzhledem k historickému nezájmu

o vzdělávání dospělých. Rabušicová, Rabušic (2008) vyzdvihují edukaci (dynamickou, kontinuální a dlouhodobou) jako klíčový prvek pro rozvoj nejen jedince, ale i společnosti. Uspokojení nad širší odborných textů věnujících se tématu konstatují zejména autoři Milan Beneš a Jan Průcha ve svých publikacích z posledních let (srov. Beneš, 2014; Průcha, 2014). Dospělý jedinec se vzdělává prostřednictvím rozličných forem a typů učení realizovaných v různých časových souvislostech. Náročnost situací v současné společnosti znamená reálné riziko nižší míry orientace v diferencovaném vzdělávání a ve velice obsáhlém souboru vědění lidstva. Právě andragogika (jako jedna z mnoha) podporuje dovednost orientace v uvedené oblasti. Její nedílnou součástí tvoří cíle, obsahy, metody a techniky hodnocení dospělých a to ve společenském, ekonomickém, politickém a filozoficko – historickém kontextu (Průcha, Veteška, 2014). Andragogika je vnímána jako samostatná společenskovědní disciplína a společně s pedagogikou a geragogikou je řazena mezi vědy o výchově.

Termín andragogika pochází z řeckého „anér, andros“ – muž a „agó“ vedení (srov. Müller, 2006; Svobodová, Velas, 2011; Veteška, Vacínová, 2011; Beneš, 2014; Veteška, 2015). Bartoňková, Šimek (2002) popsali andragogiku jako vědu o animaci, tedy humanizaci a kultivaci člověka. V tomto pojetí znamená animace (dle Beneše, 2014) působení na mysl, duši, cítění a chtění jedince. Prusáková (2008) přirovnává animaci k permanentně běžícímu procesu, který v sobě zahrnuje socializaci, profesionalizaci, kulturalizaci a edukaci. Beneš (2008) v jeho starších publikacích chápe andragogiku jako vědu o mobilizaci lidského kapitálu, jež představuje kvalitu jednotlivců ve společnosti a tím i společnosti jako celku. Pedagogický slovník definuje andragogiku jako „teorii vzdělávání dospělých, která se vyvíjí jako samostatný vědní obor vedle klasické (školské) pedagogiky. Andragogika má interdisciplinární charakter (čerpá z psychologie, sociologie, ekonomie, teorie profesí aj.), vědecky se rozvíjí od 60 let na vysokých školách, má svou infrastrukturu, odborné časopisy, konference, aj.“ (Průcha a kol., 2009, s. 18). Dále tímto termínem označuje: „...studijní obor připravující specialisty pro práci v oblasti vzdělávání dospělých, personalistiky, řízení lidských zdrojů (Tamtéž). (Veteška (2009, s. 21) chápe andragogiku jako nástroj „edukačního formování, kultivace osobnosti a pomoci dospělým lidem, aby byli schopni přizpůsobit se stále měnícímu vnějšímu světu.“ Andragogický slovník (Průcha, Veteška, 2014) považuje andragogiku za vědeckou disciplínu zabývající se veškerými procesy učení a vzdělávání dospělých. Oficiálně zmiňovaný termín zavedla Akreditační komise Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Nahradil do té doby frekventovaný pojem výchova a vzdělávání dospělých (srov. Beneš, 2008; Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011, Müller, Vymazalová, Krejčířová, 2013). Naopak v jiných zemích je běžně užíváno vzdělávání dospělých či další vzdělávání. Americký koncept andragogiky odráží četné práce Malcolma Knowlese (např. *The Modern Practise of Adult Education: Andragogy versus Pedagogy, 1970; The adult learner: a neglected species, 1973; The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy, 1980; The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development, 2005 apod.*). Knowelsův model andragogiky obsahuje 5 základních principů:

- přechod k sebeřízení vlastní osobnosti,
- nárůst zkušeností jedince vzhledem k procesu vzdělávání,
- dosažení nejvyššího možného potenciálu,

- význam a vnímání vzdělávání jako potřeby jedince,
- vnitřní motivace pro proces edukace (volný překlad z výše uvedených děl).

Cercone (2008) naopak upozorňuje na skutečnost, že současné americké pojetí andragogiky by mělo být přezkoumáno. Požaduje validní doložení výsledků nejen z oblasti pedagogiky či filozofie, ale také z biologického pohledu. Zaměřuje se na realitu změn, které mohou probíhat při učení dospělého. Oproti tomu Gura (2005) poukazuje na nejasnosti spojené se způsobem učení se dospělých. Dle něj právě fyziologické a neurologické změny v dospělosti podmiňují vhodný způsob učení. Z tohoto důvodu preferuje neuroandragogické pojetí edukace dospělých. Wilson (2006) doplňuje, že edukace u dospělých osob neznamená jen socio-ekonomický přínos, ale rovněž efektivitu zdraví mozku. Dle Palána (2002) poskytuje andragogika podporu při řešení některých životních situací. Slovenský přístup vnímá andragogiku jako vědu o edukaci dospělých, která pracuje s intencionální socializací a podporou jedince ve všech sférách života dospělého (srov. Prusáková, Čornaničová, 2005; Krystoň a kol., 2011, Průcha, Veteška, 2014; Bielešová, 2014; Kalnický, 2014). V německy mluvících zemích se více než termín andragogika (Andragogik) užívá vzdělávání dospělých (Erwachsenenbildung), dalšími ekvivalenty mohou být pedagogika dospělých (Erwachsenenpädagogik) či andrologie (Andrologie), která v českých podmínkách představuje lékařskou disciplínu. Pojem andragogika poprvé užil německý učitel Alexandr Kapp ve svém spise Platónovo učení o výchově v roce 1833. Jeho cílem bylo zdůraznit rozdíl mezi samotným vzděláváním dospělých a tehdejšími pojetím pedagogiky (Palán, 2002). Vzhledem k pluralitě termínů převládá v pedagogice vzdělávání dospělých, kdežto vzdělávací politika preferuje další vzdělání (Reithel, Dollinger, Hörmann, 2009). Andragogika se v České a Slovenské republice konstitovala v polovině 20. století. Tehdy byla řazena do vzdělávání dospělých (o pojmu andragogika se nehovořilo) (srov. Jochmann, 1994; Bartoňková, Šimek, 2002; Beneš, 2008, Liesmann, 2011). V této době se vzdělávání dospělých realizovalo formou osvětových a zájmových aktivit nebo kompenzačního vzdělávání (doplnění vzdělání na všech jeho stupních). Zakladatel tzv. „lidovýchovy“ doktor Tomáš Trnka ji rozšířil na celý život člověka s akcentem na jeho osobnostní růst. Dalšími odborníky byli Vladimír Jochmann a Josef Fischer, tito založili v roce 1977 na Univerzitě Palackého v Olomouci studijní obor Výchova a vzdělávání dospělých (Bartoňková, Šimek, 2002). Dle Zelinky (2015) je andragogika ovlivňována vnitřním i vnějším prostředím, ve kterém působí. Z vnějšího prostředí se do této oblasti promítá globalizace, ekonomické a sociální proměny společnosti a z nich vyplývající nové úkoly v občanské oblasti. Vnitřní prostředí představuje legislativu, vědeckou komunitu, formální a neformální vzdělávání stejně jako tradice (srov. Barták, 2008).

Objektem andragogiky je dle andragogického slovníku dospělý jedinec (tedy biologicky, psychologicky, sociálně a ekonomicky zralý). Naopak předmětem je celková edukační realita. Autoři Průcha, Veteška (2011) pod tento termín zahrnují proces organizovaného učení, socio-ekonomické souvislosti, sebeřízené (zkušenostní učení) a kooperativní učení, které vytváří podmínky pro vznik moderní učící se společnosti. Zelinka (2015) považuje za hlavní předmět andragogiky učícího se dospělého. Jinými slovy nejde pouze o intencionální učení, ale o aplikaci inovovaného biodromálního konceptu, jež v sobě integruje celoživotní učení/vzdělávání. Andragogika jako induktivní věda (srov. Veteška a kol. 2013; Dvořáková

a kol., 2014; Gígalová, 2015) zkoumá teorii a praxi vzdělávání dospělých. Dále se člení na integrální, sociální, resocializační, kulturní/multikulturní andragogiku a gerontagogiku. Andragogickým cílem je řešení výchovných a vzdělávacích potřeb jedince ve všech oblastech života (především mimo institucionální rámec). Specifikem je její orientace do celé fáze dospělosti (Skalková, 2007). Na dospělého člověka je nahlíženo jako na sociální bytost, která vzniká prostřednictvím interakce jedince a prostředí, stejně tak s rolemi, které přinesla samotná dospělost (srov. Hátar, 2006; Zmeev, 2007; Prusáková, 2008). Platí predikce, že dospělý člověk se edukaci věnuje dobrovolně a to dle svých vlastních preferencí a zájmů (srov. Palán, Rýznar, 2000; Pospíšil, 2001; Bartoňková, Šimek, 2002; Tománek, 2015). Beneš (2014) tuto skutečnost doplňuje poznatkem, kdy andragogika slouží dospělému člověku ke zvládnutí vlastního života, ale nečiní si nároky na vytváření jeho osobnosti. Ve své starší publikaci uvádí doslova že „v oblasti individuální vzdělávací cesty andragogika vidí vztah k životním potřebám a přáním jedince, jeho sebeaktualizaci, sebepojetí a tvorbě identity“ (Beneš, 2008, s. 36). Vliv společenských změn na vzdělávání dospělých je předmětem makrosociální oblasti andragogiky. Sociální intervence andragogického působení spadá do oblasti záměrného působení sociálních institucí prostřednictvím vzdělávacích, sociálních nebo personálních nástrojů (Lužný a kol., 2015). Působnost andragogiky prostupuje privátní, veřejnou i komerční sférou. Andragogika pracuje s autonomií jedince ve vzdělávacím procesu. Učení považuje za prostředek identity, stejně tak zkoumá, analyzuje procesy organizovaného učení, zkušenosti samotných dospělých s učením či rozdíly v druzích učení (Beneš, 2008).

3.1.1 Edukace v kontextu andragogiky

Úvodem podkapitoly budou vymezeny dvě základní složky edukace a to výchova a vzdělávání. Dle Pelikána (2007) má být moderní výchova a vzdělávání zaměřeno na rozvoj empatie a prosociálního jednání. Protože pouze prostřednictvím sociálních kontaktů může dospělý člověk nalézt vnitřní naplnění a seberealizaci.

Výchova (educatio) je dle Vališové, Kasíkové (2011) jedním z problematických aspektů ve vztahu k dospělému člověku. Frekvence jejího užití je častá v běžném jazyce (každý pojmu intuitivně rozumí) a spadají do ní jak procesy v rámci bližších sociálních vztahů, tak i řízená činnost v oblasti institucí. Výchova existovala ve všech historických epochách (Janiš, Loudová, 2011). Dle stejných autorů je její problematičnost výsledkem terminologického dualismu. Rozdílná je i zahraniční terminologie. V anglicky mluvících zemích je jejím ekvivalentem education, německé jazyky používají Erziehung, frankofonní země preferují éducation, polský termín je edukacja. Čáp s Marešem (2007, s. 248) považují výchovu za „proces, v němž se vyvíjejí a formují jak vychovávaní, tak i vychovávající, vzájemně se ovlivňují ve společné činnosti, v pedagogické interakci a komunikaci“. Janiš, Loudová (2011) uvádí, že jde o cyklický, permanentně i záměrně působící a vzájemný proces. Zmíněné doplňuje Brezinka (2001) o zisk takové duševní úrovně, o kterou je ze strany vychovatele usilováno. Pedagogický slovník definuje výchovu opět jako „proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji“ (Průcha, Walterová, Mareš a kol., 2013, s. 345). Palán (2002) zmiňuje, že výchova bývá uváděna jako synonymum vzdělávání či je tomuto pojmu buď nadřazena či podřazena. Johan Fridrich Herbart (1931, s. 34) doslova uvádí „nemám nižádného pojmu o výchově bez vyučování, jako neuznávám

žádného vyučování, které nevychovává“. Na druhém názorovém poli stojí antipedagogika a její odmítáním výchovy a vzdělávání jako celku. Zdůrazňuje rovnocennost obou aktérů výchovně – vzdělávacího procesu. Výchovu stejně jako vzdělávání nahrazuje spíše podporováním či provázením. Pracuje nejvíce s procesem socializace a sociálního učení (Göstemeyer, 1993). Schönebeck (1982) potvrzuje, že výchova především v dospělém věku se může rozplynout v terapeutizaci.

Terminologie ohledně vzdělání (eruditio) se také liší napříč státy. Německé jazyky jej označují Bildung. Ve francouzsky mluvících zemích je vzdělání vnímáno jako součást komplexního pohledu na edukaci a proto je užíván termín éducation, stejně tak v Polsku (viz pojem výše). Podle Dokumentu UNESCO Učení je skryté bohatství (1997) by vzdělávání mělo vést člověka ke zvládnutí náročných životních situací. Je prevencí společenských a ekologických problémů. Doslova uvádí, že je třeba učit se poznávat, jednat, žít společně s ostatními a učit se být (Tamtéž, s. 50). Skalková (2004) vidí nezbytnost v propracování nového vzdělávacího obsahu, který bude adekvátní odpovědí na pluralitu životních možností a proměny společnosti. Dle Výkladového slovníku z pedagogiky je vzdělání „stav, ke kterému došlo prostřednictvím procesu vzdělávání. Jde o soubor vědomostí, dovedností propojených s chápáním vztahů mezi poznatky, se schopností používat vědomosti a dovednosti při řešení nových úkolů a dalším sebevzděláváním (Kolář, 2012, s. 175). Plamínek (2014) přidává i získané morální a estetické hodnoty. Palán (2002, s. 12) vzdělání popisuje jako „soustavu vědeckých a technických vědomostí, intelektuálních a praktických dovedností, utvoření morálních rysů a osobitých zájmů. Význam vzdělání posiluje tzv. práno na vzdělání, jež je legislativně deklarováno (srov. Jílek, Větrovský a kol., 2015).

Podobu andragogické edukace zásadně ovlivňuje její obsah. Prusáková (2005) ve svých dílech používá tento pojem místo termínů výchova, vzdělávání či péče. O zastoupení výchovy a vzdělávání v životě dospělého jedince vedou debaty i erudovaní odborníci. Autoři Beneš (2008), Gurková (2011), Bertl (2014) používají proces edukace zejména v souvislosti se vzděláváním. Výchova nemá v životě dospělého člověka (svébytné a autonomní bytosti) široké zastoupení. Beneš (2008) vnímá výchovu jako přípravu na život v dospělém věku. Proto její teoretické i praktické užívání je možno považovat za problematické. Dle Pospíšila (2001) dominuje v dospělém věku sebevýchova a jakýkoliv zásah do svébytné osobnosti se stává nepřijatelným. Strouhal (2013) vyslovuje politování nad nedostatečným terminologickým vybavením češtiny v této sféře. Na druhou stranu je možné souhlasit s názorem Rozkocové (2014), kdy relativně svobodná volba dospělého člověka je pouze iluzí (např. vzhledem tlaku zaměstnavatele na rozšíření či prohloubení kvalifikace, rekvalifikace).

Oproti výše zmíněným tezím pracuje Fiala (1999) se dvěma úrovněmi edukace a to vzděláváním a výchovou (srov. Blížkovský, 1992; Bednaříková, 2006; Svobodová, Velas, 2008; Průcha, Walterová, Mateš, 2008; Vališová, Kasíková, 2011; Průcha, Veteška, 2012). Fiala (1999, s. 26) doslova zmiňuje, že „u dospělých jedinců není možné hodnotit výchovu a vzdělávání odděleně, protože dospělý jedinec je současně vzděláván a vychováván“. Také Juřeníková (2010) zahrnuje pod pojem edukace výchovu a vzdělávání jedince vedoucí k rozvoji jeho postoje, potřeb, zájmů a chování. Průcha, Walterová, Mareš (2008, s. 53) definují edukaci jako „jakékoliv situace, kterých se účastní lidské osoby či zvířata, při kterých probíhá edukační proces, tedy dochází k nějakému druhu učení“. Uvedení odborníci zastávají

šířeji chápaný proces edukace ve formě výchovy a vzdělávání. Palán (2003) popisuje snahy andragogiky o získání poznatků, stejně jako vytváření hodnotových, vztahových, osobnostních, vzdělanostních struktur člověka. Dle Bednařikové (2006) jsou funkce vzdělávání a výchovy neoddělitelné. Jejich působení efektivně ovlivňuje nejen ekonomický růst, ale rovněž osobnostní potenciál. Palán (2002) navrhuje užívání edukace ve smyslu tzv. integrální andragogiky. Její podstatou je holistické pojetí edukace, dává prostor nejen pro získání znalostí, vědomostí, dovedností, postojů a emocí, ale poskytuje širokou základnu pro přebudování uvedených komponentů.

V rámci dizertační práce se budeme přiklánět k druhé variantě vnímání edukace. Její součástí je tedy vzdělávání a výchova, která má menší zastoupení než v předchozích vývojových etapách. Průcha (2002) zdůrazňuje lepší operativnost jednoslovného termínu. Zároveň uvádí, že výchova a vzdělávání se v reálné situaci vždy prolínají. Autoři Průcha, Veteška (2012, s. 85) zmiňují tento termín v andragogickém a gerontagogickém významu, který zahrnuje všechny druhy formálního a neformálního vzdělávání. Edukace dle Průchy (2000) znamená takové činnosti lidí, při nichž se nějaký subjekt učí a jiný subjekt mu tuto činnost zprostředkovává. Stejný autor (2002) užívá pojem edukační realita, ve které dochází k průběhu edukačních procesů (viz výše). V edukačním procesu by si měl člověk osvojit určité dovednosti jak v oblasti teoretické (např. výpočty, rozhodování v problémových situacích), tak v činnosti praktické (např. obsluha přístrojů, aplikace léčebných úkonů, realizace zdravého způsobu života) a získat nové návyky (tzn. upevněné a zautomatizované složky vědomé činnosti) (srov. Juřeníková, 2010).

Pojem **edukace** (z latinského *educare*, *educare* – vychovávat, vypěstovat) vyjadřuje šíři chápaných vědomostí a poznatků, ale i dosažení určité změny v chování klienta. Jde o transformaci hodnotových, vztahových postojů a volných struktur osobnosti. V souladu se Špatenkovou (2011) lze konstatovat, že cílem edukace je rozvoj schopností, obohacení znalostí a vedení k seberealizaci. Juřeníková (2010) zahrnuje pod pojem edukace výchovu a vzdělávání jedince vedoucí k rozvoji jeho postoje, potřeb, zájmů a chování. Vokurka (1998) představuje edukaci jako aktivní ovlivňování stávající situace. Dle uvedených autorů je pedagogickému a andragogickému pojetí podobné, že se jedná o všechny druhy formálního a neformálního vzdělávání dospělých. Jde o modernější a komplexnější pojetí tradičně užívané výchovy a vzdělávání s akcentem na celoživotní působnost.

3.2 Vybrané aspekty edukace z pohledu SPANDR

Nyní bude dizertační práce pojednávat o vybraných aspektech edukace z pohledu speciálněpedagogické andragogiky (dále jen SPANDR) psychopedické. Proměny speciální pedagogiky souvisí s transformací vztahu společnosti ke skupinám osob se ZP či znevýhodněním. Na významu nabyly myšlenky humanizace, integrace, inkluze, celoživotního vzdělávání a další. První proměna spjatá se speciální pedagogikou a reflektující výše uvedené skutečnosti se nazývá **komprehenzivní speciální pedagogika** (Fisher, Škoda, 2008). Jesenský (2000, s. 125) v této souvislosti navrhuje užívat termín komprehenzivní andragogika hendikepovaných. Ve své publikaci *Andragogika a gerontagogika handicapovaných* vysvětluje tyto dvě disciplíny jako novou součást speciální pedagogiky v kontextu dospělosti a stáří. Mühlpachr (2004) užívá zcela odlišnou terminologii, a to integrální andragogiku a gerontapedagogiku. Dle autorek Ludíkové (2006), Kovářové,

Vitáskové – Janků (2008) pracuje komprehenzivní speciální pedagogika s osobami všech věkových kategorií. Její cíl představuje maximální rozvoj osob se ZP (profesní, sociální, osobnostní). Křížkovská a kol. (2011) zmiňují, že během devadesátých let 20. století a na přelomu 20. – 21. století se v odborných kruzích zabývajících se speciální pedagogikou stále více manifestovaly myšlenky změny oborového paradigmatu (viz statě Valenty, Jesenského apod.). Za dílčí oblast změn paradigmatu speciální pedagogiky (a rovněž za velkou výzvu pro současný i budoucí realizovaný výzkum a vědecké přispění do jejího systému) lze považovat nutnost vymezování výchozích teoreticko-metodologických pozic. Účelem bude možné přispění speciálních pedagogů k řešení vyšší kvality života těch osob dospělého a seniorského věku, které jsou ve svém společenském životě znevýhodněny z důvodu existence primárního ZP (tato oblast tedy specificky doplňuje měnící se paradigma české speciální pedagogiky o spektrum příslušných, doposud ne zcela teoreticky a metodologicky zpracovaných věkových kategorií). Jinými slovy - se změnou oborového rámce speciální pedagogiky významně souvisí také počátky vytváření a etablování jejích součástí, speciálněpedagogické andragogiky a speciálněpedagogické gerontagogiky jako disciplíny zaměřující se výhradně na práci s dospělými, stárnoucími a starými osobami se ZP (Křížkovská a kol., 2011).

SPANDR obecně je dle Ludíkové a kol. (2006, s. 10) „součástí vědního oboru speciální pedagogika a reflektuje širší oblast než pouhou výchovu a vzdělávání osob se specifickými potřebami. Langer, Suralová (2006) řadí SPANDR k nejdynamičtěji rozvíjejícím se oborům. Andragogický slovník (2012, s. 235) uvádí, že: „jde o oblast andragogiky, zaměřenou na problematiku ZP jedinců a jejich uplatnění na trhu práce“. SPANDR jako vědní disciplína se začala rozvíjet poměrně v nedávné době. Reagovala na narůstající složitost situace dospělých osob se speciálními vzdělávacími potřebami. Vztahuje se k stále zmiňovaným demografickým proměnám společnosti (nárůst osob vyššího věku a s tím související pokles ekonomicky aktivních osob, snížení počtu narozených dětí...). Tyto proměny vznikají jako následek populační prognózy České republiky s předpovědí do roku 2030 a dále. Kalnický (2012) s populační prognózou zmiňuje i nárůst institucionální a rovněž individuální podpory (srov. Křížkovská, 2012). V české speciálněpedagogické praxi se pro označení této vědní disciplíny užívají různé ekvivalenty jako speciální andragogika, speciální pedagogika dospělých, speciální pedagogika – andragogika. Jako nejvhodnější z terminologického hlediska se jeví právě termín SPANDR. Mühlpachr (2009) pojetím SPANDRu upouští od koncepce zaměřené pouze na dětskou populaci. Tento krok logicky navazuje na ideu celoživotního vzdělávání, celoživotního učení a učící se společnosti (Stadelhofer, 1999). Proměna vyžaduje od osob všech věkových kategorií aktivní činnost, ochotu/připravenost učit se, stejně jako převzít individuální a společenskou a odpovědnost. Krejčířová (in Krejčířová, O.; Vymazalová, E.; Hublar, J., 2011) uvádí, že SPANDR se shodně s obecnou andragogikou zaměřuje do tří základních oblastí:

- Vlastní edukační praxe (směr zacílený na pracovníky, kteří se ve své práci setkávají s dospělými osobami se ZP, převážně se jedná o sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotnický personál, dobrovolníky. Dále náplň práce speciálněpedagogického andragoga, který by měl z podstaty své profese vyvíjet a garantovat vzdělávací programy, jež jsou individuálně přizpůsobeny potřebám

dospělých osob s MP (s ohledem na individuální přístup a také jejich životní cestu. Třetí pilíř představuje cílené vzdělávání dospělých osob probíhající na základě aktivit, které zaštiťují dané zařízení).

- studijní obor (viz tabulka č. níže),

Tabulka č. 5: Přehled studijních oborů vzhledem k pojetí SPANDR (stav k 1. 5. 2016)

Univerzita	Studijní program
Univerzita Palackého v Olomouci	SPANDR
Masarykova Univerzita v Brně	Speciální andragogika
Univerzita Jana Amose Komenského	Vzdělávání dospělých

Pozn.: Do tabulky byly zařazeny údaje týkající se oborů, jež mají souvislost s dospělými lidmi se ZP. Univerzita Jana Amose Komenského má studijní program koncipovaný velmi široce. Při hledání profilu uplatnění absolventa jsou variantou rovněž zařízení sociálních služeb.

- vědecká disciplína.

Objektem speciálněpedagogické andragogiky jsou dospělé osoby se speciálními vzdělávacími potřebami. Jesenský (in Krejčířová, O., 2005) vnímá výchovu a vzdělávání dospělých jako proces komplexní spolupráce. Jeho aspekty jsou:

- nabídka, kterou dospělý člověk s MP využívá především na základě identifikování svých potřeb (nejde o vynucený proces),
- proces vzdělávání dospělých vykazuje jistou kombinaci formálního a neformálního vzdělávání (neformální vzdělávání převažuje),
- předpoklad motivace a s tím související aktivní účast dospělých osob s MP,
- doprovázení v rámci edukačního procesu.

Jako každá vědní disciplína má svůj cíl, formy, metody, prostředky, subsystemy. Jesenský (2000) popisuje následující subsystemy speciálněpedagogické andragogiky:

- etoandragogika,
- psychoandragogika,
- logoandragogika,
- surdoandragogika,
- tyfloandragogika,
- somatoandragogika.

Každý z těchto uvedených subsystemů lze dále členit. Z pohledu současné speciální pedagogiky bychom k výše uvedenému výčtu připojili ještě speciálněpedagogickou andragogiku osob s kombinovaným postižením, osob s parciálními nedostatky a osob mimořádně nadaných (Křížkovská, 2013)

Nyní bude prostor věnován SPANDR psychopedické. Dle Ludíkové (2006, s. 23) je možné SPANDR psychopedickou definovat jako „obsahovou část psychopedie, která se primárně vymezuje v závislosti na věku klientů s MR (včetně jejího hraničního pásma) či jinou duševní poruchou (nebo jinou psychopedicky akceptovatelnou příčinou znevýhodnění). Müller (2006) definuje SPANDR psychopedickou jako část psychopedie shodně s Ludíkovou (viz výše) zároveň doplňuje její výchovný, vzdělávací kontext. Stejně jako zdůrazňuje podporu a vedení osob s různým typem MP jako nástroj získání, udržení

společenského postavení či dosahování žádoucí společenské změny. Autoři Valenta, Müller (2013) zdůrazňují i preventivní aktivity (ve smyslu terciární prevence), dále prognostické odhady MR či jiných psychopedicky akceptovatelných obtíží. Stejně tak akcentují edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko – formativní postupy, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi, socializaci, resocializaci, podporu a vedení (s. 67, Tamtéž). Černá (2008) zmiňuje, že na světě žije asi 600 000 – 1, 6 miliónu lidí nejen s MP, ale i s dalšími psychickými poruchami ve věkovém rozmezí nad 60 let. Předpokládaný vývoj je progres počtu osob s MP v populaci na zhruba 7 miliónů osob. Vývojem dochází i k prodloužení jejich věku a tím se transformují služby určené této skupině osob. S faktem prodlužování věku souvisí i nástup onemocnění, které svým druhem a výskytem odpovídají změnám souvisejícím se stářím v intaktní populaci. Na základě výše uvedeného je třeba připravit v předstihu specializované odborníky, kteří budou poskytovat potřebnou podporu a vedení (Křížková, Tomalová, 2012). Vzhledem k faktu, že osoby s MP představují jednu z nejčetnějších skupin z kategorie osob se ZP, je nutné položit si otázku, jakým způsobem se dále ubírá jejich vzdělávací dráha. Tu je nutno chápat v rámci formálních i neformálních schopností a dovedností. V souvislosti s aktuálním trendem podpory celoživotního učení by se péče a snaha o jednotlivé prvky edukace měla stát součástí života každého jedince. Efektivní vedení edukace může podnítit změny v životě člověka (hodnotový systém, rozšíření poznatků, uvědomění si vlastního já a svých dovedností). Nutnost dalšího rozvoje dospělých osob s MP v tom nejširším smyslu slova souvisí s proměnou moderní společnosti a vyzdvižením práv osob se ZP. Právě tehdy vznikla snaha pracovat s člověkem s MP po ukončení základního vzdělávacího proudu (tedy splnění povinné školní docházky a získání základního vzdělání či případně základů vzdělání) a osobami, u kterých jakákoliv edukace absentovala. Rada Evropy ve svém Akčním plánu na podporu práv a plného zapojení osob se ZP do společnosti (2006 – 2015) zdůrazňuje, že možnost rovného přístupu ke vzdělávání predikuje sociální začleňování a nezávislost. Podporuje vzdělávání jako celoživotní proces v těsné souvislosti s celoživotním učením (Social cohesion, 2016).

Nyní vyvstává otázka, jaké konkrétní možnosti mají dospělé osoby s MP po uplynutí zákonné lhůty povinného vzdělávání:

- Jsou možnosti pro dospělé osoby s MP dostatečné a přínosné?
- Podle jakých kritérií je možné je zvolit?
- Jaká je jejich dostupnost?

Shodně se Slowíkem (2010) potvrzujeme, že vzdělávací aktivity dostupné dospělým osobám s MP jsou výhradně v kompetenci neziskových organizací, případně občanských aktivit. Tyto navíc narážejí na regionální roztržičnost. Dále v souvislosti s procesem transformace v České republice přechází podpora osob s MP postupně do komunitní sféry. Z toho důvodu je třeba hledat možnosti pro dosažení reálných kompetencí podporujících nezávislý život. Cromby, Standen, Brown (1996) upozorňují na limity transferu získaných dovedností do praxe, neboť byly utvářeny v umělém prostředí a nebyl zájem o jejich nutné opakování (srov. Šiška, 2002; Kozáková, 2005; Černá, 2008). Zahraniční literatura v této souvislosti hovoří o e-learningu či tréninkových programech (do jisté míry trenažerů)

pro konkrétní situace v reálném životě (Gates, Atherton, 2007; Mikolajewska; Mikolajewski, 2011; Tight, 2012).

V souladu s názorem Švarcové (2003) lze adekvátním pedagogickým, psychologickým působením dosáhnout pozitivních výsledků v dalším životě osob s MP. Nicméně je nutné po celou dobu edukačního působení reflektovat jejich psychologická specifika (viz předcházející kapitola). Vágnerová (1999) popisuje nutnost celoživotního vedení a podpory osob s MP, jež nemusí být zpočátku efektivní. Avšak samotný proces a dosažené výsledky považuje za užitečné. Systém edukace dle Černé (2003) vyrovnává nerovnoměrnosti vývoje osob s MP, eliminuje obtíže v rámci chování a optimalizuje orientaci v běžném životě, proto není možné edukaci limitovat. Systém edukace by se neměl orientovat pouze na přizpůsobení se nabízeným možnostem ze strany intaktní společnosti, ale měl by podporovat samotnou aktivitu dospělých osob s MP (např. Sebeobhájci). Lidé s MP by měli mít v souvislosti s edukací zajištěnu možnost získávat životní zkušenosti v komunitě, vyžadovat další vzdělávání stejně jako prožít konfrontaci se zkušeností, kdy výsledky povinného vzdělávání (pokud je absolvovali) neodpovídá skutečným nárokům v dospělosti. Uvedenou tematikou se zabýval výzkum prováděný v rámci Specifické grantové soutěže realizovaný autorkou a Mgr. Oldřichem Müllerem, Ph.D., v roce 2011 na PdF UP Olomouc s tématem „Problematika edukace dospělých osob s mentálním postižením“. Součástí výzkumu byla i teze významu edukace pro dospělé osoby s MP, stejně jako z pohledu veřejnosti. Z výsledku provedeného empirického šetření vyšlo najevo, že:

- laická populace je schopna interpretovat oblast systému vzdělávání pro dětskou klientelu s MP, ale nikoliv situaci dospělých osob s MP,
- osoby s MP by měly být systematicky připravovány na svůj život v dospělosti a stáří,
- v rámci edukačních aktivit je možné doporučit řešení otázek budoucnosti (např. osamostatnění, smrt rodičů),
- je nutné začít od konkrétních osob, později se zaměřit na intervenci ve vyšších sociálních celcích a posléze přejít na národní úroveň,
- zároveň je nutné mít na zřeteli již vybudovaný vztah k procesu edukace z předchozích let.

3.2.1 Sociální aspekty edukace

Sociální aspekty edukace jsou propojeny se sociální pedagogikou, sociální andragogikou. Sociální pedagogika je aktuálně pojímána jako vysokoškolský studijní obor, jež je podmíněn sociálně – vědní teorií (Coufalová, 2006). Tento termín byl primárně citován v díle Adolfa Diesterwerga Rukověť vzdělání pro německé učitele. I když zde nebyla sociální pedagogika přímo definována, byl to počátek propojených výchovných a sociálních cílů (Hroncová, 2005). Její sociální dimenze je dána sociálním rámcem a situačními podmínkami v konkrétní společnosti (Kraus, Poláčková, 2001). Vznik sociální pedagogiky je datován do 20. století. Vznikla jako propojení pedagogiky, sociologie a sociologie výchovy. Sociální pedagogika je vnímána jako vědní obor, studijní obor a profese (Neslušanová, Niklová a kol. 2015). Bakošová (1994) vytyčila 4 základní dimenze sociální pedagogiky:

- jako prostředí, jež objasňuje vztah výchovy a prostředí,

- zkoumající a revidující otázky výchovy, legislativního nároku na výchovu a její analýzu,
- chápající výchovu jako podporu osobám všech věkových skupin,
- jako část pedagogiky, zabývající se odchylkami v sociálním chování.

Novější definice pochází od autora Hřebíčka (2000b, s. 16). Dle něj se jedná o „soubor teoretických principů, teorií, obsahových úkolů, specifických metod, forem, prostředků, institucí, jejichž prostřednictvím se podporuje u jednotlivců i celých vrstev lidí kompetentnost pro uspokojivou realizaci jejich životních trajektorií v duchu individuálních předpokladů a zájmů i v duchu objektivních společenských možností, respektive společenských rolí.“ K výše uvedené kombinaci pedagogické a sociální dimenze lze shodně s Krausem, Poláčkovou (2001) doplnit, že její pedagogická část podporuje uplatnění společenských nároků, osobních cílů. Vše s ohledem na osobnostní potenciál a maximální redukci diverzity mezi jedincem a společností. Sociální aspekt se zaměřuje na skupiny osob sociálně znevýhodněných či ohrožených a jeho východiskem je výchova k vlastní svépomoci (Klíma, 1993). Na propojení sociální pedagogiky a speciální pedagogiky upozorňují autorky Pipeková, Vítková a kol. (1996). V této souvislosti zdůrazňují profylaktické a kompenzační motivy, kterými rozumí jakoukoliv podporu, vedení dospělé populace s MP ve smyslu edukativních činitelů. Sociální pedagogika působí na poli vlivů prostředí při těchto aktivitách (nejen v přirozeném sociálním prostředí, ale i v zařízení sociálních služeb). Zde by měla definovat negativní odchylky a iniciovat snahy o jejich eliminaci, kompenzaci. Obdobné propozice (i když výhradně s orientací na dospělé populaci) poskytuje sociální andragogika. Palán (2003) cíl andragogiky spatřuje v edukaci, podpoře dospělého jedince při seberealizaci, zařazení a uplatnění ve společnosti. Shodně se sociální pedagogikou se věnuje pomoci při situacích, které dospělý jedinec sám není schopen zvládnout. Perhác (2011) zdůrazňuje aktuálnost rozvoje sociální andragogiky v době globalizačních trendů, obtížích v sociálních jistotách a proměnách sociálních vztahů. Sociální andragogiku další autoři považují za vědu o sociálních a individuálních souvislostech. Vyzdvihuje sociální status jedince (srov. Jarvis, 1983, Škoda, 1996). Status podle Šanderové (2000) určuje pozici ve společnosti. Duffková, Urban a kol. (2008) jej vnímají jako hodnotu postavení, které člověk zaujímá. Jeho míra je vyjádřena prestiží, kterou člověk získává ze svého okolí. Jandourek (2000) popisuje v rámci něj vymezení práv a povinností člověka ve vztahu k ostatním. Součástí jsou i očekávání, která z dosaženého statusu mohou vyplývat. Nejčastějšími ukazateli jsou:

- dosažený stupeň vzdělání,
- dosažení profese a její charakteristika,
- vliv, moc, kterou člověk disponuje;
- příjmy, kterých dosahuje;
- způsob života.

Je zřejmé, že tyto atributy částečně splývají s rolmi dospělého, jejichž dosažení bývá pro osoby s MP ztížené (vzdělání, způsob výchovy a vedení v rodině či jinde, vybudování motivace pro vlastní seberealizaci apod). Sociální status je vícedimenzionální kategorií ve které rozlišujeme status:

- vrozený (pohlaví, věk, rasa, může být překážkou sociální mobility),
- získaný (dosažené vzdělání, zaměstnání, lze na něm aktivně pracovat),
- subjektivní (pozici, kam člověk řadí sám sebe),
- objektivní (pozice, kam je člověk řazen okolím),
- aktuální (je podmíněn aktuálností situace a sociální role),
- latentní (pro danou situaci je nevýznamný).

Sociální status dospělých osob s MP bude velmi zásadně ovlivňovat směr další životní dráhy (srov. pojetí sociální adaptace dle Krause, 2008). Prvotní odrazy jsou výstupem negativních reakcí (blízkého i širokého) okolí vůči rodičům osob s MP. Následkem dle Kvapilíka, Černé (1990) jsou omezené či zpřetrhané společenské vazby. I přes veškeré dosažené inovace není situace ve společnosti vůči dospělým osobám s MP zcela ideální (srov. Švarcová, 1995; Vančová, 2014). Odmítnutí přetrvávají ze strany většinové společnosti (např. protesty v rámci procesu transformace institucionálních služeb), stejně jako lze problémy detekovat i u cílové skupiny této práce (vyžadování známých a zavedených stereotypů, obava z nové situace, změny chování) a odborné veřejnosti (někdy překotné provádění přejatých zkušeností bez respektování specifík české společnosti). O dvou možnostech odstraňování sociálních bariér hovoří Šestáková (2006). Konkrétně se jedná o legislativu a samotnou společnost. Legislativa by měla jasně ošetřit stavbu a realizaci sociálních služeb. Společnost by měla projít osvětou v dané tématice (informovanost, tolerance) (srov. Daniels, Garner, 1999; Dimitriady, 2014). Změny ve společnosti jsou prvopočátkem vývoje podmínek, které výrazným způsobem ovlivňují proces socializace (pozitivně, negativně) jedinců či sociálních skupin (Skákalová, 2016). Konceptem sociální pedagogiky je tyto fakta reflektovat a následně hledat východiska cestou seberealizace jedince. Rozměr sociální dimenze nabývá na významu v souvislosti s rozvojem komunikačních technologií, změnami ve struktuře společnosti, etnickými a ekologickými problémy a globalizací (srov. Vrubel, 2015, Bartoňová a kol., 2015). Sociální aspekty edukace se dají označit jako potřeba podrobit jednotlivce novým sociálním situacím, ale také jako prevence nežádoucího sociálního chování (Valenta, 2013). Průcha (2014) přidává k definici efektivní sociální interakci, komunikaci jako jeden z jejich výstupů. Lze říci, že sociální aspekty edukace budou podléhat standardním sociálním parametrům, zatímco v sociopatologickém prostředí k nim dochází omezeně či vůbec (srov. Průcha, Veteška, 2014). Na protipólu stojí sociální izolace, jež se negativně promítá do osobnostních charakteristik jedince a ovlivňuje možnost jeho sociálního uplatnění. Se sociálními aspekty úzce souvisí proces socializace obecně. Beneš (2014) upozorňuje, že socializace je z andragogického pohledu technickým termínem. Jejím prostřednictvím se utváří sociální bytost. Dle Kocurové (2002) se sociální bytost váže se sociálními normami, jež probíhají ve spojitosti s procesem socializace. Edukace je jedním z prostředků dosažení sociální zdatnosti. Arnoldová (2004) definuje socializaci jako permanentní proces, během jehož vzniká sociální bytost. Podle Novosada (2000) jde o schopnost jedince začlenit se života společnosti. Stejný autor upozorňuje na diferencovanost takového procesu na základě subjektivních a objektivních faktorů (srov. Valenta, Müller, 2007). Za subjektivní faktory lze považovat typ a stupeň MP, motivace, poruchy chování apod. (tamtéž). Objektivní představují možnosti, jaké jsou osobám s MP poskytovány v souvislosti s jejich uchopením rolí dospělého a participaci na životě společnosti v různých sférách života (Franiok, 2002).

Müller (2001) upozorňuje na propojenost rozvoje každého jedince s možnostmi začlenit se do společnosti. Jinými slovy je proces socializace podmíněn individuální sociabilitou. Ve svých publikacích konkrétně užívá myšlenku rozdílné možnosti socializace každého člověka. Socializační proces začíná interakcemi v primární sociální skupině jako je rodina. Nevhodnými výchovnými styly a postoji nemusí dospívající člověk s MP inklinovat k potřebě osamostatnění. Avšak na straně druhé odborná literatura hovoří o pocitech méněcennosti podmíněných ztíženými podmínkami pro uplatnění se na společenském životě (např. Šestáková, 2006; Krejčířová, 2013; Vančová, 2014). Kvapilík, Černá (1990) tuto skutečnost nazývají přímo sociální deprivací. Dle Franioka (2002) je nízká úroveň socializačního vývoje ovlivněna nejen intelektovými dispozicemi, ale i izolovaným prostředím s minimem kontaktů s každodenním životem a vrstevníky (srov. Novosad, 1997; Vágnerová, Hadj – Moussová, 2003; Jedlička a kol., 2015). Izolace může být jak ze strany rodiny (kontakty jsou udržovány výhradně s vrstevníky rodičů či příbuzných), tak i ze strany zařízení sociálních služeb (koedukovaná zařízení, „ústavnost“ zařízení). I v rámci procesu probíhající transformace je velmi obtížné některé klienty motivovat k využití nově nabytých možností. Nadále je vyžadován předchozí režim a služby jako prvek jistoty a bezpečí rutiny (rozhodování za někoho, kontakty s okolím přes asistenta apod.). Na tomto základě dochází v nově vzniklých službách ke konfrontacím mezi uživateli a pracovníky. Jak uvádí Clarc, Griffiths (2008) v procesu socializace a osvojení sociálních norem hraje významnou roli emocionalita a míra rozvinutí volných vlastností. Ani při maximální možné snaze nelze zapojit dospělé osoby s MP rovnoměrně do života společnosti. Autoři uvádějí, že čím závažnější je MP, tím je proces socializace obtížnější. Není však nemožný.

Sociální dovednosti z pohledu SPANDR lze sumarizovat následovně:

- dovednost verbální a nonverbální komunikace (či alespoň tvorby jednoduchého komunikačního kanálu pro vyjádření osobních zájmů, potřeb, přání),
- dovednost řešení aktuálních problémů,
- dovednost využít vlastní předpoklady a sociální role.

Jedním z příznaků MR (a tedy i MP) je narušená komunikační schopnost, přesněji se hovoří o tzv. symptomatických poruchách řeči (srov. Lechta, 2011). Jejich projevy se promítají do procesu porozumění řeči a kompetencí ve vlastním vyjadřování. Potíže s řešením neočekávaných situací vyplývají z psychologických zvláštností osob s MP a jsou uvedeny v předcházející kapitole. Schopnost dospělého jedince využít všechny nabyté sociální role se odvíjí od jeho sociálního statusu a postoje společnosti vůbec. Avšak ve shodě s Balvínem (2011) platí, že aktuálně není možné přiřadit jednotlivým životním etapám konkrétní sociální role.

Novosad (2000) uvádí členění socializace na integraci, adaptaci, utilitu, inferioritu (srov. Sovák, 1986). Naopak Jesenský člení integraci do 7 stupňů - plná, podmíněná, snížená, ohraničená, vymezená, redukována a narušená (Jesenský, 1995). V současné době lze hovořit inkluzivních tendencích a podpoře, vedení dospělé populace se ZP. Jesenského klasifikace vychází z Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů. Autorka Vítková (2004) pojímá sociální integraci jako proces oboustranné pospolitosti, sounáležitosti, hovoří o lokální, funkční a společenské integraci. Jedinec je součástí celku. Giddens (1984) zdůrazňuje významnost legitimacy sociálního řádu, který působí motivačně na úroveň

sociálního jednání konkrétního jedince. Funkční integrace nastává prostřednictvím aktivní kooperace zúčastněných stran. Poslední druh integrace zdůrazňuje reálnou účast obou stran na kulturním a společenském životě (Vítková, 2004). **Integrace** znamená úplné začlenění osoby se ZP do společnosti. Poprvé byla v kontextu české speciálněpedagogické praxe užitá Sovákem (1980, s. 25), jež ji považuje za nejvyšší stupeň socializace člověka. Jistým ekvivalentem je také tzv. sociální začleňování. Tento proces zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim pomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, jež je ve společnosti považován za běžný (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění). Sociální integrace terminologicky je nejvíce využívána v rámci humanitních věd. Maříková, Petrušek, Vodáčková (1996, s. 201) zdůrazňují neexistenci jednoznačných kritérií pro její definování (srov. Jandourek, 2012). Forma integrace pracuje s predikcí maximálního využití jedinceva potenciálu. Předpokládá zachování sociálních vztahů a kontaktů stejně jako využití osobních zkušeností ve prospěch komunitního života. Na druhé straně přináší pocit uspokojení, ocenění (srov. Novosad, 2000; Preuss, Pavelková, 2015). Dle Novosada (2009) lze tuto skutečnost předpokládat u osob s lehčí formou ZP případně u osob se získaným ZP, kdy před jeho vznikem byly sociální vztahy na uspokojivé úrovni. S procesem sociální integrace je propojena také sociální opora jako struktura a funkce. Strukturu představuje množství sociálních vztahů a variabilita sociálního prostředí. Funkce je záležitostí interpersonálních a podpůrných vztahů (Hewstone, Stroebe, 2006). Sociální opora je výsledkem dostupných sociálních i emocionálních interakcí v životě člověka. Skládá se ze sociálního zázemí rodiny, přátel, spolupracovníků a širších společenských kontaktů (Mareš, 2001). Stejný autor v novější publikaci zmiňuje posílení sebedůvěry, profit ve smyslu pozitivních emocí a zvládnání zátěžových situací v praktickém životě. Je zdrojem zpětné vazby pro pocit vlastní akceptace ze strany společnosti (Mareš, 2002). Kocurová (2002) popisuje snahu ztotožnění majority s minoritou. **Adaptace** z humanitního pohledu znamená vztah společnosti s prostředím, což v současné době spojené s akcelerovaným tempem rozvoje může představovat značnou zátěž (Rymeš, 1985). Podle Provozníka a kol. (2002) dochází v procesu adaptace ke konfrontacím s požadavky vnějšího okolí a vlastním (aktivním či pasivním) přizpůsobením (srov. Průcha a Veteška, 2012). Při kolizi s procesem adaptace žije člověk se svým okolím v napětí či konfliktu (maladaptace). Tohoto stupně socializace lze dosáhnout u osob se závažnější formou ZP. Avšak lidé mohou být ovlivněni nízkým sebevědomím, což může komplikovat samotný proces socializace. Hlavním cílem je dosažení optimální míry sociální samostatnosti prostřednictvím sociálních rolí dospělého (Novosad, 2000). **Utilita** označuje realitu sociálního upotřebení jedince ve společnosti. Takovýto člověk je následkem ZP omezen ve svém životě, kontaktu a je závislý na podpoře, vedení ze strany druhých (Novosad, 2000). **Inferiorita** je ekvivalent nejnižší formy socializace. Osoba se ZP je plně odkázána na podporu, pomoc, vedení při uspokojení základních životních potřeb. Stejný autor poukazuje na skutečnost, že nelze hovořit o sociálních vztazích a proto nastává segregace. Toto členění lze aktuálně považovat za překonané. Například Valenta a kol. (2012) upozorňují na terminologickou nekorektnost a eliminaci posledních dvou druhů socializace z terminologického kruhu speciální pedagogiky.

Ve spojitosti s procesem socializace je nutné zmínit i sociální začleňování. Sociální začleňování se do popředí zájmů širší veřejnosti dostává po roce 1989. Rovněž souvisí se vznikem neziskových organizací, které byly nositeli změn (především přenášení případů dobré praxe ze zahraničí) a tvorbou strategických dokumentů (srov. Kozáková, 2005; Černá, 2008; Pipeková, Vítková, 2015; Vomáčková, 2015). Legislativní ukotvení představuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (v platném znění). Jde o proces, který zajistí osobám dosáhnout možností a příležitostí, které napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Mezi obecné cíle patří zajištění účasti v zaměstnání a rovného přístupu ke zdrojům, právům, zboží a službám, prevence rizika sociálního vyloučení a mobilizace všech relevantních aktérů (Tamtéž). Mareš, Horáková (2008) přidružují participaci v rámci pracovního trhu, (re)distribuci statků služeb, možnosti účasti na edukačních aktivitách, politickém, pracovním a rodinném životě, zdravotní péče, komunitním životě apod. „Snahou je dosažení celospolečenských změn, jež budou trvale akceptovat individualitu a jedinečnost. Nikoliv však popíráním existujících rozdílů, ale jejich vnímáním a respektováním jako přirozené součásti života“ (Lečbych, 2006, s. 25). Osoby s MP mají specifický sociální status. Tento je dán počtem osob s MP a jejich vnímáním ze strany společnosti. Na tomto základě jsou lidé s MP více ohroženi sociální exkluzí (srov. Scior, 2011, Finková, 2013; Pipeková, Vítková a kol., 2014). Koncept sociální exkluze byl vytvořen dle Piersona (2002) ve Francii a poskytl deskripci podmínek života osob, kterým byla z různých důvodů odňata možnost věkově adekvátní účasti na životě společnosti a sociální podpora. Toušek (2007, s. 45) popisuje sociální vyloučení jako stav, kdy jsou jednotlivci či celé skupiny vytlačováni na okraj společnosti a je jim omezován nebo zcela zamezen přístup ke zdrojům, které jsou ostatním členům dostupné. Matoušek (2005) popsal faktory ovlivňující sociální vyloučení v souvislosti s osobami s MP:

- biologické faktory (konkrétní ZP, aktuální zdravotní stav),
- psychologické faktory (vlastnosti jedince, postoj vůči sobě samému, aktuální psychický stav, dovednost nalézt řešení v problémových situacích),
- sociální faktory (rodinné zázemí, sociální status, snahy vedoucí k udržování a rozvíjení sociálních vztahů),
- noetické faktory (morální a etické normy, postoj k vlastnímu životu, skutečnost náboženského přesvědčení či vyznání).

Úmluva o právech osob se ZP zdůrazňuje právo osob se ZP získat praktické a sociální dovednosti, jež usnadní a podpoří maximální zapojení do příslušného vzdělávacího systému a tím do života společnosti (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2010). Uvedené dovednosti vznikají jako výsledek systematické edukace (srov. Výrost, Slaměník, 2008; Černá a kol., 2015) v oblasti sociálních kompetencí a komunitního bydlení (využívání bankomatu, internet, navazování přátelství). Nicméně nejen tuzemská psychologická literatura hovoří o jistých prvcích, které mohou navýšit vznik sociálněpatologických jevů. Mezi tyto prvky řadí sugestivnost, časté pokusy realizovat přání ihned a oslabené sebeovládání, neadekvátní hodnocení vlastních možností v situacích, nižší míru vlastní aktivní participace, obtíže při porozumění dobra a zla (srov. Bartkovicz, 1976; Giryński 1978; Vágnerová, 2014).

Výše uvedení autoři se shodují v názoru, že dospělé osoby s MP mohou fungovat s dostatečnou podporou zcela adekvátně.

Inkluze

Hlavním principem zapojení člověka do společnosti je kvalita a šíře vybudovaných společenských vztahů (Matoušek a kol., 2005). Hanáková, Potměšil a kol. (2015, s. 71) zmiňují tři dimenze inkluzivní/integrativní edukace:

- inkluze jako ztotožnění integrace,
- inkluze představuje optimální druh integrace,
- inkluze jako nová kvalita přístupu k osobám se ZP, kdy reprezentuje jejich bezpodmínečnou akceptaci (srov. Horňáková, 2006; Tannenbergerová, Krahulová, 2010).

Dle Pipekové (2006) se pojem inkluze začal objevovat od doby konání konference v Salamance v roce 1994. Pojetí inkluze je v odborné literatuře značně diferencováno. V Sociologickém slovníku je inkluze popsána jako vyšší stupeň integrace ZP nebo jinak znevýhodněných jedinců do společnosti (Jandourek, 2001). Vítková (2004) nabízí širší definici, kam řadí i inkluzivní prostředí. Proces inkluze je východiskem reforem pro plné začlenění do intaktní populace. Společnost bere osoby se ZP jako její přirozenou součást (Bazalová, 2006). Inkluze jako začlenění obyvatelstva do širší společnosti a přístup zejména k práci a vzdělávání je popsána v práci Kubátové (2009, s. 203). Pojetí inkluze jako běžné existence v rámci přirozeného prostředí uvádí Farková (2009). Autorky Hájková, Strnadová (2010, s. 12) definují inkluzi jako „ zahrnutí a příslušnost k celku“. Lechta (2010, s. 29) považuje inkluzi za „akceptování úrovně výkonu nebo ZP“. Další slovenská autorka Kováčová (2010, s. 4) popsala inkluzi jako dovednost „chápat ji jako samozřejmou, přirozenou a každodenní součást života“. Z pohledu dospělých osob s MP jde hlavně o splynutí v sociální oblasti (srov. Clark, 2001; Bollard, 2009; Atherton, Clickmore, 2011; Hardie, Tilly, 2012; Pipeková, Vítková, 2014; Finková, Langer a kol., 2015). Objevuje se koncept tzv. sociální inkluze. Partington (2005) hovoří o plném užití sociálních rolí, vztahů a zapojení nejen do života komunity. Dle Craneho (2002) se musí dostavit pocit sounáležitosti, jež pramení z přátelských vazeb (nikoliv pasivního soužití). Autoři Guo, Lange (2015) přibližují pocit sounáležitosti jako výstup vlastního přijetí ze strany ostatních. Geudens (2006) doplňuje, že plná účast života v komunitě zahrnuje využívání veškeré dostupné občanské vybavenosti, jako jsou strukturovaný odpočinek, volný čas, budování a udržení sociálních vztahů. Literatura zmiňuje i bariéry vůči sociální inkluzi. Bariéry se mohou objevit v jakémkoliv fázi života člověka a je třeba osvojit si mechanismy k jejich účinnému překonávání. Jde o nepřístupnost k edukaci, absence vlastní motivace, neboť lidé s MP jsou více orientováni vzhledem k vlastní osobě než ke svému okolí (Boardman, 2010). McConkey (2007) zmiňuje překážky na straně komunity ve formě tristního nedostatku společenských aktivit, negativních i nepřátelských postojů, absence podpůrných skupin, umístění ve vzdálené lokalitě. Dalším negativem byla velmi nízká možnost nalezení či udržení pracovního místa na otevřeném trhu práce spojená s malou možností či absencí profesního růstu/postupu, případně i minimum sociálních kontaktů se svými spolupracovníky (Powell, 2011). Negen v tuzemské odborné literatuře jsou zmíněny koncepty normalizace a valorizace sociálních rolí

(srov. Švarcová, 2000). Tyto přístupy se rozšířily ze Skandinávie a Velké Británie, aktuálně jsou nejvíce akceptovány v Americe. Uvedené principy jsou základem plánování zaměřeného na člověka (Bicková a kol., 2011). Princip normalizace se vztahuje na přístupy k životním podmínkám ze strany osob se ZP, jež mají být plně srovnatelné s vrstevníky (Grunewald, 2003) (srov. Renotierová, Ludíková a kol. 2003). Otázkou k diskusi je realita začlenění v jednotlivých zemích (Crawford, 2003). Sociální model MP ve svých pracích definují autoři Oliver (1996), Barnes (1998). V našich podmínkách jde o čtené práce Martina Lečbycha. Dle autorů jde o konflikt mezi neznalostí a předsudky ze strany společnosti. Crow (1996) v této souvislosti hovoří o sociálních bariérách. Tyto jsou dle Olivera (1996) způsobeny nemožností přímé účasti na životě společnosti a limitem vlastní realizace (možnost si nakoupit, zajít do kavárny, žít komunitní život). Nemožnost přímé účasti může být způsobena postojem rodičů (izolace vůči vrstevníkům), neosamostatněním se od rodiny (u dospělých osob s MP se tato potřeba nemusí rozvinout, není vybudována orientace na budoucnost, převládá koncept pasivního příjemce), ekonomickou neaktivností, nepřítomností partnerských vztahů, jež jsou popisovány jako vyvrcholení sociálních vztahů (srov. Lečbych, 2008). O autonomii osob s MP se začalo hovořit v 60. letech minulého století v USA. Počala se uplatňovat praxe nezávislého způsobu života prostřednictvím The Independent Living. Cíle byly výsledkem snah iniciativ osob se ZP, jejich blízkých a zainteresovaných odborníků. Autonomií se rozumí možnost nejen rozhodovat o svém životě, ale přijmout za něj odpovědnost (Bicková, 2011). Z hlediska tohoto pojetí je schopen člověk s těžkým stupněm ZP, který po celý den využívá osobní asistenci mít v rámci možností kontrolu nad svým rozhodnutím (Brown in Kuzníková a kol., 2011). Jednoho ze zakladatelů tohoto přístupu zmiňuje ve své publikaci autorka Thielová (2014) a uvádí 4 principy spojené s autonomií:

- sebeurčení a sebeúcta,
- přístup k veřejnému vzdělávání,
- přístup ke službám,
- sebe/obhajoba.

Úmluva o právech osob se ZP v článku 19 hovoří o aktivitách podporujících koncept samostatného způsobu života. Lidé se ZP mají možnost volby na rovnoprávném základě s ostatními si zvolit místo pobytu a s kým budou žít. Dále je jim přiznáno právo na služby poskytované v domácím prostředí, možnost využít rezidenčních služeb a dalších podpůrných služeb v komunitě (Úmluva, 2010). Krhutová (2013) podmiňuje osobní autonomii vztahem osob k vlastnímu postižení. Proces jeho přijetí, ztotožnění nebo odmítnutí závisí na vyzrálosti osoby a postoji ze strany rodiny (převládnutí role „postiženého“ v dětském věku bude negativně ovlivňovat cestu k samostatnému životu).

Podpora nezávislosti deklarovaná v konceptu je ukotvena v aktivizaci a realizaci podmínek všem osobám bez rozdílu. Jde o nabídku a zprostředkování sociálních nebo i dalších služeb, iniciativy směřem k široké veřejnosti v rámci informovanosti, úpravy prostředí s cílem minimalizace závislosti a pasivity (srov. DeLoach, Wilkins a kol., 1986; Mokhtari, 2003). Stěžejním momentem je tvorba systému přirozené podpory. Ten navázal na procesy transformace sociálních služeb. O'Brien již v roce 1987 zdůrazňoval členění

pouhé přítomnosti (prezence) a účasti (participation) na životě komunity. Uvedené je podmíněno aktivitami v oblasti sociálních vztahů, existencí sociálních vazeb v blízkém okolí (nejedná se pouze o profesionály, ale i širokou veřejnost), která slouží jako zdroj podpory (srov. Adamec, 2013). Myšlenka přirozené podpory se rozvinula jako levnější alternativa k širokému spektru sociálních služeb. Dalším prvkem bylo navázání na tradiční systém podpory a pomoci v bezprostředním životním kruhu osob (Holaňová, 2011). Autoři Storey a Cero (1996) v informačním buletinu ohledně poradenství definují přirozenou podporu jako osoby, které nejsou odborníky v této oblasti a naopak zapojují osoby s MP do života komunity. Přirozená podpora a její využití se nejlépe manifestuje v rámci sociálních služeb. V zahraničí (např. Anglie, Skotsko) převládá zaměření na personalizaci, zavedení tzv. osobních rozpočtů a metody individuálního plánování zaměřeného na člověka (Dickman, 1975; Mokhtari, 2003; Pörtner, 2009). Jak uvádí Ministerstvo práce a sociálních ČR má být výsledkem reformy sociálních služeb individualizovaná podpora. Cílem je nastolit lepší podmínky pro život v přirozeném sociálním prostředí (MPSV, 2007). Zmiňovaná přirozená sociální podpora nepřichází samovolně. V české speciálněpedagogické praxi jde nejčastěji o kurzy orientované na aktivní sociální učení či sebeobhajování. V zahraniční literatuře jsou zmíněny nástroje budování přirozené sociální podpory. Zajímavé je, že některé z nich popisují rodiče dětí a dospělých s MP jako cíl, jehož chtějí dosáhnout. Duggan, Linehan (2013) zde zařazují:

- kruhy podpory,
- vzájemnou podporu (sebeobhajování),
- programy rozvoje sociálních dovedností (kam lze zařadit aktivní sociální učení),
- přátelskou podporu.

O kruzích podpory hovoří často rodiče osob s MP, aniž by ji nějak odborně definovali. Chtějí utvořit síť pevnějších sociálních vztahů, kterou bude moci dospělý člověk využívat. Jak uvádí autoři Bornman, Collins a kol. (2004) jde o využívání rodiny, přátel či spolupracovníků v podpoře větší kontroly nad svým životem. Kruhy mohou být krátkodobé, dlouhodobé, v každém případě jsou flexibilní. Často i sami lidé s MP se stávají součástí kruhu podpory někoho dalšího (Inclusion Europe, 2016). Je třeba vyhodnotit i rizika s tímto spojená, jako nemožnost predikce životní dráhy člověka s MP, ale i podpory. Podpora musí být vytvořená tak, aby lidé s MP do ní mohli náležet a také do ní přispívat (Sanderson, Lewis, 2015). Tento nástroj umožní identifikovat významné sociální vazby v životě jedince, eliminovat vazby nežádoucí a podpořit rozvoj vazeb žádoucích (New Pats to Inclusion, 2016). Občanské sdružení Rytmus vydalo v roce 2013 průvodce s názvem Vytváření kruhu přátel. Vzdělávání v této oblasti zajišťuje v ČR Quip – společnost pro změnu. **Vzájemná podpora** je oboustranný interpersonální model, ve kterém kooperují lidé s MP a lidé bez ZP. Záměrem takového projektu bylo upozornit na mnohdy zanedbanou oblast sociálních vztahů v komunitě (nejen pro dospělé osoby s MP, ale také pro rodinu samotnou) (Learning disabilities, 2016). V konečné fázi využívá nejvíce sociálních zdrojů z užšího i širšího sociálního okruhu (Shardlow, Doel, 2002). Vzájemná podpora je součástí individuálního plánování člověka s potřebnou orientací na budoucnost. Život v rodině nepredikuje automaticky bezproblémové sociální začlenění (Gates, 2007),

může nabývat různých forem. Hall (2010) upozorňuje na předávání zkušeností jako hlavní profit této podpory. V zahraničí jsou zde řazeny kurzy sebeobhajování. O sebeobhajování je v kontextu dospělých osob s MP relativně dost napsáno (viz. Šiška, 2005; Bernardová, 2015; Valenta a kol., 2015; Černá, 2015). Kurzy sebeobhajování poskytují podporu v rozličných oblastech života. Medvecová (in Sebaobhajovanie – ako na to, 2004) přímo považuje sebeobhajování za určitý druh podpory. Ta má osobám s MP pomoci k maximální možné eliminaci problémů v osobním či veřejném životě. Současně jde o manifestaci vlastního postavení ve společnosti (rovnocennost). Východiskem je intenzivní a praktický nácvik předem dohodnutých sociálních situací v každodenním životě (White, 2011). Jde nejen o formální řízené programy, ale také o neformální podpůrné skupiny. Tuto praxi v České republice prosazují skupiny sebeobhájců SAMI, SPOLU, součást SPMP. **Programy rozvoje sociálních dovedností** slouží k získání optimálních sociálních dovedností v rámci běžné životní cesty (Whitehouse a kol., 2001). Získávání informací a profitování ze sociální situace prokazatelně ztěžuje druh MP. Neporozumění obsahu sděleného i neverbálního přináší jistá ohrožení. Autor uvádí, že velká část populace tyto dovednosti získá částečně prostřednictvím formálního vzdělávání, ale stěžejní učení probíhá neformálně (Reiff, 1999). Do této skupiny je řazeno sociální učení. Dolejší (1973) rozumí sociálním učením vědomosti, dovednosti, způsoby sociální interakce a techniky vypořádání se s náročnými životními situacemi osvojením sociálního učení. Müller (2001) uvádí, že přijetí a zvnitřnění sociálních rolí je ovlivněno sociálním učení. Tím by mělo dojít k eliminaci negativního chování člověka (vztek, agrese, sebepoškozování apod.). Dospělé osoby s MP by se tedy měly účastnit všeho rodinného dění (nákupy, setkání, kulturního či sportovního života). Avšak ne všechny dospělé osoby s MP musí mít obtíže v rámci sociální interakce. Opět je na místě poukázat na variabilitu této skupiny. Je pravdou, že mnozí z nich mohou vnímat sociální interakce až jako nepříjemné, neuspokojivé či nesrozumitelné (Reiff, 1999). Východiskem je existence podpůrných systémů. V českém prostředí se programy rozvoje sociálních dovedností týkají především osob s poruchami autistického spektra. Literatura hovoří převážně o dětské klientele. Pro dospělé osoby s MP zaštiťuje tyto služby například nezisková organizace SPOLU Olomouc (kurz Aktivní sociální učení). V rámci sociálních služeb mohou být tyto aktivity „skryty“ pod tzv. výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Jako poslední na tomto místě bude zmíněna **přátelská podpora** (befriending). Tato je známa převážně v zahraničí. Variantou (i když ne zcela odpovídající) jsou v České republice dobrovolnické služby. Nejde o přirozené vytvoření přátelského vztahu, ale o organizovanou činnost. Přínosem je vybudování pravidelného sociálního vztahu s dalším člověkem/dobrovolníkem. Profit z této vazby je oboustranný (srov. Arthetorn, Crickmore, 2011; Williams, Evans, 2013).

Z výše uvedeného přehledu podpory dospělých osob s MP jsou patrné snahy o posílení autonomie, personalizaci a individualizaci poskytovaných služeb. Život v rodině a ani v zařízení sociálních služeb nemusí vždy poskytnout potřebné sociální začlenění, naopak může i redukovat míru sociálních kontaktů (pouze rodina, pracovníci zařízení sociálních služeb). Sociální služby mají nabízet podporu vedoucí k sociálnímu začlenění a individualizovanou podporu v souladu individuálního plánování. Východiskem je potřeba postupného budování sítí sociální opory.

3.2.2 Právní aspekty edukace

Úroveň edukace (výchovy a vzdělávání) je jedna ze základních hodnot společnosti. Tuzemská podoba je podmíněna evropským historickým rozvojem několika národních vzdělávacích systémů (Jílek a kol., 2015). Právo na vzdělání má nesporný vliv na kvalitu dalšího života (pracovní možnosti, angažování ve veřejném dění, porozumění a orientaci v okolním světě, budování komunikačních dovedností a další) (Šimíček, 2014). Z tohoto důvodu je právní rámec edukace součástí ústavních dokumentů či lidsko-právních listin většiny států světa:

- Amerika, Kanada: Meziamerická demokratická charta z roku 1969,
- Afrika: Africká charta práv člověka a národů z roku 1981,
- Asie: žádné dokumenty prozatím nevznikly. Jednotlivé státy právo na vzdělání upravují dle ústavních dokumentů. Část států asijského kontinentu pak patří pod mezinárodní organizaci Radu Evropy, kde je systém ochrany lidských práv zajištěn *Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod* (Pikalová, Krahulová, 2015). Jak uvádí Amnesty International (2016) i málo rozvinuté státy jako Nepál či Angola mají ve svých ústavách části textu zaměřené na edukaci obyvatel, i když v praxi se ke kvalitní výchově a vzdělávání dostane pouze malá část obyvatel.
- Evropa: přítomnost 2 paralelních systémů (Evropská úmluva o ochraně lidských práv, Listina základních práv a svobod).

Z pohledu **Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod** je právo na vzdělání deklarováno v čl. 2 Dodatkového protokolu č. 1: „Nikomu nesmí být odepřeno právo na vzdělání. Při výkonu jakýchkoli funkcí v oblasti státní výchovy a výuky, se bude respektovat právo rodičů zajišťovat tuto výchovu a vzdělání ve shodě s jejich vlastním náboženským a filozofickým přesvědčením“ (Čapek, 2010, s. 345). **Listina základních práv a svobod** definuje právo na vzdělání v čl. 14: „Každý má právo na vzdělání a přístup k odbornému a dalšímu vzdělávání. Toto právo zahrnuje možnost bezplatné povinné školní docházky. Svoboda zakládat vzdělávací zařízení při náležitém respektování demokratických zásad a právo rodičů zajišťovat vzdělání a výchovu svých dětí ve shodě s jejich náboženským, filozofickým a pedagogickým přesvědčením musí být respektovány v souladu s vnitrostátními zákony, které upravují jejich výkon“ (Wagnerová, 2012, s. 156). **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením** (dále jen Úmluva) hovoří ve čl. 24 o vzdělávání. V Úmluvě není termín více specifikován. Členské státy uznávají právo osob se ZP na vzdělání (inkluzivní, celoživotní) a jeho zajištění v souladu s eliminací diskriminace, a naopak podpory rovných příležitostí. Vzdělávání dospělých osob s MP by mělo být zacíleno na plný rozvoj osobnostního potenciálu (i vlastního uvědomění a důstojnosti), stejně jako maximální zapojení do společnosti. Členské státy Úmluvy mají povinnost zajistit účast osob s MP v mezích všeobecné, bezplatné vzdělávací soustavy v místě, kde žijí. Součástí vzdělávacích opatření je poskytnutí podpory akceptující vzdělávací potřeby (srov. Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na rok 2010 – 2014). Mezi základní opatření se řadí:

- osvojení si alternativního písma, augmentativních a alternativních způsobů komunikace,

- rozvoj orientačních schopností a mobility,
- poradenství,
- odpovídající příprava edukátorů,
- přístup k terciárnímu vzdělávání,
- celoživotní vzdělávání. (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2016).

Rada Evropského společenství taktéž vydala postup, jenž je možné aplikovat při edukaci osob se ZP v rámci běžných vzdělávacích systémů:

- zajistit všem osobám, bez ohledu na povahu a stupeň jejich postižení, rovný přístup ke vzdělání, rozvoji jejich osobnosti, talentu, tvůrčích, intelektuálních i tělesných schopností v rozsahu jejich plného potenciálu,
- zajistit osobám se ZP možnost začlenění do školských zařízení hlavního vzdělávacího proudu podporou příslušných orgánů při rozvoji nabídky vzdělání, která by odpovídala jejich potřebám,
- podporovat a prosazovat celoživotní učení osob se ZP všeho věku a usnadňovat účinný a úspěšný přechod mezi všemi vzdělávacími stupni a mezi školou a zaměstnáním (Přístup k dokumentům, 2016).

Evropská sociální charta byla schválena Radou Evropy v roce 1961. Charta definuje obsah jednotlivých práv a vymezuje práva kategorií osob vyžadujících zvláštní ochranu. Výslovně je zmíněno právo na zaměstnání osob se ZP. Tento fakt jasně predikuje i nutnost vzdělávání uvedené cílové skupiny (Evropská sociální charta, 2016). Dalším dokumentem je **Deklarace práv mentálně postižených osob**. Tato byla vydána v roce 1971. Deklarace podmiňuje existenci stejných práv osobám s MP jako ostatním občanům. Konkrétně jde o právo na řádnou lékařskou péči, na výchovu a výuku, právo na práci, právo žít s vlastní rodinou. Pokud je nevyhnutelný život v zařízení, musí být podmínky přizpůsobeny běžnému životu (Právo lidí s postižením, 2016). Dle **Všeobecné deklarace lidských práv** je právo na vzdělání součástí článku č. 26. Základní vzdělání by mělo být povinné a bezplatné alespoň v elementárních stupních vzdělávání. Odborné a vyšší vzdělání má být všem přístupné. Rodiče mají přednostní právo volit druh a typ vzdělávání svým potomkům (Všeobecná deklarace lidských práv, 2014; Evropská veřejná správa, 2015). **Memorandum o celoživotním učení** je pracovní materiál Evropské komise z roku 2000. Dokument upozorňuje na dva základní cíle celoživotního učení: podporu aktivního občanství a zaměstnanost (srov. Malach, 2002; Mužík, 2005). Za klíčové je považováno budování nových dovedností dostupných všem, více cílených investic do lidských zdrojů, tvorba inovativních prvků v samotném procesu edukace (Memorandum o celoživotním učení, 2016). **Národní program rozvoje vzdělávání – Bílá kniha** byl schválen v roce 2001 a je orientován do problematiky vzdělávání dospělých. Text pracuje se sebevzděláváním (primárně určeno lidem, kteří se nevzdělávali dříve), dalším profesním vzděláváním (kvalifikační a rekvalifikační vzdělávání) a jinými částmi vzdělávání dospělých (zájmové vzdělávání, vzdělávání seniorů) (Klusáček, 2008; Matějů, 2009). Dalšími dokumenty jsou **Hamburská deklarace** a **Agenda pro budoucnost**. Tento dokument vznikl v roce 1997 jako výstup 5. Mezinárodní konference UNESCO. Zástupci vyspělých zemí předložili k řešení problému

týkající se možností financování edukace dospělých, přístup některých specifických skupin obyvatel ke vzdělávání (tedy i osob s MP), možné přesouvání těžiště vzdělávání dospělých na nevládní organizace.

Obecná doporučení z obou výše uvedených dokumentů lze shrnout následovně:

- nalézt vhodný způsob financování,
- provést legislativní úpravu v tomto kontextu,
- definovat způsob měření jeho kvality,
- tvorbu doplňkových a podpůrných systémů,
- poskytnout adekvátní poradenské služby a realizovat diagnostiku dospělých (srov. Dyrťová, Sandanusová a kol., 2007).

Learning to be je opět dokumentem UNESCO vydaný již v roce 1972. Základní tezí celého textu je umožnění každému jednotlivci pokračovat ve vzdělávání během života. Myšlenka celoživotního vzdělávání je stěžejním bodem učící se společnosti (Learning to be, 2016). **Světovou deklaraci vzdělávání pro všechny** přijala Světová konference o výchově a vzdělávání v Thajsku. Hlavní myšlenkou je prospěch z účasti na edukačním procesu bez rozdílu věku (Bánovec, 2016). **Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení** vznikl na základě iniciativy Vládního Výboru pro ZP občany v roce 1993. Plán cíleně podporuje vlastní/osobní aktivitu jedinců se ZP. Záměrem Národního plánu je i eliminace bariér architektonických, orientačních, komunikačních a psychologických. Tyto prvky spadají do kompetence nejen státu, ale i fyzických a právnických osob (Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, 2016). Dalším z dokumentů je **Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020**. Celkově jde o 6. plán, který podporuje integraci osob se ZP do společnosti. Kromě stávajících programů a činností přináší plán i řadu nových úkolů. Jedním z nich je podpora inkluzivního vzdělávání (v souvislosti s novou legislativou), podpora zaměstnanosti osob se ZP a naléhavá potřeba financování sociálních služeb. Nově se objevuje podpora participace občanů na možnosti výkonu volebního práva (Národní plán rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, 2016). Všechny výše uvedené lze považovat za významné dokumenty v souvislosti se vzděláváním dospělých.

Právní rámec edukace je upravován legislativními dokumenty. Nejvýše postavenými jsou Ústava České republiky a usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., týkající se vyhlášení Listiny základních práv a svobod (dále jen Listina). Ve zmíněné Listině je pojem „výchova“ užit pouze 1x a to v souvislosti s povinnostmi rodičů vzhledem k jejich dětem. „Vzdělání“ je citováno 4x. Listina deklaruje každému právo na vzdělání (článek 33). Občané mají právo na bezplatné vzdělání v základních a středních školách, podle schopností občana a možností společnosti též na vysokých školách. Vlastní vzdělávací rámec je upraven zákonem č. 82/2015 Sb., (v platném znění) kterým se mění zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen školský zákon).

V únoru 2015 schválila Poslanecká sněmovna a následně i Senát návrh novely školského zákona a některých dalších (zákona o poskytování dotací soukromým školám, předškolním a školským zařízením, zákona o ochraně veřejného zdraví, zákona o specifických zdravotních

službách, zákona o pedagogických pracovnících). Návrh novely mění následující ustanovení: § 8 Právní postavení škol a školských zařízení, § 13 Vyučovací jazyk, § 15, § 16 Podpora vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, § 16a Poradenská pomoc školského poradenského zařízení, § 16b Revize, § 17 Vzdělávání nadaných dětí, žáků a studentů, § 19, § 20, § 27 Učebnice, učební texty, školní potřeby, § 30, § 32 a § 32a. Nejzásadnější navrhované změny jsou spojeny se vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (§ 16, § 16a, § 16b). Nyní se text bude stručně zabývat novelizací zákona. Návrh novely mění pojetí „speciálních vzdělávacích potřeb“. Jde o osobu (není akcentován pouze dětský věk), která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění práv (na rovnoprávném základě s ostatními) potřebuje podpůrná opatření. Podpůrná opatření jsou poskytována zdarma. Navrhovaná novela počítá s 5 typy podpůrných opatření, současně dále podmiňuje jejich počet prováděcí vyhláškou. Nadále (prozatím do září 2016) je vymezen prostřednictvím typu ZP okruh dětí, žáků, pro které jeho následkem vyplývají jiné zákonem stanovené důsledky (např. povolení pokračování v základním vzdělávání) (Novela, 2016). Jako další z platných legislativních dokumentů je třeba zmínit vyhlášku č. 27/2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Vyhláška hovoří o podpůrných opatřeních. Ta se poskytují samostatně nebo v kombinaci různých druhů a stupňů v souladu se zjištěnými speciálními vzdělávacími potřebami (jejich členění, pravidla přiznání a normovaná finanční náročnost jsou přílohou vyhlášky). Vyhláška zmiňuje zvláštní ustanovení o některých podpůrných opatřeních, stejně jako možnosti převedení žáka do vzdělávacího programu základní školy speciální (Vyhláška č. 27/2016 Sb., v platném znění). Vyhláška nabude účinnosti také v září 2016.

Školský zákon ve svém konsolidovaném znění používá pro výchovu a vzdělávání zastřešující pojem vzdělávání viz § 1. § 2 definuje zásady a cíle vzdělávání:

- rovný přístup každého státního občana ČR nebo jiného členského státu Evropské unie ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, víry a náboženství, národnosti, etnického nebo sociálního původu, majetku, rodu a zdravotního stavu nebo jiného postavení občana,
- zohlednění vzdělávacích potřeb jednotlivce,
- vzájemnou úctu, respekt, názorovou snášenlivost, solidaritu a důstojnost všech účastníků vzdělávání,
- bezplatné základní a střední vzdělávání státních občanů ČR nebo jiného členského státu Evropské unie ve školách, které zřizuje stát, kraj, obec nebo svazek obcí,
- svobodné šíření poznatků, které vyplývají z výsledků soudobého stavu poznání světa a jsou v souladu s obecnými cíli vzdělávání,
- zdokonalování procesu vzdělávání na základě výsledků dosažených ve vědě, výzkumu a vývoji a co nejširšího uplatňování účinných moderních pedagogických přístupů a metod,
- možnosti každého vzdělávat se po dobu celého života při vědomí spoluodpovědnosti za své vzdělávání,
- rozvoj osobnosti člověka, který bude vybaven poznávacími a sociálními způsobilostmi, mravními a duchovními hodnotami pro osobní a občanský život, výkon povolání nebo pracovní činnosti, získávání informací a učení se v průběhu celého

života,

- pochopení a uplatňování zásad demokracie a právního státu, základních lidských práv a svobod spolu s odpovědností a smyslem pro sociální soudržnost.

Uvedené body lze aplikovat i na potřeby dospělých osob s MP. Mohou být považovány za jistou základnu, ze které lze dále vycházet. Předchozí etapy vzdělávacího procesu jsou nezbytné pro motivaci dospělých osob s MP při další edukaci a vztah k edukačním aktivitám vůbec. O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami hovoří § 16. Děti, žáci a studenti s MP jsou považováni za žáky se ZP a patří do nadřazené kategorie žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Na tomto základě mají právo na vzdělání, jehož obsah, metody, podmínky jsou přímo úměrné jejich vzdělávacím potřebám. Dětem, žákům a studentům může být prodloužena délka středního a vyššího odborného vzdělávání nejvýše o 2 školní roky. Zároveň mají právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice, didaktické pomůcky, kompenzační pomůcky a na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím náhradních způsobů dorozumívání. Žáci se středně těžkým a těžkým MP mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzdělávání jinak. Příprava na vzdělávání může být poskytována v přípravném stupni základní školy speciální. Plnění školní docházky je povinností po dobu 9 školních roků (nejvýše však do konce školního roku, v němž žák dosáhne 17 roku věku). Začátek je stanoven na první školní rok po dni, kdy dítě dosáhne 6 let. Zákonný zástupce může požádat ředitele školy o odklad povinné školní docházky z důvodů uvedených v zákoně. Povinná školní docházka je splněna uplynutím období školního vyučování ve školním roce, v němž dokončí její poslední rok. I přes výše uvedenou povinnost plnění povinné školní docházky existují ve školském zákoně možnosti jejího jiného plnění a to prostřednictvím individuálního vzdělávání (není primárně určeno dětem, žákům a studentům s MP) nebo vzdělávání žáků s hlubokým MP. Žáku s hlubokým MP stanoví místně příslušný krajský úřad se souhlasem zákonného zástupce takový způsob vzdělávání, který odpovídá jeho duševním a fyzickým možnostem. Před tímto krokem musí být vyčerpána veškerá podpůrná opatření (např. změna školy). Podmínkou je posudek odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání, zejména pomoc pedagogickou a metodickou. Vzdělávání je tedy organizováno individuálně a započítává se do povinné školní docházky. Prakticky se jedná o návštěvy pracovníků v domácím prostředí žáka. Zákonný zástupce má právo podat odvolání a to ve lhůtě do 15 dnů ode dne doručení krajskému úřadu. Odvolání je plně v kompetenci MŠMT. Dojde-li ke změně duševních a fyzických možností dítěte, krajský úřad způsob vzdělávání odpovídajícím způsobem upraví a zákonnému zástupci vznikne povinnost přihlášení žáka k plnění povinné školní docházky. Žáku se ZP může ředitel školy ve výjimečných případech povolit pokračování v základním vzdělávání do konce školního roku, v němž žák dosáhne dvacátého roku věku. U žáků se středně těžkým a těžkým MP až do 26 let. Pro osoby, které nezískaly základní vzdělání, může základní a střední škola po projednání se zřizovatelem a krajským úřadem organizovat v souladu s rámcovým vzdělávacím programem základního vzdělávání kurzy pro získání základního vzdělání (Zákon č. 561/2004 Sb., v konsolidovaném znění).

Ke zmíněnému zákonu se vztahují i vyhláška č. 116/2011 Sb., o poskytování

poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, dále pak vyhláška č. 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Vyhláška hovoří o podpůrných a vyrovnávacích opatřeních. Pro potřeby vyhlášky jsou děti, žáci, studenti s těžkým a hlubokým MP považováni za děti, žáky, studenty s těžkým ZP, z toho důvodu jim náleží nejvyšší míra podpůrných opatření (Zákon č. 561/2004 Sb., v platném znění). Poslední zmíněný legislativní dokument bude od 1. 9. 2016 změněn vyhláškou 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Ve zmíněné novele je užíváno souhrnné označení „žák“ pro děti, žáky a studenty. Nesporným přínosem je právní ukotvení tzv. podpůrných opatření v 5 stupních. Za zvláštní podpůrná opatření je považován asistent pedagoga, vzdělávání v komunikačním systému odpovídá potřebám žáka, případně i přítomnost osobního asistenta (více viz výše) (Vyhláška č. 27/2016 Sb., v platném znění).

Z pohledu celoživotního vzdělávání dospělých osob s MP je nutné zmínit vyhlášku č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. § 12 hovoří o kurzu pro získání základního vzdělání. Kurz může být organizován školou nebo střední školou v denní a dálkové formě vzdělávání. Denní vzdělávání probíhá každý den v časovém rozsahu 5 dní v týdnu po dobu trvání školního roku. Vzdělávání v dálkové formě je spíše samostatné studium spojené s konzultacemi v rozsahu maximálně 180 konzultačních hodin za daný školní rok. Délku kurzů v obou formách vzdělávání určí ředitel školy na základě zjištění úrovně dosavadního vzdělání žáka, nejvýše však v délce 1 roku. Nejvyšší počet žáků ve třídě je 24. Obsah vzdělávání a zkoušek je v souladu s očekávanými výstupy Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Vykonání zkoušek je možné i bez předchozího vzdělávání v denní nebo dálkové formě kurzu (Vyhláška č. 48/2005 Sb., v platném znění).

Z uvedených dokumentů je patrné propojení výchovy a vzdělávání jako celku. V obecných rovinách jednotlivých textů lze vyčíst prvky poukazující na možný vztah k dospělým osobám s MP. Vzhledem k širší formulaci však vyvstávají problémy s praktickou realizací nejen v podmínkách ČR. Legislativa nepracuje s uzákoněním forem vzdělávání pro dospělé osoby s MP. Ve spojení s možnostmi edukace jsou i občanská práva dospělých osob s MP. Historické konotace poukazují na silná omezení až zbavení plných občanských práv. Konkrétně se jednalo o tzv. omezení a zbavení způsobilosti k právním úkonům. Stěžejním předpokladem byla adekvátní psychická vyspělost. Zákon argumentoval tím, že nikdy nešlo o permanentnost takovéto situace. Rozhodnutí soudy mohlo být kdykoliv revidováno. Způsobilosti k právům se žádná omezení netýkala. V minulých letech došlo k několika reformám jak na státní, tak i mezinárodní úrovni. Novelty či modernizace předpisů se snaží reflektovat maximální míru zachování právního jednání a autonomie (srov. Marečková, Matiaško, 2010; Pelikán, 2012; Jakešová a kol., 2014). Z tohoto důvodu se od ledna roku 2014 užívá termín svéprávnost. Tento termín byl v připomínkách k novele odmítán jako opětovný výraz paternalistického přístupu k osobám se ZP obecně. Poukazuje na rozpory s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, kdy každý člověk má právo být vnímán jako subjekt práva a mít způsobilost k právním úkonům bez ohledu na druh nebo stupeň postižení (Dobré místo pro život, 2015). Svéprávnost představuje způsobilost svým jednáním nabývat práva a zavazovat se k povinnostem. V novém občanském zákoníku tuto skutečnost reflektuje pojem právní jednání. Hranice svéprávnosti je stanovena 18ctým rokem

věku. Ve své svéprávnosti může být člověk omezen soustavně po dobu tří let (přesněji 3 + 1 rok), poté ji automaticky nabyde zpět. Pokud není osoba k jednání nebo činnostem dostatečně svéprávná (je omezena ve své svéprávnosti), musí mít pro tyto skutečnosti zajištěného zástupce (vzniká ze zákona) nebo opatrovníka (jmenován soudem). K omezení dojde v případě, že nebude již možnost využití jiných, méně omezujících opatření jako nápomoc při rozhodování nebo zastoupení členem domácnosti. V praxi nepředstavuje vždy omezení člověka s MP plnou ochranu před špatným rozhodnutím, omezení je vhodné tam, kde hrozí vážná újma. Údaj o omezení se již neuvádí v občanském (ani jiném dalším) průkazu. Proto může být velmi obtížné tuto skutečnost zjistit (srov. Bednář a kol., 2015; Lavický, Polišínská, 2015).

Novela občanského zákona aktuálně funguje dva a půl roku. Má ji doplnit zákon o veřejném opatrovnictví, který také přinese drobné úpravy či přesnější vymezení některých termínů. Až další zkušenosti ukáží, jakým způsobem se nové nástroje v praxi osvědčily a jaký profit z nich mají dospělí lidé s MP.

3.2.3 Motivace pro proces edukace

Motivace je považována za dynamický proces, jež má fyziologické, psychologické, vědomé i nevědomé složky. Pohnutky (motivy) jsou podněty spojené s jednáním člověka. Motiv je důvodem pro aktivitu a má tři složky: směr, úsilí a vytrvalost (Armstrong, 2002). Cílem motivace je uspokojení potřeb jedince (Vysekalová, Strnad, 1997). Dle Nakonečného (2009) je k dispozici mnoho teorií, jež se motivace přímo týkají a dále ji vysvětlují. Obecně vzato dominuje u každého jedince jiná individualita a tím se lidé ve svých potřebách liší, proto je diferencována i jejich motivace. Motivace je definována jako proces, ale i jako výsledek. Jde o nenásilné vytvoření pozitivního přístupu k něčemu – často výkonu i typu chování (Plamínek, 2015, s. 16). Podle Nakonečného (2003) je motivace soubor vnitřních činitelů, jejichž úkolem je usměrňovat lidské jednání a prožívání. Dle Karlička a kol. (2013) vystihuje motivace determinantu jakéhokoliv chování člověka. Maslow (1954) zmiňuje hierarchizaci lidské motivace jako následek lidských potřeb. Nejprve jsou uspokojovány fyziologické potřeby, poté potřeba bezpečí. Až na třetím místě jde o sociální potřeby. Vrchol Maslowovy pyramidy tvoří potřeba seberealizace. Vysekalová, Strnad (1997) rozdělují motivaci na složku udržovací a aktivační. Motivaci je možno také dělit na primární a sekundární. Primární (intrinsic) motivace vychází z přirozených potřeb jedince, a to biologických, ale také duševních (Skalková, 2007). Sekundární motivace (extrinsic) vzniká jako nástavba aktuálního cíle jedince (Laufer, 2008). Je třeba souhlasit s tvrzením Mužíka (1998) a to, že žádná motivace není tak úspěšná jako úspěch samotný.

V dnešní společnosti je motivace považována za důležitý faktor uplatnění ve společnosti. Zdrojem motivace motiv. Dispozice pro motivaci jsou ovlivněny částečně genetickými dispozicemi a částečně jsou získané prostřednictvím sociálních interakcí (Výrost, 2008). V souvislosti s motivací pro proces edukace je nutné zmínit i faktory, které ji mohou ovlivňovat (modifikováno):

- životní cíl,
- aktivita jedince,
- prožitý úspěch a neúspěch,

- zájem dokončit započatý úkol (Dařílek, Kusák, 2001).

Motivy je možné dále charakterizovat dle zaměření, stejně jako podle intenzity motivace a délky trvání (Švancara, 2003). Mezi důležité motivy lze zařadit návyky. Nakonečný (1997, s. 142) vnímá návyky jako opakované, ustálené a zautomatizované jednání člověka, reagujícího na určité situace. Návyky prostupují veškeré oblasti lidské činnosti. Autorka Bedrnová (1998) uvádí, že návyky se mohou projevit jako jeden z důsledků výchovy, ale také jako prvek sebeutvářejících aktivit. Uvedené je možné získat procesem socializace. Všichni lidé musejí být motivováni pro jejich další rozvoj. Aktuální úroveň znalostí, dovedností nebo schopností je třeba nejen udržovat, ale i nadále odpovídajícím způsobem rozšiřovat. Aby byla motivace přítomna, musejí dospělí lidé s MP nalézat v rámci edukace osobní uspokojení. Důležitou součástí je i bezprostřední profitování z této činnosti. Ovšem pokud jednotliví účastníci nepovažují edukaci na užitečnou, mohou veškeré další snahy selhat (Armstrong, 2007). Autoři Kalhous, Obst (2002) v kontextu edukace dospělých osob zdůrazňují, že motivace k učení je sama naučená. Což budou ovlivňovat i životní zkušenosti. Armstrong, Taylor (2015) ve své publikaci uvádějí dvě významné teorie vzhledem k motivaci pro edukaci. Jde o teorii očekávání a teorii cíle. Teorie očekávání popisuje chování jedince směřujícího k očekávání žádoucího aspektu pro další život člověka. Teorii cíle vysvětlují autoři Dědina, Cejthamr (2010) jako preferenci cíle při určování chování. Stanovené cíle řídí osobnostní výkon v dané oblasti. V chování a jednání člověka lze objevit i tzv. amotivaci, tedy absenci motivace pro jakoukoliv činnost (Tod, Thatcher, 2012).

Autoři Vodák, Kucharčíková (2011) uvádějí přímou souvislost mezi motivací a efektivitou edukace. Na proces motivace působí:

- hodnota, kterou osoby přikládají edukačním aktivitám ve vztahu k vlastní situaci,
- okolnosti, zda obsah edukace vychází ze zjištěných potřeb nebo jde o jednorázovou akci.

Edukace osob se ZP probíhá od narození. Z tohoto pohledu je nutná včasná intervence, jež může posílit další edukativní možnosti (Švarcová, 2003). Motivace pro edukaci je u dospělých osob s MP značně diskutabilní. Pokud lidé prožili svůj dosavadní život v ústavní péči či byli v mládí zbaveni povinnosti docházet do školy, nemají vybudovanou představu potřeby vlastního rozvoje. Výsledkem je jistá pasivita než zájem o život dospělého jedince. I v souvislosti s procesem transformace se stává, že lidé s MP vyžadují stejné stereotypy v chování, jednání jako v předchozí ústavní službě. Nízká motivace se objevuje také u dospělých osob s MP žijících v rodině. Lidem s MP jsou po absolvování edukace k dispozici pouze nejasné životní cíle nebo plány. Dospělé osoby s MP nevnímají edukativní aktivity jako jen z prostředků nabytí sociálních rolí dospělého jedince. Vzhledem k nízké poptávce ze strany osob s MP lze předpokládat i nižší míru takto specifické nabídky. Uvedené koresponduje s názorem Novosada (2009), který zdůrazňuje nezbytnost existence podmínek pro edukaci uvedené cílové skupiny. Z pohledu české praxe téměř absentuje kontinuální edukace. Jistá nabídka sice existuje (viz empirická část práce), ale její náplň je značně diferencována. Aby edukace byla odpovídajícím způsobem efektivní, je nutno respektovat odlišnosti ve specifikách psychických funkcí (srov. Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013 a text práce v předcházející kapitole).

3.3 Poznámky k CŽV z pohledu SPANDR

Shodně se Šerákem (2009) lze konstatovat, že vzdělávání dospělých osob obecně je poznamenáno zpožděním praxe za teoretickým ukotvením. **Otázka celoživotního vzdělávání** (dále jen CŽV) je součástí mnoha strategických dokumentů (viz výše), avšak jedním z nejčastěji namítaných faktů jsou absentující legislativní normy (srov. Vyhánková, 2007). Beneš (2008) upozorňuje na těžkosti ve vztahu s kvalitou takto poskytovaných služeb. Jednotliví poskytovatelé nejsou povinni prokazovat kvalitu, aktuálnost a odbornost svých aktivit. Navíc se koncepce nabízených edukativních aktivit velmi liší svou náplní i šíří nabídky. Potřeba CŽV rovněž vzešla ze změn probíhajících globálně ve společnosti. Palán (1997) tuto skutečnost dále specifikuje ve smyslu permanentních inovačních postupů, výrobků a poznatků. Kalnický (2014) se v této souvislosti opírá o Maslowovu hierarchii potřeb, ve které je kognitivní potřeba řazena mezi vyšší lidské potřeby. Dle Šišky (2005) dospívají osoby s MP k naplnění těchto vyšších potřeb během pozdějšího věku. Avšak je nutné si uvědomit, že právě potřeby znát, rozumět, aktivně se učit a realizovat v praktickém životě jsou limitovány. Limity představují jednak úroveň rozumových schopností a také exogenním prostředím. **Organization for Economic Cooperation and Development** (dále jen OECD) přijala za svou koncepci celoživotního vzdělávání pro všechny. Česká republika je její součástí od 21. 12. 2015. V tomto dokumentu je celoživotní vzdělávání výstupem třech základních prvků:

- osobní rozvoj,
- zpřístupnění příležitostí pro všechny,
- hospodářský rozvoj.

Z pohledu dospělých osob se MP jde o zaměření se na osobní potenciál jedince. Kvalita a obsah CŽV by měly být přizpůsobeny jeho potřebám. Tímto lze zajistit aktivní volbu stejně jako iniciativu ze strany člověka s MP. Jde o eliminaci sociální polarizace. V souladu s Moravcovou (2003) je výstupem otevřený přístup k formalizovanému a CŽV. Tím nastává i podpora učící se společnosti. Koncept CŽV byl vyhlášen v roce 1970 na valném shromáždění UNESCO. Bezuchová (2003) spatřuje význam edukace ve stadiích rozvoje jedince až do úrovně jeho maximálních možností v souladu s jeho zájmy, potřebami. Za zásadní lze považovat Evropský rok celoživotního učení z roku 1996. Dalším z významných dokumentů je Memorandum o celoživotním učení jako jeden z výstupu zasedání Evropské rady z března 2000. Jeho součástí jsou obecná doporučení ve smyslu:

- širší investice do lidských zdrojů,
- inovace v procesu edukace (vytvořit a v praxi ověřit edukační metody vhodné pro CŽV),
- oceňování edukace,
- dostatečné informovanost jednotlivců,
- přiblížení možností edukace do přirozeného sociálního prostředí (Memorandum o celoživotním učení, 2016).

Vznik CŽV je úzce propojen s manifestací znalostí o učení jako integrální součásti života každého jedince. Datace souhlasí s počátkem 20. století (Beneš, 2009). Mezi CŽV nepatří výhradně standardní učební metody a postupy, ale rovněž získávání zkušeností během sociální interakce. Nejde pouze o úzce vyhraněnou oblast schopností, dovedností a poznatků. Primární orientace CŽV směřuje k budování všeobecného přehledu a tím naplňuje aktivně volný čas osob s MP. Součástí CŽV je předpoklad schopnosti a motivace každého jedince soustavně se edukaci věnovat. Z tohoto důvodu by měla být u všech dětí, žáků a studentů posilována touha učit se, pochopit smysl a význam této činnosti a cvičení se ve strategiích učení, které mohou budoucí edukaci usnadňovat (viz např. rámcové vzdělávací programy a kompetence k učení). Pokud je CŽV směřováno k dospělým osobám s MP, souhlasíme s autorkou Hasmannovou Marhánkovou (in Šucha, Charvát, Řehan, 2011), dle které jeho význam převyšuje obecně vymezený koncept uplatnění na trhu práce. Edukativní aktivity jsou významným aspektem naplnění volného času, strukturalizace denního režimu, a tím i budování sociálních vazeb. Konkrétní pozitiva zmiňuje Zemková (2003) a to zejména pochopení diverzity moderní společnosti, technického pokroku. CŽV v sobě zahrnuje formální, neformální a informální vzdělávání (termíny užity právě v Memorandu). **Formální vzdělávání** probíhá ve formálních vzdělávacích institucích. Je legislativně korigováno. Jsou v něm diferencovány navazující stupně vzdělání a jejich úspěšné absolvování je potvrzeno oficiálním dokumentem (srov. Průcha, Walterová, Mareš, 2008; Strategie celoživotního učení, 2008). Oproti tomu **neformální vzdělávání** je také organizované a systematické, ale realizované mimo formální systém. Spadají zde programy, kurzy, rekvalifikační kurzy, osvětové činnosti nebo aktivity soukromých vzdělávacích institucí. Absolventům tohoto typu vzdělávání nemusí být jejich získané dovednosti oficiálně uznány (byť mohou obdržet osvědčení či jiný dokument). Participant jejich prostřednictvím nabude nové znalosti, vědomosti, dovednosti, které mohou posílit jeho sociální roli. Vždy bývá přítomen lektor, facilitátor (srov. Havlíčková, Žárská; Řádová, 2012). **Informální vzdělávání** bývá v zahraničních publikacích označováno jako zkušenostní učení (Průcha, Veteška, 2012). Jde o proces získávání vědomostí, osvojení si kompetencí z bezprostředních zkušeností každodenního života (kontakty v práci, rodině, volném čase). Součástí je i sebevzdělávání. Pro získávání empirických dat je nejvíce problematické. Obtížně se měří zejména jeho efektivita. Bývá neorganizované, nesystematické (srov. Strategie celoživotního učení, 2007; Trantina, Havlíčková, 2012). Z pohledu dospělých osob s MP lze využít aktivity formálního a neformálního vzdělávání.

Aktuálně se více hovoří o tzv. **celoživotním učení** (dále jen CŽU), jež zdůrazňuje vlastní iniciativu každého jedince. Zároveň se dle Memoranda (2012, s. 2) jedná o „princip, určující nabídku a účast v jakémkoliv kontextu učení. CŽU je realizováno prostřednictvím **počátečního a dalšího vzdělávání**. První zmíněné je komplexní označení základní (splnění povinné školní docházky), střední (vyšší stupeň vzdělání všeobecného či již odborného charakteru) a terciární vzdělávání (začíná po úspěšném absolvování středního vzdělání) (srov. Strategie celoživotního učení, 2007; Veteška, 2010). Tento typ vzdělávání je ukotven ve formálním vzdělávacím systému. Jeho součástí jsou výstupy, jež mají být dostupné všem osobám bez rozdílu prostřednictvím cílené edukace. Probíhá kdykoliv po absolvování povinné školní docházky, kdy člověk vstupuje na otevřený či chráněný druh práce nebo se stává ekonomicky neaktivním (srov. Kofroňová, 1998; Palán, Langer, 2008; Veteška, 2009; Bendl

a kol., 2015). Další vzdělávání plynule navazuje na dosažení příslušného stupně vzdělání. Podporuje adaptabilitu a flexibilitu jedince (Strategie celoživotního učení, 2007; Kocianová, 2012). Kohnová (2004) spatřuje v tomto typu sekundární příležitost pro získání vzdělání konkrétně zaměřeného alternativním způsobem. Získané znalosti, vědomosti, dovednosti lze užít ve všech sférách života. Výhodiskem je tyto aspekty upevňovat a tím podpořit nalezení pracovního uplatnění, což bude mít pozitivní dopad na ekonomickou aktivitu (Trhlíková, 2015). Tato autorka hovoří i tzv. dalším profesním vzdělávání, které se bezprostředně netýká zvolené cílové skupiny dizertační práce. Opět je nutno reflektovat styl, metody, postupy, metodiku a jednání s dospělými osobami. Kocianová (2012) člení další vzdělávání na odborné, občanské a zájmové. **Odborné vzdělávání** bude na tomto místě zmíněno pouze okrajově. Kasíková, Vališová (2007) ho definuje jako soubor daných předpokladů pro výkon konkrétního povolání. Dle autorek v sobě zahrnuje povinnou i nepovinnou část školské přípravy, tak i další formy edukace, jež jsou spjaty s konkrétním povoláním (srov. Bartoňková, 2010). Možnosti odborného vzdělávání pro dospělé osoby s MP jsou uvedeny dále v práci. **Občanské vzdělávání** obsahuje edukační aktivity orientované na povědomí v občanských, politických, společenských i rodinných činnostech (Šerák, Dvořáková, 2009). Riedlová (2013) označuje občanské vzdělávání souhrnně jako systém vedoucí k rozvoji a kultivaci občanů příslušného státu. Má vždy velmi praktické zaměření vzhledem k životní cestě (Smékal, Protivínský a kol., 2010). Hovoří se o aktivním občanství. Z pohledu Kotíkové (2014) by tento typ vzdělávání měl být i vzhledem k budoucnosti státní prioritou s finančními dotacemi a legislativním ukotvením. Stejná autorka zmiňuje i rizika spojená s plánovanou politickou indoktrinací, jež v rámci demokratické inkluzivní společnosti lze považovat za minimální. Dospělých osob s MP se nejvíce týká tato oblast. Je nezbytně nutné rozvíjet kompetence občanů ve výše zmíněných oblastech, aby se mohli aktivně a účinně zapojit do sociálního prostředí. Avšak i přesto ne všichni občané, kteří se ocitli v těžké životní situaci (a stát jim poskytuje legislativně garantovaná práva), se chovají zodpovědně. Což koresponduje se sníženou občanskou gramotností. Studie Inclusion Europe (2005) uvádí, že lidé s MP jsou zasaženi chudobou a nezaměstnaností (a to i vzhledem k osobám s jiným typem ZP). Prostřednictvím občanského vzdělávání se dospělí lidé s MP budou lépe adaptovat na diverzifikaci společenských a politických situací, stejně jako bude podporována orientace v sociálních dovednostech. **Zájmové vzdělávání** je druhá ze součástí dalšího vzdělávání dospělých. Vzhledem k výrazné variabilitě individuálních potřeb a zájmů je také velmi rozmanité. Průcha, Veteška (2012, 280 s.) jej definuje jako „souhrn výchovně - vzdělávacích, poznávacích, rekreačních a dalších systematických i jednorázových aktivit a činností“. Dle Palána (1997) je zájmové vzdělávání ekvivalentem sociokulturního vzdělávání. Zájmové vzdělávání má dotvářet osobnost společně a společně s hodnotovou orientací podporovat vlastní seberealizaci ve volném čase. Saturaci aspektů zájmového vzdělávání lze naplnit sebevzděláváním (Jaroslava Kočová, 2015).

Sebevzdělávání je pro člověka často významnou cestou, jak řešit určité pracovní či životní problémy. Může probíhat permanentně (Cieglerová, 2008). Sebevzdělávání probíhá většinou na základě určité opory (studijní pomůcky), kterými je např. kniha, časopis, skriptum, televize, rádio, videozáznam a další (Mužik, 2005). Odborníky není proces sebevzdělávání dospělých osob s MP považován za nejvhodnější. Tomczyk (2015) upozorňuje, že ne každý člověk je schopen sebevzdělávání. Zároveň zdůrazňuje potřebu

vysoké míry mentální vyspělosti. Proto připouští např. u osob seniorského věku či osob se ZP přítomnost asistenta nebo jiné podpory. Při jeho hodnocení jsou lidé závislí na názoru respektované osoby. Samozřejmě závažnost MP ovlivňuje význam chápání budoucnosti, motivaci uspokojovat potřebu životní perspektivy. Tudíž nemusí docházet k plánování vlastní budoucnosti a k vynakládání jakéhokoliv úsilí v tomto směru (srov. Vágnerová, 2014).

Členění zájmového vzdělávání s akcentem na dospělé osoby lze definovat jako:

- sociálně-adaptační aspekt (kterému dominuje schopnost přijetí a zvládnutí sociálních rolí),
- sociálně – integrační (podpora upevnění soudružnosti a integraci osob do života běžné společnosti),
- kompenzační (poskytuje podporu při překonávání jistých proluk z předchozího vzdělávání seberealizací),
- popularizační (podněcuje k další edukaci),
- relaxační a regenerační,
- inovační a aktualizací (aktualizace dříve nabitých vědomostí),
- profylaktická (orientace na plnohodnotné naplnění volného času),
- komunikativní (posílení sociálních vztahů mezi lidmi se stejnými zájmy) (srov. Czesaná, Matoušková a kol., 2005; Šerák, 2005; Hájek, 2007; Šerák, 2009).

Uvedený výčet plně odpovídá potřebám dospělých osob s MP. Sociálně – adaptační aspekt koresponduje s nutností přijetí sociálních rolí dospělého jedince, jež se ukazují jako nezbytný předpoklad pro plnohodnotný život dospělého. Sociálně – integrační aspekt by měl podpořit vlastní potřebu dospělého člověka s MP být právoplatným členem nejbližšího sociálního okruhu či bezprostřední komunity. Slouží jako eliminace navyklé role „závislého“ a „bezmocného“, která se i přes transformační snahy objevuje. Možnost dosažení určitého stupně vzdělání (zejména pro ty, kteří byli v mládí zbaveni povinnosti docházet do školy) poskytuje kompenzační prvek. Inovační a aktualizací funkce podporuje zejména transfer vědomostí a dovedností jako prevence vyhasínání již naučeného (srov. práce Šišky, 2009). Profylaktická funkce je úzce spjata s primární prevencí výskytu sociálně-patologických jevů u zmiňované cílové skupiny. Zemková (2003) cituje ve své práci tzv. Berlínský manifest pro vzdělávání dospělých osob s MP z roku 1995. Manifest definoval tyto cíle:

- získávání autonomie a emancipace,
- adaptace na sociální vztahy a trénink v procesech dorozumívání,
- zvládnutí technických požadavků,
- kvalifikace pro samostatné jednání v běžném životě,
- estetické vnímání,
- rozvíjení hravých a tvořivých sil v člověku.

Toto členění plně odpovídá i současným potřebám uvedené cílové skupiny. Autorka Zemková ve svém příspěvku Celoživotní vzdělávání – vyšší kvalita života osob s MP doslova uvádí „...přesvědčila jsem se mnohaletou praxí s MP osobami, že někteří začínají až v dospělosti chápat smysl a hodnotu poznání pro utváření svého vlastního života. MP lidé

potřebují celoživotní vedení, dohled a podporu k učení. Potvrdila jsem si šetřením skutečnost, že vzdělávání poskytuje důležitou životní náplň jedincům, kteří z různých důvodů nepracují. Otevírá jim nové možnosti, posiluje jejich sebevědomí, samostatnost, rozvíjí komunikativní a asertivní dovednosti“ (Zemková In Ústav pro informace ve vzdělávání, 2003, s. 22).

Dle Jesenského (2000) předpokládá model speciálněpedagogické andragogiky nalézt a dále rozšiřovat konzistentní soubor poznatků o dané problematice. V České republice lze nalézt v tomto směru aktivity především nestátních organizací. Například Společnost pro podporu osob s mentálním postižením realizovala v letech 2011 – 2013 mezinárodní projekt Cesty. Cílem projektu bylo zpřístupnění aktivit ČŽV dospělým osobám s MP. Avšak výstupy zmíněného projektu představují pouze brožury, žádné jiné praktické aktivity směrem k cílové skupině ani zpětné hodnocení přínosnosti realizovaných aktivit. Diverzitu v nabídce podporuje i orientace jednotlivých poskytovatelů edukace (různé spolky, sociální družstva, iniciativy občanské i církevní povahy) (srov. Bazalová, 2003). Dle Matouška (2001) je funkce organizací ovlivněna existujícím systémem služeb v dané zemi. Ve Skandinávii se podílejí zejména na rozvoji služeb pro osoby s MP, ale za jejich tvorbu je odpovědný systém veřejné správy. V Německu tyto organizace vytvářejí potřebná zařízení, ovšem pouze za podpory státu. Česká republika postupně předává práva a povinnosti do kompetence občanů jako následek oslabení vlivu státu. Dle Jankovského (2001) se občané projevují silnou neochotou převzít na sebe v této souvislosti odpovědnost.

Nyní budou možnosti edukace osob s MP řazeny chronologicky. Níže uvedený text je výtah z článku autorky dizertační práce pro internetový portál Šance dětem. Vzdělávání dětí s MP může probíhat buď v rámci škol hlavního vzdělávacího proudu, nebo v rámci škol zřízených dle § 16, odstavce 9. Vyhláška č. 147/2011 Sb., zmiňovala vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, které může probíhat formou:

- individuální integrace,
- skupinové integrace,
- ve škole samostatně zřízené pro žáky se ZP,
- kombinací uvedených forem.

Dle nové vyhlášky č. 27/2016 Sb., jsou možnosti opět individuální integrace, skupinová integrace, dále vzdělávání žáků ve třídě nebo škole zřízené dle § 16, odstavce 9.

Proces edukace osoby s MP lze rozdělit do 4 oblastí:

- předškolní vzdělávání,
- období plnění povinné školní docházky,
- střední vzdělávání,
- celoživotní vzdělávání.

V celém edukačním procesu se klade důraz na názornost, časté opakování naučeného, a to především s bezprostředním transferem nově osvojené činnosti. Je otázkou, jakým způsobem novelizace ovlivní samotný proces edukace či dospělý život osob s MP. Protože se novela vyhlášky 27/2016 Sb., dospělých osob s MP prozatím přímo netýká, bude v následujícím textu popsán dříve platný stav.

Předškolní vzdělávání

Je založeno na spolupráci rodiny a předškolního zařízení. Předškolní zařízení může spadat do resortu MŠMT (mateřské školy), MPSV (raná péče, denní stacionáře) a neziskového sektoru. V raném věku dítěte lze využít služeb rané péče (služba sociální prevence). Podle zákona se jedná o službu, která je poskytována dítěti a rodičům dítěte, u kterého je přítomno ZP nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu. Raná péče je zaměřena na děti od narození do tří let věku. Pokud se jedná o těžší postižení nebo o absenci návštěvy předškolního zařízení, může zde být dítě evidováno až do nástupu do školy (zpravidla do sedmého až osmého roku věku). V praxi je situace taková, že dítě dochází do rané péče do té doby, než začne navštěvovat vzdělávací instituci. Další variantou pro rozvoj dětí s MP v mladším předškolním věku je využití programu takzvané včasné stimulace – v České republice je to program Portage. V tomto programu je velmi podrobně rozpracován nácvik pohybových aktivit, rozumové stimulace, sociálních dovedností, komunikačních schopností a sebeobsluhy. Jako instruktoři těchto programů mohou působit speciální pedagogové, popřípadě psychologové, kteří službu poskytují v přirozeném prostředí dítěte (doma či v zařízení sociálních služeb, pokud zde dítě trvale žije). Setkání se konají v rozmezí jednoho až dvou týdnů a součástí aktivit je i emoční podpora pro rodiče a poradenství. Důležité je, že instruktor společně s rodiči plánuje a upravuje další postup. Tento stimulační program je součástí náplně práce speciálně pedagogických center pro žáky s MP. V systému sociálních služeb lze v předškolním věku využít také sociálních služeb denních stacionářů nebo osobní asistence (opět jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění). Denní stacionář může navštěvovat dítě, které v blízkosti trvalého bydliště nemá dostupnou žádnou vhodnou mateřskou školu (a pro rodiče je obtížné dopravovat dítě do jiného města), nebo mohou být denní stacionáře využity jako alternativa za jesle, ovšem pouze do tří let věku dítěte. Osobní asistence je vhodná forma při podpoře pravidelné docházky do různých institucí a lze ji využít v průběhu dospívání i dospělosti.

První institucí, kterou může dítě s MP navštěvovat, je mateřská škola. Do mateřské školy jsou přijímány děti od tří let věku a mohou ji navštěvovat do doby zahájení povinné školní docházky. Přednost při rozhodování o přijetí do mateřské školy mají děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Formu vzdělávání v běžné mateřské škole využívají děti s lehkým MP, protože tyto obtíže nejsou v daném věku natolik zřetelné, aby byly diagnostikovány. Pro děti s těžším postižením byla k dispozici mateřská škola speciální (aktuálně škola zřízená dle § 16, odstavce 9) nebo integrace dítěte v běžné třídě mateřské školy. Mateřská škola speciální byl typ školského zařízení, do kterého byly přijímány děti s MP. V mateřské škole speciální již docházelo k určitému uzpůsobení podmínek, jako je třeba snížení počtu žáků ve třídě, přítomnost speciálního pedagoga, odpovídající materiální a didaktické vybavení. Dítě s MP mohlo navštěvovat i mateřskou školu pro děti s vadami sluchu a zraku (kombinovaný typ postižení). Před započítáním povinné školní docházky mohlo dítě s MP docházet do přípravného stupně základní školy speciální. Dítě bylo jeho prostřednictvím vzděláváno, ale nezapočítávalo se do doby plnění povinné školní docházky. Přípravný stupeň byl určen primárně dětem se středně těžkým, těžkým a hlubokým MP a kombinovaným postižením a byl chápán jako příprava na proces povinné

školní docházky. Přípravný stupeň základní školy speciální mohlo dítě s MP navštěvovat od 5 let věku. Počet žáků byl limitován a to na maximálně 6 a nejméně 4 děti. Další variantou byla přípravná třída základní školy, která fungovala v rámci běžné základní školy nebo v rámci základní školy praktické. Přípravná třída základní školy byla oficiálně zřízena pro děti se sociálním znevýhodněním. Přípravné třídy nespádaly pod povinnou školní docházku. Děti v nich byly vzdělávány podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (stejně jako v mateřských školách).

Základní vzdělávání

Základní vzdělávání souvisí s plněním povinné školní docházky. Žák s MP se může vzdělávat v běžné základní škole, dále vzdělávání probíhalo v základní škole praktické nebo v základní škole speciální (aktuálně škola zřízená dle § 16, odstavce 9). Docházka do základní školy speciální nebo základní školy praktické byla podmíněna vyjádřením a doporučením školského poradenského zařízení a písemným souhlasem zákonného zástupce žáka. V běžné základní škole může i nadále být žák s MP vzděláván formou individuální nebo skupinové integrace. Žáci s lehkým MP navštěvovali převážně základní školu praktickou. Pojem „praktická“ zdůrazňoval vybavenost školy cvičnými byty, dílnami zaměřenými na práci s různým materiálem. Základní škola praktická se členila na 1. stupeň (první až pátá třída) a 2. stupeň (šestá až devátá třída). Seznam předmětů byl srovnatelný s běžnou základní školou, ale hodinová dotace na jednotlivé předměty je nižší a obsah učiva není tak rozsáhlý. Na základní škole praktické se žáci vzdělávali podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání – přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým MP. Po ukončení základní školy praktické získal žák základní vzdělání (stejný výstup jako z běžné základní školy). Žáci se středně těžkým, těžkým a hlubokým MP navštěvovali základní školu speciální. Ta se zaměřovala na rozvoj poznatků o společnosti, dále na základní návyky sebeobsluhy, praktických činností a maximální možnou míru osvojení si dovedností trivium. Doba docházky byla 10 let. Základní škola speciální se skládala ze dvou stupňů: 1. stupeň (první až šestý ročník) a 2. stupeň (sedmý až desátý ročník). Žáci byli vzděláváni podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální, který se skládá ze dvou částí:

- Díl I se zaměřuje na vzdělávání žáků se středně těžkým MP,
- Díl II obsahuje vzdělávání žáků s těžkým MP a souběžným postižením více vadami.

V tomto typu školy došlo i k vzdělávání dle Rehabilitačního programu pomocné školy. Tento program se dříve zaváděl jako alternativa ke vzdělávání na bývalých pomocných školách. Je určen žákům s těžkým a hlubokým MP na základních školách speciálních.

Česká legislativa zmiňuje i jiný způsob plnění povinné školní docházky:

- individuální vzdělávání,
- vzdělávání žáků s hlubokým MP (viz výše).

V rámci školního věku lze využít systém speciálně pedagogických center. Speciálně pedagogická centra a pedagogicko- psychologické poradny jsou školská poradenská zařízení. Speciálně pedagogické centrum může dítě s MP navštěvovat od tří let věku do doby ukončení vzdělávání (zpravidla základního, ve výjimečných případech středního). Do speciálně

pedagogického centra je možné s dítětem docházet nebo pracovníci centra sami navštěvují školy a školská zařízení, kde se vzdělávají žáci s MP a za závažných podmínek i rodiny dítěte s MP. Děti s MP mohou navštěvovat speciálně pedagogická centra pro žáky s MP, případně speciálně pedagogická centra pro děti s více vadami (což bývá v praxi častější).

Střední vzdělávání

Žáci s MP si mohou zvolit k dalšímu studiu jakoukoliv střední školu při splnění dvou podmínek. První je dosažení základního vzdělání (absolvováním základní školy či základní školy praktické) a druhou podmínkou je splnění přijímacího řízení na zvolený typ školy. Přímou pro žáky s MP jsou zřízena odborná učiliště a praktické školy. Odborná učiliště jsou primárně určena pro absolventy základní školy praktické. Výuka se skládá z mnoha různých oborů (orientovaných na manuální práce, těžištěm výuky jsou praxe/stáže), jednotlivé učební plány jsou redukovány. Doba trvání jsou 2, případně tři roky, výstupem získá absolvent výuční list. **Praktická škola** se liší dobou docházky. Praktická škola může být buď roční, nebo dvouletá. První typ je určen absolventům základní školy speciální (žákům s těžkým MP, žákům s kombinovaným postižením). Vzdělání na praktické škole je zaměřeno více na oblast praktického života a na jednoduché manuální činnosti. Studenti jsou vzděláváni podle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání praktická škola jednoletá. Praktická škola dvouletá je určena rovněž absolventům základní školy praktické (žákům se středně těžkým MP nebo žákům s lehkým MP v kombinaci s postižením jiným). Vzdělání je opět zaměřeno na praktické činnosti s důrazem na rozšíření všeobecného vzdělání, získání základních pracovních návyků, přípravu na vykonávání jednoduchých pracovních činností. Studenti jsou vzděláváni podle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání praktická škola dvouletá.

Celoživotní vzdělávání

Proces celoživotní vzdělávání u osob s MP vymezují dvě základní kategorie vzdělávání, a to základní vzdělávání a další vzdělávání. Základní vzdělávání je typ, který je poskytován resortem MŠMT. Základní vzdělávání je primárně určeno těm osobám s MP, které byly v mládí zbaveny povinnosti docházet do školy, a po dobu jejich života nedošlo k revizi tohoto rozhodnutí. Do kategorie další vzdělávání spadají tři dostupné možnosti celoživotního vzdělávání pro osoby s MP:

- kurzy pro doplnění vzdělání,
- večerní školy,
- aktivační centra.

V kategorii **kurzy pro doplnění vzdělání** se rozlišuje kurz pro získání základního vzdělání a kurz pro získání základů vzdělání. Kurz pro získání základního vzdělání realizuje běžná základní škola nebo základní škola praktická a střední škola. Forma studia může být dálková nebo denní. Doba trvání kurzu je jeden rok a nástup do kurzu není omezen věkem zájemce o studium. Studium je ukončeno zkouškou, která odpovídá výstupům Rámcového vzdělávacího programu. Kurz pro získání základů vzdělání realizují základní školy speciální, je určen pro osoby se středně těžkým, těžkým MP a kombinovaným postižením, které ukončily vzdělávání na základní škole praktické v nižším než devátém ročníku. Doba trvání kurzů je jeden rok, a to buď v každodenní docházce, nebo jde o individuální výuku ve škole

či místě bydliště žáka, případně v zařízení sociálních služeb (pokud zda dospělý člověk s MP trvale žije).

Večerní školy poskytují možnost následné edukace absolventům základních škol speciálních a základních škol praktických. Večerní školy mohou navštěvovat i dospělé osoby s MP, které nenavštěvovaly dříve základní školu, a tedy nemají ukončenou povinnou školní docházku. Náplní večerních škol je především prohlubování vědomostí a praktických dovedností, poskytují smysluplné trávení volného času, rozšiřují komunikační kompetence a jsou důležitým prvkem sociální interakce. Náplň vzdělávacích aktivit se odvíjí od individuálních (nebo aktuálních) potřeb. Zřizování večerních škol je zpravidla záležitostí neziskového sektoru (občanských sdružení). První večerní škola byla založena v roce 1991 Psychopedickou společností ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Karlovy v Praze. **Aktivační centra** jsou školská zařízení, která se zaměřují na poskytování celoživotních vzdělávacích aktivit dospělým osobám s MP, které absolvovaly povinnou školní docházku, ale nenalezly uplatnění na otevřeném či chráněném pracovním trhu či tuto možnost z různých důvodů ztratily. Aktivační centra jsou zřízena převážně při základní škole praktické nebo základní škole speciální. S ohledem na zvyšující se význam celoživotního vzdělávání nejen u populace bez postižení, ale i u osob s MP, je třeba během celého života klást důraz na možnost volnočasových aktivit, případně jakýchkoli aktivizačních činností. Právě volnočasové aktivity, které jsou realizovány mimo proces edukace, poskytují možnost pro rozvoj komunikačních schopností, praktických dovedností a sociální interakce. Významnou součástí je i v maximálně možné míře posilovat samostatnost, soběstačnost, dovednosti sebeobsluhy stejně jako sociální roli dospělého jedince.

V České republice narůstá počet dospělých osob s MP (ať už vrozeným či následkem úrazů, nemocí apod.), kteří nejsou ekonomicky aktivní (i když by tomu mohlo být jinak). Proto by prakticky orientovaná podoba edukace měla podpořit zájem osoby s MP o svou vlastní budoucnost. Jejím východiskem je připravit člověka na sociální role dospělého a rozvíjet fyzické, psychické i duševní kvality s maximální možným zapojením nejen do nejbližší sociální komunity, ale i života společnosti jako celku.

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část dizertační práce je zaměřena na deskripci struktury výzkumu. Jako hlavní prvek byl zvolen kvalitativní výzkum doplněný o kvantitativní přístup. Níže je představen aktuální stav zkoumané problematiky, dále cíle výzkumného šetření společně s hypotézou a výzkumnými otázkami. Součástí textu je také charakteristika jednotlivých výzkumných souborů, rovněž i popis procesu získávání dat. Na tuto část navazuje interpretace výsledků společně s jejich analýzou. V závěru je prostor pro diskuzi a doporučení vztahující se k tuzemské speciálněpedagogické praxi.

Dizertační práce se zabývá vybranými aspekty edukace dospělých osob s MP v podmínkách České republiky, konkrétně jde o sociální aspekty a motivaci. Hlavním cílem je zjištění vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí uvedené cílové skupiny. Pro přehlednost práce byly stanoveny i cíle dílčí, mezi které spadá například identifikace názorů, postojů a potřeb odborníků, rodinných příslušníků vzhledem k edukačnímu procesu v dospělém věku. Zřetel bude brán na motivaci samotných dospělých jedinců s MP pro účast na edukačních aktivitách. Na základě neexistence studie, která by se zabývala přímo vlivem uvedených vybraných aspektů v českých podmínkách, je cílem získání komplexnějších poznatků o dané problematice.

4 Aktuální stav zkoumání v problematice edukace dospělých osob s MP

Zahraniční speciálněpedagogická literatura v kontextu dospělých osob s MP je orientována na oblast sociálního začleňování a život v komunitě jako efektivní prostředek edukace. Současné odborné texty, statě i některé akademické práce pojednávají o vynucené cestě úplného sociálního začlenění jako následku vize plné transformace sociálních služeb ve společnosti. Upozorňují na nezbytnost adekvátního zvažování každé životní cesty člověka se zřetelem na paušalizaci (srov. Field, Leicester 2002; Theunissen 2003; Margelisch, 2005; Mapou 2008; Milner, Kelly, 2009; Hammel a kol., 2009; Bates, Davis, 2010).

Motivace dospělých osob s MP pro tuto skutečnost případně přínos pro vlastní osobu zůstává v pozadí. Cizojazyčné publikace, které pracují s pojmy dospělost, člověk s MP a edukace jsou například: Ross – Gordon (1989), jež poskytuje přehled pro edukátory osob s MP. Adelman, Vogel (1991) hovoří o potřebách této cílové skupiny v procesu edukace. Anna Gajar (1992) ve svém výzkumu popisuje priority tehdejšího výzkumu v kontextu zvolené cílové skupiny. Svě šetření zakončuje pozitivní vizí vzhledem k rozšiřující se nabídce edukačních aktivit v rámci sociálních služeb, ale i možností komunity. Telander (1994) se ve své dizertační práci věnoval adjustaci dospělých osob s MP. Autoři Gregg, Phillips (1996) upozorňují na začleňování a spolupráci jako nezbytný faktor edukace. Publikace Vogela, Redera (1998) kombinuje zveřejnění výsledků výzkumu stejně jako deskripci

charakteristik edukace osob s MP s akcentem na dospělost. Organizace Council of Europe vydala v roce 2003 knihu *Rehabilitation and integration of people with disabilities*, v níž zmiňuje minimum edukačních aktivit v dětském věku a neblahý vliv této skutečnosti na život v dospělosti. Přímo inkluzivní přístup k dospělým osobám s MP byl zpracován autory Walmsleyem, Johnsonem (2003). Emerson, Hatton (2008) ve své výzkumné stati zveřejňují výsledky týkající se edukace. Té se dle jejich výzkumů zúčastní pravidelně pouze každý třetí člověk s MP. Radková (2009) publikuje o aktuálních problémech osob s MP. Ty jsou však zpracovány opět velmi obecně a vycházejí z již známých informací. Vančová (2014) se věnuje edukaci a rehabilitaci osob s MP. Edukaci v dospělém věku nazývá edukační rehabilitací.

V soudobé české speciálněpedagogické literatuře je prostoru edukace osob s MP věnována jistá pozornost. Akademických prací, empirických šetření, publikací, odborných textů je k dispozici značné množství. Avšak jejich obsah je zacílen na dětský, školní případně adolescentní věk. Pokud hovoří o dospělosti osob s MP, vystačí si zpravidla se stručným popisem možností dalšího vzdělávání, deskripcí pracovního uplatnění případně postavením ve společnosti.

Na tomto místě je k dispozici výběr tuzemských publikací, které zpracovávají téma týkající se osob s MP a zčásti také edukace:

- Švarcová, I.: Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením (1995),
- Šiška, Jan: Mimořádná dospělost (2005),
- Švarcová, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče (2006),
- Müller, O.: Psychopedie – andragogika (2006),
- Pipeková, J.: Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů (2006),
- Franiok, P.: Vzdělávání osob s mentálním postižením (2008),
- Lečbych, M. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti (2008),
- Blažková, A.: Metodika podpory sociálních dovedností (2011),
- Křížkovská, P. a kol. Problematika edukace osob s mentálním postižením (2011),
- Křížkovská, P., Tomalová, P.: Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením (2012),
- Šelner, I.: Fenomén člověk s postižením (2012),
- Valenta, M., Michalík, J.: Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu (2012),
- Hachová, S. Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením (2013),
- Kozáková, Z., Krejčířová, O., Müller, O.: Charakteristika dospívání a dospělosti osob s MP (2013),
- Kozáková, Z., Pastieriková, L., Krejčířová, O.: Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením (2013),
- Kozáková, Z., Special education of persons with mental disability (2013),
- Finková, D.: Iniciační analýza podmínek inkluze u osob se specifickými potřebami (2013),

- Krejčířová, O., Kozáková, Z. Profesionální příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením (2013),
- Solovská, V., a kol. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením (2013),
- Bartoňová, M.: Inclusion in education for students with special educational needs from the perspective of research (2014),
- Pipeková, J., Vítková, M. a kol.: Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení (2014),
- Pipeková, J., Vítková, M. a kol. Od inkluze ve školním prostředí k sociální inkluzi a participaci ve společnosti (2014),
- Černá, M.: Psychopedie: speciální pedagogika osob s MP (2015),
- Pipeková, J., Vítková, M.: Social inclusion of people with intellectual disabilities (2015).

Dalším materiálem je text s názvem Rovnost práv pro všechny, jež vydala Společnost pro podporu osob s MP ve spolupráci s Inclusion Europe v roce 2005. Společnost s názvem „Máme otevřeno“ realizovala v letech 2005 - 2006 empirické šetření na téma: Jak se u nás žije lidem s postižením?. Projekt MAKE-ABLE byl financován prostřednictvím Národních Agentur v rámci programu celoživotního učení. Probíhal v roce 2006. Výhodiskem uvedeného projektu bylo tvořivým způsobem podpořit možnosti celoživotního učení dospělých osob s MP v evropském kontextu. Ve strukturálním období 2007 - 2013 byl realizován další projekt společnosti „Máme otevřeno“. Jeho cílem byla individuální podpora vedoucí k zaměstnání. Hlavními účastníky byly dospělé osoby s MP a jejich setkávání formou JOB klubů. Dále pisatelka dizertační práce společně s dalšími autory byla hlavním řešitelem Specifické grantové soutěže v roce 2011 s názvem Problematika edukace dospělých osob s mentálním postižením. Šetření se vztahovalo na Olomoucký a Moravskoslezský kraj. Cílem bylo detekovat kritéria práce, kritéria osobní a kritéria motivace. V roce 2012 byl v rámci Specifické grantové soutěže v roce proveden další dílčí výzkum s názvem Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti. Výstupem byla deskripce nabídek sociálních služeb pro uvedenou cílovou skupinu, role a životní možnosti. Okrajově jako možnost stimulace lze zmínit i projekt Fondu rozvoje vysokých škol Facilitační a stimulační techniky (autorka dizertační práce byla spoluřešitelkou), kdy informace vyšly v elektronické verzi v roce 2013. Zajímavé informace přináší diplomová práce s názvem Vzdělávací a výchovné aktivity se zaměřením na lidsko - právní tematiku v denním stacionáři pro dospělé osoby s mentálním postižením obhájená v roce 2014 na Masarykově univerzitě.

Důvodů pro minimum provedených šetření v této oblasti lze nalézt několik. Naprostá většina výzkumů se věnuje popisu současných možností osob s MP a akcentem na pasivní deskripci ze strany výzkumníka. Rovněž je nutné zohlednit problémy při navázání kontaktu s potenciaálními respondenty, stejně tak proces samotného sběru dat.

Aktuálně však není zdokumentováno, co přesně edukace dospělým osobám s MP přináší. Proto výhodiskem volby uvedené oblasti byla již výše zmíněná absence informací, které by vybrané aspekty edukačního procesu byly schopny odpovídajícím způsobem reflektovat. Na tomto základě byly stanoveny cíle, výzkumné otázky a hypotézy v součinnosti

metodologií výzkumu. Konkrétně šlo o nárys přínosu edukace z hlediska sociálních kompetencí, role motivace v průběhu edukačního procesu, dále jaké výhody a nevýhody v oblasti edukačních aktivit spatřují odborníci i rodinní příslušníci. Součástí volby předkládaného tématu rovněž byla přímá práce s uvedenou cílovou skupinou, požadavky ze strany odborníků a rodinných příslušníků a části dospělých osob s MP, které projevíly zájem o rozšíření (především praktických) kompetencí uplatnitelných ve společenském životě.

4.1 Metodologická východiska výzkumu

Pro optimálnější proniknutí do dané problematiky byla zvolena kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Za hlavní prvek byl zvolen kvalitativní výzkum doplněný kvantitativním přístupem. Cílem byla snaha o precizní statistické zpracování výsledků, ale zároveň zachování určité míry citlivosti vůči účastníkům výzkumu.

Jako hlavní výzkumná metoda byla zvolena biografická metoda, která se týká dospělých osob s MP. Vlastní biografii předcházelo provedení opakovaného polostrukturovaného interviu. To probíhalo dle konceptu biografického listu (viz příloha č. 1).

Kvantitativní přístup představuje Q-metodologie. Ta byla zaměřena na odborníky, kteří v praxi pracují s dospělými osobami s MP. Jednotlivé Q-typy byly koncipovány dle výsledků dotazníku rovněž určeného odborníkům. Poslední skupinu respondentů představují rodinní příslušníci/zákonní zástupci.

4.2 Cíl práce, stanovené výzkumné otázky a hypotézy

Intencí empirické části práce je charakteristika vybraných aspektů edukace určených dospělým osobám s MP. Na základě reflexe teoretických poznatků, požadavků z praxe (ze strany zákonných zástupců, odborníků a částečně i samotných dospělých osob s MP) předpokládá nedostatek informací v uvedené oblasti. Edukace je pojmána jako významný faktor ovlivňující kompetence a role dospělého jedince. Práce odráží tuto skutečnost prostřednictvím teoretických poznatků, názorů respondentů a autorky práce (viz výše realizované předvýzkumy).

Primárně došlo ke stanovení výzkumné oblasti. Ta byla následně zúžena a upřesněna prostřednictvím výzkumného problému. Předmět výzkumu poté specifikuje ty stránky, které budou nadále podrobeny výzkumu. Posléze došlo k formulaci výzkumných problémů, dále byly formulovány hypotézy a výzkumné otázky.

Oblast výzkumu

Vybrané aspekty edukace dospělých osob s MP.

Výzkumný problém

Jaká je vztah mezi působením edukace a začleněním dospělých osob s MP (konkrétně s diagnózou lehká a středně těžká MR) do běžného života společnosti?

Cíl výzkumu

Hlavní cíl: Detekce vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí dospělých osob s MP (konkrétně s diagnózou lehká a středně těžká MR).

Protože cíl výzkumu určuje jeho elementární orientaci, byl dále rozpracován do cílů dílčích, které podpoří nasycení obsahu hlavního cíle.

Jde o získání co nejpodrobnějších informací o uvedené problematice, stejně jako o potřebách, názorech, postojích odborníků a rodinných příslušníků. Na základě vydefinování hlavního cíle dizertační práce, byly posléze stanoveny cíle dílčí.

Dílčí cíle:

- Identifikace názorů, postojů a potřeb odborníků, kteří pracují s dospělými lidmi s MP ohledně oblasti edukace.
- Identifikace názorů, postojů a potřeb rodinných příslušníků, kteří pracují s dospělými lidmi s MP ohledně oblasti edukace.
- Zjištění motivace dospělých osob s MP pro proces edukace.

Následně došlo k diferenciaci na kvantitativní a kvalitativní část.

Kvantitativní část: Na základě stávajících teoretických poznatků (odborných publikací, části realizovaných akademických prací), potřeb praxe, proběhlých předvýzkumů a části cílů výzkumu byly stanoveny věcné hypotézy, které byly následně (pro potřeby ověřování) přeformulovány na statistické hypotézy:

H₁: Podíl respondentů, kteří přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam, je stejný u odborníků i u zákonných zástupců.

H₂: Odborníci přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam častěji než zákonní zástupci.

H₃: Podíl respondentů, kteří uvádějí praktické zaměření edukačních aktivit, je stejný odborníků i u zákonných zástupců.

H₄: Odborníci uvádějí praktickou orientaci edukačních aktivit častěji než zákonní zástupci.

H₅: Podíl respondentů, kteří zastávají názor, že poskytované edukační aktivity prohlubují dovednosti osob s MP, je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₆: Odborníci uvádějí prohloubení dovedností v souvislosti s poskytovanými edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci.

H₇: Podíl respondentů, který je s edukačními aktivitami spokojen, je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₈: Odborníci uvádějí spokojenost s edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci.

H₉: Podíl respondentů, kteří uvádí přínos edukačních aktivit pro běžný život, je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₁₀: Odborníci uvádějí přínos edukačních aktivit pro běžný život častěji než zákonní zástupci.

Kvalitativní část: Na základě stávajících teoretických poznatků (odborných publikací, části realizovaných akademických prací), potřeb praxe, proběhlých předvýzkumů a části cílů výzkumu byly pro kvalitativní část stanoveny tyto cíle výzkumu.

1. Existuje souvislost mezi procesem edukace a rozvojem sociálních kompetencí dospělých osob s MP?
2. Existuje souvislost mezi motivy dospělých osob s MP a realizací edukace?

Pro splnění stanovených cílů výzkumu, bylo zapotřebí výzkumné cíle rozdělit na výzkumné otázky. Tyto budou ověřovány kvalitativním výzkumem.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka týkající se problému č. 1

1. Jaký je vztah mezi procesem edukace a rozvojem sociálních kompetencí dospělých osob s MP?

Výzkumná otázka týkající se problému č. 2

2. Jaký je vztah mezi věkem dospělých osob s mentálním postižením a využitím edukačního procesu?

Výzkumná otázka týkající se problému č. 2

3. Jaký je vztah mezi vnitřními motivy dospělých osob s MP k procesu edukace a jeho skutečnou realizací?

4.3 Design výzkumu

Pro potřeby výzkumu byl pro získání citlivých a rovněž plně validních dat zvolen primárně kvalitativní výzkum doplněn výzkumem kvantitativním. Chráška (2007) uvádí výhodnost kombinování obou druhů výzkumů. Stejný názor zastávají také autoři Gavora (2000), Punch (2008), Čermák in Miovský (2009). Uvedeným přístupem lze navýšit vypovídající hodnotu zkoumaného jevu (Janík, Knecht, Šebestová, 2011). Východiskem bude pochopení, popis situace, zodpovězení výzkumných otázek stejně jako ověření hypotézy.

Struktura výzkumu respektovala zachování etických pravidel. Účast všech aktérů byla na dobrovolné bázi. U biografické metody, jež se týkala dospělých osob s MP, jsou etické zásady podrobněji rozepsány. Pro potřeby dizertační práce byl verbálně stvrzen informovaný souhlas. Proto je možné jej považovat za aktivní (srov. Šustek, 2007; Šimek, 2015; Vavrušková, Vozáb, 2015). V počátek realizace výzkumu byli všichni respondenti seznámeni s definicí edukace pro potřeby dizertační práce (viz kapitola č. 3.). Před samotným počátkem realizace empirické části práce byli jednotliví respondenti seznámeni s možností odstoupení v aktuální či prováděcí fázi. Profesní odstup mezi účastníky výzkumného šetření a samotným výzkumníkem byl zachován. O anonymitě (vlastních jmen, osobních údajů) byli respondenti informováni. Její zachování bylo důsledně dodržováno. V rámci kvalitativního šetření byli respondenti označeni dle vlastních preferencí (paní M. T., pan č. 2). U zákonných zástupců jsou veřejnosti zprostředkovány údaje o věku, pohlaví, vztahu vůči dospělým osobám s diagnózou LMR, STMR. Podmínkou byl příbuzenský/právně stanovený vztah s dospělým člověkem s MP. U odborníků byla kritériem výběru praxe s cílovou skupinou delší

než 2 roky, stejně jako profesní uplatnění v sociálních službách. Dále jsou zveřejněny pouze údaje o pohlaví.

Aktéři Q-metodologie jsou označeni pořadovým číslem.

Kvalitativně orientovaný výzkum

Kvalitativní výzkum je zaměřen do oblasti kvalitativní analýzy, tedy na bližší proniknutí výzkumníka k respondentovi a subjektivní charakteristiky jednání člověka (Chráska, 2007). Za metou sběru dat v této části byla zvolena forma polostrukturovaného interview jako sběr stěžejních podkladů pro tvorbu biografického listu. Ten sloužil jako základ pro provedení biografie, jež je hlavním zdrojem pro interpretaci dat v kvalitativní části. Pro potřeby dizertační práce byl zvolen typ komentované biografie, kdy vyprávění jednotlivých respondentů obsahují doplňující komentáře a vysvětlivky. Protože polostrukturované interview předchází provedení biografie, bude ve výčtu níže uvedeno jako první.

Chráska (2007, s. 183) definuje interview jako „metodu shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta“. V metodologické literatuře se s poměrně stejnou frekvencí objevují pojmy interview a rozhovor. Chráska (2007) upřednostňuje termín interview, ostatní autoři pojmy volně zaměňují. Hendl (2008) zdůrazňuje, že kvalitativní rozhovor nemusí být vždy „pouhým“ zdrojem dat, ale může mít mnohdy i intervenční povahu. Na tomto základě musí být zajištěn dostatečný kontakt mezi výzkumníkem a respondentem. Gavora (2010) spatřuje přínos zejména v zachycení faktů, motivů a postojů respondenta. Kutnohorská (2009) doplňuje, že rozhovor patří mezi nejobtížnější, ale zároveň i nejvýhodnější techniky získávání kvalitativních dat. Pro potřeby dizertační práce bylo vybráno **polostrukturované interview** (též rozhovor pomocí návodu) viz autoři Reichel (2009); Hendl (2008), které se jeví jako nejvhodnější. Respondenti budou mít k dispozici alternativy odpovědí, ale bude od nich požadováno vysvětlení (srov. Kozel, 2006). Hendl (2008) vyzdvihuje možnost dotazovaného sdělit vlastní zkušenosti a „dovysvětlit“ odpověď. Dle Chrásky (2007) v sobě zvolený typ rozhovoru kombinuje výhody a nevýhody strukturovaného a nestrukturovaného interview. Reichel (2009) dokonce tento typ rozhovoru preferuje s odůvodněním minimalizace nevýhod. Kutnohorská (2009) vymezuje nutnost stanovení si úvodního schématu, které je pro tazatele závazné. Schéma zároveň specifikuje jednotlivé oblasti otázek, jež budou respondentům pokládány. Dle Kutnohorské (2009) poskytuje volba polostrukturovaného interview jistotu, že základní témata, vymezená prostřednictvím otázek, budou opravdu probrány. Hendl (2008) k tomu dodává, že tazatel rovněž může přizpůsobit pořadí kladení otázek. Hanzl (2012) vyzdvihuje zejména možnost realizace rozhovorů s více respondenty s následným přehlednějším porovnáváním jejich odpovědí. Při konstrukci interview budou dodržovány zásady uváděné v odborné metodologické literatuře (srov. Chráska 2007; Miovský 2006; Gavora 2010).

Schéma polostrukturovaného interview, jež byl určen dospělým osobám s MP, následně přesně vymezuje jednotlivé tematické okruhy otázek určených respondentům. Před jeho započítím byl účastníkům výzkumného šetření opět představen cíl práce stejně jako směr vedení rozhovoru. S opětovně vysloveným souhlasem započalo i samotné polostrukturované interview. Obsah a způsob kladení otázek byl přizpůsoben cílové skupině.

Úvodní oddíl zjišťoval údaje o vlastním narození a osobě, bydlišti a místě průběhu realizace rozhovoru. Během polostrukturovaného rozhovoru byly aktérům opětovně pokládány otázky zjišťující demografické údaje.

- Jaké je Vaše jméno?
- Můžete uvést, kde teď spolu jsme?
- Kde teď bydlíte?

Druhá část se zaměřila na zjišťování údajů ohledně dětského věku. Konkrétně šlo o informace týkající se života v dětství, kontaktu s rodinou, kontaktu s vrstevníky a edukace.

- Když jste byla/byl malá/malý, žil/žila jste doma?
- Měl/měla jste kamarády?
- Chodila/chodil jste do školy?
- Proč jste tam chodila/chodil?
- Jak jste vycházela/vycházel s rodiči?
- Chybělo Vám něco nebo stýskalo se Vám po něčem?
- Co Vám dělalo radost?

Ve třetí části byly zjišťovány informace týkající se doby dospívání a dospělosti. Opět byly směřovány do identických oblastí jako část č. 2.

- Jaké bylo Vaše dospívání?
- Udrželo se Vaše přátelství z dětství?
- Co Vás potěšilo?
- Chodil/chodila jste do školy?
- Změnily se nějak Vaše vztahy s rodinou?
- Pomáhá Vám teď někdo (rodiče, sourozenci, přátelé)?
- Trápilo Vás něco?
- Co pro Vás znamená být dospělá/dospělý?
- Jste v současnosti spokojená/spokojený?
- Je něco, co v současnosti děláte nerada/nerad?
- Žila/žil jste někdy partnerským životem?
- Využíváte v současnosti čtení, psaní počítačů?
- Co Vám dělá největší starosti ohledně budoucnosti?
- Chtěl/chtěla byste se učit něčemu novému?
- Je něco, čeho se obáváte?
- Máte pocit, že se nějak liší Váš život a život Vašich sourozenců?
- Jak trávíte svůj volný čas?
- Chodíte do zaměstnání?
- Čeho chcete v životě dosáhnout?
- Jaká je Vaše motivace pro Vaše nynější činnosti?
- Musela/musel jste překonat nějaké problémy?
- Máte nějaké známé/přátele?

Ve třetí části byly pokládány otázky orientované na současnost.

- Jste teď spokojen/spokojena?
- Máte nějaké obavy ohledně Vaší budoucnosti?
- Přemýšlíte nad vlastním stářím?
- Trápí Vás něco?
- Je něco, co chcete před svou smrtí vyzkoušet či dokázat?

Uvedené schéma polostrukturovaného interview sloužilo jako sběr stěžejních podkladů pro tvorbu biografického listu. Biografický list představuje elementární prvek realizace biografie. Linhart (1996) překládá **biografickou metodu** jako složeninu řeckých slov bios (život) a grafo (psát, napsat). Hendl (2008) považuje biografii za deskripci životní historie příslušného jedince. Konkrétně jde o „rekonstrukci a interpretaci příběhu života jedince někým druhým“ (Tamtéž, s. 128). Nosková (2014) v souvislosti s formováním biografického výzkumu uvádí jméno Wilhelma Diltheyho. V rámci biografického designu nedochází ke sledování horizontální linie (tedy jednotlivých témat), ale linie vertikální (ontogenezi jednotlivých oblastí) (Švaříček; Šed'ová, 2007). Hanzl (2012) uvádí, že biografický výzkum je zvláštní verze případové studie. „Biografický přístup objevuje ty, kteří by jinak zůstali němými a nevědomými objekty historie, dává jim šanci stát se subjekty, kteří si čtou v knize svého osudu s otevřenými očima“ (Poitevin, 1989, s. 175). Dle Jandourka (2008) jde především o spolupráci výzkumníka a respondenta, ale při práci mohou být užity i další osobní materiály jako deníky, zprávy, dopisy, cestovní záznamy. Hlavní úlohou výzkumníka je snaha o pochopení subjektivního pohledu respondenta na daný jev a posléze předložení jeho interpretace. Cílem je rekonstrukce pouze vybrané etapy života člověka (Švaříček; Šed'ová, 2007). Průcha; Veteška (2012) zmiňují výhodné využití této metody s ohledem získání informací o možných faktorech, jež mohly ovlivnit vzdělávací nebo profesní dráhu jedince. Smyslem tohoto metodologického přístupu tedy není na základě vyprávění přesně definovat, jaké situace se v minulosti odehrály, ale smysl spočívá právě v rozpoznání konkrétního pohledu příslušného člověka. Reichel (2009) doplňuje, že výzkumníkovi jde o získání takových údajů, které nelze jinak získat. Dle Hendla (2008, s. 128) biografický výzkum pracuje s „vnitřními perspektivami jedince, dále s interakcí jedince v sociálním kontextu a zkušeností jedince v různých rolích v průběhu různých okamžiků života“. Biografický výzkum nachází své upotřebení nejen v pedagogice, ale i v příbuzných oborech (psychologie, sociologie). V pedagogice je využíván jako nástroj pro zkoumání pedagogů jako nositelů edukačního procesu s variabilitou dílčích témat. Je zohledněno subjektivní přesvědčení a postoj k problematice. (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Účelem biografické metody v dizertační práci je identifikovat subjektivní pohled respondentů na etapu vlastní dospělosti společně s vlivem minulé či aktuálně probíhající edukace a jejich sociálními kompetencemi. Tedy jde o rozpoznání součinnosti edukačního procesu a aktuálních sociálních rolí z pohledu dospělých osob s MP. Za vlastní biografii dochází k rekonstrukci případu a posléze k rozčlenění textu do jednotlivých sekvencí, jež jsou uvedeny v tabulkách.

Kvantitativně orientovaný výzkum

Základem kvantitativního výzkumu je filozofický směr pozitivismus. Cílem je kvantitativní analýza získaných dat (Chráska, 2007) a zachycení reality na základě definovaných proměnných (Punch, 2008). Podle vyjádření stejného autora umožňuje kvantitativní šetření širokou míru aplikovatelnosti. Výzkumník si udržuje od respondenta odstup. Vzhledem k nutnosti číselného vyjádření získaných údajů dochází k velmi vysoké reliabilitě, avšak na straně druhé nastává redukce získaných informací (Disman, 2000). Jako metody sběru dat byly zvoleny dotazník a Q-metodologie.

Dotazník

V pedagogických vědách patří dotazník mezi nejfrekventovanější způsoby sběru dat. Gavora (2007, s. 99) definuje dotazník jako „způsob písemného kladení otázek a písemného získávání odpovědí“. Chráska (2007) uvádí častou výtku dotazníků a to, že nezjišťuje pedagogickou realitu, ale spíše to, jak sebe sami respondenti chtějí prezentovat. Stěžejní podmínkou konstrukce dotazníku byla precizní formulace jeho cíle, jež byl srozumitelně sdělen respondentům (Čábalová, 2011). Dotazník poskytuje možnost vzhledem k potřebnému času a úsilí tazatele i dotazovaného získat velké množství dat, která lze kvantifikovat (za minimální výdaje). Schéma dotazníku se skládá ze tří základních oblastí: vstupní část, vlastní otázky a poděkování za spolupráci. (Gavora, 2007). Pro potřeby dizertační práce byla zvolena metoda kvótního výběru. O tomto typu hovoří např. Chráska (2008). Na základě stanovených charakteristik (délka praxe více než 2 roky, práce s dospělými osobami s MP, pracovní poměr v zařízení sociálních služeb) došlo ke stanovení složení vzorku. Po provedení prvního výběru, došlo ke zúžení souboru, což bylo důležité pro přijatelnější práci (vzhledem k velikosti a dosažitelnosti). Ze zúženého souboru byl proveden výběr náhodný. Při konstrukci dotazníku byl kladen důraz na variabilitu, reliabilitu a praktičnost. Dotazník (viz příloha č. 2) obsahoval kontaktní, funkcionálně – psychologické a kontrolní položky. U formy požadované odpovědi byly aplikovány strukturované a nestrukturované odpovědi. Strukturované odpovědi měly charakter polytomické položky škály Likertova typu. Samotná konstrukce kladla důraz na doporučení, dostupná v odborné literatuře. Předpokládaná doba potřebná jeho vyplnění činila 20 – 25 minut. Dotazník byl respondentům distribuován prostřednictvím elektronické pošty (v internetové doméně google.com). V závěru dotazníku byl vymezen prostor pro připomínky a komentáře respondentů. Pro statistické zpracování výsledků, které bude sloužit jako potvrzení nebo vyvrácení uvedených hypotéz, byla zvolena tato statistická metoda: **Fisherův kombinatorický test**. Při administraci statistických testů významnosti bude aplikována v pedagogických výzkumech nejčastěji užívaná hladina významnosti 0,05 (5 %).

Fisherův kombinatorický test lze dle Chrásky (2007) užít při velmi malých četnostech. Jednotlivé naměřené četnosti ve čtyřpolní tabulce byly malé pro užití Chí- kvadrátu. Zvolený test vypočítá přímo pravděpodobnost odmítnutí nulové hypotézy. Četnosti byly nejprve sdruženy do čtyřpolní tabulky (případně další pomocné tabulky). V každé základní tabulce byla zvolena nejmenší četnost, která byla následně zmenšována o 1 (což bylo zaznamenáno v pomocných tabulkách). Marginální četnosti zůstaly nezměněné (srov. Příhonská, 2013; Krpec, 2015).

Další metodou kvantitativního zaměření je **Q-metodologie**. Tato metoda je z důvodu statistického zpracování výsledků hodnocena jako kvantitativně orientovaná. Avšak někteří autoři (srov. Sexton, Snyderová, Wadsworthová, 1998; Pelikán, 1998; Chráska, 2003) ji vnímají jako kvalitativní. Q-metodologie byla užita u odborníků (neboli expertů), kteří mají pracovní zkušenosti s dospělými lidmi s MP. Prostřednictvím této metody vyjadřovali aktéři svá stanoviska, která se týkají procesu edukace. Punch (2008) řadí Q-metodologii mezi specializovanější kvantitativní výzkumné strategie. Při zpracování výsledků byl kladen důraz nejen na průměrné hodnocení, ale i na směrodatnou odchylku (Chráska, 2007). Q-metodologie podle Chrásky (2007, s. 231) je název pro skupinu psychometrických a statistických procedur, jejím tvůrcem je William Stephenson. Podstatou této metody je skutečnost, že se „osobám předkládá balíček karet (Q-typy) a ty mají třídít podle určitého kritéria“. Na těchto kartách (Q-typech) jsou uvedeny objekty, které mají respondenti hodnotit. Respondenti Q-typy třídí podle různých významů (podle subjektivní důležitosti, významu pro konkrétní osobu, podle vlivu na něco). Ideální počet karet se pohybuje v rozmezí 60 – 120 (Strauss; Corbinová, 1999). Výhodou Q-metodologie je možnost vícekrát opakovaného třídění. Svoboda (2012) doplňuje i možnost promyšlení své původní volby ze strany respondenta. Q-metodologie může přispět k definování vlivu, přínosu edukačního procesu z pohledu odborníků. Respondenty jimi zvolené Q-typy informují o škále výpovědí o edukaci, vlastních postojích. Na tomto základě mohou účastníci výzkumného šetření získat vlastní zpětnou vazbu vzdělávání, očekávání (ČAPV, 2013). Počet Q-typů byl stanoven na hranici 60 Q-typů. Posléze byl spočítán Pearsonův koeficient pořadové korelace a data byla převedena do korelační matice.

4.4 Proces získávání dat

Všem skupinám respondentů byl opakovaně představen záměr dizertační práce, definované pojetí edukace a tematický okruh jim určený. Po ukončení sběru dat bylo znovu od aktérů šetření verbálně ověřováno, zda data mohou být dále zpracována.

Komplikovanější způsob navázání spolupráce byl předpokládán u **rodinných příslušníků/ zákonných zástupců** dospělých osob s MP. Z toho důvodu byli osloveni v počáteční fázi výzkumu. 10 rodinných příslušníků/zákonných zástupců souhlasilo s výzkumem během poskytování odborné intervence, další prostřednictvím kontaktu s pracovníky zařízení. Prvotní kontakt se týkal představení, sdělení informací ohledně záměru výzkumu. Potencionálním respondentům byly také zprostředkovány výsledky již proběhlých dílčích šetření. Po vyslovení souhlasu byli osloveni s žádostí o vyplnění dotazníku prostřednictvím příslušné instituce/zařízení. Tato instituce/zařízení jim předala odkaz na internetovou doménu, kde byl v elektronické formě dotazník uložen a bylo možné jej vyplnit. Odkazy byly aktivní na internetové doméně google.com. Kritériem pro tuto část respondentů byla právní vazba k dospělým osobám s MP, dále využívání sociálních služeb. Není možné striktně určit, kolik respondentů bylo hromadně osloveno. Avšak je znám počet oslovených pracovišť, která umožnila kontakt s respondenty a to 14. Struktura dotazníku reflektovala pravidla validity a byla vytvořena v listopadu 2014. Celkem elektronický dotazník vyplnilo 88 účastníků výzkumného šetření. Sběr dat probíhal od ledna do září 2015.

Polostrukturované interview bylo z hlediska formy výzkumu sestaveno v jeho sekundární části. Východiskem pro jeho tvorbu byla předchozí dílčí výzkumná šetření realizovaná autorkou dizertační práce. Osoby, tvořící výzkumný soubor, byly zvoleny na základě techniky záměrného výběru. Aktéři byli vybráni dle konkrétního prvku. Měřítkem bylo svolení k participaci na výzkumu, přiznání diagnózy v rozpětí LMR – STMR, věk musel odpovídat dospělosti (rozmezí 25 – 50 let). Vnímání osob s MP jako respondentů predikuje zohlednění specifik vyplývajících z jejich osobnostních zvláštností. Dříve realizované tuzemské výzkumy jsou v tomto směru velice střídme. Kontakty na dospělé osoby s MP byly získány přímým profesním kontaktem (minulým i současným). Již vzniklé přátelské pouto s dospělými osobami s MP, pozitivně ovlivnilo účast osob na výzkumu a jeho samotnou realizaci.

V návaznosti na polostrukturované interview byla koncipována **biografická metoda**. Biografická metoda jako kvalitativní přístup není ve speciálněpedagogickém prostředí až tak časným jevem. V akademickém roce 2014/2015 bylo jedno z témat diplomových prací na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy Epizodické biografie osob se zdravotním postižením. V roce 2015 byla obhájena bakalářská práce s názvem Změny kompetencí člověka s MP při přechodu z domova pro osoby se ZP do chráněného bydlení na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. V této práci se hovoří o edukačně – osobnostní a sociální biografii. Jiné dostupné práce či výzkumy se uvedeného tématu netýkají. Naopak velmi často je tohoto termínu užíváno pro formy psychobiografického modelu vzešlého z ošetrovatelství (Mlýnková, 2010; Štěpánková, Höschl, Vidovicová a kol. 2014). V zahraničí jsou dílčí výzkumy (s užitou biografickou metodou u osob s MP avšak odlišnou tematikou) publikovány. Jde o:

- Using Autobiographical Approaches with People with Learning Difficulties realizovaný autory Dorothy Atkinson a Janem Walmsleym. Výzkum byl publikovaný v odborném časopise *Disability & Society* v roce 1999. Zaměřoval se na možnosti aplikace tohoto typu empirického šetření u osob s MP. Cílem bylo identifikovat, zda výzkumníci jsou schopni dodržet etické aspekty výzkumu v práci s uvedenou klientelou.
- Research and Empowerment: Involving People with Learning Difficulties in Oral and Life History Research. Výzkum byl publikovaný v odborném časopise *Disability & Society* v roce 2004. Účastníky tohoto empirického šetření byli lidé s MP, kteří vyprávěli životní příběh, a posléze z dat byla konstruována jejich osobní životní historie. Získané informace byly využity jako prvky pro podporu podílů osob s MP na aspektech inkluzivního vzdělávání.
- V následujícím výzkumu se objevuje polemika nad užitím biografického přístupu u osob s MP. *Tales of Hidden Lives: A Critical Examination on Life History Research with People who have Learning Difficulties*. Výzkum byl publikovaný v odborném časopise *Disability & Society* v roce 1996. Prostor je věnován osobám s MP jako potenciálně ohroženým předpojatostí a manipulací ze strany výzkumníka. V textu jsou rovněž zmíněny obtíže získávání informací od osob s MP (specifika života vzhledem k většinové populaci, osobní postoje, hodnoty). Závěrem autor potvrzuje aplikaci

biografické metody u výše uvedené cílové skupiny avšak při zachování dostatečného odstupu a užití adekvátního kritického posouzení informací.

Výběr výzkumného souboru a jeho kritéria jsou analogické výběru užitému pro polostrukturované interview. To bylo prováděno opakovaně dle charakteristik předem koncipovaného biografického listu, který byl rozdělen na životní etapy dětství, dospělost a současnost. Biografický list sloužil jako podpora hlavní tematické linie v případě přílišné divergence respondentů od tématu. Autoři Švaříček, Šedřová (2007) jej uvádí jako vhodný pro chronologické studium života jedince. Účastníci byli motivováni k výběru odpovědí a jejich případnému dovysvětlení. Aktéři výzkumu byli požádáni o informovaný souhlas s participací. Za paní M. T. byl souhlas potvrzen opatrovníkem. Pan č. 2 souhlas vyjádřil sám. Respondenti byli stručně seznámeni s účelem šetření, zajištěním anonymity (personální údaje, lokalita) a užíváním označení jejich osoby dle vlastní volby (viz výše). Jednotlivá polostrukturovaná intervia probíhala pro respondenty ve známém prostředí (zařízení sociálních služeb, domov, místo výkonu práce). Sběr dat se odehrával během října 2015 – ledna 2016 v opakovaných setkáních. Interview trvala zhruba 45 minut (dle naladění respondentů, případně dalších skutečností) a byla zaznamenána na diktafon. Výsledky sloužily jako podklad pro biografická data s přesnou transkripcí.

V období od června 2015 do února 2016 byli osloveni **odborníci** na území vybraných krajů ČR prostřednictvím elektronické pošty s průvodním dopisem, který obsahoval stručné informace o zamýšleném výzkumu. Po vyjádření zájmu ohledně spolupráce byla zaslána komplexnější charakteristika zamýšlené dizertační práce. Při oslovování odborníků bylo postupováno následujícím způsobem. V rámci jednotlivých krajů České republiky byly vybrány organizace, které zastřešují (v souladu s platnou legislativou v rámci sociálních služeb) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti určené dospělým osobám s MP. Dalšími kritérii musela být praxe delší než 2 roky a práce s cílovou skupinou. Pro zajištění aktuálnosti bylo využito internetového registru Ministerstva práce a sociálních věcí poskytovatelů sociálních služeb – www.iregistr.mpsv.cz. Následně z tohoto výběru byly vyřazeny ty sociální služby, které nenabízely bližší specifikaci výše uvedených aktivit společně s těmi, které odmítly účast na šetření. V konečné verzi bylo v každém kraji České republiky zastoupeno jedno zařízení (celkem 14). Z počtu 14 zařízení byl e-mail s průvodním dopisem a posléze i návrhem dizertační práce zaslán těm osobám, jež byly uvedeny jako vedoucí pracovníci: výchovně – vzdělávacích aktivit, výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, aktivizačních činností, rozvoje dovedností. Pro zachování naprosté anonymity je jejich adresář uschován u autorky práce. Pouze jedno zařízení vyjádřilo zájem o zaslání komplexní dizertační práce s vyhodnocenými daty.

Výstupem vyhodnocení dat sesbíraných prostřednictvím dotazníku byla hlubší analýza formou tvorby Q-typů potřebných pro Q-metodologii. Z analýzy vzešlo 60 Q-typů. Po jejich vytvoření byl respondentům na e-mailovou adresu zaslán formulář s jednotlivými Q- typy společně s předem připravenou tabulkou kvazinormální distribuce. Součástí této aktivity byla krátká konzultace formou Skype či telefonického rozhovoru. Všichni odborníci upřednostnili formu Skype. Časově byl kontakt prostřednictvím Skype uzpůsoben jejich preferencím. Po jeho ukončení byli aktéři šetření opakovaně požádáni o verbální potvrzení porozumění

třídění Q-typů. V této fázi se dva aktéři rozhodli svou participaci ukončit. Celkový počet účastníků výzkumného šetření, jež se podrobil Q-metodologii, činí 12 osob.

Z důvodu maximalizace metody saturace dat získaných ve výzkumu, byly metody výběru výzkumného souboru kombinovány. Účastníci kvalitativního šetření podléhali přímému výběru. Výběr účastníků kvalitativního výzkumu byl proveden prostřednictvím internetových domén.

4.5 Zpracování výzkumných dat

Informace, jež vyvstaly po provedení polostrukturovaného interview byly zpracovány v počáteční fázi. Nejprve došlo k redukci dat prvního řádu (srov. Duškova, Šafaříková, 2015; Hendl, 2016). Z textu byly vypuštěny repetice, nevýznamná slova, výrazy narušující plynulost, informace nepodstatné pro záměr výzkumu). Tato podoba byla předána zákonným zástupcům osob s MP a samotným osobám s MP k revizi. Zákonný zástupce paní M.T. a pan č. 2 vyjádřili záměr zveřejnit v rámci biografie pouze ty informace, které se bezprostředně vztahují k výzkumným otázkám. Převládaly obavy z identifikace respondentů. Jejich požadavkům odpovídala struktura biografického listu.

Data získaná od dospělých osob s MP byla dále hodnocena postupy dle Fischer-Rosenthal, Rosenthal (1997), Flick, Kardorff, Steinke (2008). Jde o analýzu, jež se snaží o rekonstrukci diverzity mezi prožitým životem a skutečně vyprávěným příběhem. Autoři Fischer – Rosenthal, Rosenthal (1997) uvádějí po sobě jdoucí kroky vyhodnocení dat:

- rozbor biografických dat,
- textová analýza a analýza tematických polí,
- rekonstrukce případu,
- analýza textových částí,
- kontrastní srovnávání,
- vytváření typů (segmenty změna mluvčího, druh textu, tematické modifikace).

Postupná analýza textu má charakter biografické případové rekonstrukce. Ta obsahuje sumář odpovědí kategorizovaných do výzkumných otázek, které odpovídají jednotlivým segmentům textu. Při jejich analyzování (kontrastním srovnáváním v textu) posléze jasně vyplývá, jaké segmenty uvádějí respondenti opakovaně, jaké pouze zmiňují, jaká témata se dále nerozvíjí či jaké oblasti se snaží zcela pominout.

Data získaná dotazníkovým šetřením a Q-metodologií byla zpracována obvyklými metodami. U dotazníku bylo užito uspořádání dat, sestavení tabulek četností a jejich grafické znázornění. U Q-metodologie byl spočítán aritmetický průměr, medián a modus, data byla sestavena do korelační matice. Hypotézy komparující názory odborníků a zákonných zástupců byly ověřeny Fisherovým kombinatorickým testem.

4.5.1 Metody a techniky kontroly validity

Kvalitu výzkumu je třeba vzít v potaz nejen v kvalitativních, ale i kvantitativních přístupech (Punch, 2008; Reichel, 2009). Zároveň je nutné zaobírat se celým průběhem výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007). Hendl (2005) a Punch (2008) poukazují na neexistenci adekvátní techniky, jež by byla schopna zaručit kvalitativnímu výzkumu jeho kvalitu. Disman

(2000) upozorňuje na slabou míru standardizace a tím i nízkou reliabilitu. Naopak může mít vysokou validitu. Autoři Lincolnová a Guba (in Hendl, 2005, s. 338–340) popisují koncepty kvality výzkumu. Uvádějí 4 kritéria:

- důvěryhodnost,
- přenositelnost,
- hodnověrnost/autenticita/validita,
- spolehlivost/reliabilita.

Techniky sloužící k zajištění kritéria důvěryhodnosti:

- reflexe a audit kolegů (proběhlé průběžné konzultace s odborníky z dané oblasti nejen v teoretické, ale i praktické rovině, prezentování úvah kolegům),
- deník výzkumníka (popisné a reflektující terénní poznámky pro potřeby výzkumníka),
- využívání přímých citací (užité při analýze dat),
- pečlivý výběr účastníků výzkumu a jejich zdůvodnění (kritéria při výběru jednotlivých aktérů výzkumu, reprezentativita ke zkoumanému problému).

Techniky sloužící k zajištění kritéria přenositelnosti:

- reflexe subjektivity (vedení deníku výzkumníka a pravidelná reflexe – viz výše),
- srovnání a propojení závěrů s tuzemskou odbornou literaturou (viz kapitoly shrnutí a závěry dále v práci, jde o dodatečnou validizaci srov. Švaříček, Šedřová, 2007).

Techniky sloužící k zajištění kritéria autenticity dle Guby, Lincolnové (in Švaříček, Šedřová, 2007) nahrazuje kritérium validity:

- nestrannost, ontologická a taktická autenticita.

Techniky sloužící k zajištění kritéria potvrditelnosti:

- konzistence otázek (výstupy z již provedených předvýzkumů, vyladění se na komunikační úroveň respondenta, testování a ověření porozumění, shoda otázek, opakovaný sběr dat),
přepisy nahrávek rozhovoru (doslovné přepisy zveřejněných částí interview).

Kvantitativní přístup svou strukturou subjektivní vlivy poněkud omezuje (Reichel, 2009). Dle Hendla (2012) disponuje třemi kritérii a to validitou, reliabilitou a objektivitou (srov. Miovský, 2006; Chráska, 2006). Validita a reliabilita jsou již zmíněny výše. Objektivita je dána mírou výzkumné metody na osobě výzkumníka (Q-metodologie, dotazník). Reichel (2009) v souvislosti s dodržáním etiky výzkumu u kvantitativního přístupu zkreslení prakticky vylučuje.

Celým výzkumným procesem se prolíná odpovídající úroveň etického jednání (srov. Disman, 2000; Chráska, 2006; Miovský, 2006; Reichel, 2009).

4.6 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor představují tři kategorie respondentů: dospělé osoby s MP, odborníci, kteří pracují s dospělými osobami s MP a rodinní příslušníci/zákonní zástupci.

Dospělé osoby s MP se účastnily kvalitativní části. Podmínkou přijetí do výzkumu bylo dosažení dospělého věku a diagnóza v rozpětí LMR – STMR. Konkrétně šlo o dvě osoby (jednoho muže a jednu ženu). Paní M. T. svůj život prožila v zařízení sociálních služeb. Nyní je jí 47 let. Druhým respondentem je pan č. 2 (takto si přál být označován). Panu č. 2 je 41 let. Při předchozích realizovaných dílčích výzkumech, stážích a kontaktech z doby magisterského a doktorského studia byly k dispozici kontakty na dospělé osoby s MP žijící v zahraničí (Německo, Rakousko, Polsko). Během přípravy konceptu dizertační práce proto byla zvažována i přítomnost zahraničních aktérů. Tato však byla vzhledem k odlišnostem v kulturních, sociálních, právních a dalších sférách zamítnuta.

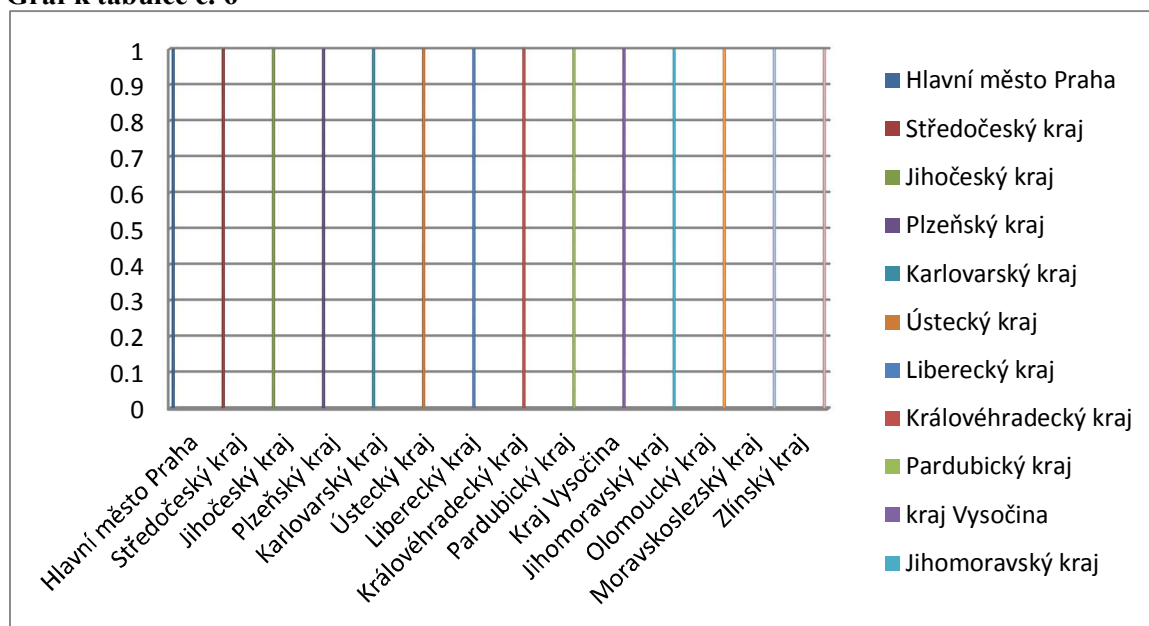
Ve druhé kategorii jsou sdružení **odborníci**. Na šetření mohli participovat pokud pracují v zařízení sociálních služeb, jejich praxe s dospělými osobami s MP je delší než dva roky a v zařízení poskytují edukační aktivity. Na internetovém portálu www.iregistr.mpsv.cz bylo v každém kraji zvoleno jedno zařízení, které realizuje určitou formu edukačních aktivit. V daném zařízení byl vybrán jeden respondent, jenž byl označen jako odborník. Tento statut byl přiřazen osobě, která je zodpovědná za poskytování edukačních aktivit, výchovně-vzdělávacích aktivit, aktivizačních činností. Ve výzkumném vzorku jednoznačně převažovaly ženy a to v počtu 11 osob, pouze ve 4 případech odpovídali muži. Respondenti se liší délkou praxe a místem výkonu práce (převažoval domov pro osoby se ZP).

Následující tabulky a grafy zobrazují základní údaje o odbornících jako součásti kvantitativní části výzkumu.

Tabulka č. 6: Pracujete v kraji:

Pracujete v kraji:	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Hlavní město Praha	1	7,2
Středočeský kraj	1	7,2
Jihočeský kraj	1	7,2
Plzeňský kraj	1	7,2
Karlovarský kraj	1	7,2
Ústecký kraj	1	7,2
Liberecký kraj	1	7,2
Královéhradecký kraj	1	7,2
Pardubický kraj	1	7,2
Kraj Vysočina	1	7,2
Jihomoravský kraj	1	7,2
Olomoucký kraj	1	7,2
Moravskoslezský kraj	1	7,2
Zlínský kraj	1	7,2
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 6



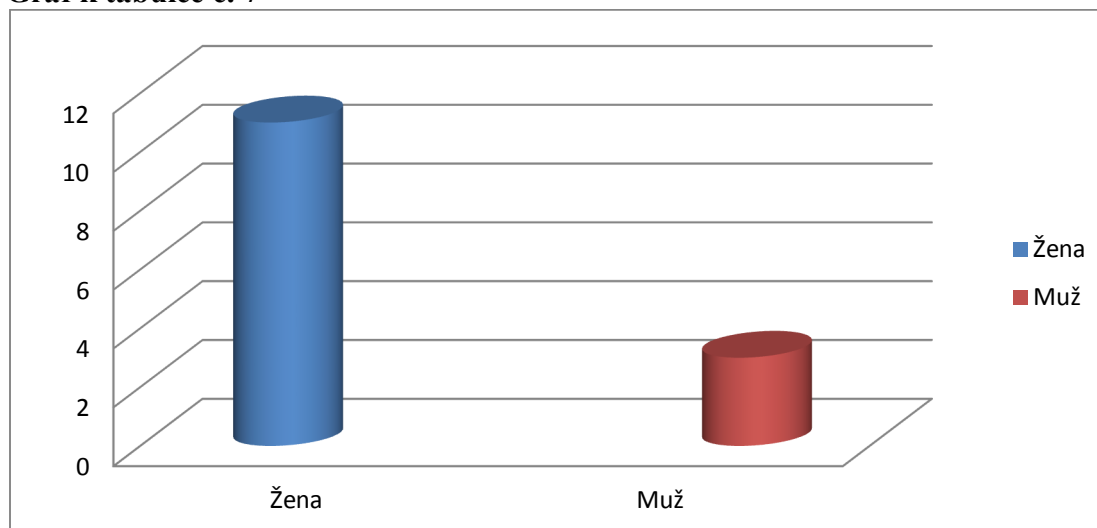
Komentář k tabulce č. 6: Jednotlivé kraje České republiky jsou rovnoměrně zastoupeny. Z každého kraje odpovědi poskytl jeden respondent.

Z celkového počtu 14 aktérů výzkumu je 11 žen a 3 muži.

Tabulka č. 7: Jste:

Jste:	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Žena	11	79
Muž	3	21
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 7



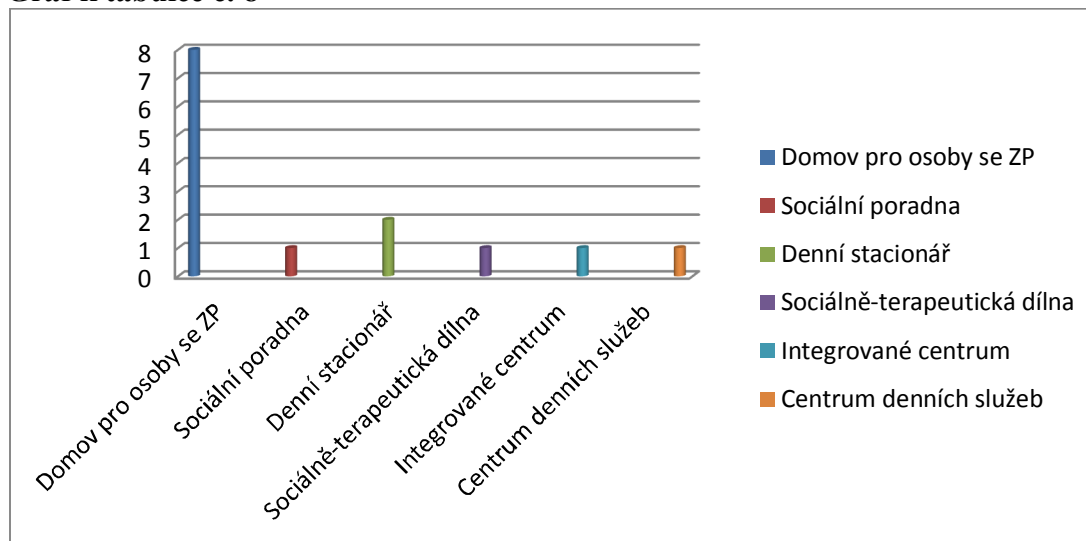
Komentář k tabulce č. 7: Z celkového počtu 14 respondentů převažují ženy a to v 11 případech. Muži byli zastoupeni v počtu 3.

Značná diferenciacce se objevuje i v typu sociální služby, kde respondent pracuje. Nejvíce jsou zastoupeny domovy pro osoby se ZP.

Tabulka č. 8: Nyní prosím vyberte typ zařízení, ve kterém pracujete.

Nyní prosím vyberte typ zařízení, ve kterém pracujete	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Domov pro osoby se ZP	8	57
Sociální poradna	1	7
Denní stacionář	2	15
Sociálně – terapeutická dílna	1	7
Integrované centrum	1	7
Centrum denních služeb	1	7
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 8



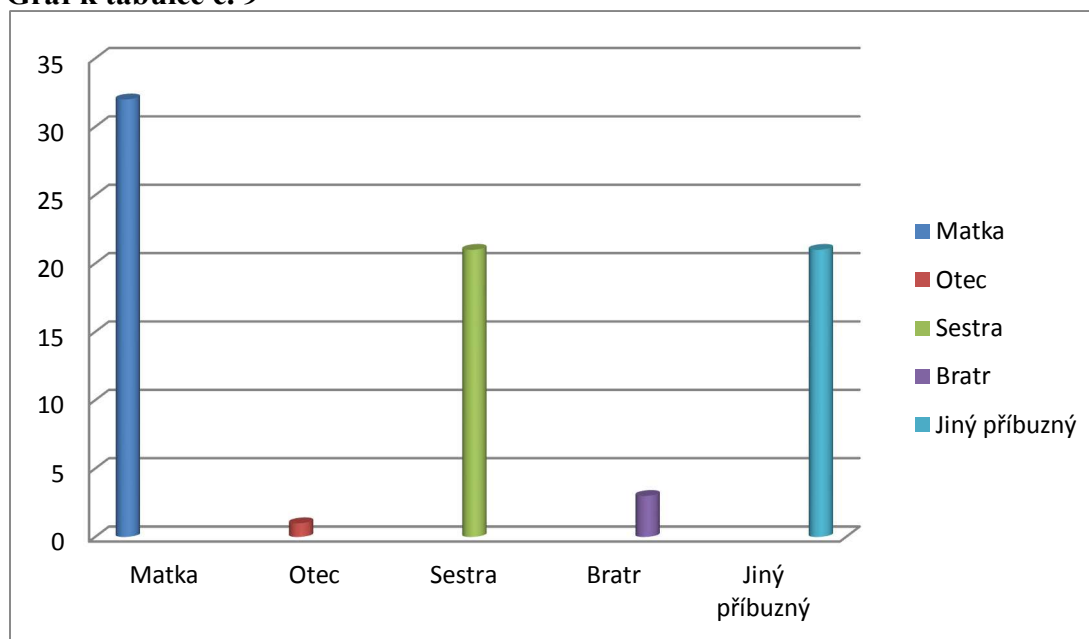
Komentář k tabulce č. 8: Nejvíce respondentů pracuje v domovech pro osoby se ZP (57 %). 15 % dotázaných uvedlo své pracovní působení v denním stacionáři. Rovnoměrně jsou odpovědi zastoupeny v rámci sociální poradny, sociálně - terapeutické dílny, integrovaném centru a centru denních služeb a to po jednom respondentovi.

Finální složení výzkumného souboru pro kvantitativní část představují **rodinní příslušníci/zákonní zástupci**. Hlavní podmínkou pro účast na výzkumu byl právní vztah k dospělým osobám s MP. Dotazníky ve většině případů vyplnili přímí příbuzní ženského pohlaví (matky, sestry) a opatrovníci (ustanovení státem či ze širšího sociálního kruhu). Respondent v sociální roli otec či bratr se objevili v jednom případě z každé kategorie. Skupinu osob, o kterou je pečováno, představují v nadpoloviční většině muži ve věkovém rozmezí 15 – 30 let a 51- 70 let. Z hlediska přiznané diagnózy převažuje LMR. První položka si kladla za cíl identifikovat míru příslušnosti k dospělé osobě s MP. Z již realizovaných výzkumů rodinného prostředí (Přidalová, 2006; Votoček, Jiří, 2009; Michalík, 2011 Křížkovská, Müller, 2013) je patrné, že pečující osoby představují zejména matky či jiné osoby ženského pohlaví.

Tabulka č. 9: Jste...

Jste	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Matka	32	42
Otec	1	1
Sestra	21	26
Bratr	3	4
Jiný příbuzný/opatrovník	21	27
	Σ78	Σ100 %

Graf k tabulce č. 9



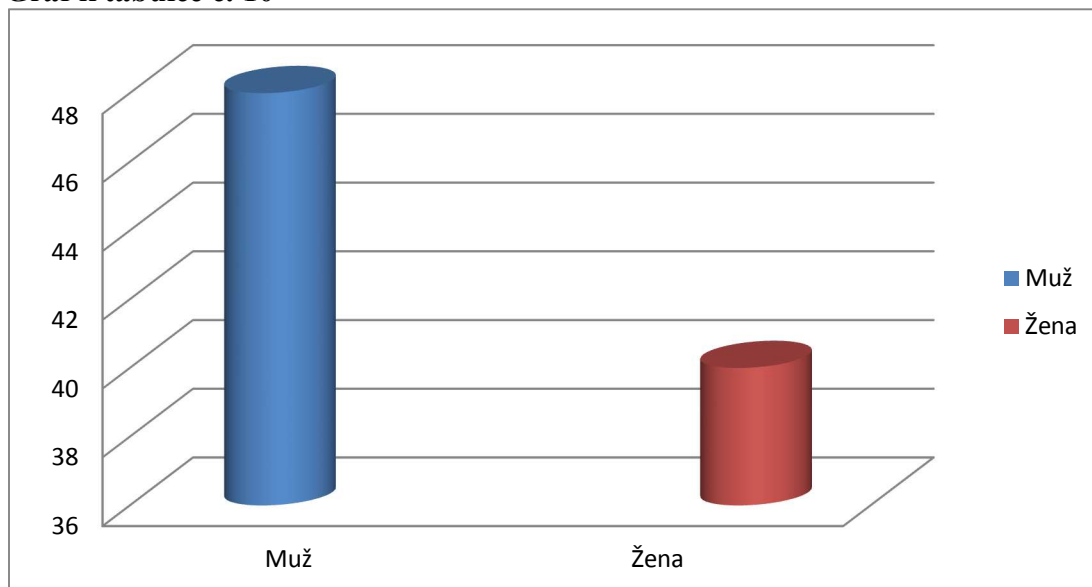
Komentář k tabulce č. 9

Nejvíce odpovědí pochází dle předpokladu z kategorie „matek“ a to ve 42 %. Druhou nejpočetnější skupinu představují sestry (26 %). Výsledek koresponduje již s provedenými výzkumy (srov. výše). Na třetím místě z hlediska četnosti jsou jiní rodinní příslušníci případně ustanovení opatrovníci (27 %). V tomto případě se objevily i širší rodinné vztahy jako sestřenice, tety či nevlastní rodiče. Minimum zastoupení je ze strany otce (1 %) nebo bratra (4 %).

Tabulka č. 10: Váš rodinný příbuzný s MP je ...

Váš rodinný příbuzný s MP je ...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Muž	48	55
Žena	40	45
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 10



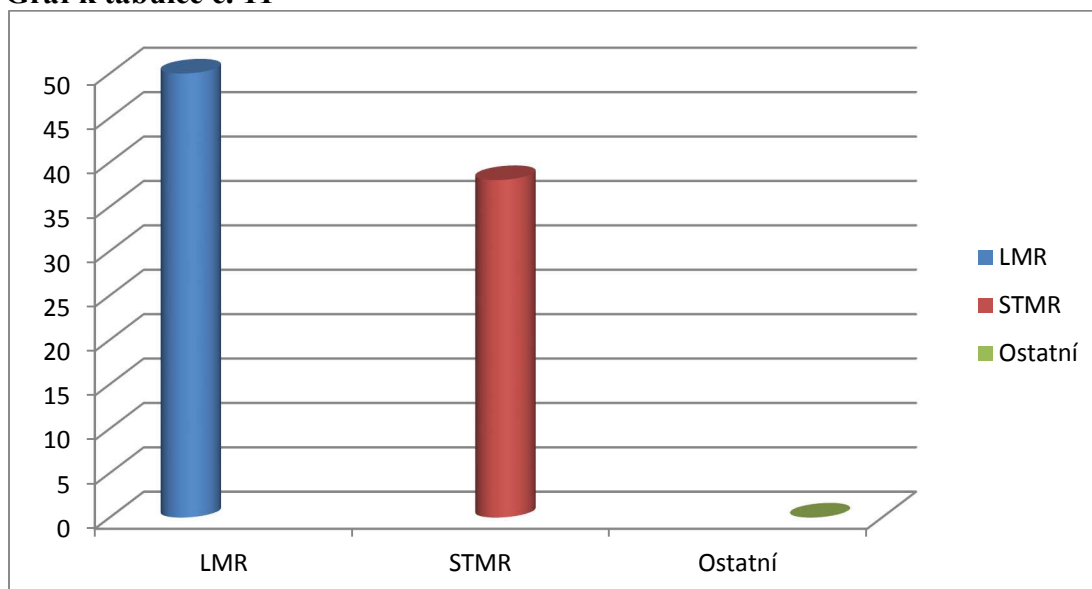
Komentář k tabulce č. 10

Na otázku týkající se pohlaví osob s MP uvedlo 55 % účastníků výzkumného šetření, že se jedná o muže. Odpověď „žena“ zvolilo 45 % dotázaných.

Tabulka č. 11: Diagnóza u Vašeho rodinného příbuzného s MP zní ...

Diagnóza u Vašeho rodinného příbuzného s MP zní ...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Lehká mentální retardace	50	56
Středně těžká mentální retardace	38	44
Ostatní	0	0
	Σ88	Σ100 %

Graf k tabulce č. 11



Komentář k tabulce č. 11

Zde jsou odpovědi velmi vyrovnané. V těsné nadpoloviční většině (56 %) se jedná o osoby s diagnózou LMR. Odpověď „STMR“ byla zvolena ve 44 %. Odpověď ostatní byla zvolena pro možnost kombinace MP s tělesným postižením nebo pro přetrvání diagnózy v rozsahu nižší míry tzv. hraničního pásma, avšak v rámci odpovědí respondentů se neobjevila.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝLEDKŮ VÝZKUMU

Kapitola č. 5 představuje výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

Primárně bude prezentována analýza a interpretace dat získaných prostřednictvím biografie. Součástí této prezentace bude stručný popis realizačního kontextu (průběh opakovaných polostrukturovaných interview), dále je věnován prostor samotné komentované biografii. Po její deskripci následuje tzv. rekonstrukce případu (pro každého z respondentů zvlášť). Uvedený krok poslouží k rozlišení mezi vyprávěným a reálně prožitým životem (viz jednotlivé sekvence).

Biografie č. 1: M. T.

Realizační kontext

S paní M. T. se známe 4 roky. Potkáváme se v pravidelných intervalech 1x za měsíc v rámci poskytování logopedické intervence. Během našich setkávání jsem paní M. T. požádala o participaci na empirické části dizertační práce. Po obdržení jejího verbálního souhlasu byla kontaktována její sestra – opatrovník, která taktéž vyjádřila kladné stanovisko.

První realizace polostrukturovaného interview

První cílené setkání bylo realizováno v hale pobytové služby, jenž paní M. T. navštěvuje. V této části haly je k dispozici relaxační koutek s knihovnou, kobercem a křeslem. Paní M. T. mne vyzvala, abych se usadila. Sama si vybrala místo k sezení, které bylo výše. Při líčení životních událostí permanentně tiskla madlo mobilizátoru. Respondentku jsem upozornila, že pokud nebude chtít na jakoukoliv otázku odpovědět, nemusí tak učinit. Opatrovnice nechtěla být realizaci šetření přítomna (ve shodě s paní M. T.). Avšak ona a respondentka požadovaly anonymitu při zpracování dat. Svolily zveřejnit pouze ty části, které se přímo týkaly empirické části. Pokud jsme se bavily o citlivějších věcech, odbíhala aktérka s očním kontaktem. Tyto situace byly prokládány odlehčujícími konverzačními tématy. Signál pro ukončení našeho setkání byla otázka ohledně aktuálního času a s tím spojeného podávání svačiny. Proběhlo neformální rozloučení.

Druhá realizace polostrukturovaného interview

Setkaly jsme se na stejném místě, i naše rozmístění v daném prostoru proběhlo analogicky první situaci. Opět jí byla zopakována svoboda při sdělování odpovědí na otázky. Paní M. T. nebyla toho dne dobře naladěna. Dle jejích slov ji velmi bolely nohy a ráno proběhl konflikt se spolubydlicí. Vyjádřila jsem obavy, jak její naladění ovlivní sběr dat. Paní M. T. mne ujistila, že se na naše setkání těšila. Respondentka opět dotazem ohledně časového údaje dala signál k ukončení setkání. Tentokrát neměla o neformální rozhovor zájem a po stručném rozloučení odešla.

Třetí realizace polostrukturovaného interview

Naše setkání proběhlo opět v hale v relaxačním koutku, respondentka mne již očekávala. Opět pevně tiskla madlo. Během rozhovoru jsem zaregistrovala nadměrné pocení rukou, které si otírala do oděvu. Neodmítla odpovědět na žádnou otázku. Naopak byl dnes prostor k tomu, opakovaně položit otázky předchozí v rámci ujasnění či doplnění situace. Setkání bylo ukončeno prostřednictvím neformálního rozhovoru. V průběhu opakování rozhovoru dochází k rozšiřování daných odpovědí nikoliv ke změnám náhledu na danou situaci, ta je konstantní. Po ukončení posledního interview byla provedena textová analýza a analýza tematických polí (v souladu s výzkumnými otázkami).

Vlastní biografie

Paní M. T. se v rámci vyprávění obtížně drží časové posloupnosti (dle koncipovaných otázek biografického listu). Je nutné respondentku opakovaně „vracet“ k jednotlivým časovým etapám. Během vyprávění nereflexuje dějovou linii. Monolog se prakticky neobjevuje, pouze čisté odpovědi na položené otázky. Ze způsobu výpovědi je zřejmé, že touto formou hovoří poprvé.

„Já se jmenuju M. T. Ted' žiju tady. Předtím jsem byla v ústavu a ted' jsem tady. Dneska byla špatná snídaně, zase. Už tady člověku nic dobrého nedávají. A cvičit to teda taky nepůjdu, možná jenom zpívat“. Toto jsou první slova respondentky po výzvě, aby sama sebe v krátkosti představila. Více informací nedovedla doplnit. *„Já už nic nevím. Co bych měla o sobě říct. Nic tady nedělám“.*

Paní M. T. se narodila v roce 1969 ve vesnici kousek od Olomouce (na jméno si nepamatuje) jako čtvrtá z šesti dětí. Její rodiče měli veliké hospodářství. Paní M.T. byla krátce po svém narození vzhledem ke svému ZP předána do kojeneckého ústavu a později přešla do tehdejšího ústavu sociální péče zhruba 40 km od místa bydliště. Domů jezdila pouze na hlavní prázdniny. Návštěvy ze strany rodičů či sourozenců probíhaly minimálně. S prarodiči se vůbec nestýkala. Byla zbavena povinnosti docházet do školy, ale zvládá trivium. Vzdělávala se pod vedením vychovatelů, posléze ve spolupráci se speciálním pedagogem v rámci ústavní péče. V zařízení sociálních služeb byla až do roku 2009. Po smrti rodičů navázala bližší kontakt se svou mladší sestrou, která je aktuálně jejím opatrovníkem. V současné době žije v zařízení pro seniory. Paní M. T. měla přítele, ale oba vztahy se rozpadly. Objevuje se u ní depresivní naladění. Komunikační dovednosti stejně jako příjem potravy mírně komplikuje myofunkční porucha, čehož si je sama paní M. T. vědoma. Zároveň sdílí obavy z vlastní váhy, při chůzi používá podporu. Nemá k dispozici žádné fotky z dětství, nevybavuje si jména všech sourozenců. V naprosté většině úkonů ji přímo zastupuje její opatrovnice (probíhá řízení o svéprávnosti).

Jaký je vztah mezi procesem edukace a rozvojem sociálních kompetencí dospělých osob s MP?

Paní M. T. v rozhovoru opakovaně hovořila pouze o několika blízkých osobách. Prvotní vzpomínky souvisejí až s věkem kolem šesti – sedmi let V mládí se přátelila *„s holkama na pokoji. Bylo nás tam asi deset, každá jsme se starala o svoji postel a stolek. Ten teda se musel lesknout, i postel musela být správně uklizená“.*

S rodinou se v této době stýkala pouze během návštěv o letních prázdninách. Jiná forma kontaktů (telefonická či písemná) neprobíhala. *„No oni nejezdili za mnou, vůbec. Měli vždycky*

moc práce na statku. Nebyl čas. To jsem se těšila, až budou prázdniny a pojedu k nim zase“. Naopak velmi ráda vzpomíná na pana vychovatele. *„To jo, to jsem se vždycky těšila, co budeme dělat. Malovali jsme a tak, učili jsme se malovat ty písmenka a čísla to taky. Pak se mi líbily všechny ty knížky s obrázkama, co nám dali. Když se nám něco povedlo, měl každý z nás notýsek, kde se tiskly značky. Kdo to měl dobře, ten dostal hvězdičku, kdo to měl třeba hnusně napsané, ten dostal prase“.* Pokud se dotazují na důvod účasti na tomto vzdělávání, odpovídá *„my jsme chodili všichni, tak jsem šla taky. Všichni jsme museli“.* Profit z tohoto vzdělávání vidí paní M. T. ve schopnosti umět *„...si ledacos přečíst. To bylo dobré, já totiž, když jsem pak měla dlouhou chvíli, tak jsem si prostě vzala nějakou knížku...Nejdřív jsem teda četla to ve slabikáři. Tam na konci něco bylo. Jenže tam bylo málo obrázků, já radši s obrázkama. No a s některýma holkama jsem si pak povídala, jestli se jim to taky líbí, jestli to taky četly a tak. I jedna teta se mě vždycky ptala, o čem to čtu a jestli se mi to líbilo“.* Schopnost počítat během sběru dat nijak nevyzdvihuje. *„No to počítání, to já moc nepotřebuju, ani teď, to ne. Do obchodu stejně nechodím, tak co. Nepočítám“.* Psaní rovněž aktuálně příliš nevyužívá. *„Já to umím jen pro podpis. To se učím i teď, abych se uměla podepsat a napsat, kde jako bydlím. Jinak si myslím, že je mi to k ničemu. Křížovky to neluštím a pak my tady třeba jen tak skládáme něco z korálků, ale už to není jako to písmeno, víte. To je jen nějaká jako vlna. Vlastně to, co tady holky vymyslí“.*

Posléze opět probíráme téma dospívání a partnerských vztahů. *„No, to bylo stejné jako s dalšíma holkama. Prostě jsme tam vyrostly. Já poznala, že jsem dospělá, když mi mamina doma řekla, že už taková jsem. Ale já jsem se pak bála, že něco bude jinak, ale nebylo. Jen jsem se tolik neviděla s klukama“.* Více se k období dospívání nevyjadřuje.

V souvislosti s partnerskými vztahy zmiňuje, že *„...tak někoho jsem tam u nás potkala, to jo“.* Dle vyprávění paní M. T. šlo o užší přátelský vztah, který se však po pěti letech rozpadl. *„On byl totiž jen ležák, myslelo mu to, to jo. Ale jak byl jinde na patře, tak se mi za ním špatně chodilo, víš, teda víte. A taky, já tam nemohla furt chodit, kdy se mi chtělo. Spolu jsme si u tý jeho postele vykládali o všem možným. Třeba jsme i četli nebo jsem mu u jiné vychovatelky nechávala dopis. On mi taky něco psal. Jenže já pak tam chodila míň a míň no...“.*

Dále hovoříme o aktuálních sociálních vazbách. V současné době nemá paní M. T. žádné bližší přátele kromě své sestry. Při vzpomínkách na rodiče uvádí následující: *„Já ani rodičům, když měli tehda tu slávu (pohřeb) nebyla. Nebyl, kdo by tam se mnou šel a já sama kdepak, já nemůžu na ty nohy“.* Ani nevím, kdo mi to řekl, možná nějaká sestřička. Já teda byla smutná, ale radši než to vidět...“.

Avšak pokud hovoříme přímo o stárnutí a smrti uvádí, že nebyla nijak překvapená jejich úmrtím. *„Jo, to já přeci vím, že staří lidi umírají. Babina a děda taky byli staří a proto museli umřít. To jsem tam taky nešla, protože ti umřeli, když jsem byla v ústavu a to nebylo léto, tak jsem tam nemohla“.* No, mrzelo mě to, ale víc smutná jsem byla, když odešel pan učitel a potom když jsem musela do toho ústavu pro dospělé“.

Ve vztahu vůči sourozencům uvádí následující: *„...já je dlouho neviděla, nejedí za mnou. Teď se bavím jen s mojí sestrou, ale vlastní sestrou, ne sestřičkou tady. To já ani nezkouším jim psát nebo tak. Jednak by mi to nešlo a musel by to někdo dělat se mnou a pak my jsme se spolu, víte, jako dlouho neviděli“.*

Rovněž popisuje drobné konflikty mezi ní a dalšími obyvateli. *„S nikým se tady neznám. Já nikoho nepotřebuju, popovídám si se sestřičkama, když potřebuju. Tady se nemůže všechno*

říkat rovnou. Musím se trošku hlídat. “ Několikrát vyjadřuje obavy z navázání kontaktu, ať už s pracovníky či uživateli služby. „No, když oni se tady už znají. S tou ženskou, co jsem na pokoji, ta pořád dokola jen chodí a nemluví. Druzí mě zatím nevzali k nim, neřekli, tak si pojd' popovídat. A já si pak řeknu, že teda budu jako sama. Tak čekám na té chodbě v křesle.“ Na otázku, zda nechce tuto situaci vyřešit, uvádí: „to by stejně nepomohlo, oni mě nemají kam jinam přestěhovat a ji taky pryč nedají. Já ji nechci ani vidět, tak proto jdu ráno brzo na snídani. Ani mi nevdí, že tam čekám“. Jiné způsoby komunikace (dopisní formu, počítač, mobilní telefon) nevlastní a ani nevyužívá. „Psát to ne. To mi musí někdo pomoci. Ten můj škrabopis. Nejde to přečíst. Počítače to ne, to já nevím, co tam dělat. Já bych to ani nechtěla nijak zkusit. Mobilní telefon proč? Jo, sestřičky to tady mají, občas to někomu zvoní, ale já nemám komu volat“.

Z interview je patrný výrazný respekt k autoritám, což pro paní M. T. představují zaměstnanci zařízení sociálních služeb. Zcela přirozeně se podřizuje žádostem pracovníků v přímé péči bez ohledu na vlastní preference. „To víte, ona někdy přijde sestřička a řekne, že je jako čas se třeba jít umýt. No a ono je venku ještě světlo, ale stejně to udělám, ať je klid“. Tezi „ať je klid“ již neumí dále specifikovat. „No, prostě, ať je klid“.

V souvislosti s osamostatněním odpovídá paní M. T. následovně: „... tak to proč? Já už věděla od našich, že tam jako budu. Já bych nechtěla být nikde sama. Tady mám všechno, co potřebuju, a jsou na mě hodní.“ Odpovědi plně korespondují s provedenými výzkumy na dané téma (práce Martina Lečbycha, odborné texty Společnosti pro změnu či organizace Trass.cz). Z postojů lze vyčíst téměř až absenci vnitřních motivů pro osamostatnění se, podřízení se „tlaku“ okolí.

Významnou roli zde sehráli i rodinné vztahy. Respondentka byla od mala konfrontována s faktem, kdy přítomnost jejího ZP podmiňovala nutnost života v tehdejší ústavu. Pamatuje si jména rodičů, ale již není schopna vyjmenovat jména všech sourozenců ani určit jejich věk. Uvádí, že jezdila k nim „na statek“, avšak konkrétní jméno vesnice si nevybavuje. „U nich“ byla na návštěvě „asi před dvaceti lety“. Paní M. T. si momentálně stěžuje na samotu, kterou však i do jisté míry preferuje. „Já už se teď s nikým nepotkávám, jen s A. Ráno jdu vždycky dolů na snídani dřív, čekám, až otevrou. Pak se najím, ale dám si jen trošku, ať nepřiberu. Potom si jdu sednout na chodbu, nebo až je teplo, tak i ven“.

O další aktivitu (byť jich je v zařízení nabízeno dostatek) nejeví zájem. Neustále se v jejich odpovědích objevují stejné argumenty typu: nechci, neumím, neudělám, nemůžu.

Problematické je navázání prvotního sociálního kontaktu s dosud neznámým člověkem. Projevuje obavy či až se snaží o eliminaci takovýchto setkání. „No, to mi vadí. Ono mi není moc rozumět, víte, když něco řeknu. Já pak mám strach, že mi nerozumí. Já se nechci jinde bavit, já tady mám, co potřebuju. Já nikam nechci chodit, kde mám být sama. „...to ne, to tam radši nepůjdu. ...to vlastně nepotřebuju. A proč bych s tím měla chodit jinam, když tady to je taky a docela mi to stačí?“. Uvedené postoje značně limitují i vlastní prezentaci. Sama sebe vnímá „...jako hloupou...“ bytost. „Já to nezvládnou, neumím to tak jako ostatní. Nemám na to ani školu. Tam, jak jsem bydlela dřív, jsme se to naučili. To ne, to nebudu dělat, já nevěřím, že to umím. Já to nechci dělat, protože to pokazím, musí mi někdo pomoci. Vždycky tady někdo bude a pomoci mi musí, vždycky mi pomáhali.“

Paní M. T. je schopna jen velmi okrajově popsat, v jakém emočním rozpoložení se nachází. Aktuální naladění vždy komentuje jedním až dvěma slovy bez bližší specifikace.

Zvládá popis základních emocí, ale již je nedokáže propojit se situačními okolnostmi nebo širěji definovat.

Jaký je vztah mezi věkem dospělých osob s MP a využitím edukačního procesu?

Paní M. T. byla zbavena povinnosti docházet to školy, přesto zvládá trivium na sociálně dostačující úrovni. „*Vzpomínám si, že tam byla jako škola...chodila jsem tam s dalšíma na dopoledne...taky jsme dělali úkoly, to jo, ty úkoly*“. Vysvědčení či jiné dokumenty nemá. Z odpovědi vyplynulo, že se jednalo o aktivity ze strany vychovatelů. „*Ono se to všechno opakovalo pořád dokola, stejně. Měla jsem i svoji učebnici, obalenou jako děti ve škole. Udělala jsem to podle toho, jak jsem to viděla doma. To měli děcka pěkně v kabele. To mi teda mi bylo líto, že jsem žádnou neměla...*“. Podle opakovaného vyprávění trvalo toto vzdělávání do doby, než pan vychovatel odešel do důchodu. „*Potom to už jsme nedělali nic. Když jsem mohla, chodila jsem ke kuchařkám do kuchyně nebo jsem hrabala na zahradě. Víc si nepamatuju*“. Paní M. T. při našem setkání opakovaně zdůrazňovala její zájem alespoň o nějakou aktivitu. „*Nechtělo se mi jen tak sedět na pokoji*“. Vracíme se znovu k pracovním činnostem v kuchyni nebo na zahradě. „*Ale to mě pak taky nebavilo, já nemůžu moc na ty nohy*“. Jiné činnosti nebyly dostupné.

Stále častěji ve svém projevu začíná užívat tzv. zdravotní argumenty. „*... nemohla jsem tolik na ty nohy...*“, „*...když bylo škaredě, moc mě to bolelo...*“, „*...v tom létě, to se mi tak motala hlava...*“. Tato situace „nečinnosti“ pokračovala kontinuálně několik let. „*Tam to bylo takové, že když jsem řekla, co mě bolí, tak jsem mohla zůstat na pokoji. To není jak tady. Ty sestřičky za mnou chodí pořád a nutí mě do něčeho. Nemám tady klid*“.

Ve vyprávění respondentky jsou již plně znát rysy pasivity. „*Víte, já jsem byla ráda, že tam jsem. Nic mi nechybělo, dobře se tam vařilo, já se vlastně starala o to, ať mám doma (myšleno v části pokoje) uklizeno. Oni mě říkali, že jako tady budu. Já jsem to věděla. A v tom domově bylo všechno. Vždycky nás zavolali a šli jsme jíst. Já byla tak ráda, i s holkama*“.

Otázky směřující na sociální role dospělého, tedy osamostatnění se, nalezení a udržení si pracovního místa, partnerské vztahy, a podobně byly pokládány v rámci interview opakovaně. Nyní bude zmíněna oblast práce. „*Já ale nepotřebovala jít do práce, proč? Měla jsem všechno a bylo mi tam dobře. Penězí jsem měla taky dost a já je ani nemusela mít. Našla jsem si všechno v jídelně přece. ...já si zase tolik oblečení nekupuju, navíc do obchodu jsem nikdy nemusela chodit. To až s A (sestra – opatrovník). Já jsem se měla odstěhovat? A proč? Já tam byla doma*“.

Následovala položka zaměřená na subjektivní spokojenost. „*To víte, že se mi někdy stýskalo, ale věděla jsem, proč tady musím být. No né, nebylo to tolik špatné, věřte mi*“.

Delší vysvětlování zabrala položka volný čas. Ukázalo se, že paní M.T. tomuto pojmu nerozumí. Bylo třeba jí ho opakovaně přiblížit a objasnit. „*No, tak to je pro mě to, když si jdu po obědě lehnout*“.

S ohledem na pracovní uplatnění vyjadřuje paní M. T. zcela jasné stanovisko. „*To ne, já jsem věděla, že jako budu mít důchod. Když mám teda ten důchod, tak nemůžu pracovat, přeci, víte. A já jsem ráda, že to takhle mám*“.

Změna se projevila až s přechodem do zařízení pro seniory. Zde zpočátku jevila zájem o veškeré nabízené aktivity. Dle jejího vyjádření se pravidelně účastnila všeho „*každý den tady se něco dělo*“. „*Bylo to tady všechno nové, zajímavé. I ti lidi kolem. A potkávala jsem tam i s O*“ (dle vyjádření nový partner).

Po smrti rodičů si vytvořila bližší vztah se setrou, se kterou se jako jedinou z rodiny stýká. Účastnila se veškerých setkání či akcí, preferovala návštěvy města Olomouce spojené s cukrárnou, knihovnou a dalšími. Regres v aktivizaci nastal tehdy, pokud sama měla aktivně provádět konkrétní úkon: platit penězi, zjistit si jízdní trasu autobusu, vyslovit jméno cílové stanice, koupit vstupenku, vytvořit seznam do obchodu, vytvořit si vlastní rozpočet na jeden týden. „*No, já to nikdy nedělala, ne že bych to neuměla, no já to teda neumím*“. V momentě, kdy probíráme konkrétní obavy, uvádí respondentka následující „*Co když zapomenu to jméno, kam jedu? Co když tam ten autobus nezastaví? Já to přejezu, přece znáte, jak jsou dneska na tom lidi. Navíc, mě to všechno s téma nohama dlouho trvá. To A. to stihne daleko rychlejc, zná to a já mezitím třeba už vlezu dovnitř. A mě ani ti lidi nerozumí, špatně se mi mluví a nemám ty zuby*“. V současné době si již některé z výše uvedených činností plně osvojila (nákupy a tvorbu vlastního týdenního rozpočtu). Obavy jsou aktuálně spojené s návštěvou města Olomouce a cestováním „*Nevím, proč jako nemůžu jet sanitou*“.

Opět zmiňuje její fyzický stav. Po rozchodu s přítelem však počet jejích aktivit velmi klesnul. Nyní vzhledem k jejímu psychickému stavu preferuje spíše samotu. Nabízené činnosti odmítá. Během návštěvy sice spontánně několikrát iniciuje rozhovor, ale naladění se velmi rychle mění. Místy ze své samoty (stavu) obviňuje druhé. „*Už mě to nezajímá. Já to neumím, je to moc těžké. Radši budu na chodbě*“. V rámci vedených terapeutických aktivit je jí opakovaně nabízena škála fakultativních činností. „*Oni sestřičky za mnou pořád chodí, že můžu tam nebo tam. Ale já už nechci, vůbec nechci. Už to pro mě není, oni jsou tam proti mně. Třeba sedíme a já nemůžu jako vůbec mluvit. Já bych i chtěla říct, co a jak vím nebo umím. Jen tam to nejde. Nemůžu to říct, neposlouchají mě*“.

Jaký je vztah mezi vnitřními motivy dospělých osob s MP k procesu edukace a jeho skutečnou realizací?

Motivy dospělých osob s MP byly pro potřeby přehlednosti diferencovány do třech základních kategorií a to na motiv úspěchu, motiv moci a motiv začlenění (srov. Pawlik, Rosenzweig, 2000; Robbins, Decenzo, 2001; Plamínek, 2015; Šmahaj, Cakirpaloglu, 2015).

V souvislosti s motivačními faktory z šetření vyplynula ne příliš čitelná přístupnost ze strany výzkumníka. Reakce respondentky v různých situacích vykazují tendenci k pasivitě. Ta může být výsledkem získaných zkušeností a způsobu výchovy stejně jako osobních dispozic. Na otázky týkající se životní dráhy (a motivu úspěchu) dospělého odpovídala paní M. T. „*... já to nemusím...*“, „*...to nepotřebuju...*“, „*...já nechci...*“. Neměla zájem něčeho konkrétního ve vlastním životě dosáhnout. „*Já jsem spokojená tak, jak jsem. Mám jako všechno, co potřebuju*“. „*O dětech to jsem si neříkala, že bych jako někdy mohla mít tady u sebe. Já vím, že tady u nás by to nešlo. Navíc já mám to postižení...*“.

O pracovním uplatnění hovořila následovně „*...to mě to teda spíš bavilo předtím, jak nás tam učili. Jak jsem šla k dospělým, tam jsem chvíli se snažila pomáhat v kuchyni. Jenže to se potom musela brzo ráno vstávat, i v zimě. To mě teda tolik nebavilo. Bolely mě ty nohy*“. „*Ve tmě*“. Pozitivně hodnotí ocenění ze strany tehdejšího personálu. „*Jo, to ony mě pak někdy pochválily, to jo. To jsem měla radost. Práci jsem si pak hledat nemohla, jako proč. Tady by mě to nebavilo jen v té kuchyni. A jinde to by bylo daleko. Musela bych ráno na autobus, jako jezdí sestřičky. No a to je daleko teda. Vlastně nevím, co by mě bavilo. Já tady nic nedělala. Možná nějaké to uklízení... Chtěla bych někam, kde bych si mohla povídat*“.

s ostatníma lidma. Ale zase ne moc, nemám ráda celý den, když někdo kecá a kecá. Taky mám ráda svůj klid na pokoji“.

V současné době paní M. T. má vizi v přidělení statutu „důchodce“. V tomto momentě bude vědět, že *„již nemusí nic dělat a nikdo ji nebude nutit“*. Finance komentovala následovně *„no, vlastní peníze bych chtěla, spíš dřív než teď. Já tady nic nepotřebuju, obchod je daleko. Paní sestřička nebo uklízečka mi vždycky přinese nějaké korálky, tak si to dám na sebe. Víc já mít vůbec nemusím. Oblečení tady taky dostanu, dole ve sklepě je spousta těch krabic. Pro mě to stačí“*.

Pokud jsme diskutovaly o pozitivních událostech ve vlastním životě, vždy situace přijímala s přístupem fatalisty. Dle jejího postoje má vše již předem daný průběh a dění okolo ní je tímto způsobem ovlivněno jejím ZP: *„ale to já už věděla, že to tak bude...“*, *„...za to můžou ty moje nešťastné nohy. ...to já jsem to věděla vždycky předtím, že jsem taková, všichni mně to říkali kolem...“*.

Motiv moci ve smyslu snahy nějakým způsobem řídit či ovlivňovat druhé nebo samotné společenské dění se neobjevovaly.

Motiv začlenění nebyl také nikterak výrazným v souvislosti s většinovou populací. *„Já jsem ráda tady, když jsem venku, tak se bojím, že něco zapomenu nebo že něco udělám dost pomalu. Oni pak ty ostatní divně koukají“*. Z pohledu navázání sociálních vztahů *„Jsem tady sama. Na pokoji jsem s jednou paní a s tou se nedá povídat. Ona si sama vykládá a pořád nebo jen tak chodí po pokoji a chodbě. Jinak ti další venku jsou prostě divní. O ně já nestojím. Tady nikdo nový teď dlouho nepřišel a prý ani nepříjde. Všichni odcházejí jinam. Já jsem nechtěla jít pryč. Líbí se mi tady. Snad tady ještě zůstanu, nevíte, sestři, jak to bude?“*. Bližší sociální kontakty navazuje s pracovníky v sociálních službách. Často je kontaktuje na společné chodbě. Vyžaduje jejich pozornost pro sdílení negativních emocí. Svě psychické vypětí obrací proti nim. *„Já jim jako řeknu, že někdy po mě chtějí těžké věci. Ty já neumím. Ale musím to udělat. Ona za mnou vždycky jedna přijde, že jako máme dělat to nebo to. A mně se zrovna nechce, jenže ona pak nemá jindy čas. Chodí taky za ostatníma lidma tady. A já musím. To mi vadí, nechci, když musím. A víte, když pak něco chci já, přijdu za ní jako teďkonc před chvilkou a to ona nemá čas. Lepší se neptat a být na pokoji“*.

Zajímavé postoje uvedla respondentka vzhledem k vlastnímu stáří. Součástí interview byla otázka, zda paní M. T. někdy přemýšlela o tom, co chce před svou smrtí vyzkoušet či dokázat. *„Já? To já nad tím tak nepřemýšlím. Je to daleko. Ještě tady budu dlouho přeci, nemám tolik moc let. Babi a děda byli staří. Co bych měla dokázat? Jak dokázat? Jsem ráda, že jsem tady teďko. Já jsem spokojená, tak jak to je. Nic mi tady nechybí, mám všechno, co potřebuju“*.

Rekonstrukce případu

Paní M.T. se narodila v roce 1946 ve vesnici kousek od Olomouce (na jméno si nepamatuje) jako čtvrtá z šesti dětí. Její rodiče měli veliké hospodářství. Paní M.T. byla krátce po svém narození vzhledem ke svému ZP předána do kojeneckého ústavu a později přešla do tehdejšího ústavu sociální péče zhruba 40 km od místa bydliště. Domů jezdila pouze na hlavní prázdniny. Návštěvy ze strany rodičů či sourozenců probíhaly minimálně. S prarodiči se vůbec nestýkala. Sociální kontakty v mládí se týkaly výhradně oblasti tehdejšího ústavu. Edukace (osvojení si trivia) byla součástí ústavní péče vedená speciálním

pedagogem. Po jeho odchodu do důchodu edukační aktivity ustaly. Avšak nedisponuje žádným dokladem této činnosti. Přínos edukace zmiňuje pouze jedenkrát a to v souvislosti se čtením. Krátce reflektuje období dospívání, období dospělosti však sama prakticky nezmiňuje. Partnerský vztah navázala po dobu 5 let, poté se rozpadl. O rodinný život nejevila zájem. V domově pro osoby se ZP žila do roku 2009, poté byla přemístěna (zřejmě z důvodu věku) do domova pro seniory. Zde zpočátku byla velmi spokojená. Účastnila se veškerých nabízených činností. Emoční ladění bylo taktéž pozitivní. Postupem doby však nastaly změny v rámci chování. Regres v aktivizaci se projevil v souvislosti se snahou o přenesení kompetencí na ni samotnou. V současnosti se již daří některé aktivity plně zapracovat do života paní M. T.. Sociální vazby jsou minimální. Rodiče již zemřeli, pohřbu se paní M. T. neúčastnila. O prarodičích hovoří pouze jedenkrát a to v souvislosti se smrtí rodičů. Blízký vztah má se svou mladší sestrou, která je její opatrovnici. S dalšími sourozenci není v kontaktu a ani se nevybavuje jejich jména či věk. Vzhledem k pravidelným konfliktům i s dalšími uživateli služby lze hovořit až o sociální izolaci. K pracovníkům zaujímá ambivalentní postoje ve spektru strachu až plné důvěry hraničící s jednoznačnou podřízeností. S novými lidmi sociální kontakt až odmítá. Sociální role dospělého (viz teoretická část práce) nejuje, resp. nerozumí jejich významu pro dospělého jedince. Ukázalo se, že je nutné aktérce vysvětlit termín „volný čas“. I když místy vyjadřuje negativní postoje, jsou její výroky zakončeny spokojeností s danou skutečností. V momentě, kdy se z pozice výzkumníka začínám více orientovat na důvody její nečinnosti, stále více užívá tzv. zdravotní argumenty. Jakékoliv vlastní snažení je okamžitě negativně ovlivněno jednak přítomností ZP a také aktuálním zdravotním stavem. Sama tedy nemůže nic ovlivnit. Současná vize do budoucna je statut „důchodce“.

V souvislosti s analýzou byl text rozčleněn do jednotlivých sekvencí. Sekvence byly tvořeny shodně s autory Fisher – Rosenthal, Rosenthal (1997) a to změny z pozice mluvčího, z pozice druhu textu a tematické modifikace.

Tabulka č. 12: Edukace

Změny z pozice mluvčího	Počáteční opatrnost v rámci kontaktu rychle mizí. Respondentka však stále očekává položení příslušné otázky. Monolog se neobjevuje.	
Druh textu	Zpočátku převažuje až telegrafický styl, posléze má vyprávění charakter zprávy. Objevuje se i hodnocení.	<ul style="list-style-type: none"> - zbavení povinnosti docházet do školy - edukace pouze v ústavu vedená speciálním pedagogem (pozitivní vztah), z této formy edukace vidí profit - „<i>umět si ledacos přečíst</i>“, „<i>...to je dobré...</i>“ - formě psaní a počítání přisuzuje menší význam - „<i>jinak si myslím, že je mi to k ničemu...</i>“ - důvod účasti na edukaci ji není znám - „<i>my jsme chodili všichni, tak jsem šla taky</i>“ - aktuálně edukaci odmítá

Tematické modifikace	Edukaci zmiňuje pouze okrajově, nárazově. Pouze o panu vychovateli vypráví více podrobně, často se k němu ve svých sděleních vrací.	- „ <i>to jsem se vždycky těšila</i> “
-----------------------------	---	--

Tabulka č. 13: Sociální kompetence

Změny z pozice mluvčího	Monolog se neobjevuje. Nadále respondentka očekává položení otázek.	
Druh textu	Vyprávění má charakter zprávy. Objevuje se i hodnocení. Na konci je patrná snaha o argumentaci (tzv. zdravotní argumenty).	<ul style="list-style-type: none"> - první vzpomínky datuje „<i>někdy kolem šesti – sedmi let</i>“ - jako první zmiňuje sociální kontakt s „<i>holkama na pokoji</i>“ teprve poté rodinu - informace ohledně „<i>holek</i>“ jsou průkazně obsáhlejší než ty, jenž se týkají rodiny - téma ohledně rodiny je třeba opakovaně započínat - sociální role dospělého: partnerství uvádí pouze v souvislosti se svým prvním partnerem, rodičovství neguje, k práci se vyjadřuje následovně „<i>... já ale nepotřebovala jít do práce, proč taky...</i>“ - současné sociální vazby jsou velmi omezeny (úžeji se stýká se sestrou, vyjadřuje smutek ze samoty, který vzápětí popře) - konflikty s dalšími obyvateli - „<i>...s nikým se tady neznám...</i>“, „<i>... já nikoho nepotřebuju, popovídám si se sestřičkami...</i>“ - obává se nových sociálních kontaktů (strach, zdravotní stav) - plně respektuje autority v rámci domova pro seniory (opakovaně tuto skutečnost zdůrazňuje) - „<i>...stejně to udělám, ať je klid...</i>“ - „<i>nemůžu</i>“, „<i>neudělám</i>“, „<i>neumím</i>“, „<i>nechci</i>“ – tyto slova často užívá při vlastním vysvětlování, proč situace byla řešena právě takto
Tematické modifikace	Prvotně zmiňuje sociální vztahy v rámci ústavu poté rodinu. Během vyprávění se vrací ke smrti rodičů, kterou srovnává se smrtí prarodičů. Ani jednoho pohřbu se nezúčastnila. Sociální role dospělého zná pouze z části, avšak není motivována k jejich plnému nabytí a aktivnímu využívání.	<ul style="list-style-type: none"> - „<i>to jsem se vždycky těšila</i>“ - „<i>...za to může to moje postižení, že jsem tady a že to tak je...</i>“

Tabulka č. 14: Věk

Změny z pozice mluvčího	Monolog se neobjevuje. Nadále	
--------------------------------	-------------------------------	--

	respondentka očekává položení otázek. Postupem času se stává opět více pasivní. Nutné je slovní doprovázení k potvrzení tematického okruhu.	
Druh textu	Vyprávění charakter zprávy. Objevuje se i hodnocení.	<ul style="list-style-type: none"> - první vzpomínky datuje „někdy kolem šesti – sedmi let“ - v ústavu „...dělala, co se po ní chtělo...“ - „my jsme chodili všichni, tak jsem šla taky“ - dospívání shrne v jedné větě: „když mi mamina doma řekla, že už taková jsem. Ale já jsem se pak bála, že něco bude jinak, ale nebylo. Jen jsem se tolik neviděla s klukama.“ - dospělost nepropojí s žádnou konkrétní životní situací. Okrajově je tato skutečnost zmíněna: „...no, mrzelo mě to, ale víc smutná jsem byla, když odešel pan učitel a potom když jsem musela do toho ústavu pro dospělé.“ - „To ne, já jsem věděla, že jako budu mít důchod“. - role dospělého jedince zmiňuje až po položení konkrétních otázek - vlastní stáří hodnotí: „...je to daleko. Ještě tady budu dlouho přeci, nemám tolik moc let. Babi a děda byli staří.“
Tematické modifikace	Jednotlivá životní období zná. Je schopna se v nich z části orientovat. Problémy jsou v současné realitě. Neurčí, kolik jí je roků. Budoucnost nijak neplánuje, tudíž ji ani nezmiňuje.	-

Tabulka č. 15: Motivace

Změny z pozice mluvčího	Monolog se neobjevuje. Nadále respondentka očekává položení otázek.	
Druh textu	Vyprávění charakter zprávy či vyprávění coby důkazu. Objevuje se i hodnocení.	<ul style="list-style-type: none"> - přítomna je tendence k pasivitě“ „to já nemusím“, „to já nepotřebuju“, „to já nechci“. - v ústavu ji motivovalo povzbuzení ze strany personálu“ „Jo, to ony mě pak někdy pochválily, to jo. To jsem měla radost.“ - vše ovlivňuje její ZP: „ale to já už věděla, že to tak bude...“, „...za to můžou ty moje nešťastné nohy, to já jsem to věděla vždycky předtím, že jsem taková, všichni mně to říkali kolem...“

		<ul style="list-style-type: none"> - motiv úspěchu je nejvíce doplňován důvody „proč ne“: „<i>Já jsem spokojená tak, jak jsem. Mám jako všechno, co potřebuju</i>“. <i>Jenže to se potom musela brzo ráno vstávat, i v zimě. To mě teda tolik nebavilo. Bolely mě ty nohy</i>“. - motiv moci zcela absentuje - motiv začlenění nebyl také nikterak výrazným v souvislosti s většinovou populací. „...<i>já jsem ráda tady, když jsem venku, tak se bojím, že něco zapomenou nebo že něco udělám dost pomalu. Oni pak ty ostatní divně koukají</i>“.
Tematické modifikace	Motivace byla aktérce přiblížena jako něco, čeho chci dosáhnout, co chci získat, co přináší uspokojení. Pro paní M. T. to znamená, nechat vše, jak bylo předtím. Jakákoliv inovace ji znepokojuje, i přes pokroky, kterých v aktivizacích dosahuje.	<ul style="list-style-type: none"> - „<i>Jsem ráda, že jsem tady teďko. Já jsem spokojená, tak jak to je. Nic mi tady nechybí, mám všechno, co potřebuju</i>“.

U každého z výše uvedených segmentů biografie šlo o inherentní odkazy na možná tematická pole a vytváření dalších tematických segmentů (srov. Guillemin, Gilliam, 2004; Řiháček, Čermák, Hytych, 2013; Nosková, 2014; Dušková, Šafaříková, 2015; Hendl, 2016). Během jejich analyzování jasně vyplývá, jaké segmenty aktérka zmiňuje opakovaně, jaké pouze zmiňuje, jaké téma dále nerozvíjí či jaké oblasti se snaží zcela pomínout.

V úvodu je cílem vlastní sebe prezentace. Zde respondentka zmíní pouze své nacionále, stejně jako místo, kde pobývala dříve a kde žije nyní. Posléze popisuje situace, týkající se současnosti. Patrný je odstup v kontaktu. Preferuje stručné vyjádření odpovědi. K edukačním aktivitám je zřejmý vztah pouze v dětském věku. Jejich absolvování nepřisuzuje přílišný význam. Pozitivně oceňuje možnost využít čtenářské dovednosti. Grafické a numerické dovednosti ve svém životě neuplatnila. Ohodnocení edukace je spjato se vzpomínkami na speciálního pedagoga, který v ústavu působil. Primárně hovoří o něm, až po té o edukaci jako takové. V současnosti má k edukačním aktivitám odmítavý postoj (odpovědi prostupují obavy z jakékoliv nové a jí neznámé situace). V této souvislosti užívá slova jako „nepotřebuju“, „jsem tak spokojená“.

Ze skupiny sociálních kontaktů jsou pro ni důležité kontakty s dalšími klienty v ústavu než s rodinou. Při vyprávění o nich užívá více prozodické faktory, delší věty. Zatímco prázdniny u rodičů komentuje krátkými větami bez zjevných emocí. Ty zmíní pouze jedenkrát, ale více se k nim nevrací: „...*to jsem se těšila, až budou prázdniny a pojedu k nim zase*“. Několikrát zdůrazňuje absenci kontaktu s rodinou během roku. Sociální role dospělého člověka pro ni nejsou tolik významné. Aktuálně lze hovořit až o sociální izolaci. Aktivně je v kontaktu pouze se svojí sestrou (s ostatními sourozenci nikoliv) a pracovníky domova pro seniory. S klienty je často dostává do sporu. Tato skutečnost je pro ni velmi tíživá. I když vzápětí zdůrazňuje, že je osobně spokojená. Často hovoří o obavách z nových sociálních

situaci/kontaktů. Po několika pobídkách je schopna hovořit asi tři minuty na dané téma. Struktura poukazuje na význam této situace, již však aktérka neumí adekvátně verbálně zprostředkovat.

Na úrovni prožitého příběhu je paní M. T. vyzvána k monitoringu významu jednotlivých prožitků v životních etapách. O vlastních vzpomínkách hovoří až od šesti – sedmi let. Nejvíce vzpomínek věnuje především dětskému věku. Následujícím životním strukturám nepřikládá tolik významu. Jedna věta se týká dospívání. Její role dospělého člověka je skládána prostřednictvím rolí dospělého jedinice. Objeví se jeden prvek vzhledem k budoucnosti a to vlastní stáří. Zde se projevuje nedostatek náhledu na danou realitu. Na jedné straně uvádí, že její vlastní stáří je „ještě daleko“, avšak na straně druhé je spokojená: „už pobírám důchod a když ho mám, tak přece nic nemusím“.

Během vyprávění je patrná až absence motivace aktérky. Jisté momenty lze vidět při sdělování informací z života ústavu (edukace, sociální vztahy, pozitivní postoje k této době). S postupujícím vyprávěním se motivace vůči jakýmkoli aktivitám snižuje a objevují se tzv. zdravotní argumenty proč dané činy nedělat. Tyto zdravotní argumenty je možné spatřovat již v počátku jejího příběhu, kdy respondentce tímto způsobem bylo vysvětlováno její setrvání mimo rodinu či nedostatek jejích kompetencí v osobním životě. S problémy v sociálních dovednostech souvisí i nízká motivace pro začlenění do společnosti (vyjádřené obavy z nových sociálních kontaktů, téměř izolace v zařízení pro seniory). Motiv moci aktérka nezmiňuje.

Ve vyprávění paní M.T. lze detekovat snahy o nastolení jistého odstupu od vlastního vyprávění. Proto je nutné opakovaně se k některým tématům vracet, aby si uvědomila obsah sdělovaný jejím prostřednictvím. Vzhledem k jejím obtížím reflektovat emoce, je náročné je během vyprávění sledovat. Prakticky po celou dobu hovoří monotónním hlasem, mimiku vzhledem k myofunkční poruše neužívá.

Biografie č. 2. Pan č. 2

Realizační kontext

S panem č. 2 a jeho rodinou se známe 6 let. Protože se s panem č. 2 již pravidelně nesetkávám, požádala jsem jeho samotného, dále jeho rodinu a také osobní asistentku o zprostředkování setkání. Pan č. 2 mi telefonicky sdělil, že se empirické části dizertační práce rád zúčastní, avšak mi nemůže zaručit, že jím poskytnuté informace budou přínosné (tato skutečnost byla potvrzena i jeho zákonným zástupcem). Avšak i v tomto případě s argumentem „...*Olomouc je malé město, tady to každý pozná, pozná, o koho jde...*“ bylo možné zveřejnit jen tu část odpovědi, jež se přímo týkala empirické části. Sám respondent č. 2 si přál být uveden pod kombinací písemného a číselného údaje. Poprvé a potřetí setkání proběhlo v domácím prostředí (vlastní pokoj). Druhé interview bylo realizováno v tzv. společenské místnosti v místě jeho zaměstnání.

První realizace polostrukturovaného interview

První interview probíhalo v domácím prostředí. Pan č. 2 se po příchodu z práce nechce (pokud nemá daný program) vzdalovat od místa svého bydliště vzhledem ke zdravotnímu stavu jeho otce. Již v prvním kontaktu byla místy patrná bezradnost, snad i obavy z dalšího průběhu. Pan č. 2 byl opakovaně ujištěn, že se téma rozhovoru bude týkat již jemu známému tématu a že nemusí odpovídat, pokud mu položená otázka bude připadat příliš citlivá.

Zpočátku bylo nutné pana č. 2 během interview pobízet a ujist'ovat. Posléze jsme se rozloučili neformálním rozhovorem.

Druhá realizace polostrukturovaného interview

Druhé setkání bylo realizováno v pracovním prostředí pana č. 2. uskutečnilo se v tzv. společenské místnosti. Pan č. 2 před jeho započítím napsal SMS, ve které si přál čas našeho setkání posunout o hodinu později. Než samotné pokládání otázek započalo, objevili se v místnosti tři spolupracovníci. Zřejmě naši přítomnost a realizaci rozhovoru nevnímali, ale i tak mohli být potencionálním rušivým elementem. Proto jsme vyčkali, až místnost opustí. Poté interview pokračovalo plynule dále. Na konci jeho realizace proběhl neformální rozhovor a rozloučení.

Třetí realizace polostrukturovaného interview

Opět se setkávám s panem č. 2 v domácím prostředí. Hned úvodem mi sděluje, že otci je dnes lépe, proto i on má lepší náladu. Pan č. 2 znovu vyjadřuje obavy, zda jím poskytnuté informace budou adekvátní. Protože jde o poslední setkání, jsou opět některé otázky pokládány znovu pro jejich případně dovysvětlení. Nadále jsou v souladu s osobní lineární historií.

Biografie pan č. 2

„Já jsem pan č. 2., je mi 41 let. Bydlím s našima v bytě, mám tam svůj pokoj a svoje věci. Mám dva bráchy a jsem strejda jo a pracuju“- takto představil respondent sám sebe.

Pan č. 2 se narodil v roce 1975 ve Šternberku jako prostřední dítě ze třech sourozenců. Od narození do 14 let žil v tehdejší ústavu sociální péče. Do kterého nastoupil záhy po svém narození. Bližší okolnosti si nepamatuje. O svém dětství vypráví pouze kusé informace. Rovněž byl zbaven povinnosti docházet do školy, avšak oproti předcházející biografii paní M. T. jeví po roce 1990 rodiče zájem o jeho rozvoj. Aktuálně má omezenou svéprávnost. Sám vyjádřil přání, aby byl v rámci empirické části práce zmíněn bez udání iniciál. Kontakt s rodinou probíhal pravidelně ve formě návštěv 1x za týden. Edukační aktivity byly součástí pobytu v ústavu sociální péče. V roce 1991 se vrátil zpět domů, kde mu rodina vyčlenila vlastní pokoj (bratři již žili jinde). Využíval aktivit občanských sdružení do roku 2003. Poté začal navštěvovat sociální službu ve formě denního stacionáře. Aktuálně je zaměstnancem na částečný úvazek. Projevuje zájem o sociální kontakt. S bratry se pravidelně stýká, podnikají spolu s jejich rodinami volnočasové aktivity. O partnerský život nejeví zájem. Aktuálně se snaží nalézt místo v podporovaném bydlení. Problémem je dlouhodobá nemoc jednoho z rodičů.

Jaký je vztah mezi procesem edukace a rozvojem sociálních kompetencí dospělých osob s MP?

Pan č. 2 ve své výpovědi opakovaně hovoří o svých blízkých, asistentech, přátelích z denního stacionáře a také spolupracovnících z obchodního řetězce. *„Já jsem rád, že se u nás máme všichni tak rádi. Teď je táta nemocný, ale to trvá už dlouho. Tak se taky snažím mámě pomáhat. Přijíždějí i bráchové s dětma. Jsem rád, že jsme doma všichni spolu“*. Naopak na dobu strávenou v ústavu sociální péče nevzpomíná prakticky vůbec. Pravidelně se schází se sourozenci i jejich rodinami a širší rodinou.

Aktuálně je problémem dlouhodobě vážný zdravotní stav jeho otce, který prakticky neopouští domov. Sousedské vztahy jsou rovněž na výborné úrovni. *„To já když nejdu do práce třeba, tak jdu dolů a sednu si tam. Bavím se tam s panima. Povídáme si, pijeme kávičku a to až dopijeme, tak to potom já jdu nahoru. Dolů (před dům) tam se nebojím, můžu tam“*. Nejvíce vzpomínek má z denního stacionáře. *„Tam já mám kamarády. S těma se znám dlouho a chodíme třeba na výlety. I teď. Ale jenom v létě. To se potkáme na náměstí nahoře a potom spolu jdeme někam“*.

Pan č. 2 společně ještě s jednou mladou ženou odešli do podporovaného zaměstnávání. Ale s uživateli stacionáře se pravidelně v letních měsících setkávají, stejně jako navštěvuje aktivity této organizace během kalendářního roku. Stejně pozitivní vyprávění se objevuje v souvislosti se vztahy s asistenty. *„Já jsem měl rád paní N. Ale ani slečna R. není špatná. Jezdí se mnou a tak se mi to líbí“*.

Z pohledu naplnění rolí dospělého jsme jako první probírali oblast partnerských vztahů. Pan č. 2 se velmi rád účastní společných rodinných setkání a dovede dlouze vyprávět o rodinném životě jeho sourozenců. Na otázku ohledně jeho vlastního partnerského života uvedl, že *„...no, já už ale moje lidi mám. A ti jsou všichni se mnou doma nebo k nám přijdou“*. Ohledně životní partnerky se vyjadřuje následovně *„...to já mám ty kamarádky. Manželku jako mají bráchové moji to ne, to já nechci, já jsem doma rád“*.

Z hlediska pracovního uplatnění se cítí subjektivně spokojen s podporovaným zaměstnáváním. *„Jo, tam já chodím moc rád. Baví mě to tam, jsou tam i hodní lidi kolem. Když třeba něco nevím nebo neumím, tak mi pomůžou nebo i slečna R....dělám tam s kytkami nebo zalévám a třeba i hlídám, jestli je ten stojan správně, jak to má být“*. Prozatím práci měnit nehodlá.

V souvislosti s ekonomickou nezávislostí je třeba podotknout, že z vydělaných peněz pan č. 2 s pomocí matky zaplatí tříměsíční jízdenku a zbytek uloží na účet, který spravuje právě ona. Z uspořené peněz dotuje své výlety s rodinnou či s uživateli stacionáře. Rovněž malý obnos odevzdává na provoz domácnosti.

Aktuálně se snaží nalézt místo v podporovaném bydlení. *„Jo jo, to že bych měl bydlet jinde, to vím. Ale spíš nechci, já jsem doma rád. Pomáhám s taťkou. Třeba se starám i o kytičky jako v práci. Bavíme se o tom doma, s mámou i tátou, když přijedou bráchové, tak i s nima. Jenže já jsem doma rád. Ale vidím, že jiní nebydlí s rodičema. A my nemáme další nastavenou půdu (patro), abych tam mohl být v bytě sám. U nás v domě to tak nejde“*.

Pan č. 2 je schopen během interview bez výrazných obtíží detekovat vlastní pocity a naladění. *„No, dneska mám dobrou náladu. I tátovi bylo líp. Když nemůže moc mluvit, to jsem smutnější. I mamina“*. Komunikační dovednosti tedy plní svou regulační funkci.

Pan č. 2 dle vlastního názoru plně zvládá základní sociální situace, stejně tak nevyjadřuje obavy při kontaktech s dalšími lidmi: *„...mě to nevadí, že se mám s někým bavit. Chodím třeba do trafiky, když mě brácha pošle a tak. No on se mě třeba někdo ptá na zastávce, většinou nějaká babička, jestli to jede, tak to jí rád poradím, když to vím. Rád chodím i do jiných obchodů dívat se na kytičky. Jestli jsou lepší než ty naše. A vždycky si tam s někým povykládám“*.

Jaký je vztah mezi věkem dospělých osob s mentálním postižením a využitím edukačního procesu?

Pan č. 2 byl zbaven povinnosti docházet do školy. Edukačních aktivit se účastnil v ústavu sociální péče. „Pamatuju si na to, že jsme někam to...chodili. Byla to velká místnost dole se skleněnou stěnou. Všechno bylo vidět. Tam nás bylo dost. Museli jsme sedět na židlich nebo na zemi, když nebylo místo. Učil jsem se psát na takovou hnědou krabici (pozn. zřejmě tabulku). Četli jsme ze slabikováře. A na počítání to byly ty kuličky na niti. S těma jsme pak mohli posouvat. Kartičky tam byly taky....no, kartičky“. Jak uvedl, základy trivia zná. „Ale nebylo to teda nějak moc, že bych uměl. My se to sice naučili, jenže já to pak nepotřeboval. To až vždycky když přijela maminka a taťka, tak jsme třeba v neděli seděli na zahradě dole a spolu jsme se jako učili“. Také pan č. 2 nemá k dispozici žádné vysvědčení či jiné dokumenty. Nevzpomíná si, kdo tyto vzdělávací aktivity přesně zajišťoval. „... no, ony to byly nějaké paní, co se tam nějak střídaly. Pak jsme si vyměnili učebnice a zase znova se něco učili“.

Více se ve vzpomínkách vrací k době, kdy odešel zpět domů. „To já bych doma dlouho nechtěl být. Mamka s taťkou mě učili dělat něco doma. Třeba jsem utíral prach nebo tak, ale to mě teda nebavilo. Potom za mnou přišli, že mám jít do X. Tak jsem šel. Byla tam spousta nových lidí, stejných jako já. Ale bylo to tam takové lepší, no. Mohl jsem si něco třeba zkusit. A dost mi pomohli. Ukázali na to a to a já to pak udělal. Ale byl jsem tam třeba dvě dopoledne a zbytek byl doma. Tam jsem taky dělal to, co jsem jako už teď uměl. Znova jsme tam dělali čtení, počty a psaní. To mě bavilo. I dneska jsem rád, že to umím. Všechno potom můžu dělat v práci – třeba se zapsat, že jsem přišel a tak. Za někoho to totiž dělá asistentka, víte?“.

Dle jeho vyprávění cítil velkou oporu ze strany rodiny. Oceňoval pevné sociální vazby jak mezi rodiči, tak i mezi sourozenci. „S mámou jsem šel tehdá do krámu. Já měl takový strach. Ale ona mi všechno řekla, co si mám jako uložit do košíku. A potom jsme šli k té pokladně a mohl jsem to i zaplatit. To jsem byl moc rád. „... s bráchama jdeme na kofolu. Chodili jsme i předtím. Moc mi chutná“.

Rozhovor se stáčí k jednotlivým činnostem, které v rámci docházení do X absolvoval. Přesný seznam si nepamatuje. „...bylo to něco s oblékáním, skládáním do skříně, potom i jídlo, že jsem se měl jako naučit dělat čaj, kávu a nachystat si chleba“. Uvedená náplň edukačních aktivit probíhala během let kontinuálně se stejným obsahovým zaměřením.

V roce 2003 začal pan č. 2 navštěvovat denní stacionář, který se nacházel na opačné straně města. Problematické bylo zejména počáteční dojíždění. „To se mnou předtím jel někdo z nás. Autem jsem jel jedině s tátou, jinak autobusem dvěma. Jednou ale byli všichni nemocní v posteli, a já nechtěl být doma, ale bál se jsem se jet sám. Já jsem se strašně moc zlobil, že jako mám být ten den doma“. Ten den dostal pan č. 2 první epileptický záchvat, který byl provázený příjezdem rychlé záchranné služby a následnou hospitalizací. V nemocnici byl hospitalizován zhruba týden. „V nemocnici to moc nevím. Ležel jsem na posteli, přinesli mi jídlo a na pokoji se se mnou nikdo nebavil. Nic jsem tak neměl a jen jsem ležel“. Problémy vyvstaly po jeho návratu domů a opětovné docházce do X. Souvisely se způsobem dojíždění. „Potom se u mě objevila paní N. Ráno na mě čekala a jeli jsme spolu. To myslím trvalo dlouho. Jezdili jsme spolu a pak paní N. jezdila vzadu a já vpředu. Jezdí se mnou doted“.

Nyní s panem č. 2 jezdí jiná asistentka do podporovaného zaměstnávání. „Jo, to všechno jsem se tam naučil. Jsem rád. Bavilo mě to. Lepší než doma uklízet“. Nyní využívá službu podporovaného zaměstnávání společně s asistentem na pracovišti. „To tenkrát bylo fajn,

šel jsem do práce podepsat, že tam jako budu pravidelně ráno chodit. Oblékl jsem si košili, kalhoty a vzal takovou tu tašku, co dřív nosil táta do práce“. Třikrát v týdnu dochází do jednoho obchodního řetězce, kde vykonává drobné zahradnické práce. „Já se tam pořád něco učím. Teď jsem rovnal hnojení. Taký jak mám zalévat kytičky nebo která konvička patří kam. Moc mě to tam baví“. Na otázku jakou formou ho podporuje pracovní asistentka uvádí „...ona tam jen tak stojí. Někdy mi řekne, co mám dělat, kam to dát. Ty písmenka jak jsou v řadě, tak to moc neumím přečíst. V tomhle mi třeba trošku poradí, ale jinak dělám všechno sám. A ti ostatní, co tam pracují, jsou taky fajn“. Význam trivia v profesním uplatnění je zřejmý.

Vlastní budoucnost vidí „taky tady. Budu tady pořád pracovat. Ale jezdit do práce sám to teda nechci“. Na otázku, co by chtěl před svou smrtí dokázat, uvedl, že by se rád staral o svého otce a udržel si své zaměstnání.

Jaký je vztah mezi vnitřními motivy dospělých osob s MP k procesu edukace a jeho skutečnou realizací?

Motivy dospělých osob s MP byly pro potřeby přehlednosti diferencovány do třech základních kategorií a to na motiv úspěchu, motiv moci a motiv začlenění (srov. Pawlik, Rosenzweig, 2000; Robbins, Decenzo, 2001; Plamínek, 2015; Šmahaj, Cakirpaloglu, 2015).

V souvislosti s motivačními faktory z šetření vyplynula ne příliš čitelná přístupnost ze strany výzkumníka. Reakce respondenta vyjadřují prosociální postoj. Je jednoznačně odrazem výchovného stylu v rodině a dostatečným množstvím vlastních aktivit a aktivit v komunitě.

Motiv úspěchu pana č. 2 byl dle jeho sdělení způsob vedení života jeho rodičů a sourozenců. „To já jsem věděl, že nemůžu být doma. Chtěl jsem taky dělat to, co můžou moji bráchové. Že taky někam jdou, tam se s někým baví, doma potom jim někdo volá. To jsem chtěl taky“. Uvedené podněcovalo jeho snahu o účast na edukačních aktivitách, stejně jako využití služby podporovaného zaměstnávání. „Taky vím, že když pracuju, chodí mi peníze. A ty potom mám v to léto nebo za to můžu něco koupit jen tak a i tu kofolu“.

Motiv moci ve smyslu snahy nějakým způsobem řídit či ovlivňovat druhé nebo samotné společenské dění se neobjevoval.

Motiv začlenění byl velmi výrazný. „To já si rád povídám dole s paníma. Jak jsem povídal, že si tam sedneme. A babičky znají skoro všechny od nás, tak se s nima taky baví další lidi. Já je potom poznám, když jsem s mámou v obchodě, to se hned pozdravíme. Od nás znám taky paní pošťačku. Když nám něco nese, tak si to od ní vezmu hned dole nebo když k tomu musí být máma, tak s ní pak jedu i nahoru. ... to já mám radost, když někoho potkám venku, třeba si spolu něco řekneme, ale to nesmím spěchat do práce...“. Pan č. 2 nemá dle jeho výpovědi problém s navazováním sociálních vztahů. „No jo, já se třeba taky zeptám, když jako něco nevím. Je to třeba někdo koho neznám, ale no a co. Zeptám se, abych to věděl“. Za jednoznačné pozitivum uvádí možnost kontaktu s vrstevníky. „Já se vždycky tak těším na léto, že tam s nima budu. Jdeme třeba do cukry (myšleno cukrárna), na kávičku, na kofolu. Vykládáme si o tom, jak se kdo má, co dělá. To je fajn“. V souvislosti s vlastním stářím pan č. 2 zmiňuje „...jo o tom se doma s mámou a tátou bavíme. Já se teď moc bojím o tátu. Jak sedí jen doma, nikam nemůže. Proto chce mamka, abych šel bydlet někam jinam, ale to se o tom jenom bavíme teďko doma“. Pokud jde o postup v pracovním místě je pan č. 2

aktuálně spokojený. „*Já nikam jinam nechci, líbí se mi tam, asistentka, lidi i to, co už teď umím dělat*“.

Rekonstrukce případu

Pan č. 2 se narodil v roce 1975 ve Šternberku jako prostřední dítě ze třech sourozenců. Od narození do 14 let žil v tehdejší ústavu sociální péče, do kterého nastoupil záhy po svém narození. Rovněž byl zbaven povinnosti docházet do školy, ale edukační aktivity probíhaly jako součást tehdejší ústavní péče. Má osvojeny základy trivia, jež byly později prohloubeny. Již si nevybaví, kdo tyto aktivity v ústavu zajišťoval. Dokumenty potvrzující jeho slova stejně jako v předchozí biografii absentují. Kontakt s rodinou probíhal pravidelně ve formě návštěv 1x za týden. Více se ke vzpomínkám z dětství nevyjadřuje. Naopak velmi široce hovoří o současném životě.

V roce 1991 se vrátil zpět domů, kde mu rodina vyčlenila vlastní pokoj (starší bratři již žili jinde). Rodiče ho podporovali v prohloubení dosažených znalostí i rolích dospělého člověka. Využíval činností občanských sdružení do roku 2003. Zde mu byly edukační aktivity opět nabídnuty. Dle jeho vyprávění se jednalo o stereotypně se opakující nabídku. Poté začal navštěvovat sociální službu ve formě denního stacionáře. Popisuje zejména problémy spojené s dojížděním a náhlým zhoršením vlastního zdravotního stavu (propuknutí epileptického záchvatu). Toto období popisuje jako velmi emocionální. Dlouze se věnuje konfliktním situacím, kdy musel zůstat doma, protože neměl doprovod do denního stacionáře. Následovala hospitalizace v nemocnici. Po propuštění začal využívat služeb osobní asistentky při dopravě do stacionáře. I když z této služby odešel, v pravidelných intervalech se s uživateli i asistenty setkává, navštěvuje jejich akce během celého roku (jarmarky, besedy, koncerty, návštěvy cukráren, divadel apod.). V současnosti je zaměstnancem na částečný úvazek. Pracuje v obchodním řetězci v oddělení zahrady. Podporu při pracovním procesu mu poskytuje asistentka. S vydělanými penězi je schopen s podporu ze strany matky adekvátně naložit. Vzhledem k věku rodičů a zhoršujícímu se zdravotnímu stavu otce je jeho nynějším cílem (iniciace je dle vyprávění především ze strany rodiny) nalézt místo v podporovaném bydlení. S bratry se pravidelně stýká, podnikají spolu s jejich rodinami volnočasové aktivity. Během svého vyprávění se rovněž orientuje na budoucnost. Motiv začlenění a úspěchu je patrný z kontextu jeho příběhu.

Tabulka č. 16: Edukace

Změny z pozice mluvčího	Pan č. 2 od počátku hovoří spontánně. Užívá prvky monologu. Je schopen držet se tematické linky i dějových faktorů.	
Druh textu	Vyprávění má charakter zprávy, místy příběhu. Je přítomen velmi stručný pohled do minulosti.	<ul style="list-style-type: none"> - zbavení povinnosti docházet do školy - edukace pouze v ústavu, personální zajištění si nevybavuje - „...teda bylo nás tam dost, museli jsme sedět na židli nebo na zemi...“ - absentují dokumenty - edukace probíhala v rodině: „Mamka s tatškou mě učili něco dělat doma“.

		<ul style="list-style-type: none"> - edukace probíhala v X: „Ukázali na to a to a já to pak udělal. Ale byl jsem tam třeba dvě dopoledne a zbytek byl doma. Tam jsem taky dělal to, co jsem jako už teď uměl. Znova jsme tam dělali čtení, počty a psaní.“ - opakovaně zdůrazňuje stereotypy v edukačních aktivitách - nové sociální situace zvládá bez obav: „vždycky si tam s někým povykládám“.
Tematické modifikace	Je nutná strukturalizace – rychle mění sled záměrů. Posléze se edukace prolíná během celého vyprávění.	<ul style="list-style-type: none"> - význam edukace pro sebe sama je zřejmý

Tabulka č. 17: Sociální kompetence

Změny z pozice mluvčího	Pan č. 2 je adekvátním komunikačním partnerem. Je přítomen monolog.	
Druh textu	Vyprávění charakter příběhu. Objevuje se pohled do minulosti a popis.	<ul style="list-style-type: none"> - široká škála sociálních kontaktů (rodina, přátelé, asistenti, sousedé, spolupracovníci) - sociální role dospělého: na úrovni partnerských vztahů je spokojen s přátelskými vazbami - „Manželku jako mají bráchové moji to ne, to já nechci, já jsem doma rád“. - spokojenost s pracovním uplatněním - částečná ekonomická nezávislost
Tematické modifikace	Nejvíce sociálních dovedností uvádí v souvislosti s aktuálním životním příběhem. Ve vyprávění opakovaně zdůrazňuje, čeho všeho se „nebojí“.	<ul style="list-style-type: none"> - „Je to třeba někdo koho neznám, ale no a co. Zeptám se, abych to věděl“.

Tabulka č. 18: Věk

Změny z pozice mluvčího	Probíhá forma rozhovoru.	
Druh textu	Vyprávění charakter příběhu, je přítomen pohled do minulosti a přítomnosti.	<ul style="list-style-type: none"> - dětství a život v ústavní péči shrnul stručně čtyřmi větami - pan č. 2 hovoří nejvíce o období dospělosti - vlastní model dospělosti srovnává s životem rodičů a bratrů - je si vědom rolí dospělého člověka - ve svých plánech se orientuje na budoucnost
Tematické modifikace	Pro aktéra je podstatná zejména současnost.	

Tabulka č. 19: Motivace

Změny z pozice mluvčího	Formát rozhovoru i monolog jsou zachovány.	
Druh textu	Vyprávění charakter zprávy, hodnocení	<ul style="list-style-type: none"> - motivován výchovným stylem rodiny a konfrontací s množstvím aktivit - posuzuje, co bylo přínosné a co nikoliv: „...<i>tam to bylo pořád dokola jen to samé...</i>“ - motiv začlenění je patrný ze sousedských vazeb: „... <i>to já mám radost, když někoho potkám venku, třeba si spolu něco řekneme, ale to nesmím spěchat do práce</i>“. - motiv moci není přítomen
Tematické modifikace	Patrné z kontextu životního příběhu.	

Následující postup byl obdobný jako u předchozí biografie. Jednotlivé části biografie byly charakterizovány atributy, které přímo odkazují na další tematické segmenty. Opět vyplývá na povrch, jaké oblasti a životní témata jsou pro pana č. 2 podstatné a jakým se věnuje pouze okrajově.

Součástí úvodní části je vlastní sebe prezentace, která plně odpovídá kontextu příběhu. Také tento aktér je ponejvíce orientován na současnost. Kontakt odpovídá potřebám šetření. Místy pan č. 2 odbíhá k nemoci otce, ale je schopen vlastní korekce. Užívá delší souvětí, v případě potřeby je schopen vysvětlit kontext. Edukační aktivity se prolínají celým životním příběhem. Nejvíce je zasazuje do událostí související s jeho dospělostí (zařízení X, denní stacionář). Významným prvkem je i edukace v rodině (situace kdy opustil ústavní péči). Osvojení si trivia a dalších získaných dovedností považuje jednoznačně za profit. Jejich přímé uplatnění probíhá v současném pracovním procesu. Během vyprávění nevzpomíná na žádné učitele či osoby, které by bylo možné označit jako zprostředkovatele edukačních aktivit. Aktuálně své znalosti nijak neprohlubuje. Danou situaci vysvětluje starostí o nemocného otce. Při čtení příběhu je nutné jeho prvky poskládat pro tvorbu příběhu. Zpočátku velmi mění záměry výpovědí, čímž nevytváří příběh.

Pan č. 2 má vybudovanou poměrně širokou síť sociálních kontaktů. Vzor sociálních rolí dospělého člověka měl v partnerství svých rodičů a posléze bratrů. Sám se ztotožňuje pouze s některými z nich, avšak nad jejich dosažením vyjadřuje osobní uspokojení. I přes nemoc otce nelze říci, že by nyní preferoval kontakt jen s rodinou či nějak omezil vlastní aktivity. Přítomna je orientace na budoucnost. Tu nepřímě odhaluje jako variantu odchodu z rodiny do chráněného bydlení a ve vizi setrvání na dané pracovní pozici. Prozatím se touto skutečností více nezabývá. Během tohoto segmentu se opakovaně zdůrazňuje, co vše již sám zvládá.

Na úrovni prožitého příběhu je aktér vyzván k monitoringu významu jednotlivých prožitků v životních etapách. Velmi stručně zmíní dětský věk. Dospívání a dospělost od sebe neodděluje. Prioritní význam má odchod z ústavní péče do rodiny a další životní zkušenosti. Z pohledu sociálních rolí dospělého člověka je kompetentní v sociální, pracovní, ekonomické

oblasti. I přes orientaci na budoucnost (práce, bydlení) nijak nekomentuje situaci ohledně vlastního stáří.

Motivace se objevuje ve všech složkách příběhu. Motivace k začlenění se manifestuje především po odchodu z ústavní péče a poté je součástí celého života. Motiv úspěchu vystupuje z vyprávění zcela přirozeně jako analogie vzoru převzatého z rodiny.

U pana č. 2 jsou patrné snahy o eliminaci tématu ohledně nemocného otce, které však jen obtížně koriguje. V příběhu opakovaně chválí sám sebe. Toto pozitivní ocenění vyžaduje i ze strany druhých a slouží jako motivační faktor. Vypravěč se v popisu svého života věnuje především svým vlastním úspěchům. Nepříjemné zážitky sice nastíní, ale poté se k nim nevrací (kromě nemoci otce).

Nyní budou v dizertační práci prezentovány odpovědi získané od rodinných příslušníků (zákoných zástupců) dospělých osob s MP. Ukončení přijímání odpovědí bylo provedeno 30. 9. 2015. Celkem odpovědělo 88 respondentů. Bližší specifikace této části je v kapitole 4.4 Proces získávání dat.

Zpracování dat kvantitativní povahy

Zde byly zpracovány odpovědi získané prostřednictvím participace na výzkumu ze strany rodinných příslušníků/zákoných zástupců a odborníků. Demografické údaje o respondentech (pohlaví, kraj, místo výkonu profese) jsou uvedeny v kapitole č. 4. 6 s názvem charakteristika výzkumného souboru. V závěru zpracování dat kvantitativní povahy budou porovnávány názory výše uvedených skupin respondentů na edukaci společně s analýzou tohoto procesu. Rodinní příslušníci/zákonní zástupci se podrobili dotazníkovému šetření. Dotazník jim byl distribuován elektronickou formou. V úvodu dotazníku byl představen záměr dizertační práce a zároveň byly respondentům sděleny pokyny pro jeho vyplnění. Poděkování za spolupráci je součástí závěrečné části dotazníku. Informace získané od odborníků byly použity pro koncipování jednotlivých Q-typů.

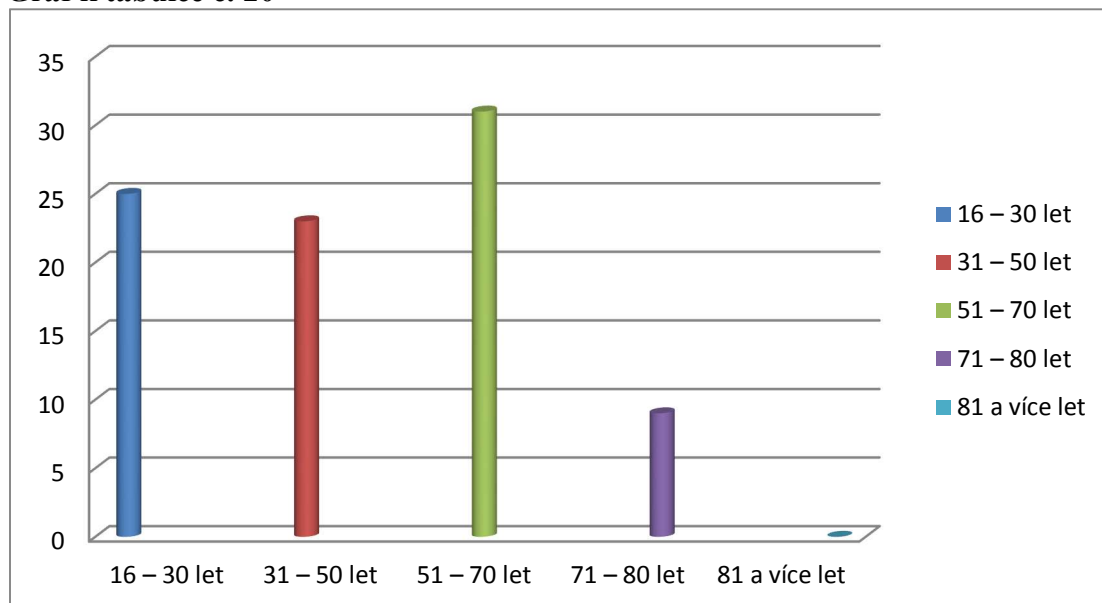
Nejprve budou interpretována data rodinných příslušníků/zákoných zástupců, posléze data získaná odpověďmi odborníků.

Jako první budou zmíněny odpovědi rodinných příslušníků.

Tabulka č. 20: Váš rodinný příbuzný s MP spadá do věkové kategorie...

Váš rodinný příbuzný s MP spadá do věkové kategorie...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
16 – 30 let	25	27
31 – 50 let	23	25
51 – 70 let	31	38
71 – 80 let	9	10
81 a více let	0	0
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 20



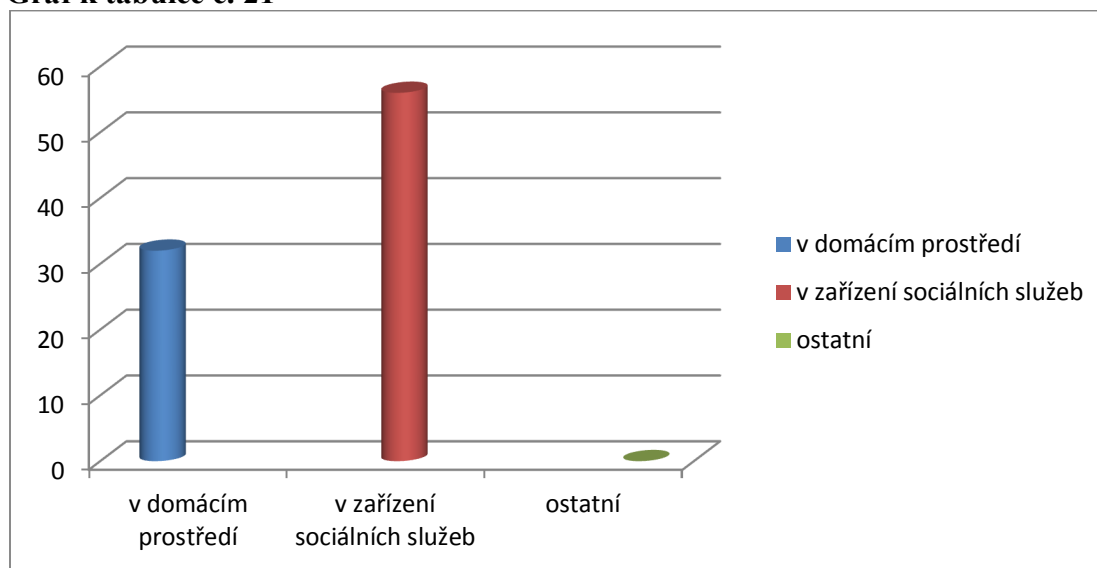
Komentář k tabulce č. 20

Nejvíce osob s MP spadá do věkové kategorie 51- 70 let (38 %). Toto rozpětí nejčastěji zmiňovali respondenti z kategorie „matka“. Druhou nejvyšší četnost vykazuje kategorie 16 – 30 let (27 %). 25 % osob s MP se pohybuje ve věkovém rozmezí 31 – 50 let. Pouze u 10 % osob s MP byl kalendářní věk stanoven mezi 71 – 80 let. Tuto variantu volili spíše sourozenci nebo jiní rodinní příslušníci. Kategorie 81 a více let nebyla uvedena.

Tabulka č. 21: Váš rodinný příbuzný s MP žije ...

Váš rodinný příbuzný s MP žije ...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
V domácím prostředí	32	36
V zařízení sociálních služeb	56	64
Ostatní	0	0
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 21



Komentář k tabulce č. 21:

Na základě odpovědí respondentů žije nejvíce osob s MP v zařízení sociálních služeb (64 %). Takto odpovídali ponejvíce sourozenci či opatrovníci. Naopak 36 % žije v domácím prostředí

(preference odpovědi byla jednoznačně ze strany rodičů). Možnost „ostatní“ nevolil žádný z respondentů.

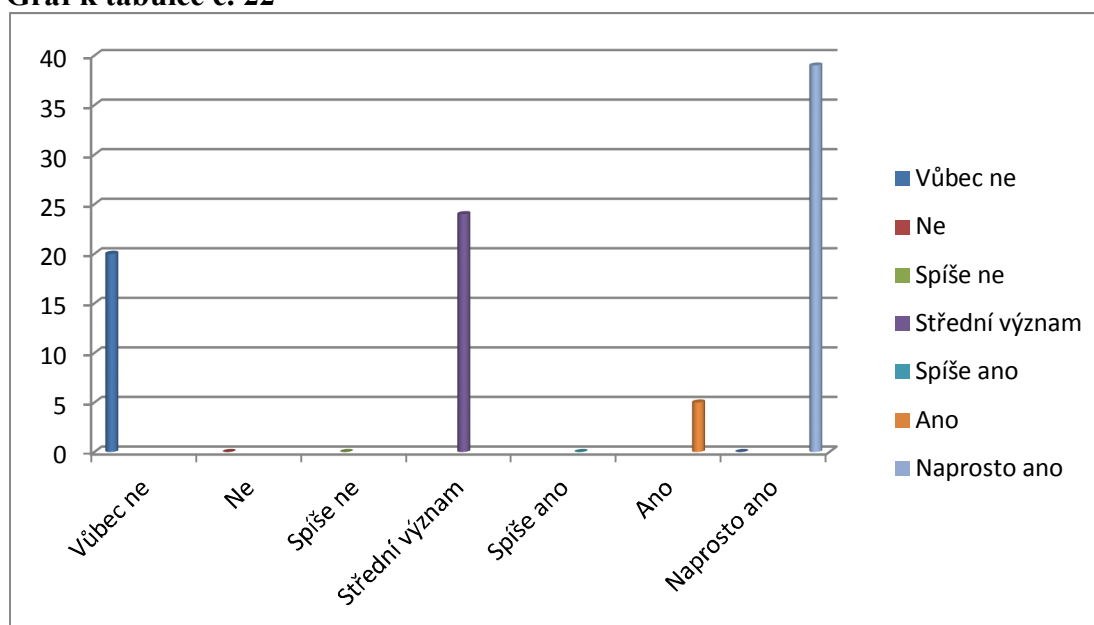
Tabulka č. 22: Považujete obecně edukaci (výchovu a vzdělávání) v dospělém věku za důležitou?

Považujete obecně edukaci (výchovu a vzdělávání) v dospělém věku za důležitou?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	20	22
1	0	0
2	0	0
3	24	25
4	0	0
5	5	6
Naprosto ano	39	47

Σ 88

Σ 100 %

Graf k tabulce č. 22



Komentář k tabulce č. 22

47 % rodinných příslušníků a zákonných zástupců vybralo odpověď „naprosto ano“. 25 % dotázaných přikládá edukaci střední význam. Pro 22 % respondentů není edukace vůbec důležitá. Za významnou ji pokládá 6 % rodinných příslušníků /zákonných zástupců. Z odpovědí vyplývají jednoznačně pozitivní postoje vůči edukaci v dospělém věku.

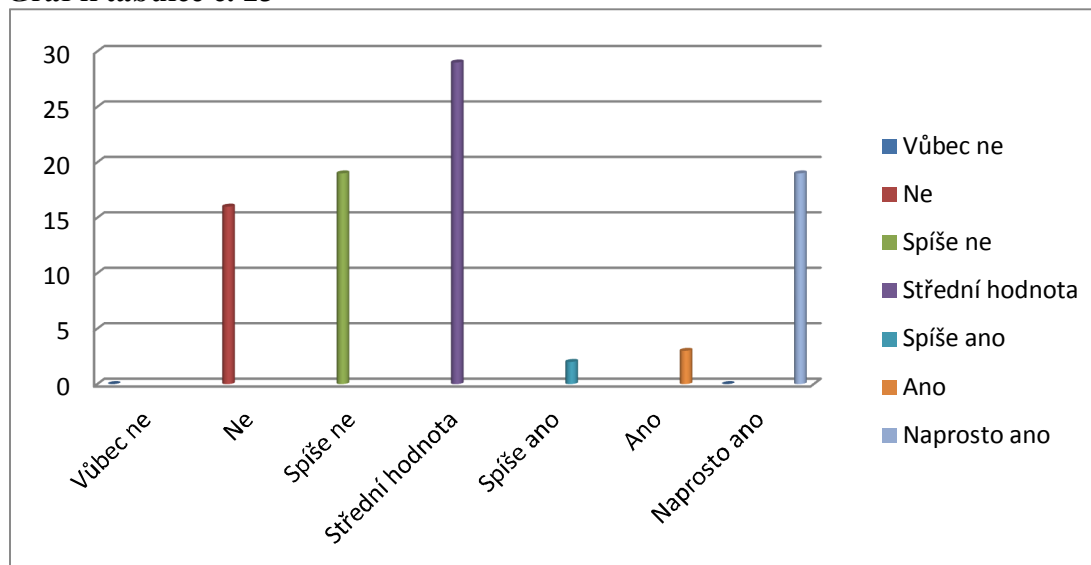
Tabulka č. 23: Jak moc považujete v rámci edukace (výchovy a vzdělávání) u dospělého člověka s MP za důležité teoretické znalosti?

Jak moc považujete v rámci edukace (výchovy a vzdělávání) u dospělého člověka s MP za důležité teoretické znalosti?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	0	0
1	16	18
2	19	22
3	29	33
4	2	2
5	3	3
Naprosto ano	19	22

Σ 88

Σ 100 %

Graf k tabulce č. 23



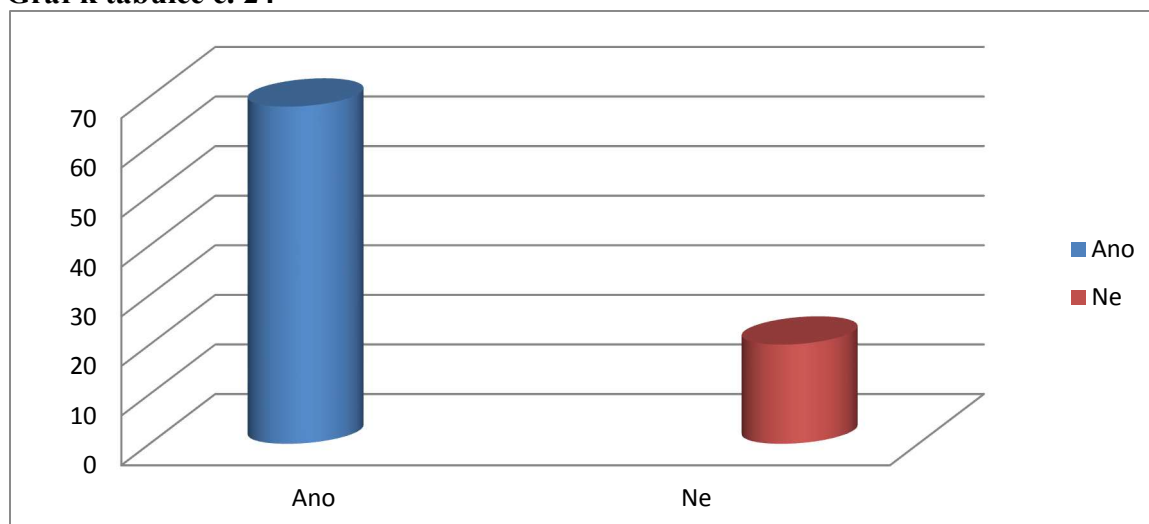
Komentář k tabulce č. 23

Střední význam teoretickým znalostem u dospělých osob s MP přikládá 33 % respondentů. Pro 22 % účastníků výzkumného šetření jsou teoretické znalosti naprosto důležité. Nabývání teoretických znalostí v procesu edukace (výchovy a vzdělávání) spíše nepovažuje za významné 22 % rodinných příslušníků/opatrovníků. 18 % dotázaných nepřikládá teoretickým znalostem význam. Zprostředkování teoretických znalostí je důležité z pohledu 3 % respondentů. Za spíše důležité je považují 2 % účastníků výzkumného šetření.

Tabulka č. 24: Absolvoval Váš rodinný příslušník s MP povinnou školní docházku?

Absolvoval Váš rodinný příslušník s MP povinnou školní docházku?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
ano	68	77
ne	20	23
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 24



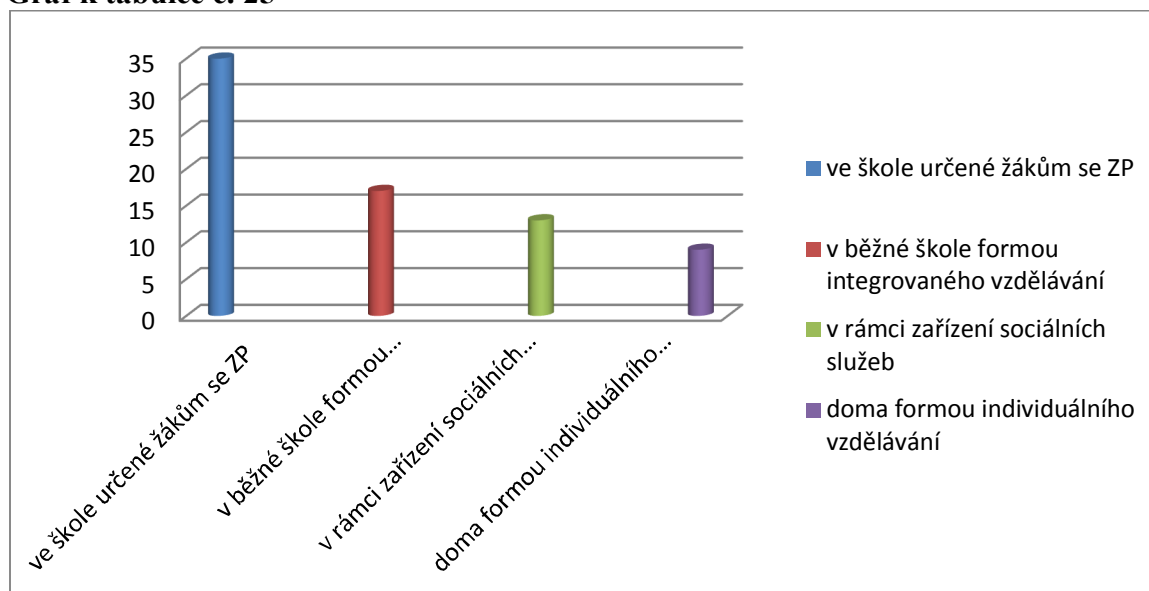
Komentář k tabulce č. 24

77 % dotázaných uvedlo, že jejich rodinný příslušník s MP absolvoval povinnou školní docházku (avšak ne všichni respondenti mají k dispozici oficiální úřední doklad o jejím absolvování). 23 % z nich zvolilo negativní odpověď.

Tabulka č. 25: Povinná školní docházka byla absolvována...

Povinná školní docházka byla absolvována...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
přímo ve škole určené žákům se zdravotním postižením	35	51
v běžné škole formou integrovaného vzdělávání	17	25
v rámci zařízení sociálních služeb	13	19
doma formou individuálního vzdělávání	3	5
	Σ 68	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 25



Komentář k tabulce č. 25

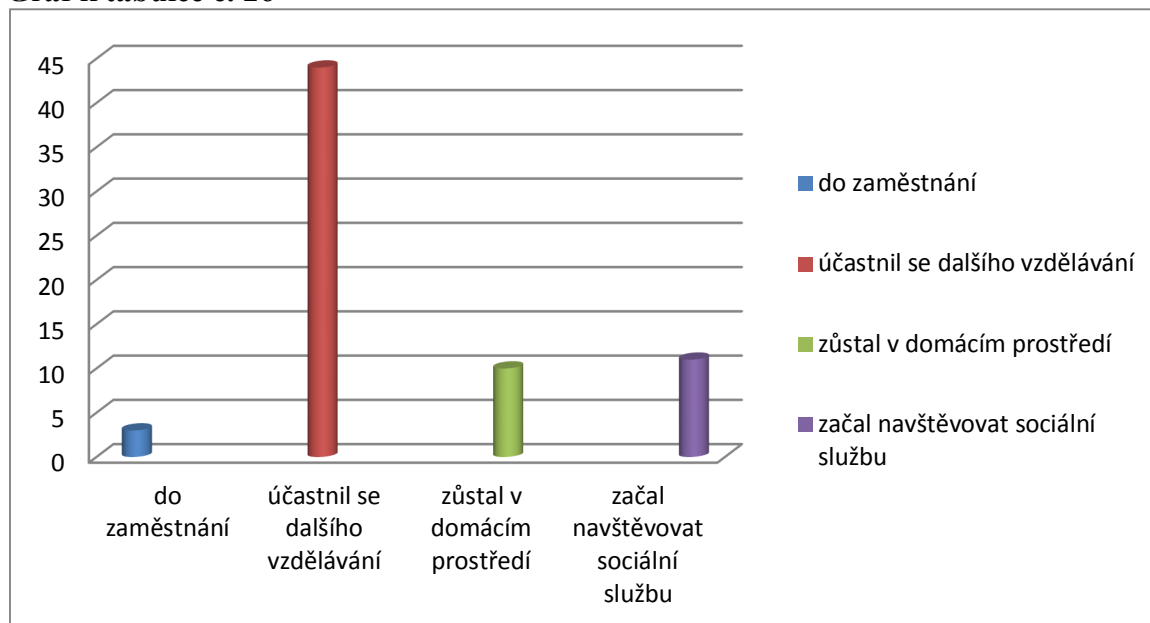
51 % rodinných příslušníků/opatrovníků uvedlo, že osoby s MP absolvovaly povinnou školní docházku přímo ve škole určené žákům se ZP. Formu integrovaného vzdělávání v běžné škole zvolilo 25 % dotázaných. Zařízení sociálních služeb jako místo plnění povinné školní docházky vybralo 19 % respondentů. Forma individuálního vzdělávání v domácím prostředí se vyskytla ve 5 %.

K položce č. 9 se vyjadřovali pouze ti respondenti, kteří se k otázce č. 8 vyjádřili kladně, šlo celkem o 63 osob.

Tabulka č. 26: Kam po absolvování školy Váš rodinný příslušník s MP pokračoval?

Kam po absolvování školy Váš rodinný příslušník s MP pokračoval?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Do zaměstnání	3	4
Účastnil se dalšího vzdělávání	44	64
Zůstal v domácím prostředí	10	15
Začal navštěvovat sociální službu	11	17
	Σ 68	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 26



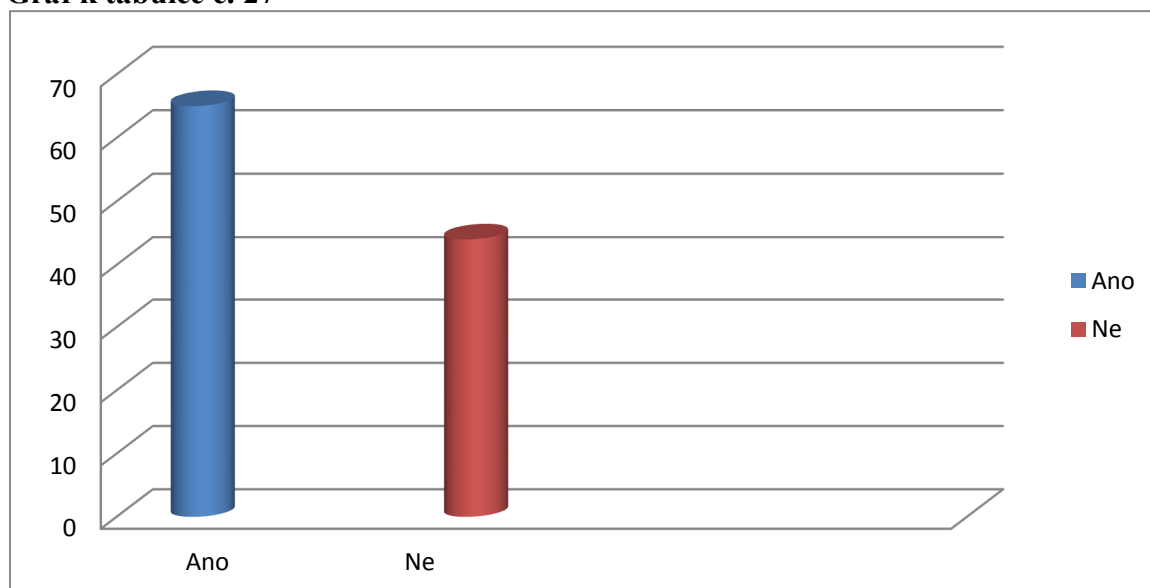
Komentář k tabulce č. 26

Podle odpovědí respondentů se téměř tři čtvrtiny (64 %) osob s MP po absolvování povinné školní docházky účastnily dalšího vzdělávání. Možnost „navštěvovat sociální službu“ zvolilo 17 % dotázaných. 15 % rodinných příslušníků/opatrovníků zmínilo domácí prostředí jako variantu po absolvování povinné školní docházky. Nejmenší zastoupení měla odpověď týkající se nástupu do zaměstnání (4 %).

Tabulka č. 27: Účastní se v současné době Váš rodinný příslušník edukativních (výchovně – vzdělávacích) aktivit?

Účastní se v současné době Váš rodinný příslušník edukativních (výchovně – vzdělávacích) aktivit?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
ano	65	73
ne	23	27
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 27



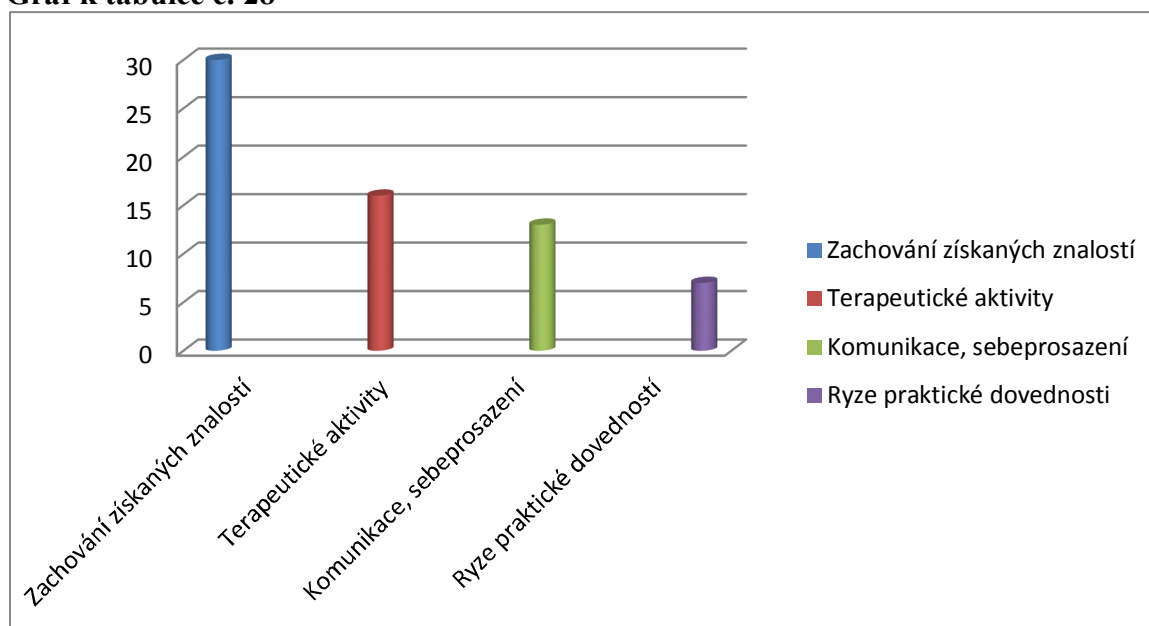
Komentář k tabulce č. 27

73 % respondentů zvolilo kladnou odpověď. Podle 27 % dotázaných se v současné době člověk s MP edukativních aktivit neúčastní.

Tabulka č. 28: Na co konkrétně jsou edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity zaměřeny?

Na co konkrétně jsou edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity zaměřeny?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Zachování získaných znalostí	30	45
Terapeutické aktivity	16	25
Komunikace, sebeprosazení	13	20
Ryze praktické dovednosti	7	10
	Σ 66	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 28



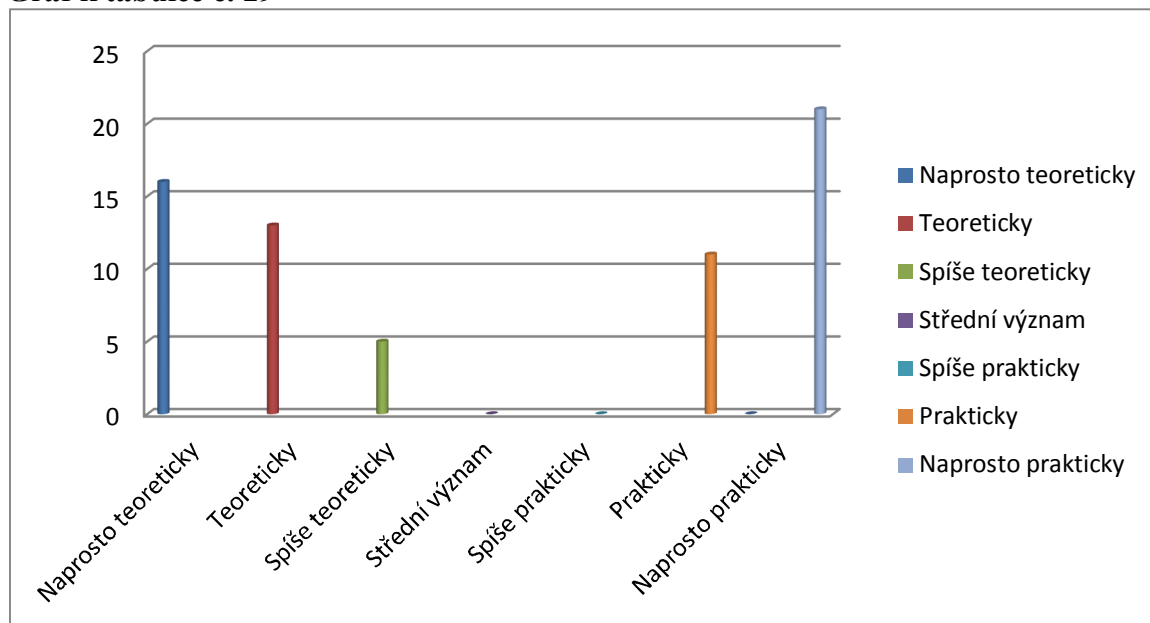
Komentář k tabulce č. 28

Položka č. 12 byla koncipována jako otevřená. Pro její zpracování byla provedena kategorizace odpovědí. Na tomto základě bylo zjištěno, že 45 % dotázaných vidí cíl současných edukačních aktivit v zachování získaných znalostí. Terapeutické činnosti jsou hlavní náplní edukačních aktivit podle 25 % respondentů. Edukační aktivity jsou zaměřeny na komunikaci a sebeprosazení podle 20 % účastníků výzkumného šetření. Ryze praktické dovednosti jsou hlavním předmětem výchovně – vzdělávacích aktivit ve 10 % odpovědí.

Tabulka č. 29: Jsou edukační (výchovně - vzdělávací) aktivity zaměřeny více teoreticky nebo prakticky?

Jsou edukační (výchovně - vzdělávací) aktivity zaměřeny více teoreticky nebo prakticky?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprostě teoreticky	16	24
1	13	20
2	5	7
3	0	0
4	0	0
5	11	17
Naprostě prakticky	21	32
	Σ 66	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 29



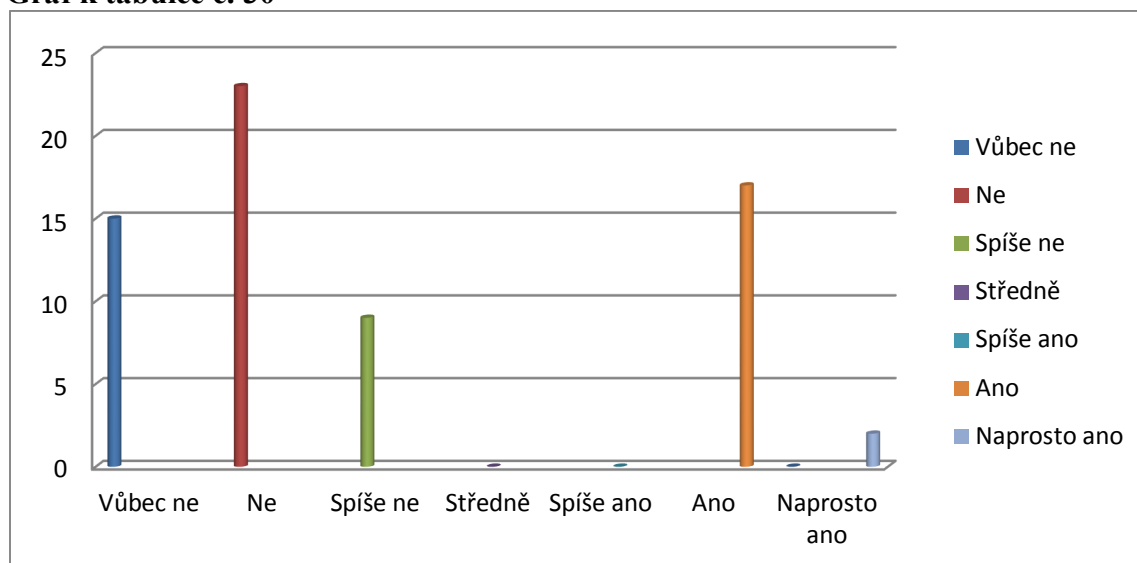
Komentář k tabulce č. 29

32 % respondentů uvedlo, že edukační aktivity jsou zaměřeny naprosto prakticky. Na druhém místě s četností 24 % byla odpověď „naprosto teoreticky“. Za teoretické je považuje 20 % zákonných zástupců. Možnost „prakticky“ zmínilo 17 % dotázaných. 7 % účastníků výzkumného šetření je vnímá jako spíše teoretické.

Tabulka č. 30: Jste s edukačními (výchovně – vzdělávacími) aktivitami spokojena?

Jste s edukačními (výchovně – vzdělávacími) aktivitami spokojena?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	15	23
1	23	35
2	9	13
3	0	0
4	0	0
5	17	26
Naprosto ano	2	3
	Σ 66	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 30



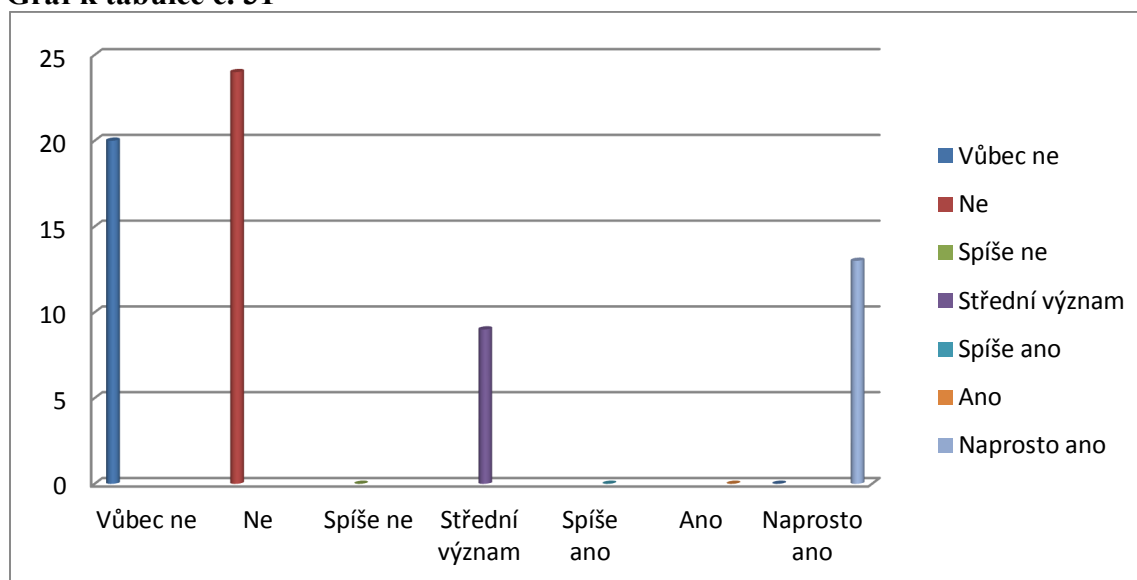
Komentář k tabulce č. 30

35 % dotázaných je nespokojeno s nabídkou edukačních aktivit. Druhou nejvyšší četnost vykazuje položka „naprosto“ a to ve 26 %. Odpověď „vůbec ne“ se objevila ve 13 % odpovědí. Spíše s edukačními aktivitami není spokojeno 15 % zákonných zástupců. Pouze 3 % účastníků výzkumného šetření zvolilo odpověď „naprosto ano“.

Tabulka č. 31: Máte pocit, že nabízené edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity prohlubují jeho/její dovednosti?

Máte pocit, že nabízené edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity prohlubují jeho/její dovednosti?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	20	31
1	24	37
2	0	0
3	9	13
4	0	0
5	0	0
Naprosto ano	13	19
	Σ 66	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 31



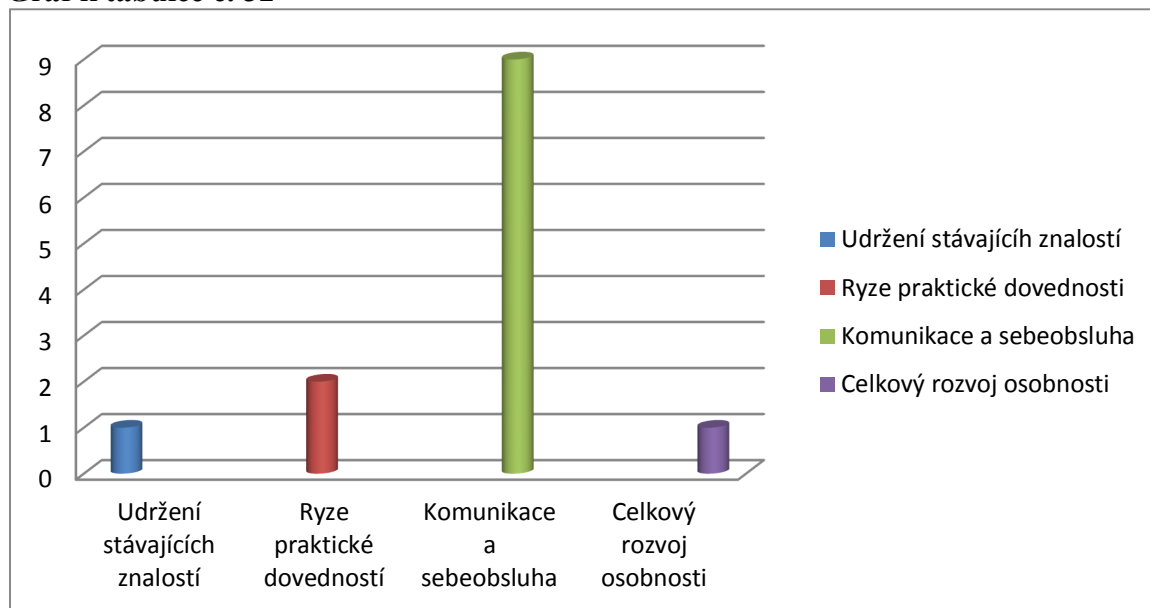
Komentář k tabulce č. 31

37 % respondentů s uvedeným tvrzením nesouhlasí. Dotázaní ve 31 % preferovali odpověď „vůbec ne“. Naopak pouze 19 % zákonných zástupců mají pocit, že nabízení edukační aktivity prohlubují dovednosti osob s MP. 13 % účastníků výzkumného šetření přiřadilo tomuto tvrzení střední hodnotu významu.

Tabulka č. 32: Pokud zvolíte odpověď naprosto ano, prosím uveďte, v čem konkrétně jsou dovednosti prohlubovány

Pokud zvolíte odpověď ano, prosím uveďte, v čem konkrétně jsou dovednosti prohlubovány	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Udržení stávajících znalostí	1	8
Ryze praktické dovednosti	2	15
Komunikace a sebeobsluha	9	69
Celkový rozvoj osobnosti	1	8
	Σ 13	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 32



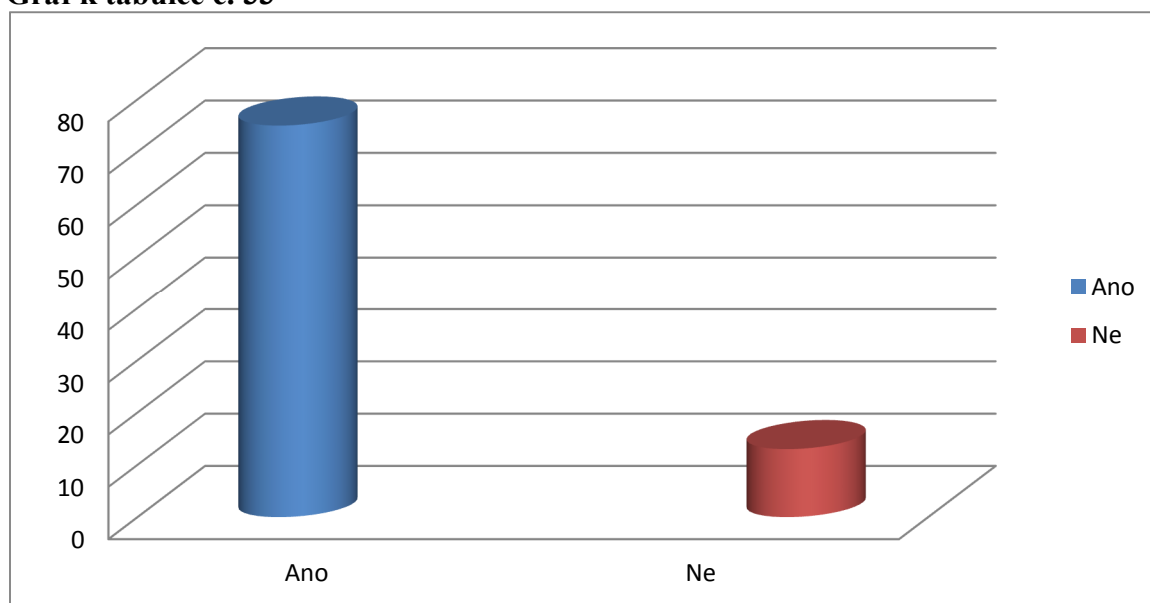
Komentář k tabulce č. 32

Položka byla koncipována jako otevřená. Odpovídali na ni pouze ti respondenti, kteří zvolili odpověď „ano“ v předchozí položce. Podle 69 % respondentů jsou dovednosti osob s MP prohlubovány v oblasti komunikace a sebeobslužných činnostech. Na druhém místě z hlediska četnosti je odpověď „ryze praktické dovednosti“ a to v 15 %. Stejnou četnost 8% vykazují odpovědi „celkový rozvoj jedince“ a „udržení stávajících dovedností“.

Tabulka č. 33: Měl by být další rozvoj jedince součástí dospělého věku?

Měl by být další rozvoj jedince součástí dospělého věku?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	75	85
Ne	13	15
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 33



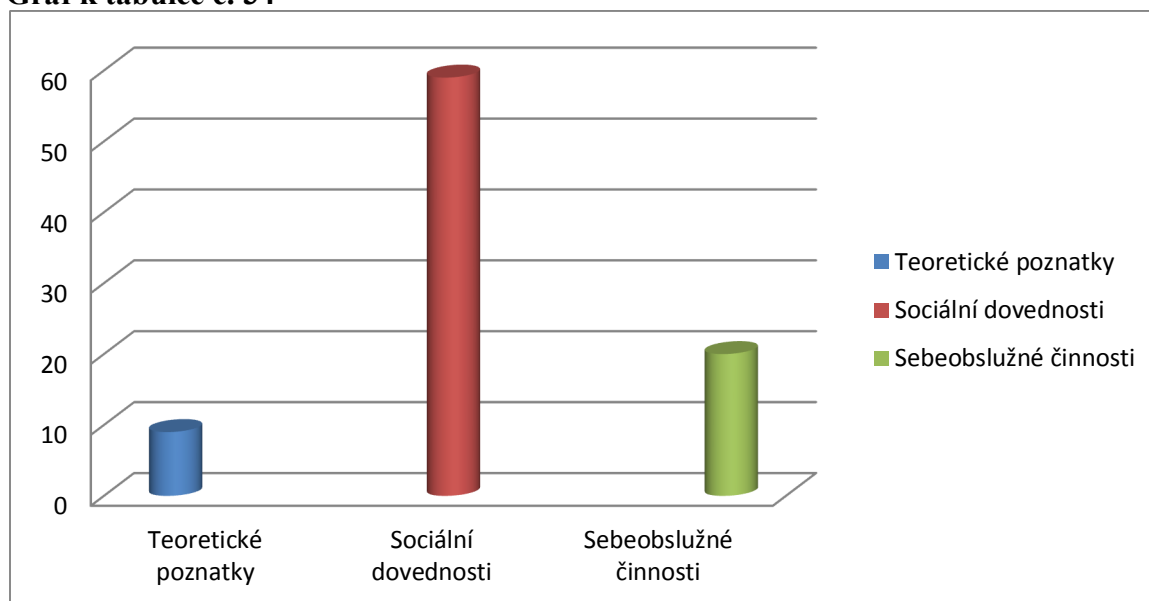
Komentář k tabulce č. 33

85 % respondentů s uvedeným tvrzením souhlasí. Pouze 15 % dotázaných si nemyslí, že by další rozvoj jedince měl být součástí dospělého věku.

Tabulka č. 34: Prosím, uveďte, co považujete za důležité při edukaci (výchově a vzdělávání) dospělých osob s MP.

Prosím, uveďte, co považujete za důležité při edukaci (výchově a vzdělávání) dospělých osob s mentálním postižením.	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Teoretické poznatky	9	10
Sociální dovednosti	59	67
Sebeobslužné činnosti	20	23
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 34



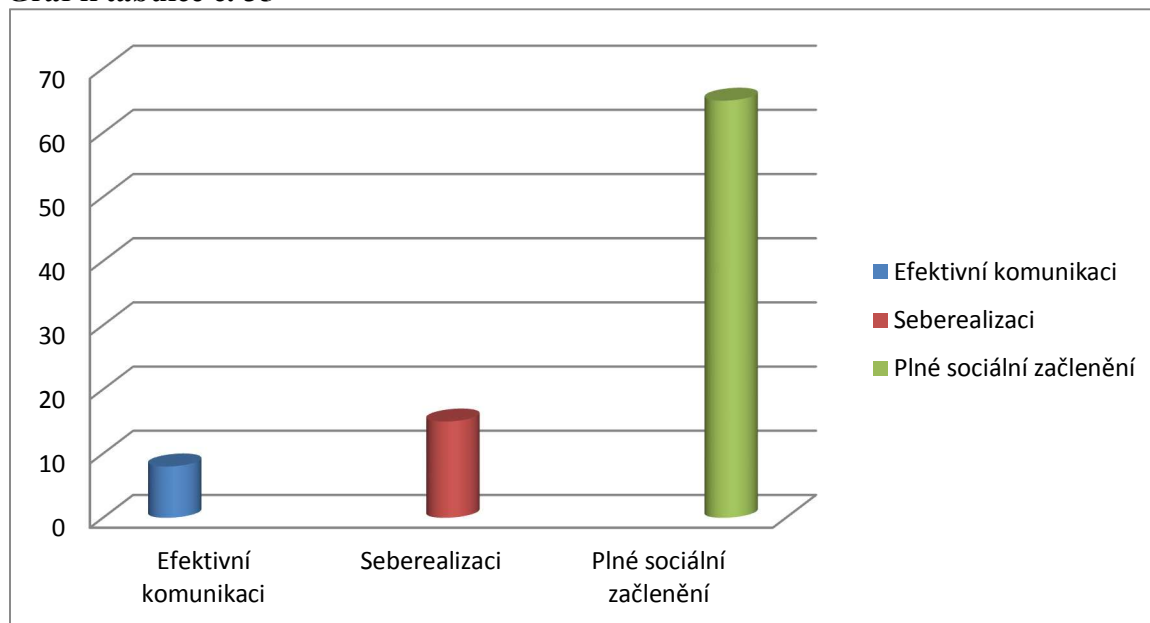
Komentář k tabulce č. 34

67 % dotázaných preferuje při edukaci sociální dovednosti. Na druhém místě z hlediska četností je požadavek sebeobslužných činností (23 %). Pouze 10 % respondentů požaduje za důležité teoretické poznatky.

Tabulka č. 35: Co si myslíte, že edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity přinášejí dospělým osobám s MP?

Co si myslíte, že edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity přinášejí dospělým osobám s mentálním postižením?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Efektivní komunikaci	8	9
Seberealizaci	15	18
Plné sociální začlenění	65	73
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 35



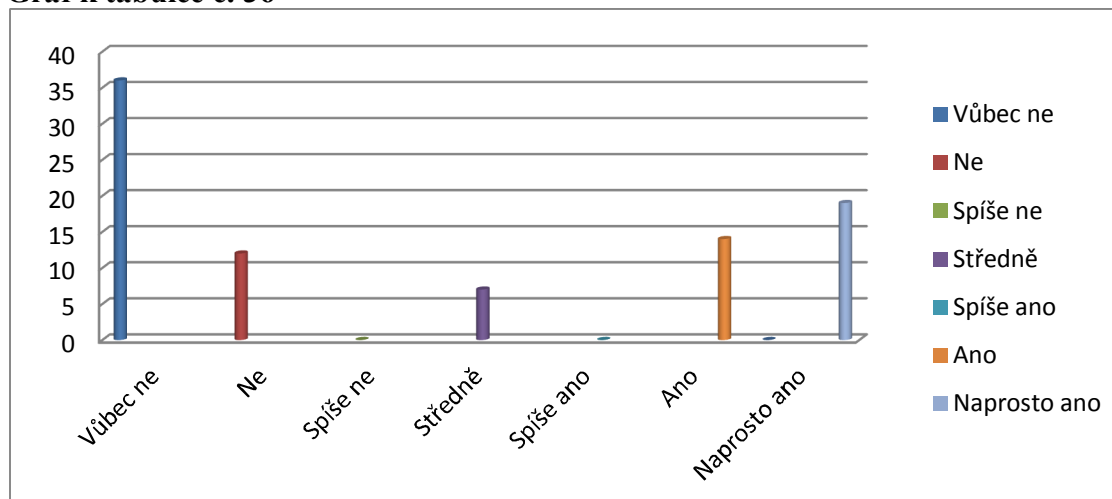
Komentář k tabulce č. 35

Podle 73 % rodinných příslušníků/opatrovníků přinášejí edukační aktivity plné sociální začlenění člověka s MP. 18 % z nich považuje za jejich přínos seberealizaci. Možnost efektivní komunikace s okolím zvolilo 9 % dotázaných.

Tabulka č. 36: Máte pocit, že jsou edukativní (výchovně – vzdělávací) aktivity, nabízené dospělým osobám s MP přínosné pro běžný život?

Máte pocit, že jsou edukativní (výchovně – vzdělávací) aktivity, nabízené dospělým osobám s MP přínosné pro běžný život?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	36	42
1	12	13
2	0	0
3	7	7
4	0	0
5	14	16
Naprosto ano	19	22
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 36



Komentář k tabulce č. 36

42 % respondentů nesdílí názor, že edukační aktivity poskytované dospělým osobám s MP jsou přínosné pro běžný život. Naopak 23 % dotázaných s uvedeným tvrzením naprosto souhlasí. 22 % účastníků výzkumného šetření s tvrzením souhlasí. 16 % zákonných zástupců vyjádřilo přesně opačně stanovisko. 13 % respondentů přiřadilo této položce střední hodnotu.

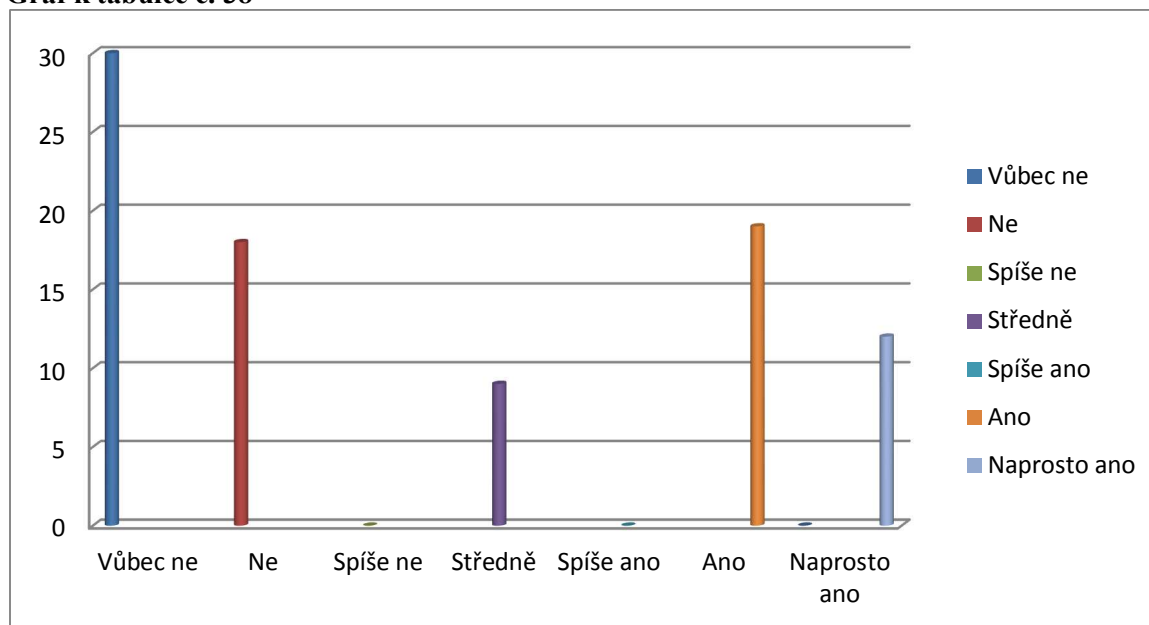
Tabulka č. 37: Pokud zvolíte zápornou odpověď, můžete zde uvést, co konkrétně chybí, případně, co by bylo vhodné doplnit.

K uvedené položce se žádný z respondentů nevyjádřil.

Tabulka č. 38: Máte pocit, že edukativní (výchovně – vzdělávací) aktivity mohou sloužit jako ochrana před zneužitím ze strany společnosti?

Máte pocit, že edukativní (výchovně – vzdělávací) aktivity mohou sloužit jako ochrana před zneužitím ze strany společnosti?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	30	35
1	18	20
2	0	0
3	9	10
4	0	0
5	19	21
Naprosto ano	12	14
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 38



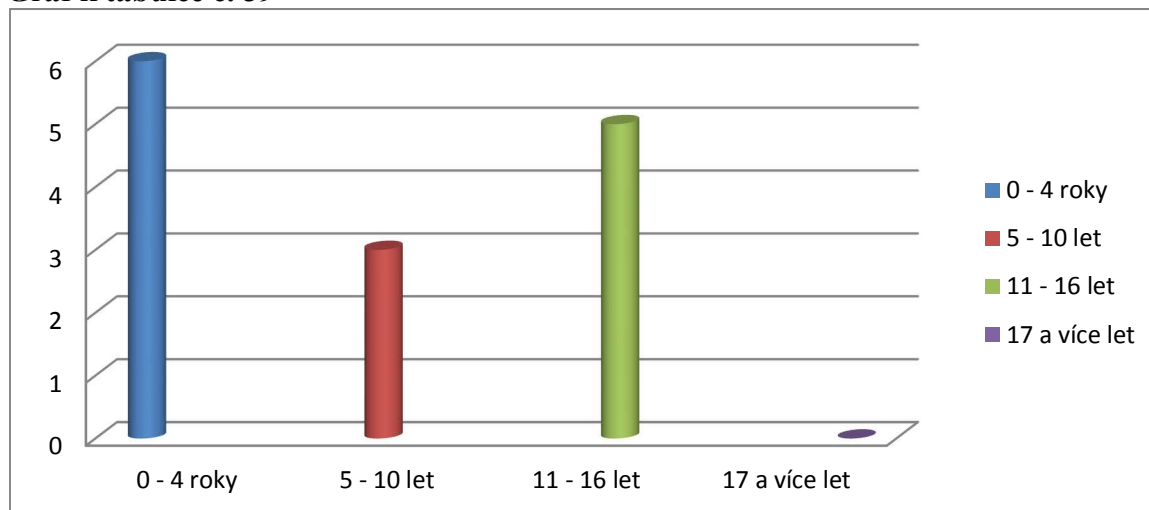
Komentář k tabulce č. 38: 35 % dotázaných s tímto tvrzením vůbec nesouhlasí. Podle 20 % respondentů nemohou edukativní aktivity sloužit jako ochrana před zneužitím ze strany společnosti. Přesně opačný názor zastává 21 % účastníků výzkumného šetření. Na základě odpovědí 17 % dotázaných s tvrzením naprosto souhlasí. 14 % respondentů zvolilo střední hodnotu.

Následně budou prezentovány **odpovědi odborníků** získané prostřednictvím dotazníkového šetření.

Tabulka č. 39: Délka Vaší praxe s dospělými osobami s MP činí:

Nyní prosím vyberte typ zařízení, ve kterém pracujete	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
0-4 roky	6	43
5 – 10 let	3	21
11 – 16 let	5	36
17 a více let	0	0
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 39

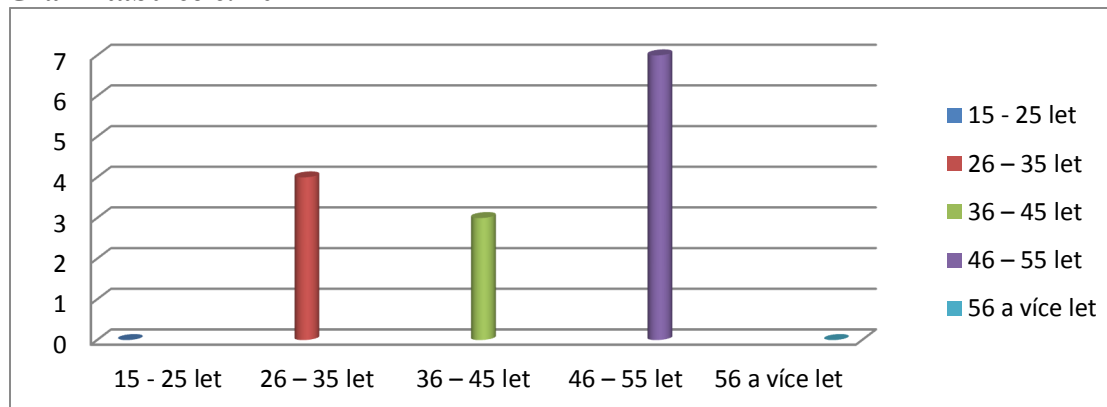


Komentář k tabulce č. 39: Respondenti se liší délkou své práce. Nejvíce z nich uvádí své praktické působení v rozpětí 0 – 4 roky (43 %). Kategorii 11 – 16 let zvolilo 36 % účastníků výzkumného šetření. 21 % dotázaných pracuje s dospělými lidmi s MP v rozmezí 5 – 10 let. Možnost 17 a více let nebyla zastoupena.

Tabulka č. 40: Ve Vašem zařízení jsou poskytovány edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity. Jaké věkové kategorii osob jsou určeny?

Ve Vašem zařízení jsou poskytovány...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
15 - 25 let	0	0
26 – 35 let	4	28
36 – 45 let	3	22
46 – 55 let	7	50
56 a více let	0	0
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 40

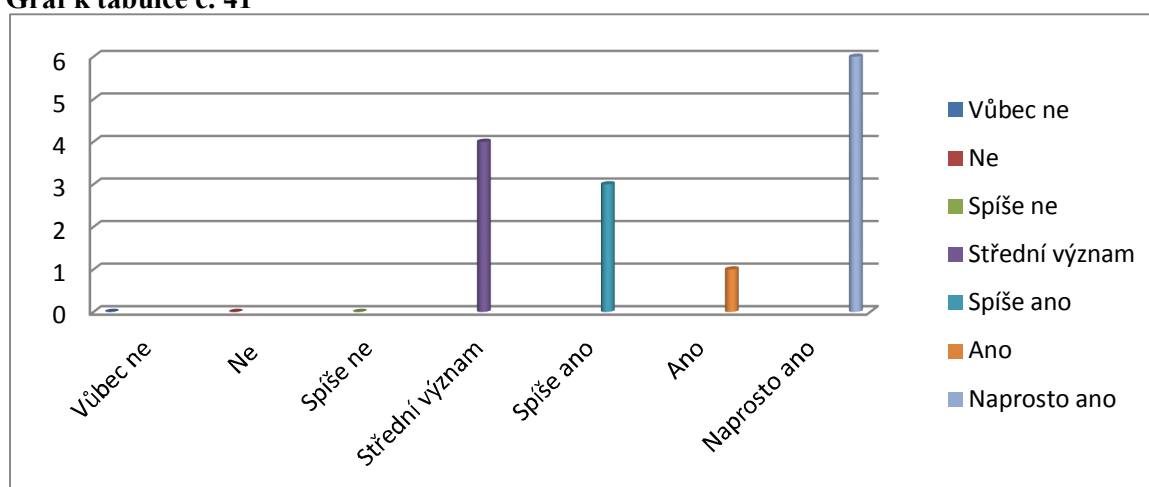


Komentář k tabulce č. 40: Edukační aktivity jsou nejčastěji určeny cílové skupině ve věku 46 – 55 let (50 %). Na druhém místě z hlediska četností je odpověď 26 – 35 let (28 %). Dle 22 % respondentů jsou edukační aktivity v rámci jejich zařízení poskytovány osobám ve věku 36 – 45 let (22 %). Jiné věkové kategorie nebyly zastoupeny.

Tabulka č. 41: Myslíte si, že je edukace (výchova a vzdělávání) u dospělých osob s MP přínosná?

Myslíte si, že je edukace...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	0	0
Ne	0	0
Spíše ne	0	0
Střední význam	4	28
Spíše ano	3	22
Ano	1	7
Naprosto ano	6	43
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 41

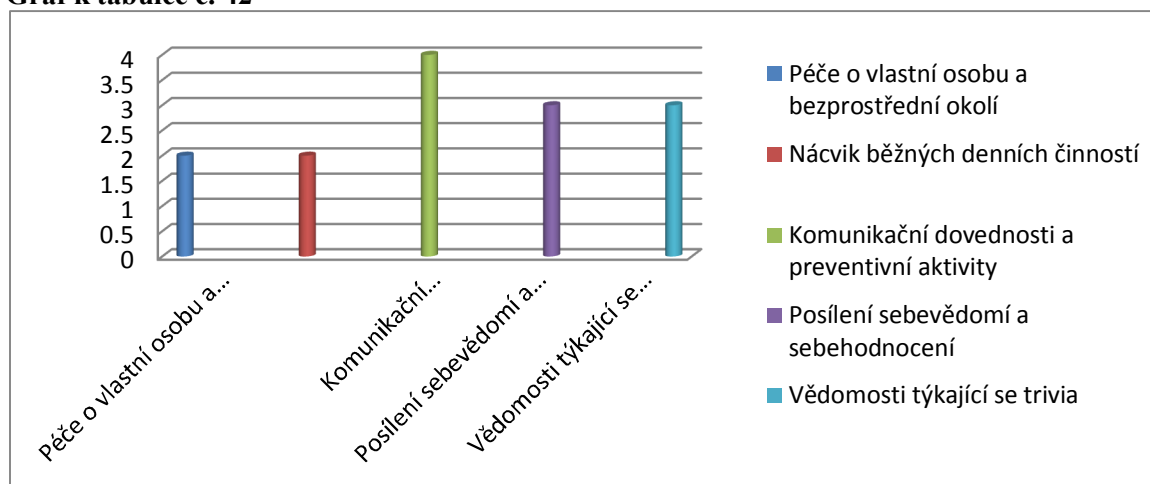


Komentář k tabulce č. 41: 43 % dotázaných s touto tezí naprosto souhlasí. Ze skupiny odborníků přikládá 28 % z nich edukaci pouze střední význam. Spíše souhlasí 22 % respondentů. Odpověď „ano“ uvedli účastníci výzkumného šetření v 7 %.

Tabulka č. 42: Jakého tématu se edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity týkají?

Jakého tématu se edukační...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Péče o vlastní osobu a bezprostřední okolí	2	15
Nácvik běžných denních činností	2	15
Komunikační dovednosti a preventivní aktivity	4	28
Posílení sebevědomí a sebehodnocení	3	21
Vědomosti týkající se trivia	3	21
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 42



Komentář k tabulce č. 42: Tato položka byla koncipována jako otevřená. Pro její zpracování byla provedena kategorizace odpovědí. Nejvíce respondentů (28 %) uvedlo, že se edukační aktivity týkají především komunikačních dovedností a preventivních aktivit. Posílení sebevědomí a sebehodnocení stejně jako vědomosti týkající se trivia byly shodně zmíněny ve 21 %. Naopak péče o vlastní osobu a bezprostřední okolí (domácnost apod.) a také nácvik běžných denních činností jsou zastoupeny v odpovědích 30 % účastníků výzkumného šetření rovnoměrně.

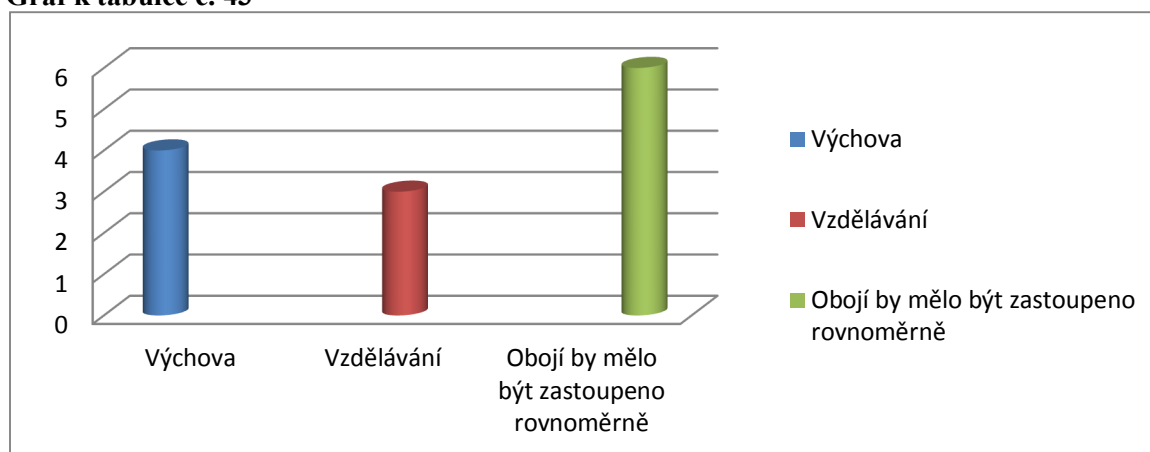
Tabulka č. 43: Termín edukace je nejčastěji v odborné literatuře vysvětlován jako výchova a vzdělávání. Co by mělo podle Vás v dospělém věku u dospělých osob s MP převažovat?

Termín edukace je nejčastěji v odborné literatuře...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Výchova	4	28
Vzdělávání	3	20
Obojí by mělo být zastoupeno rovnoměrně	6	52

Σ 14

Σ 100 %

Graf k tabulce č. 43

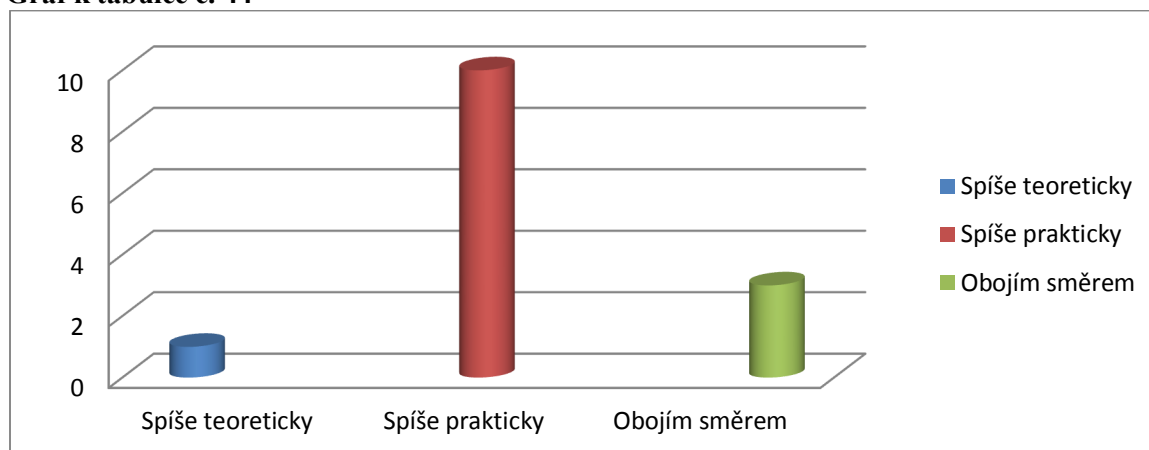


Komentář k tabulce č. 43: Těsná nadpoloviční většina respondentů (52 %) míní, že výchova a vzdělávání by měly být v dospělém věku zastoupeny rovnoměrně. Pro 28 % účastníků výzkumného šetření je v rámci dospělého věku u osob s MP dominantní výchova. Samotné vzdělávání vykazovalo nejnižší četnost odpovědí a to u 20 % dotázaných.

Tabulka č. 44: Edukace (výchova a vzdělávání) u dospělých osob s MP má být orientována:

Edukace (výchova a vzdělávání) u dospělých osob s MP má být orientována:	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Spíše teoreticky	1	7
Spíše prakticky	10	71
Obojím směrem	3	22
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 44

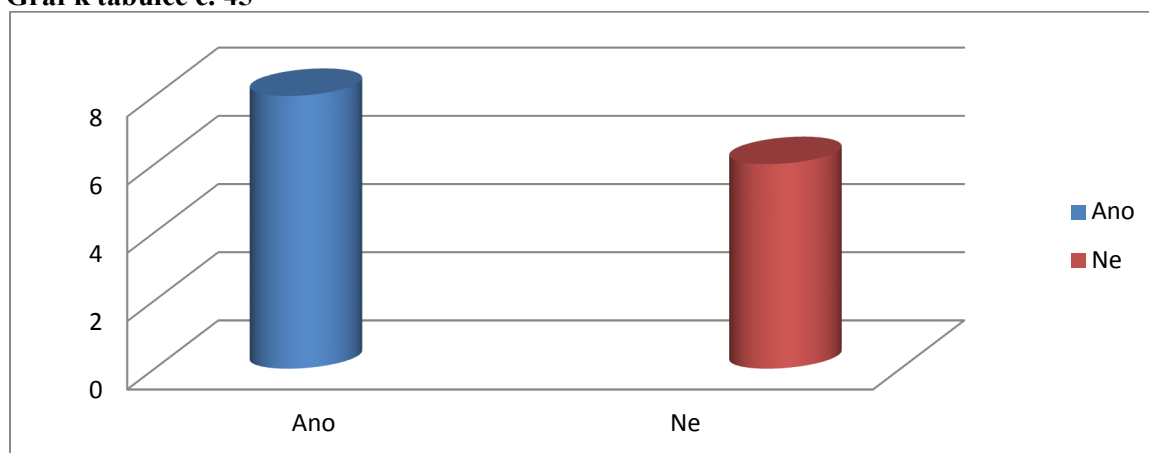


Komentář k tabulce č. 44: Dle 71 % dotázaných má být edukace orientována spíše praktickým směrem. Jako propojení teoretických a praktických poznatků je edukace vnímána 22 % respondentů. Názor, že by se edukace měla orientovat spíše teoretickou cestou, zastává 7 % účastníků výzkumného šetření.

Tabulka č. 45: Požadují dospělí lidé s MP konkrétní edukativní (výchovně – vzdělávací) aktivity?

Požadují dospělí lidé s MP konkrétní edukativní (výchovně – vzdělávací) aktivity?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	8	57
Ne	6	43
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 45

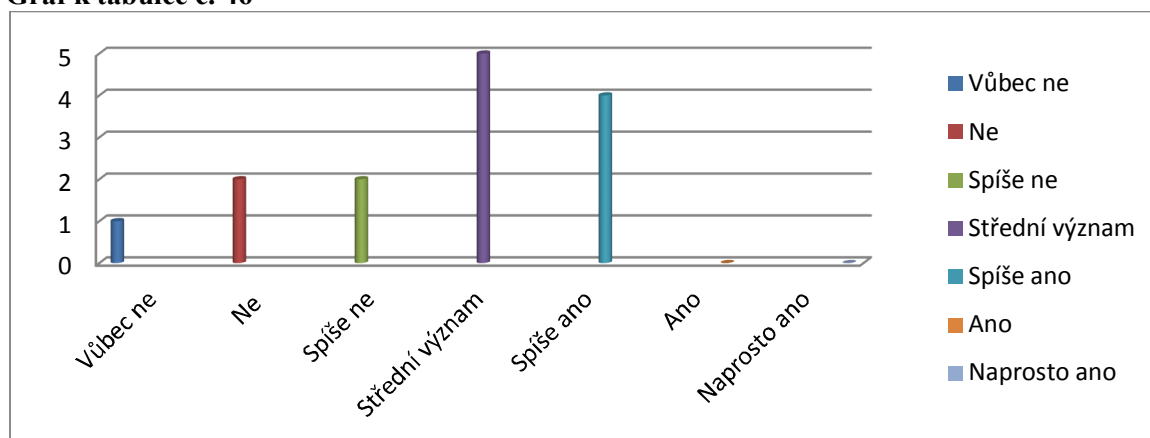


Komentář k tabulce č. 45: S uvedeným tvrzením souhlasí nadpoloviční většina dotázaných (57 %). Naopak 43 % respondentů uvedlo, že dospělí lidé s MP tyto aktivity nepožadují.

Tabulka č. 46: Domníváte se, že dospělé osoby s MP vnímají význam edukativních (výchovně – vzdělávacích) aktivit?

Domníváte se, že dospělé osoby s MP vnímají význam edukativních (výchovně – vzdělávacích) aktivit?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	1	8
Ne	2	14
Spíše ne	2	14
Střední význam	5	35
Spíše ano	4	28
Ano	0	0
Naprosto ano	0	0
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 46

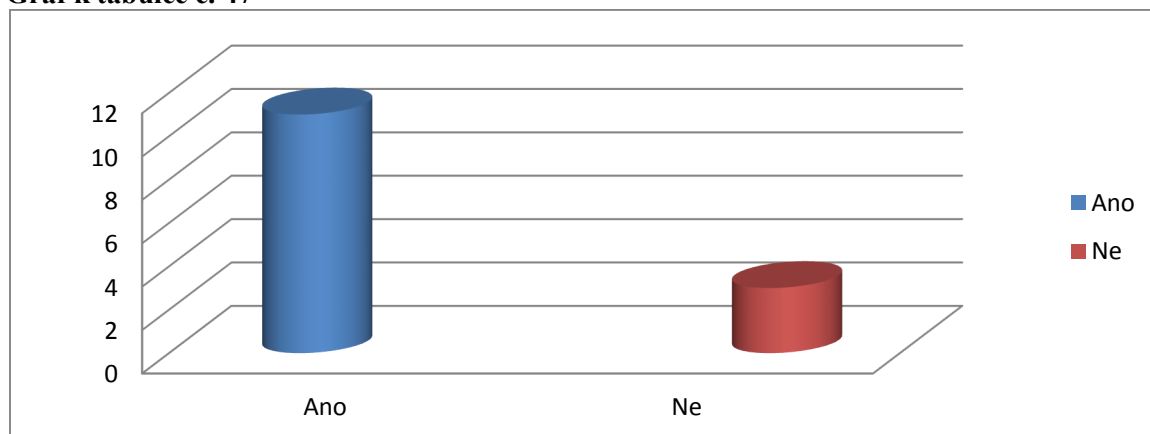


Komentář k tabulce č. 46: Nejvíce dotázaných (35 %) přikládají této položce střední význam. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 28 % účastníků výzkumného šetření. Dospělé osoby s MP nevnímají význam edukativních (výchovně – vzdělávacích) aktivit dle 14 % respondentů. Stejně procento odborníků uvedlo odpověď „spíše ne“. Možnost „vůbec ne“ se vyskytla v jednom případě (8 %).

Tabulka č. 47: Existují nějaké konkrétní bariéry v rámci edukace (výchovy a vzdělávání) u dospělých osob s MP?

Existují nějaké konkrétní bariéry v rámci edukace (výchovy a vzdělávání) u dospělých osob s MP?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	11	78
Ne	3	22
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 47

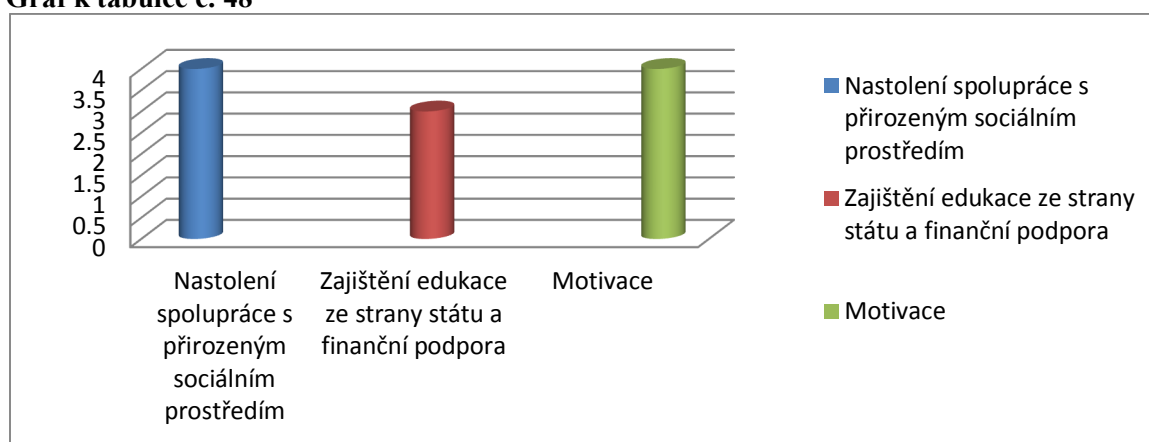


Komentář k tabulce č. 47: Podle 78 % respondentů existují konkrétní bariéry v rámci edukace dospělých osob s MP. 22 % dotázaných žádné bariéry jako překážku edukačního procesu neuvádí.

Tabulka č. 48: Máte nějakou konkrétní představu, jak zmíněné bariéry zmírnit či zcela eliminovat? (Prosím vypište):

Máte nějakou konkrétní představu, jak zmíněné bariéry zmírnit či zcela eliminovat?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Nastolení spolupráce s přirozeným sociálním prostředím	4	36
Zajištění edukace ze strany státu a finanční podpora	3	28
Motivace	4	36
	Σ 11	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 48

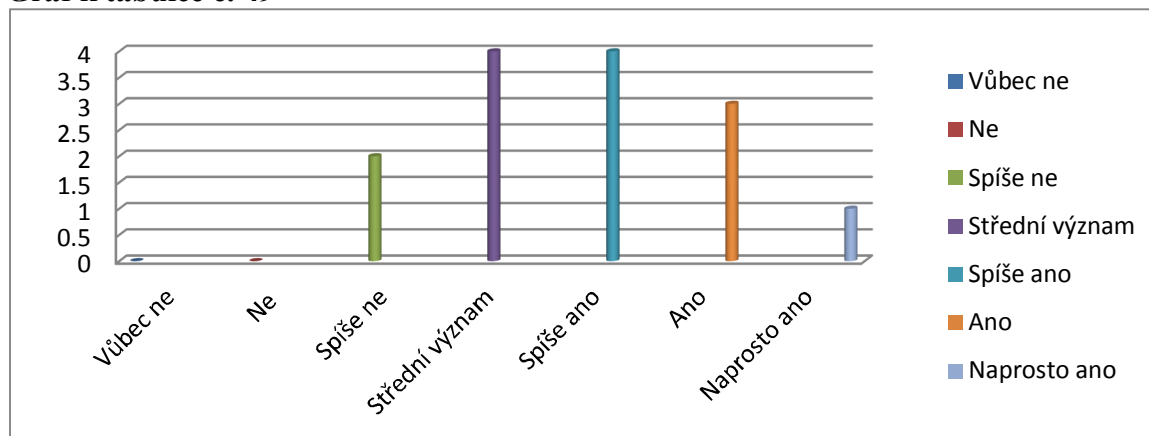


Komentář k tabulce č. 48: Zde své odpovědi uváděli jen ti odborníci, kteří vyjádřili kladný názor k otázce č. 12. Uvedené položka byla koncipována jako otevřená. Pro větší přehlednost odpovědí byla provedena kategorizace. Na tomto základě nejvíce četností získaly výše uvedené možnosti. Stejně procentuální zastoupení (36 %) respondentů vnímá jako eliminaci bariér edukačního procesu nastolení spolupráce mezi nimi a přirozeným sociálním prostředím. A dále zdůrazňuje až absenci „vlastního chtění“ tedy motivace ze strany dospělých osob s MP. 28 % dotázaných by v rámci zefektivnění edukace uvítali její zajištění ze strany státu společně s pravidelným financováním.

Tabulka č. 49: Máte pocit, že Vámi poskytované edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity podporují začlenění dospělých osob s MP do společnosti?

Máte pocit, že Vámi poskytované edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity podporují začlenění dospělých osob s MP do společnosti?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	0	0
Ne	0	0
Spíše ne	2	14
Střední význam	4	28
Spíše ano	4	28
Ano	3	21
Naprosto ano	1	9
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 49

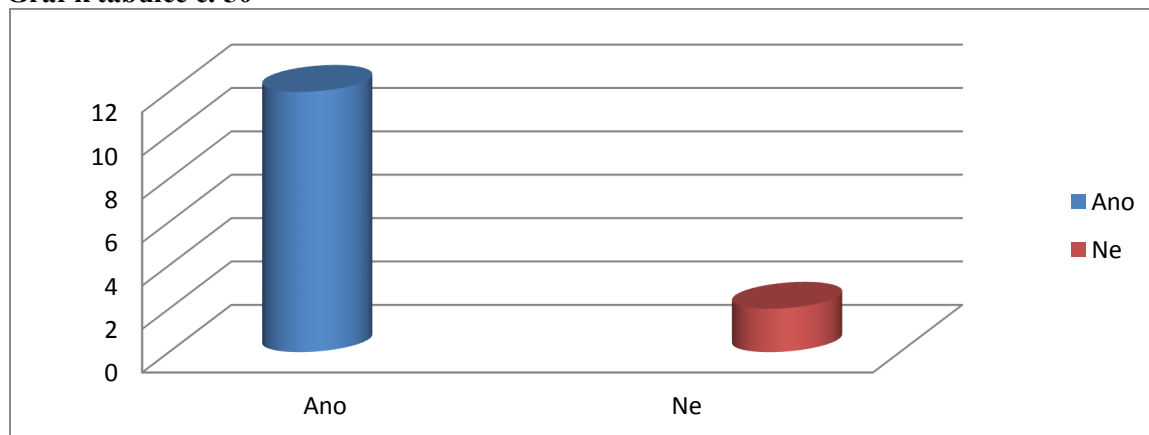


Komentář k tabulce č. 49: 28 % respondentů přikládá této tezi střední význam. Stejně procentuální zastoupení dotázaných uvádí, že jimi poskytované edukační aktivity spíše podporují začlenění dospělých osob s MP do společnosti. 21 % účastníků výzkumného šetření s tímto tvrzením souhlasí. Pouze jeden odborník zvolil odpověď „naprosto ano“. V opačném názorovém spektru se ve dvou případech objevila možnost „spíše ne“ (14 %).

Tabulka č. 50: Stává se Vám, že i přes účast na edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivitách nespátřujete další rozvoj u dospělých osob s MP?

Stává se Vám, že i přes účast na edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivitách nespátřujete další rozvoj u dospělých osob s MP?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	12	85
Ne	2	15
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 50



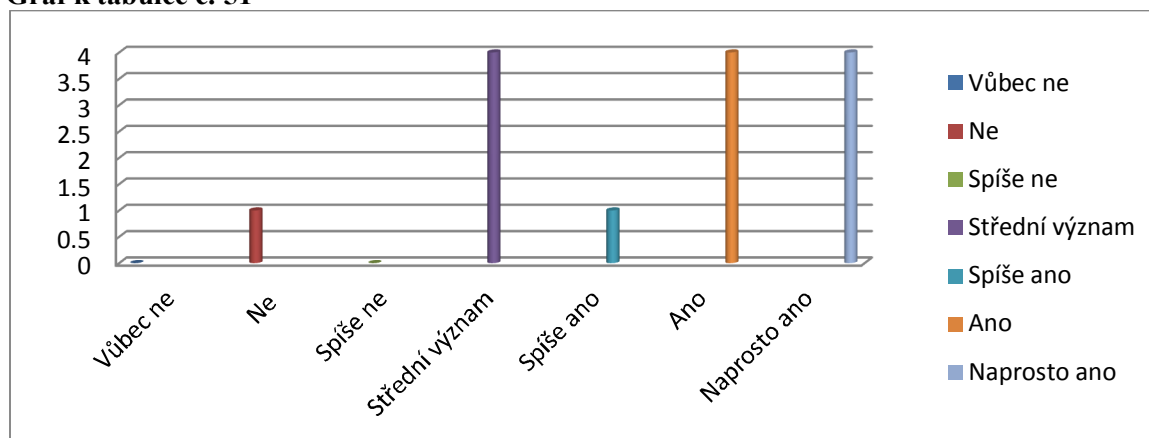
Komentář k tabulce č. 50: 85 % respondentů potvrzuje absenci dalšího rozvoje jedince i při účasti na edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivitách. Pouze 15 % dotázaných s tímto tvrzením nesouhlasí.

Tabulka č. 51: Má být dle Vašeho názoru edukace (výchova a vzdělávání) součástí dospělého věku?

Má být dle Vašeho názoru edukace (výchova a vzdělávání) součástí dospělého věku?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	0	0

Ne	1	8
Spíše ne	0	0
Střední význam	4	28
Spíše ano	1	8
Ano	4	28
Naprosto ano	4	28
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 51

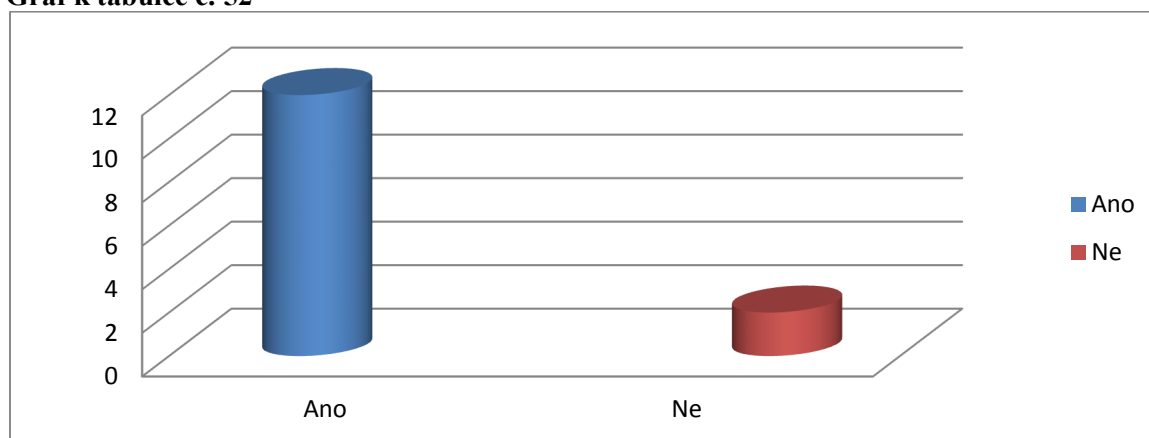


Komentář k tabulce č. 51: Stejně procentuální zastoupení vykazují tři položky z varianty odpovědí a to „střední význam“, „ano“ a „naprosto ano“ (každá 28 %). Dle jednoho respondenta nemá být edukace součástí dospělého věku. Rovněž jeden účastník výzkumného šetření zastává názor, že edukace by spíše měla být součástí dospělého věku.

Tabulka č. 52: Navštěvují Vaše zařízení osoby, které byly dříve zbaveny povinnosti docházet do školy?

Navštěvují Vaše zařízení osoby, které byly dříve zbaveny povinnosti docházet do školy?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	12	85
Ne	2	15
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 52

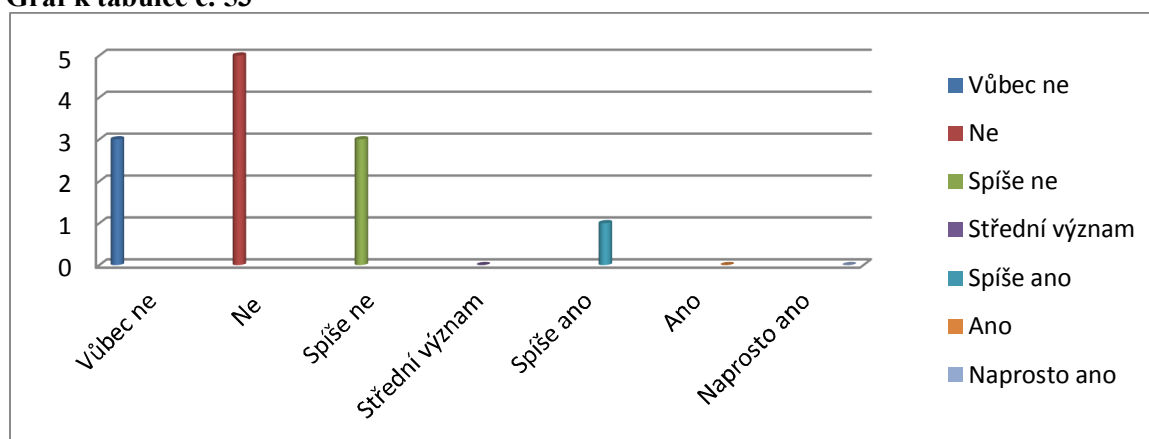


Komentář k tabulce č. 52: Pouze dva respondenti (15 %) uvedli, že jejich služby, využívají pouze osoby, jež mají absolvovanou povinnou školní docházku. Dle 85 % odborníků se v rámci své práce setkávají i s osobami, které uvedenou podmínku nesplňují.

Tabulka č. 53: Cítíte ze strany osob bez absolvování povinné školní docházky vyšší zájem o edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity?

Cítíte ze strany osob bez absolvování povinné školní docházky vyšší zájem o edukační (výchovně – vzdělávací) aktivity?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	3	25
Ne	5	42
Spíše ne	3	25
Střední význam	0	0
Spíše ano	1	8
Ano	0	0
Naprosto ano	0	0
	Σ 12	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 53

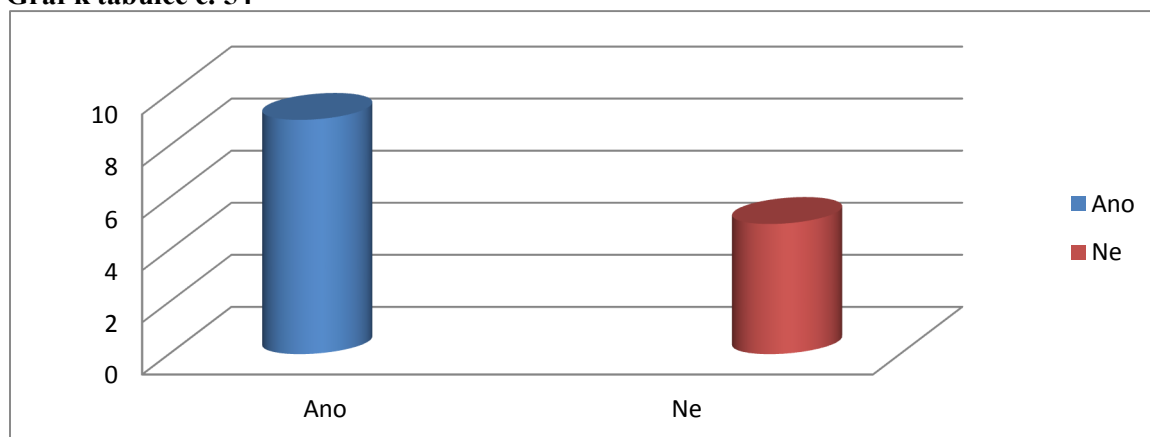


Komentář k tabulce č. 53: K této položce se vyjadřovali pouze ti respondenti, jejichž odpovědi byly kladné v předcházející položce. Zájem u osob bez povinné školní docházky o edukační aktivity vůbec necítí 25 % dotázaných. Odpověď „ne“ zvolilo nejvíce respondentů a to v počtu 5 (42 %). Dle 25 % účastníků výzkumného šetření se zájem spíše neobjevuje. Kladné stanovisko se ukázalo pouze v jednom případě (odpověď „spíše ano“, 8 %).

Tabulka č. 54: Vidíte nějaké limity v rámci edukace (výchovy a vzdělávání) u dospělých osob s MP?

Vidíte nějaké limity v rámci edukace (výchovy a vzdělávání) u dospělých osob s MP?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	9	64
Ne	5	36
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 54

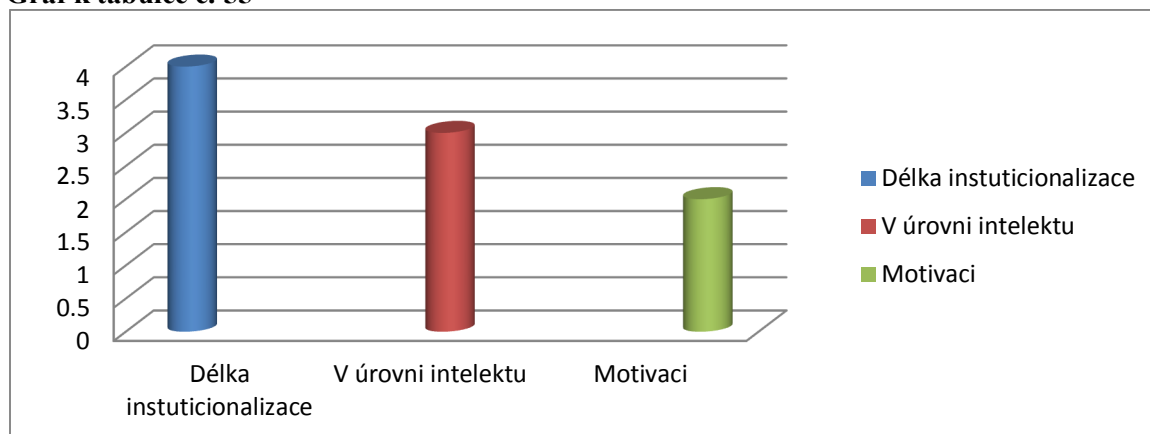


Komentář k tabulce č. 54: Limity v rámci edukace u dospělých osob s MP přiznává 64 % respondentů. 36 odborníků tyto skutečnosti odmítá.

Tabulka č. 55: Pokud ano, zde prosím uveďte, jaké konkrétní limity máte na mysli.

Pokud ano, zde prosím uveďte, jaké konkrétní limity máte na mysli.	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Délka institucionalizace	4	44
V úrovni intelektu	3	33
Motivaci	2	21
	Σ 9	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 55



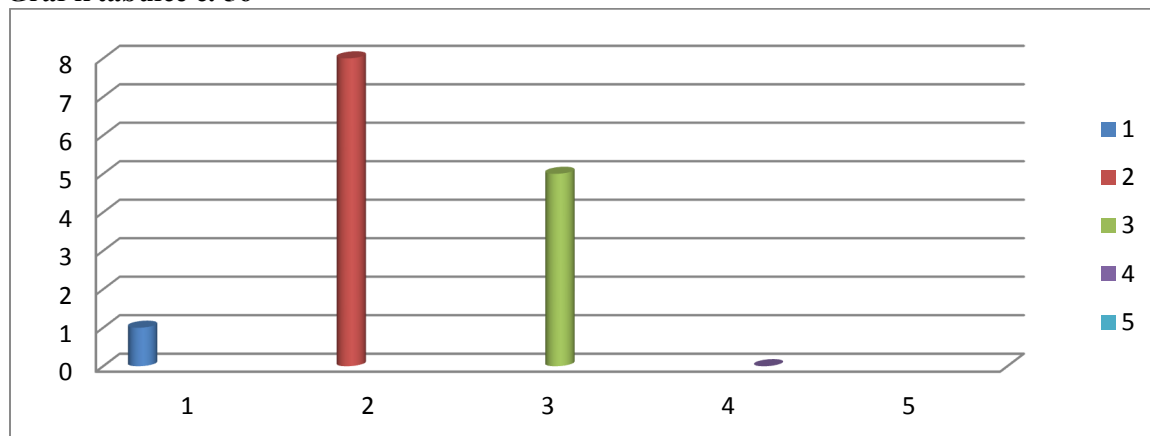
Komentář k tabulce č. 55: Položka byla koncipována jako otevřená. Pro přehlednost byla provedena kategorizace odpovědí. Zde se vyjadřovali jen ti respondenti, kteří v rámci edukace vidí limity. Nejvyšší četnost zastoupení měla položka související s délkou institucionalizace (44 %). Na druhém místě z hlediska četností se umístila odpověď „v úrovni intelektu“ a to ve 33 %. Motivace dospělých osob s MP představuje limit pro 21 % dotázaných.

Tabulka č. 56: Nyní prosím ohodnoťte kvalitu Vámi poskytovaných edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivit. Použijte prosím stupnici 1-5 (jako ve škole).

Nyní prosím ohodnoťte kvalitu Vámi poskytovaných edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivit. Použijte prosím stupnici 1-5 (jako ve škole).	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
1	1	7

2	8	58
3	5	35
4	0	0
5	0	0
	$\Sigma 14$	$\Sigma 100\%$

Graf k tabulce č. 56

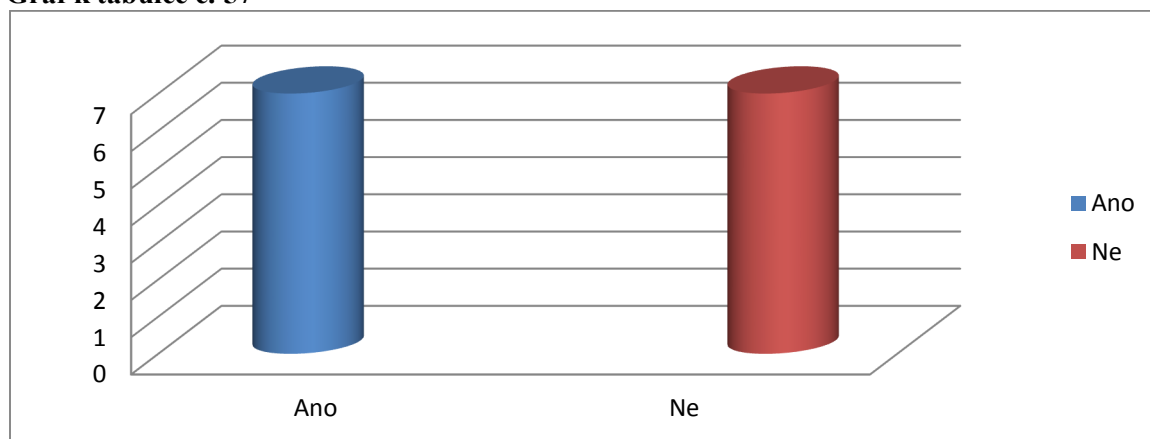


Komentář k tabulce č. 56: 58 % respondentů kvalitu jimi poskytovaných edukačních aktivit ohodnotili číslem 2. Poskytované edukační aktivity vnímá jako „dobré“ 35 % dotázaných. Pouze jeden účastník výzkumného šetření uvedl odpověď výborně.

Tabulka č. 57: Obměňují se edukační (výchovně –vzdělávací) aktivity, které poskytuje ve Vašem zařízení?

Obměňují se edukační (výchovně –vzdělávací) aktivity, které poskytuje ve Vašem zařízení?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	7	50
Ne	7	50
	$\Sigma 14$	$\Sigma 100\%$

Graf k tabulce č. 57

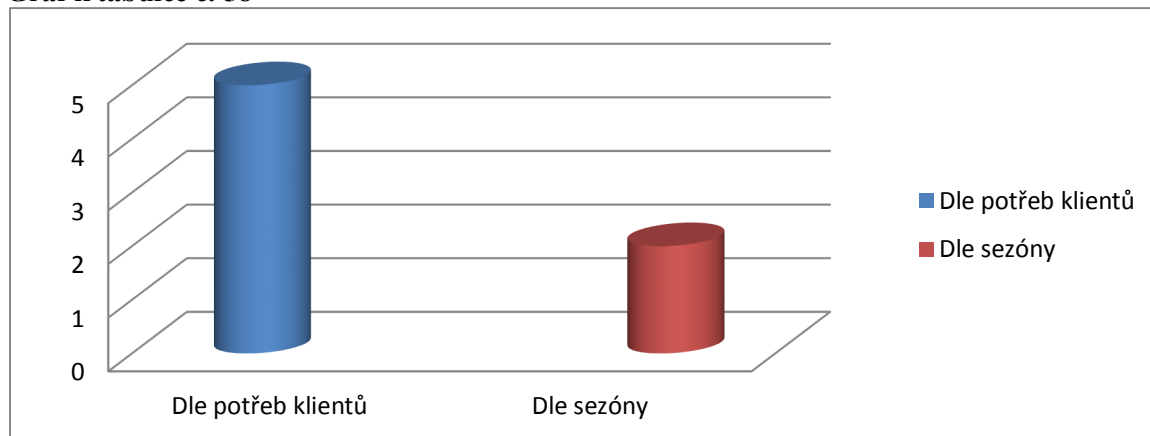


Komentář k tabulce č. 57: 50 % respondentů uvedlo, že se jimi poskytované edukační aktivity obměňují. Stejný počet dotázaný se k dané tezi vyjádřil záporně.

Tabulka č. 58: Pokud se obměňují, tak z jakého důvodu?

Pokud se obměňují, tak z jakého důvodu?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Dle zájmu a potřeb klientů	5	71
Dle sezóny	2	29
	$\Sigma 7$	$\Sigma 100\%$

Graf k tabulce č. 58

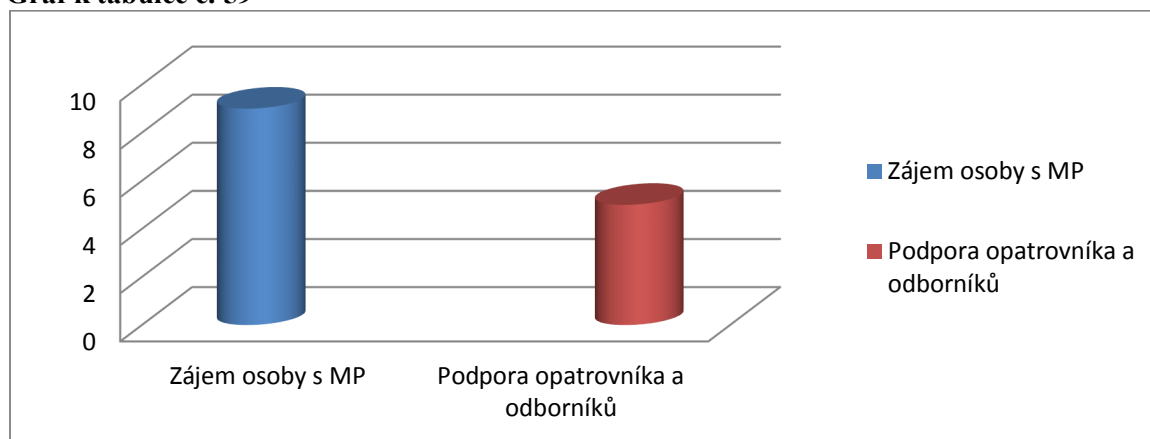


Komentář k tabulce č. 58: Položka byla koncipována jako otevřená. Pro přehlednost byla provedena kategorizace odpovědí. Zde se vyjadřovali jen ti respondenti, kteří souhlasili s obměňováním edukačních aktivit. Edukační aktivity se mění dle potřeb jednotlivých klientů z hlediska 71 % dotázaných. Naopak 29 % respondentů uvedlo jako důvod proměny edukačních aktivit sezónu.

Tabulka č. 59: Jaké potřeby vnímáte jako podmínku edukace (výchovy a vzdělávání) dospělých osob s MP?

Jaké potřeby vnímáte jako podmínku edukace (výchovy a vzdělávání) dospělých osob s MP?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Zájem osoby s MP	9	64
Podpora opatrovníka a odborníků	5	36
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 59



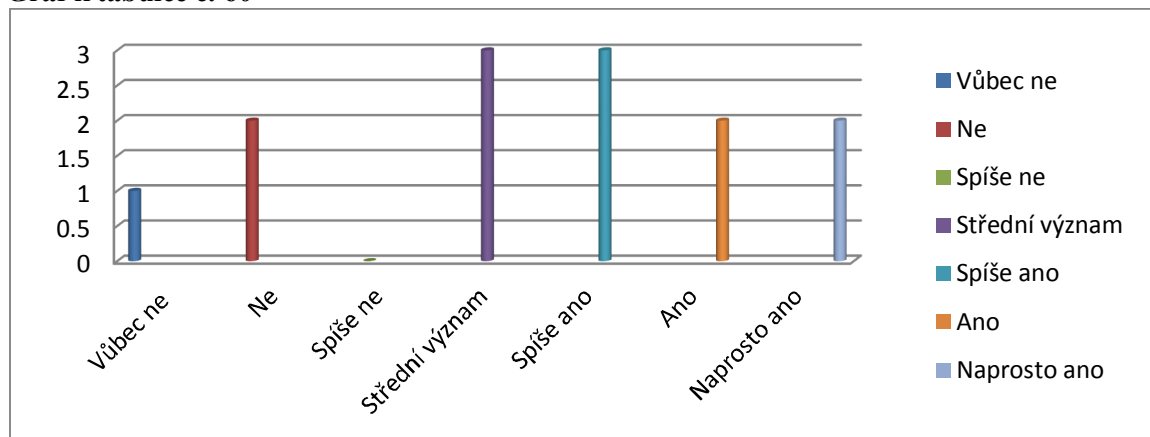
Komentář k tabulce č. 59: Položka byla koncipována jako otevřená. Pro přehlednost byla provedena kategorizace odpovědí. Nadpoloviční většina respondentů (64 %) spatřuje jako hlavní podmínku edukace zájem ze strany dospělých osob s MP. Dalších 36 % dotázaných chápe jako hlavní podmínku podporu ze strany opatrovníka a dalších odborníků.

Tabulka č. 60: Mají dospělé osoby s MP šanci uplatnit získané poznatky z edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivit v praktickém životě?

Mají dospělé osoby s MP šanci uplatnit získané poznatky z edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivit v praktickém životě?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)

Vůbec ne	1	8
Ne	2	15
Spíše ne	0	0
Střední význam	3	22
Spíše ano	3	22
Ano	2	15
Naprosto ano	2	15
	Σ14	Σ100

Graf k tabulce č. 60

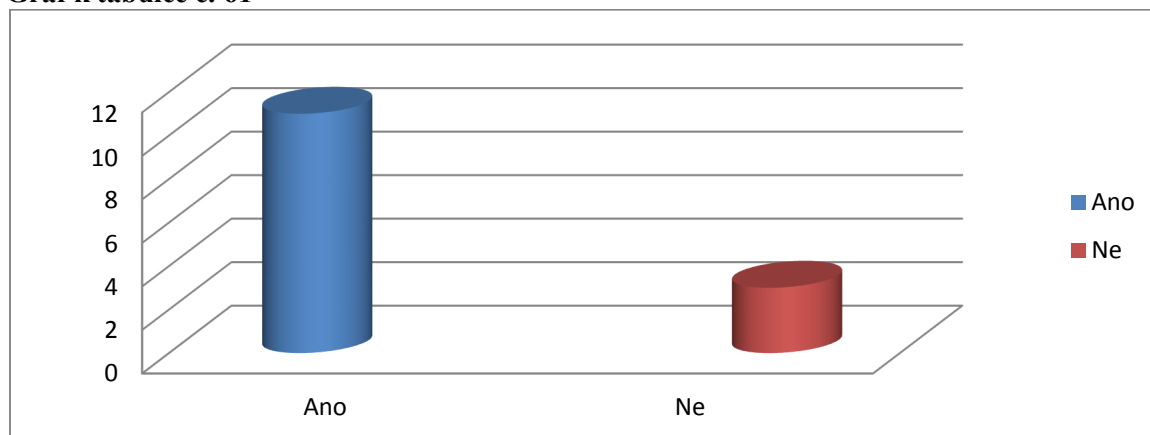


Komentář k tabulce č. 60: 22 % respondentů se domnívá, že dospělé osoby s MP mají spíše šanci uplatnit získané poznatky v praktickém životě. Stejný počet dotázaných přikládá této položce střední význam. 15 % účastníků výzkumného šetření uvedlo odpověď „ne“. Jeden respondent vůbec nemá pocit, že by získané poznatky mohly dospělé osoby s MP uplatnit v praktickém životě. S tvrzením naprosto souhlasí 15 odborníků. Stejný počet dotázaných zvolil možnost „ano“.

Tabulka č. 61: Jsou realizována hodnocení jednotlivých edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivit?

Jsou realizována hodnocení jednotlivých edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivit?	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	11	78
Ne	3	22
	Σ 14	Σ 100

Graf k tabulce č. 61

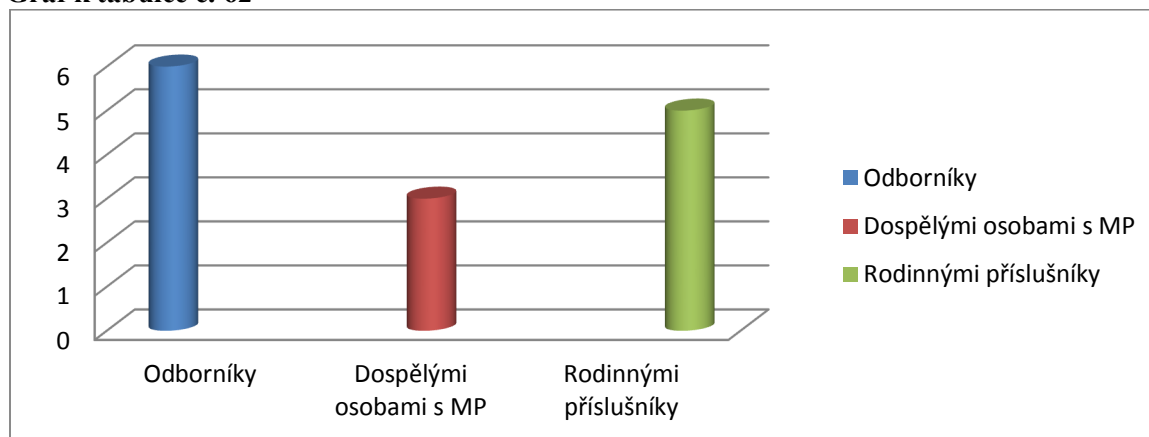


Komentář k tabulce č. 61: 78 % respondentů potvrdilo realizování hodnocení edukačních aktivit. 22 % dotázaných uvedlo zápornou odpověď.

Tabulka č. 62: Kvalita jednotlivých edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivit je realizována...

Kvalita jednotlivých edukačních (výchovně – vzdělávacích) aktivit je realizována...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Odborníky	6	42
Dospělými osobami s MP	3	21
Rodinnými příslušníky	5	37
	Σ 14	Σ 100

Graf k tabulce č. 62

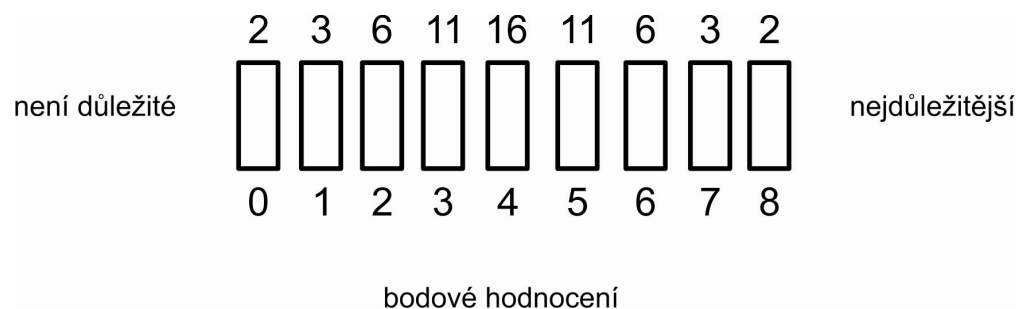


Komentář k tabulce č. 62: Dle názoru 42 % dotázaných jsou to odborníci, kteří edukační aktivity hodnotí. Rodinní příslušníci jsou také evaluátory edukačních procesů a to podle odpovědí ve 37 %. Dospělé osoby s MP byly zmíněny ve 21 %.

Zpracování dat Q-metodologie

V rámci Q-metodologie byla využita kvazinormální distribuce karet. Celkem měli respondenti k dispozici 60 karet s výroky. Ty měli třídit podle subjektivního významu. Vzhledem k neexistenci dat, která by bylo možné použít pro komparaci, bylo vydefinováno 60 Q-typů. Jejich tvorbě rovněž předcházela výzkum realizovaný autorkou dizertační práce v rámci Specifické grantové soutěže Univerzity Palackého v roce 2013. Dále byla použita data z dotazníkového šetření (vlastní předvýzkum dizertační práce) pro zachování komplexnosti pohledu na dané téma. Počet 60 karet byl zvolen z důvodu možnosti rovnoměrného rozdělení výroků do zastřešujících oblastí (viz níže).

Tabulka č. 63: Schéma třídění Q-karet: kvazinormální distribuce (zpracováno dle Chráska, 2007, s. 231)



Tabulka č. 64: Přehled jednotlivých Q-typů:

1.	Každý má právo na edukaci.
2.	Dotace od státu či EU by měly být využity jen v případě takových edukačních aktivit, kde lze předpokládat další návaznost.
3.	Vadí mi představa, že v práci s lidmi s MP nic neděláme.
4.	Jsem spokojená/ý, když jsou klienti spokojeni.
5.	Největší bariéru pro edukaci představují rodinní příslušníci.
6.	Největší bariéru pro edukaci představuje nedostatek financí.
7.	Pracuji s lidmi, proto cítím za svou práci odpovědnost.
8.	U některých klientů není vidět posun, to mě demotivuje.
9.	Současná nabídka edukačních aktivit podporuje začlenění dospělých osob s MP více než před rokem 1989.
10.	Dle mého názoru je nutné, aby lidé s MP absolvovali základní vzdělání.
11.	Finanční podpora edukačních aktivit je třeba, protože dochází ke vzniku přidané hodnoty pro společnost.
12.	Naprostou většinu demotivovaných klientů představují lidé, kteří byli zbaveni povinnosti docházet do školy.
13.	Absolvování povinné školní docházky nepodmiňuje v dospělosti vyhledávání edukačních aktivit.
14.	Bez edukace jsou klienti často zneužití.
15.	Dle mého názoru je edukace nezbytná součástí sociálních služeb.
16.	V práci se cítím přetížen/a.
17.	Mám pocit, že není dostatek kvalifikovaných lidí schopných zajistit edukační aktivity.
18.	Edukační aktivity jsou samozřejmou součástí trávení času dospělých osob s MP.
19.	Není důležité, aby nabídka edukačních aktivit byla široká, ale aby měla jednoznačný cíl.
20.	Malá efektivita edukace spočívá v její malé návaznosti.
21.	Edukaci je třeba zajistit po malých krocích, ne se hned pouštět do velkých cílů.
22.	Lidé, kteří se v dospělosti podrobí edukaci, mají více příležitosti k začlenění do společnosti.
23.	Edukace v rodině je samozřejmostí.
24.	Osobně nezastávám názor, že je edukace u osob s MP prospěšná.
25.	Je obtížné eliminovat v edukačních aktivitách stereotypy.
26.	Edukační aktivity jsou obměňovány dle přání a potřeb klientů.
27.	Lidé s MP jsou si vědomi účelu, za kterým se vzdělávají.
28.	Lidé s MP buď na edukační aktivity dorazí, nebo nikoliv.
29.	Naší klienti nás za práci oceňují.
30.	Edukační aktivity korespondují s uplatněním v praktickém životě.
31.	Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně rodinní příslušníci/zákonní zástupci.
32.	Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně odborníci.
33.	Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně samotné osoby s MP.
34.	Motivace je podmínkou edukace dospělých osob s MP.
35.	V rodině edukace neprobíhá.
36.	Nesouhlasím s představou, že je třeba edukovat všechny osoby.
37.	Mám pocit, že nejsem v tomto směru dostatečně kvalifikován/a.
38.	Nemám klientům co nového nabídnout.
39.	Myslím si, že by rodinní příslušníci/zákonní zástupci s námi mohli v tomto směru více spolupracovat.
40.	Není důležité, jestli je edukace propracovaná. Stačí, že se něco děje.
41.	Vadí mi, že lidé s MP nevědí, proč se vzdělávají.
42.	Plošná edukace je k ničemu, je třeba vycházet z přání a potřeb uživatelů.
43.	Já jsem pro edukaci, mí spolupracovníci nikoliv.
44.	Pro edukaci v dospělosti je třeba pracovat i s rodinou.
45.	Edukace má navazovat na předchozí znalosti.
46.	Bez transferu do praxe je edukace k ničemu.
47.	Pro rodinné příslušníky/zákonné zástupce je edukace nežádoucí proces.
48.	Lidé vyššího věku by měli mít možnost získat alespoň základy vzdělání.
49.	Snažíme se bojovat proti stereotypům, ale v praxi se stává, že klient navštěvuje jednu aktivitu i několik let.
50.	Hodnocení efektivit a kvality edukace se provádí jen zřídka.
51.	Výstupem edukace by měl být vždy nějaký dokument.
52.	Snažím se pouze tak, jak jsem placen/a.
53.	Více se věnuji klientům, kteří jsou motivováni.
54.	Účast na životě společnosti je principiálním účelem edukace.
55.	Vadí mi podceňování této skupiny osob.
56.	Jsem přesvědčen/a, že edukace osob s MP má budoucnost.
57.	Účast osob s MP na zvolených aktivitách je sporadická.
58.	I malé kroky v edukaci je třeba ocenit.
59.	Dlouholetý pobyt v ústavní péči limituje edukaci.
60.	Lidé s edukací se nemají lépe než bez ní. Je to o životním přístupu jednotlivých lidí.

Každému z výše uvedených výroků (Q-typů) bylo přiřazeno pořadové číslo (viz tabulka č. 61). V rámci zpracování dat respondenty byly Q-typy označeny bodovým ohodnocením v numerickém rozmezí 0 - 8 bodů. Ohodnocení body korespondovalo s umístěním Q-typu v příslušném sloupci formuláře pro kvazinormální distribuci. Posléze byly odpovědi 12 participantů na výzkumu zaznamenány do tabulky společně s vypočítáním hodnoty aritmetického průměru, mediánu a modu. Rovněž byla vypočítána směrodatná odchylka s rozptylem pro určení nejvíce souhlasných a naopak odmítaných výroků. Pearsonův koeficient pořadové korelace je součástí korelační matice. Číselný údaj jím získaný stanovuje míru diverzity mezi odpověďmi všech účastníků výzkumného šetření.

Volby jednotlivých respondentů byly pro přehlednost transkribovány do 12 tabulek dle preferencí. Tučně s moderým podbarvením je zvýrazněno bodové ohodnocení. Zkratkou „č.“ a číslicí jsou označeny jednotlivé výroky

Respondent č. 1: subjektivní rozložení Q-typů

počet bodů (označen modrým podbarvením), **přiřazené číslo Q-typu** (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 24	č. 23	č. 13	č. 11	č. 9	č. 2	č. 6	č. 4	č. 1
č. 27	č. 33	č. 17	č. 29	č. 21	č. 5	č. 12	č. 7	č. 3
	č. 56	č. 18	č. 32	č. 25	č. 10	č. 14	č. 8	
		č. 22	č. 37	č. 26	č. 15	č. 16		
		č. 30	č. 38	č. 41	č. 19	č. 20		
		č. 31	č. 40	č. 42	č. 28	č. 60		
			č. 43	č. 45	č. 34			
			č. 44	č. 47	č. 35			
			č. 51	č. 48	č. 36			
			č. 52	č. 49	č. 39			
			č. 54	č. 50	č. 46			
				č. 53				
				č. 55				
				č. 57				
				č. 58				
				č. 59				

Respondent č. 2: subjektivní rozložení Q-typů

počet bodů (označen modrým podbarvením), **přiřazené číslo Q-typu** (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 24	č. 27	č. 13	č. 15	č. 2	č. 4	č. 5	č. 3	č. 1
č. 51	č. 30	č. 23	č. 22	č. 6	č. 7	č. 10	č. 8	č. 60
	č. 40	č. 32	č. 26	č. 11	č. 9	č. 20	č. 14	
		č. 57	č. 28	č. 12	č. 17	č. 34		
		č. 58	č. 29	č. 16	č. 19	č. 38		
		č. 59	č. 31	č. 18	č. 25	č. 42		
			č. 33	č. 21	č. 39			
			č. 41	č. 35	č. 46			
			č. 43	č. 36	č. 48			
			č. 54	č. 37	č. 49			
			č. 55	č. 44	č. 52			
				č. 45				
				č. 47				
				č. 50				
				č. 53				
				č. 56				

Respondent č. 3: subjektivní rozložení Q-typů

počet bodů (označen modrým podbarvením), přiřazené číslo Q-typu (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 24	č. 13	č. 2	č. 5	č. 4	č. 21	č. 1	č. 20	č. 8
č. 28	č. 23	č. 15	č. 6	č. 9	č. 26	č. 3	č. 34	č. 41
	č. 37	č. 27	č. 11	č. 10	č. 35	č. 7	č. 39	
		č. 29	č. 12	č. 14	č. 36	č. 17		
		č. 31	č. 16	č. 22	č. 40	č. 19		
		č. 33	č. 18	č. 43	č. 42	č. 25		
			č. 30	č. 44	č. 47			
			č. 32	č. 45	č. 48			
			č. 38	č. 46	č. 49			
			č. 51	č. 50	č. 57			
			č. 54	č. 52	č. 59			
				č. 53				
				č. 55				
				č. 56				
				č. 58				
				č. 60				

Respondent č. 4: subjektivní rozložení Q-typů

počet bodů (označen modrým podbarvením), přiřazené číslo Q-typu (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 28	č. 30	č. 15	č. 2	č. 1	č. 6	č. 3	č. 21	č. 16
č. 29	č. 33	č. 27	č. 5	č. 4	č. 7	č. 39	č. 42	č. 60
	č. 51	č. 31	č. 9	č. 10	č. 8	č. 45	č. 53	
		č. 32	č. 11	č. 12	č. 17	č. 46		
		č. 37	č. 13	č. 14	č. 19	č. 56		
		č. 43	č. 18	č. 20	č. 25	č. 59		
			č. 22	č. 34	č. 35			
			č. 23	č. 36	č. 40			
			č. 24	č. 38	č. 50			
			č. 26	č. 41	č. 55			
			č. 54	č. 44	č. 58			
				č. 47				
				č. 48				
				č. 49				
				č. 52				
				č. 57				

Respondent č. 5: subjektivní rozložení Q-typů

počet bodů (označen modrým podbarvením), přiřazené číslo Q-typu (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 30	č. 27	č. 31	č. 2	č. 3	č. 1	č. 46	č. 41	č. 8
č. 43	č. 28	č. 32	č. 13	č. 4	č. 14	č. 49	č. 42	č. 34
	č. 29	č. 33	č. 15	č. 5	č. 20	č. 55	č. 59	
		č. 37	č. 18	č. 6	č. 21	č. 56		
		č. 51	č. 24	č. 7	č. 23	č. 57		
		č. 54	č. 25	č. 9	č. 35	č. 58		
			č. 26	č. 10	č. 39			
			č. 36	č. 11	č. 45			
			č. 38	č. 12	č. 47			
			č. 44	č. 16	č. 48			
			č. 52	č. 17	č. 50			
				č. 19				
				č. 22				
				č. 40				
				č. 53				
				č. 60				

Respondent č. 6: subjektivní rozložení Q-typů**počet bodů** (označen modrým podbarvením), **přiřazené číslo Q-typu** (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 24	č. 28	č. 26	č. 6	č. 2	č. 12	č. 13	č. 1	č. 3
č. 27	č. 30	č. 29	č. 10	č. 4	č. 14	č. 16	č. 20	č. 8
	č. 41	č. 31	č. 11	č. 5	č. 21	č. 19	č. 36	
		č. 32	č. 15	č. 7	č. 22	č. 25		
		č. 33	č. 18	č. 9	č. 35	č. 34		
		č. 43	č. 23	č. 17	č. 42	č. 40		
			č. 47	č. 37	č. 44			
			č. 51	č. 38	č. 45			
			č. 56	č. 39	č. 46			
			č. 57	č. 48	č. 49			
			č. 58	č. 52	č. 50			
				č. 53				
				č. 54				
				č. 55				
				č. 59				
				č. 60				

Respondent č. 7: subjektivní rozložení Q-typů**počet bodů** (označen modrým podbarvením), **přiřazené číslo Q-typu** (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 27	č. 15	č. 16	č. 2	č. 5	č. 7	č. 3	č. 1	č. 37
č. 28	č. 18	č. 17	č. 4	č. 6	č. 12	č. 20	č. 49	č. 41
	č. 30	č. 23	č. 9	č. 8	č. 25	č. 24	č. 59	
		č. 29	č. 10	č. 13	č. 35	č. 36		
		č. 33	č. 11	č. 14	č. 39	č. 46		
		č. 43	č. 31	č. 19	č. 42	č. 58		
			č. 32	č. 21	č. 44			
			č. 38	č. 22	č. 45			
			č. 51	č. 26	č. 50			
			č. 53	č. 34	č. 55			
			č. 54	č. 40	č. 57			
				č. 47				
				č. 48				
				č. 52				
				č. 56				
				č. 60				

Respondent č. 8: subjektivní rozložení Q-typů**počet bodů** (označen modrým podbarvením), **přiřazené číslo Q-typu** (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 17	č. 27	č. 2	č. 6	č. 9	č. 5	č. 1	č. 4	č. 41
č. 18	č. 28	č. 15	č. 13	č. 11	č. 10	č. 3	č. 7	č. 60
	č. 43	č. 22	č. 23	č. 19	č. 12	č. 8	č. 46	
		č. 30	č. 26	č. 24	č. 14	č. 25		
		č. 51	č. 29	č. 32	č. 16	č. 47		
		č. 54	č. 31	č. 37	č. 20	č. 50		
			č. 33	č. 38	č. 21			
			č. 36	č. 39	č. 34			
			č. 48	č. 40	č. 35			
			č. 55	č. 45	č. 42			
			č. 56	č. 49	č. 44			
				č. 52				
				č. 53				
				č. 57				

č. 58
č. 59

Respondent č. 9: subjektivní rozložení Q-typů
počet bodů (označen modrým podbarvením), **přiřazené číslo Q-typu** (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 25	č. 26	č. 18	č. 4	č. 2	č. 5	č. 19	č. 3	č. 1
č. 27	č. 28	č. 23	č. 9	č. 6	č. 7	č. 21	č. 35	č. 8
	č. 43	č. 29	č. 10	č. 14	č. 13	č. 34	č. 36	
		č. 30	č. 11	č. 16	č. 40	č. 42		
		č. 38	č. 12	č. 20	č. 41	č. 50		
		č. 54	č. 15	č. 22	č. 46	č. 57		
			č. 17	č. 31	č. 48			
			č. 24	č. 32	č. 49			
			č. 33	č. 39	č. 56			
			č. 37	č. 45	č. 58			
			č. 44	č. 47	č. 59			
				č. 51				
				č. 52				
				č. 53				
				č. 55				
				č. 60				

Respondent č. 10: subjektivní rozložení Q-typů
počet bodů (označen modrým podbarvením), **přiřazené číslo Q-typu** (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 27	č. 2	č. 4	č. 13	č. 6	č. 14	č. 1	č. 20	č. 42
č. 30	č. 18	č. 11	č. 23	č. 7	č. 16	č. 3	č. 34	č. 47
	č. 24	č. 12	č. 31	č. 9	č. 19	č. 5	č. 40	
		č. 26	č. 32	č. 10	č. 21	č. 8		
		č. 28	č. 33	č. 17	č. 25	č. 15		
		č. 29	č. 37	č. 22	č. 36	č. 35		
			č. 38	č. 39	č. 41			
			č. 43	č. 44	č. 48			
			č. 51	č. 45	č. 49			
			č. 59	č. 46	č. 52			
			č. 60	č. 50	č. 53			
				č. 54				
				č. 55				
				č. 56				
				č. 57				
				č. 58				

Respondent č. 11: subjektivní rozložení Q-typů
počet bodů (označen modrým podbarvením), **přiřazené číslo Q-typu** (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 24	č. 18	č. 11	č. 6	č. 2	č. 7	č. 8	č. 1	č. 34
č. 27	č. 23	č. 15	č. 10	č. 4	č. 14	č. 12	č. 3	č. 36
	č. 30	č. 17	č. 13	č. 5	č. 21	č. 19	č. 20	
		č. 28	č. 22	č. 9	č. 25	č. 35		
		č. 29	č. 31	č. 16	č. 26	č. 41		
		č. 32	č. 33	č. 38	č. 39	č. 43		
			č. 37	č. 40	č. 42			
			č. 47	č. 45	č. 44			
			č. 48	č. 50	č. 46			
			č. 49	č. 53	č. 51			
			č. 54	č. 55	č. 52			
				č. 56				

č. 57
č. 58
č. 59
č. 60

Respondent č. 12: subjektivní rozložení Q-typů

počet bodů (označen modrým podbarvením), přiřazené číslo Q-typu (bez barvy)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
č. 18	č. 11	č. 6	č. 4	č. 2	č. 10	č. 14	č. 3	č. 1
č. 24	č. 23	č. 22	č. 15	č. 5	č. 26	č. 19	č. 8	č. 39
	č. 27	č. 28	č. 17	č. 7	č. 40	č. 20	č. 12	
		č. 30	č. 29	č. 9	č. 41	č. 34		
		č. 33	č. 31	č. 13	č. 42	č. 35		
		č. 37	č. 32	č. 16	č. 45	č. 36		
			č. 38	č. 21	č. 46			
			č. 43	č. 25	č. 49			
			č. 47	č. 44	č. 52			
			č. 50	č. 48	č. 56			
			č. 51	č. 53	č. 57			
				č. 54				
				č. 55				
				č. 58				
				č. 59				
				č. 60				

Po provedeném grafickém třídění respondentů byly jejich volby zaneseny do tabulky č. 65 Q-typům byly přiřazeny číselné hodnoty.

Dále bylo třeba získaná data výstižně charakterizovat. Z toho důvodu byl proveden výpočet aritmetického průměru, mediánu a modu. Tato kombinace byla zvolena dle doporučení metodologické literatury. Chráska, Kočvarová (2015) upozorňují, že pouze stanovení aritmetického průměru nestačí. Chráska (2007) k tomuto účelu navrhuje užít zmíněné tři charakteristiky statistického souboru.

Tabulka č. 65: Přiřazení číselných hodnot jednotlivým Q-typům

Q-typy	Respondenti												\bar{x}	\hat{x}	\tilde{x}
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
č. 1	8	8	6	4	5	7	7	6	8	6	7	8	6,6	2	6
č. 2	5	4	2	3	3	4	3	2	4	1	4	4	2,75	2	3
č. 3	8	7	6	6	4	8	6	6	7	6	7	7	6,5	4,5	6,5
č. 4	7	5	4	4	4	4	3	7	3	2	4	3	4,16	1	4
č. 5	5	6	3	3	4	4	4	5	5	6	4	4	4,41	2	4,5
č. 6	6	4	3	5	4	3	4	3	4	4	3	2	3,75	1	4
č. 7	7	5	6	5	4	4	5	7	5	4	5	4	5,08	4,5	5,5
č. 8	7	7	8	5	8	8	4	6	8	6	6	7	6,66	2	6
č. 9	4	5	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	3,83	8	4
č. 10	5	6	4	4	4	3	3	5	3	4	3	5	4,08	4	4,5
č. 11	3	4	3	3	4	3	3	4	3	2	2	1	2,91	6	2,5
č. 12	6	4	3	4	4	5	5	5	3	2	6	7	4,5	2,5	4,5
č. 13	2	2	1	3	3	6	4	3	5	3	3	4	3,25	1	3,5
č. 14	6	7	4	4	5	5	4	5	4	5	5	6	5	5	5,5
č. 15	5	3	2	2	3	3	1	2	3	6	2	3	2,91	1	3
č. 16	6	4	3	8	4	6	2	5	4	5	4	4	4,66	1	4,5
č. 17	2	5	6	5	4	4	2	0	3	4	2	3	3,33	3	3,5
č. 18	2	4	3	3	3	3	1	0	2	1	1	0	1,91	2	2
č. 19	5	5	6	5	4	6	4	4	6	5	6	6	5,16	5	5
č. 20	6	6	7	4	5	7	6	5	4	7	7	6	5,83	4	5,5
č. 21	4	4	5	7	5	5	4	5	6	5	5	4	4,91	1	5,5
č. 22	2	3	4	3	4	5	4	2	4	4	3	2	3,33	3	3,5
č. 23	1	2	1	3	5	3	2	3	2	3	1	1	2,25	4	2,5

č. 24	0	0	0	3	3	0	6	4	3	1	0	0	1,66	1	3
č. 25	4	5	6	5	3	6	5	6	0	5	5	4	4,5	1	4
č. 26	4	3	5	3	3	2	4	3	1	2	5	5	3,33	2	3
č. 27	0	1	2	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0,66	2	1
č. 28	5	3	0	0	1	1	0	1	1	2	2	2	1,5	3	2
č. 29	3	3	2	0	1	2	2	3	2	2	2	3	2,08	1	1,5
č. 30	2	1	3	1	0	1	1	2	2	0	1	2	1,33	2	1,5
č. 31	2	3	2	2	2	2	3	3	4	3	3	3	2,41	3	3
č. 32	3	2	3	2	2	2	3	4	4	3	2	3	2,75	5	3
č. 33	1	3	2	1	2	2	2	3	3	3	3	2	2,75	5	2
č. 34	5	6	7	4	8	6	4	5	6	7	8	6	6	2	6
č. 35	5	4	5	5	5	5	5	5	7	6	6	6	5,33	1	5,5
č. 36	5	4	5	4	3	7	6	3	7	5	8	6	5,25	2	5,5
č. 37	3	4	1	2	2	4	8	4	3	3	3	2	2,58	3	2,5
č. 38	3	6	3	4	3	4	3	4	2	3	4	3	3,5	1	3,5
č. 39	5	5	7	6	5	4	5	4	4	4	5	8	5,16	1	6,5
č. 40	3	1	5	5	4	6	4	4	5	7	4	5	4,33	1	4,5
č. 41	4	3	8	4	7	1	8	8	5	5	6	5	5,33	1	5
č. 42	4	6	5	7	7	5	5	5	6	8	5	5	5,66	2	6
č. 43	3	3	4	2	0	2	2	1	1	3	6	3	2,5	1	2,5
č. 44	3	4	4	4	3	5	5	5	3	4	5	4	4,08	4	4
č. 45	4	4	4	6	5	5	5	4	4	4	4	5	4,5	4	5
č. 46	5	5	4	6	6	5	6	7	5	4	5	5	5,25	4	5
č. 47	4	4	5	4	5	3	4	6	4	8	3	3	4,41	1	5
č. 48	4	5	5	4	5	4	4	3	5	5	3	4	4,25	5	4
č. 49	4	5	5	4	6	5	7	4	5	5	3	5	4,83	1	5
č. 50	4	4	4	5	5	5	5	6	6	4	4	3	4,58	5	4,5
č. 51	3	0	3	1	2	3	3	2	4	3	5	3	2,66	1	2,5
č. 52	3	5	4	4	3	4	4	4	4	5	5	5	4,16	6	4
č. 53	4	4	4	7	4	4	3	4	4	5	4	4	4,58	1	4
č. 54	3	3	3	3	2	4	3	2	2	4	3	4	3	3	3
č. 55	4	3	4	5	6	4	5	3	4	4	4	4	4,16	2	4,5
č. 56	1	4	4	6	6	3	4	3	5	4	4	5	4,08	2	4
č. 57	4	2	5	4	6	3	5	4	6	4	4	5	3,83	1	4
č. 58	4	2	4	5	6	3	6	4	5	4	4	4	4,25	1,5	4
č. 59	4	2	5	6	7	4	7	4	5	3	4	4	4,58	1	4,5
č. 60	6	8	4	8	4	4	7	8	8	3	4	4	5,41	6	6,5

Tabulka č. 65 je pro další zpracování naměřených dat výchozí tabulkou. Z hodnot v ní uvedených lze dále určit míry variability. Míry variability (rozptýlení) poskytnou informace o tom, jak dalece jsou získané hodnoty nakupeny resp. rozptýleny kolem střední hodnoty.

Nejčastěji používanou mírou variability pro metrická data je směrodatná odchylka, případně rozptyl (Miovský, 2006; Chráska, 2007; Chráska, 2016). Zmíněné statistické charakteristiky variability poskytnou informace o shodách nebo rozdílech v názorech aktérů výzkumného šetření.

Tabulka č. 66: Stanovení rozptylu a směrodatné odchylky

Q- typy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	rozptyl	směrodatná odchylka
č. 1	8	8	6	4	5	7	7	6	8	6	7	8	23,97	4,8901
č. 2	5	4	2	3	3	4	3	2	4	1	4	4	1,45	1,2041
č. 3	8	7	6	6	4	8	6	6	7	6	7	7	19,75	4,4440
č. 4	7	5	4	4	4	4	3	7	3	2	4	3	6,82	2,6124
č. 5	5	6	3	3	4	4	4	5	5	6	4	4	4,64	2,1540
č. 6	6	4	3	5	4	3	4	3	4	4	3	2	5,58	2,3622
č. 7	7	5	6	5	4	4	5	7	5	4	5	4	13,59	3,6870
č. 8	7	7	8	5	8	8	4	6	8	6	6	7	24,47	4,9474
č. 9	4	5	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	12,99	3,6041
č. 10	5	6	4	4	4	3	3	5	3	4	3	5	0,55	0,7422
č. 11	3	4	3	3	4	3	3	4	3	2	2	1	5	2,23
č. 12	6	4	3	4	4	5	5	5	3	2	6	7	8,3	2,8809
č. 13	2	2	1	3	3	6	4	3	5	3	3	4	6,82	2,6124
č. 14	6	7	4	4	5	5	4	5	4	5	5	6	4,27	2,0668

č. 15	5	3	2	2	3	3	1	2	3	6	2	3	8,66	2,9439
č. 16	6	4	3	8	4	6	2	5	4	5	4	4	4,11	2,0285
č. 17	2	5	6	5	4	4	2	0	3	4	2	3	10,88	3,2990
č. 18	2	4	3	3	3	3	1	0	2	1	1	0	2,91	1,7064
č. 19	5	5	6	5	4	6	4	4	6	5	6	6	1,59	1,2625
č. 20	6	6	7	4	5	7	6	5	4	7	7	6	3,01	1,7356
č. 21	4	4	5	7	5	5	4	5	6	5	5	4	7,66	2,7688
č. 22	2	3	4	3	4	5	4	2	4	4	3	2	10,85	3,2944
č. 23	1	2	1	3	5	3	2	3	2	3	1	1	2,8	1,6733
č. 24	0	0	0	3	3	0	6	4	3	1	0	0	2,74	1,6573
č. 25	4	5	6	5	3	6	5	6	0	5	5	4	5,47	2,3404
č. 26	4	3	5	3	3	2	4	3	1	2	5	5	8,31	2,8831
č. 27	0	1	2	2	1	0	0	1	0	0	0	1	2,37	1,5394
č. 28	5	3	0	0	1	1	0	1	1	2	2	2	20,72	4,5524
č. 29	3	3	2	0	1	2	2	3	2	2	2	3	2,81	1,6770
č. 30	2	1	3	1	0	1	1	2	2	0	1	2	7,12	2,6683
č. 31	2	3	2	2	2	2	3	3	4	3	3	3	7,04	2,6532
č. 32	3	2	3	2	2	2	3	4	4	3	2	3	10,78	3,2832
č. 33	1	3	2	1	2	2	2	3	3	3	3	2	5,34	2,3108
č. 34	5	6	7	4	8	6	4	5	6	7	8	6	5,34	2,3108
č. 35	5	4	5	5	5	5	5	5	7	6	6	6	8	2,8284
č. 36	5	4	5	4	3	7	6	3	7	5	8	6	15,22	3,9021
č. 37	3	4	1	2	2	4	8	4	3	3	3	2	11,47	3,3870
č. 38	3	6	3	4	3	4	3	4	2	3	4	3	1,61	1,2701
č. 39	5	5	7	6	5	4	5	4	4	4	5	8	6,33	2,5166
č. 40	3	1	5	5	4	6	4	4	5	7	4	5	21,3	4,6151
č. 41	4	3	8	4	7	1	8	8	5	5	6	5	8,9	2,9839
č. 42	4	6	5	7	7	5	5	5	6	8	5	5	16,14	4,0182
č. 43	3	3	4	2	0	2	2	1	1	3	6	3	17,57	4,1925
č. 44	3	4	4	4	3	5	5	5	3	4	5	4	2,12	1,4573
č. 45	4	4	4	6	5	5	5	4	4	4	4	5	1	1,0030
č. 46	5	5	4	6	6	5	6	7	5	4	5	5	9,37	3,0618
č. 47	4	4	5	4	5	3	4	6	4	8	3	3	11,41	3,3783
č. 48	4	5	5	4	5	4	4	3	5	5	3	4	7,83	2,7991
č. 49	4	5	5	4	6	5	7	4	5	5	3	5	3,08	1,7578
č. 50	4	4	4	5	5	5	5	6	6	4	4	3	12,17	3,4885
č. 51	3	0	3	1	2	3	3	2	4	3	5	3	6,65	2,5794
č. 52	3	5	4	4	3	4	4	4	4	5	5	5	4,51	2,1250
č. 53	4	4	4	7	4	4	3	4	4	5	4	4	3,23	1,7986
č. 54	3	3	3	3	2	4	3	2	2	4	3	4	27,49	5,2435
č. 55	4	3	4	5	6	4	5	3	4	4	4	4	4,5	2,1213
č. 56	1	4	4	6	6	3	4	3	5	4	4	5	9,07	3,0121
č. 57	4	2	5	4	6	3	5	4	6	4	4	5	5,82	2,4124
č. 58	4	2	4	5	6	3	6	4	5	4	4	4	5,34	2,3119
č. 59	4	2	5	6	7	4	7	4	5	3	4	4	8,57	2,9283
č. 60	6	8	4	8	4	4	7	8	8	3	4	4	10,04	3,1692

Vypočítané hodnoty v tabulce zřetelně vyjadřují shody a rozdíly v míře souhlasu odborníků s danými výroky (Q-typy). **Nejvíce těsná shoda** vyplynula u výroku č. 45 (Edukace má navazovat na předchozí znalosti.). Shody v názorech se objevily také u Q-typu č. 10 (Dle mého názoru je nutné, aby lidé s MP absolvovali základní vzdělání.), výroku č. 2 (Dotace od státu či EU by měly být využity jen v případě takových edukačních aktivit, kde lze předpokládat další návaznost).

Naopak **nejméně těsný vztah** se projevil u položky č. 54 (Účast na životě společnosti je principiálním účelem edukace). Rozdíly v názorech na důležitost jednotlivých Q-typů se také týkaly položek č. 8 (U některých klientů není vidět posun, to mě demotivuje.), položky č. 40 (Není důležité, jestli je edukace propracovaná. Stačí, že se něco děje.) a položky č. 28 (Lidé s MP buď na edukační aktivity dorazí, nebo nikoliv.).

V rámci Q-metodologie byly vytvořeny jednotlivé Q-typy (celkem 60). Vlastní význam a důležitost těchto výroků posuzovali respondenti. Na základě výsledků byly vypočítány aritmetické průměry, mediány a mody. Výsledky jsou v tabulce č. 65. Posléze byly tematicky

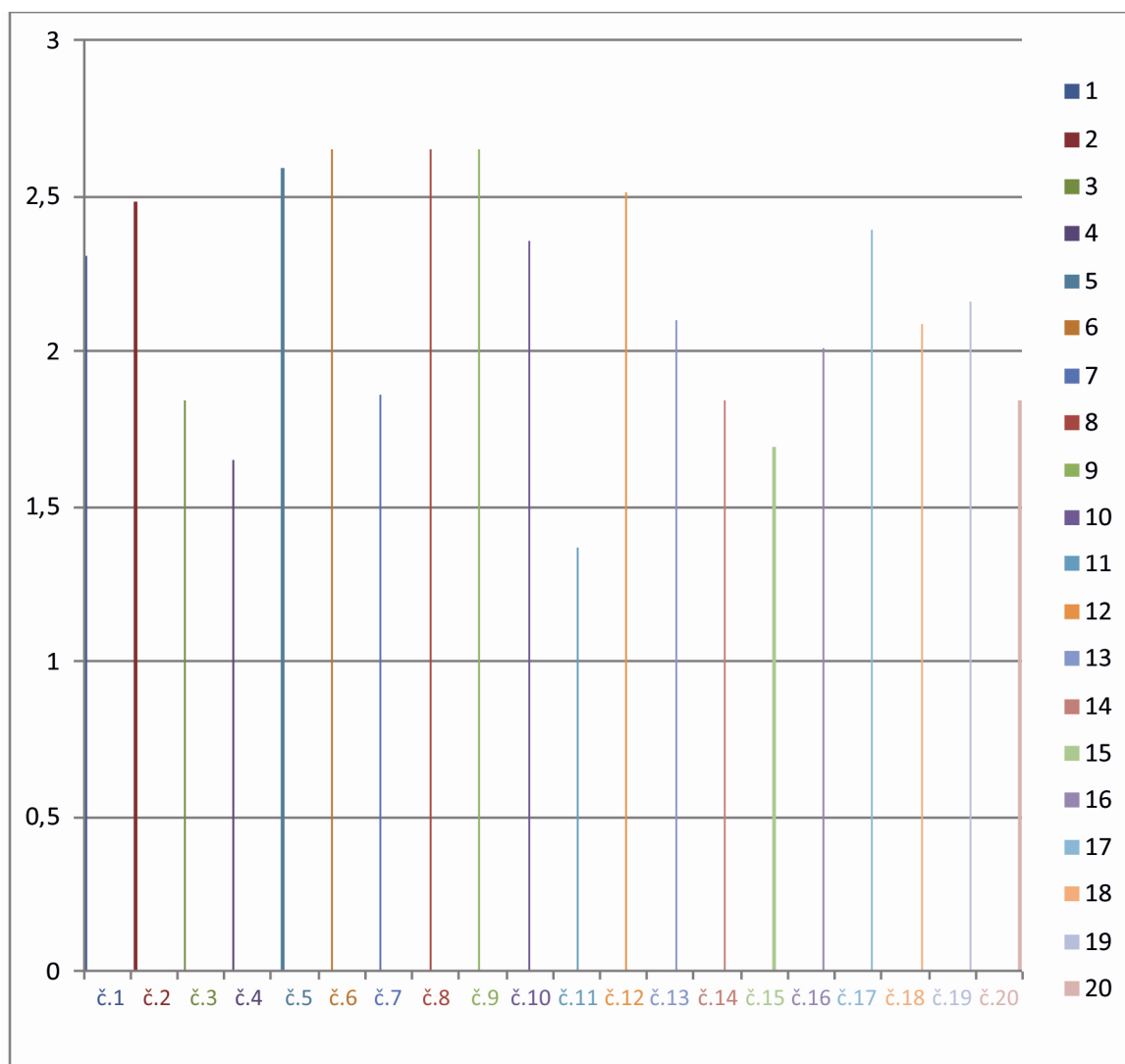
podobné Q-typy následně zprůměrovány a jejich aritmetické průměry byly sečteny. Tímto bylo získáno 20 Q-typů (každé 3 tematicky podobné byly sdruženy). Výsledné hodnoty jsou v tabulce č. 67 s názvem Posuzované hodnoty.

Tab. č. 67: Posuzované hodnoty

Název hodnoty	Číselné označení Q-typů	Součet \bar{x} Q-typů
č. 1: Má práce má smysl	3, 4, 29	2, 31
č. 2: Edukace je nezbytná	1, 10, 15	2, 48
č. 3: Edukace je prostředek sociálního začlenění	9, 22, 54	1, 84
č. 4: Systém edukace je propracovaný	43, 51, 56	1, 65
č. 5: Rodina není dostatečnou oporou	5, 35, 47	2, 59
č. 6: Edukace neznamená jasný profit	8, 16, 38	2, 65
č. 7: Edukace odpovídá potřebám	26, 30, 42	1, 86
č. 8: I dílčí cíle je třeba ocenit	19, 21, 58	2, 65
č. 9: Motivace je nezbytná	12, 34, 53	2, 65
č. 10: Propojení s praxí je nutné	18, 20, 46	2, 36
č. 11: Edukace podléhá hodnocení	31, 32, 33	1, 37
č. 12: Edukaci lze nazvat cokoliv	40, 49, 50	2, 51
č. 13: Bariéry edukace jsou známy	6, 17, 25	2, 10
č. 14: Lidé s MP vnímají její význam	27, 41, 57	1, 84
č. 15: Edukace by měla být dostupná	28, 48, 58	1, 69
č. 16: Nejsem zastávce edukace	24, 36, 52	2, 01
č. 17: Edukaci ovlivňuje přístup osob s MP	13, 45, 60	2, 39
č. 18: Při její realizaci je nutná součinnost	2, 39, 44	2, 09
č. 19: Z edukace osob s MP společnost profituje	11, 14, 55	2, 16
č. 20: Reálně se edukace nekoná	23, 37, 50	1, 84

Pro lepší přehlednost byly jednotlivé údaje z tabulky přeneseny do následujícího grafu.

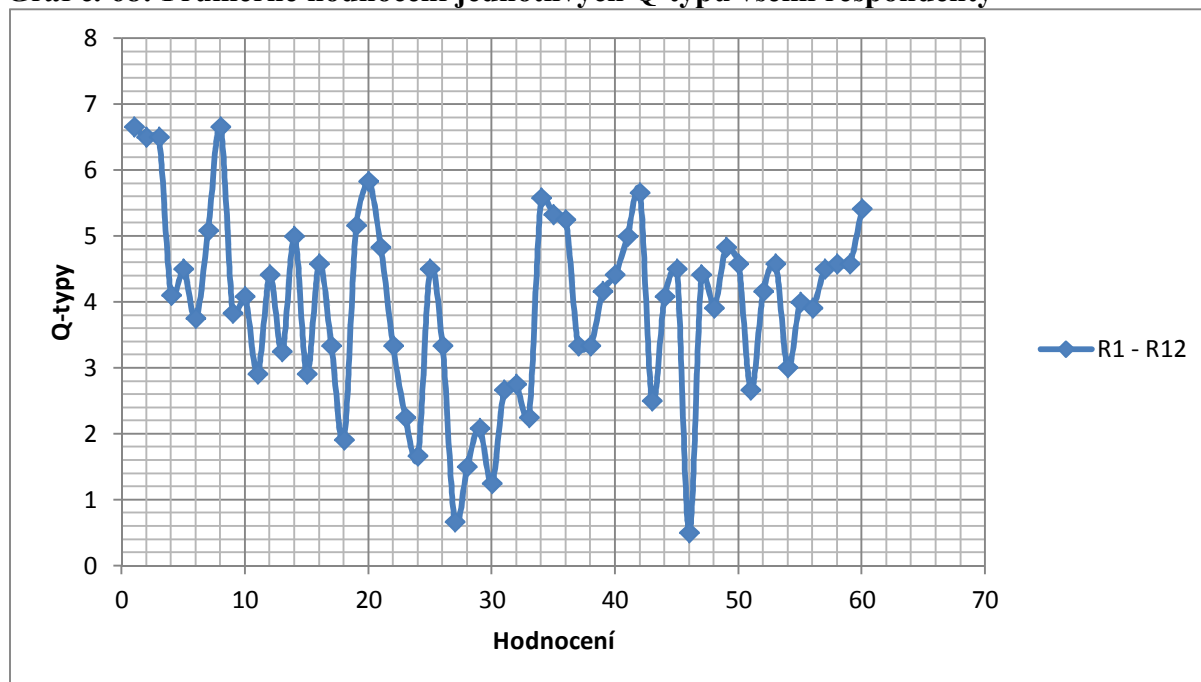
Graf k tabulce č. 67: Pořadí hodnot



Nejvíce voleb získala tematické oblast č. 6 (Edukace naznamená jasný profit.), č. 8 (I dílčí cíle je třeba ocenit), č. 9 (Motivace je nezbytná). Naopak **výrazně nízké** ocenění vzhledem k ostatním je patrné u oblasti č. 11 (Edukace podléhá hodnocení). Oblast č. 6 (Edukace neznamená jasný profit) může odkazovat na problémy v jejím zajištění, její strukturu a praktické využitelnosti (srov. práce Wall, 2007; Geisslerová, a kol., 2012; Boukal a kol., 2013). Nízká míra souhlasu u tvrzení č. 11 (Edukace nepodléhá hodnocení) se rovněž vztahuje k problémovým aspektům souvisejících s edukací. Pokud neprobíhá evaluace, nevytvoří se dostatečný prostor pro její efektivní plánování, předcházení jejím negativním vlivům nebo úpravě nedostatků.

Průměrné hodnocení Q-typů ze strany respondentů přináší následující graf.

Graf č. 68: Průměrné hodnocení jednotlivých Q-typů všemi respondenty



Pro identifikaci nejvyšší a nejnižší hodnoty, kterou aktéři přisuzují jednotlivým Q-typům, bylo provedeno jejich průměrné hodnocení. V tabulce níže jsou zaneseny naměřené průměrné hodnoty všech 60 Q-typů.

Tabulka č. 69: Pořadí Q-typů

Pořadí	Průměrná hodnota	Číslo Q-typu
č. 1	0,5	č. 46
č. 2	0,66	č. 27
č. 3	1,25	č. 30
č. 4	1,5	č. 28
č. 5	1,66	č. 24
č. 6	1,91	č. 18
č. 7	2,08	č. 29
č. 8	2,25	č. 23
č. 8	2,25	č. 33
č. 9	2,5	č. 43
č. 10	2,66	č. 31
č. 10	2,66	č. 51
č. 11	2,75	č. 32
č. 12	2,91	č. 11
č. 12	2,91	č. 15
č. 13	3	č. 54
č. 14	3,25	č. 13
č. 15	3,33	č. 17
č. 15	3,33	č. 22
č. 15	3,33	č. 26
č. 15	3,33	č. 37
č. 15	3,33	č. 38

č. 16	3,75	č. 6
č. 17	3,83	č. 9
č. 18	3,91	č. 48
č. 19	3,91	č. 56
č. 20	4	č. 55
č. 21	4,08	č. 10
č. 21	4,08	č. 44
č. 22	4,1	č. 4
č. 23	4,16	č. 39
č. 23	4,16	č. 52
č. 24	4,41	č. 12
č. 24	4,41	č. 40
č. 24	4,41	č. 47
č. 25	4,5	č. 25
č. 25	4,5	č. 45
č. 25	4,5	č. 5
č. 25	4,5	č. 57
č. 26	4,58	č. 16
č. 26	4,58	č. 50
č. 26	4,58	č. 53
č. 26	4,58	č. 58
č. 26	4,58	č. 59
č. 27	4,83	č. 21
č. 27	4,83	č. 49
č. 28	5	č. 14
č. 28	5	č. 41
č. 29	5,08	č. 7
č. 30	5,16	č. 19
č. 31	5,25	č. 36
č. 32	5,33	č. 35
č. 33	5,41	č. 60
č. 34	5,58	č. 34
č. 35	5,66	č. 42
č. 36	5,83	č. 20
č. 37	6,5	č. 2
č. 37	6,5	č. 3
č. 38	6,66	č. 1
č. 38	6,66	č. 8

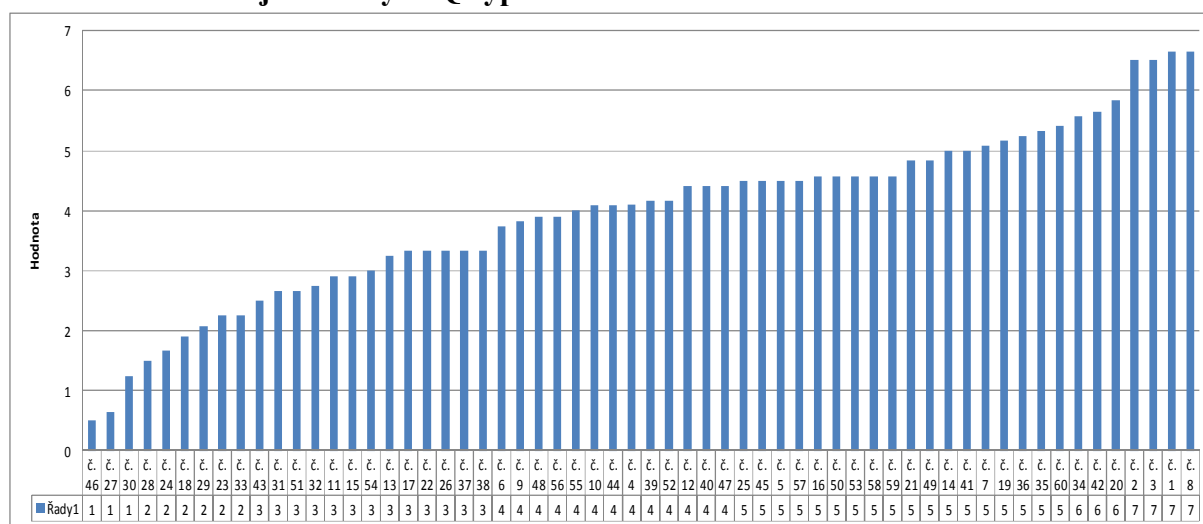
Z tabulky č. 69 je jasně znát, jaké Q-typy mají pro respondenty **nejvyšší hodnotu**. Shodný koeficient 6,66 se objevil u výroku č. 1 (Každý má právo na edukaci.) a č. 8 (U některých klientů není vidět posun, to mě demotivuje.). Výrok související s právem na edukaci plně koresponduje s dodržováním lidských práv (viz Listina základních práv a svobod případně další dokumenty). Respektování práv dospělých osob s MP v současné době potvrzuje vznik mnoha podpůrných/aktivizačních skupin, jež vznikají z iniciativy právě odborníků (srov. Lečbych, 2008; Křížkovská, 2011; Vančová, 2014). Výrok č. 8 (U některých klientů není

vidět posun, to mě demotivuje) poukazuje na přiznání demotivace a s tím spojené možnosti syndromu vyhoření. Druhá nejvýše naměřená hodnota (6,5) se objevila u Q-typů č. 2 (Dotace od státu či EU by měly být využity jen v případě takových edukačních aktivit, kde lze předpokládat další návaznost) a č. 3 (Vadí mi představa, že v práci s lidmi s MP nic neděláme).

Naopak **nejmenší význam** přikládají odborníci tvrzení č. 46 (0,5) (Bez transferu do praxe je edukace k ničemu.), dále Q-tytu č. 27 (0,66) (Lidé s MP jsou si vědomi účelu, za kterým se vzdělávají.). Hodnota 1,25 byla přiznána výroku č. 30 (Edukační aktivity korespondují s uplatněním v praktickém životě.).

Mezi výroky s nejvyšším průměrným koeficientem (Q- typ 1, Q- typ 8 = 6,66) a výrokem s nejnižším koeficientem (Q- typ č. 46 = 0,5) **existuje rozdíl více než šesti bodů**. Uvedený výsledek jasně znázorňuje, jak dalece jsou mezi sebou tyto Q-typy hodnotově vzdáleny. Tato skutečnost je graficky zpracována v následujícím grafu č. 69.

Graf č. 69: Pořadí jednotlivých Q-typů



Následující interpretace získaných výsledků se zaměří na poznatek, zda mezi hodnocením Q-typů jsou z pohledu jednotlivých respondentů podobnosti (případně jak jsou tyto podobnosti velké). K účelu posouzení těsnosti vztahu mezi tříděním dvou osob je možné zvolit Pearsonova korelačního koeficientu. Jednotlivé korelace jsou vypočteny pro všechny možné dvojice respondentů. Zjištěné výsledky jsou zapsány do korelační matice. Chráska (2007), Chráska, Kočvarová (2015) určují hodnoty Pearsonova koeficientu korelace. Ten může nabývat hodnot od -1 do + 1, což odpovídá funkční závislosti proměnných. Vztah mezi proměnnými je velmi těsný. Pokud je koeficientem korelace záporné číslo, je mezi srovnávanými proměnnými vztah opačný. Vysokým hodnotám jedné proměnné odpovídají spíše nižší hodnoty druhé proměnné a opačně. Hodnota 0 potvrzuje statistickou nezávislost. V níže uvedené korelační matici jsou respondenti označeni písmenem abecedy, naměřené hodnoty jsou její součástí.

Korelační matice

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
A	x	0,6702	0,4946	0,4042	0,367	0,5904	0,3482	0,5797	0,5007	0,4416	0,6436	0,6542
B	0,6702	x	0,4906	0,4521	0,3882	0,5957	0,2962	0,5053	0,4241	0,4734	0,5159	0,5478
C	0,4946	0,4946	x	0,5212	0,617	0,5265	0,447	0,468	0,4905	0,6063	0,6914	0,6914
D	0,4042	0,4521	0,5212	x	0,6436	0,5319	0,4678	0,5265	0,5416	0,4618	0,4042	0,4627
E	0,367	0,3882	0,617	0,6436	x	0,5319	0,4678	0,5265	0,5416	0,468	0,4042	0,4627
F	0,5904	0,5957	0,5265	0,5319	0,5319	x	0,4106	0,3936	0,5876	0,6223	0,6808	0,6648
G	0,3482	0,2962	0,447	0,4678	0,4678	0,4106	x	0,6393	0,5832	0,369	0,5146	0,4886
H	0,5797	0,5053	0,468	0,5265	0,5265	0,3946	0,6393	x	0,5211	0,4361	0,4946	0,468
I	0,5007	0,4241	0,4905	0,5416	0,5416	0,5876	0,5832	0,5211	x	0,5569	0,5467	0,5824
J	0,4416	0,4734	0,6063	0,4618	0,468	0,6223	0,369	0,4361	0,5569	x	0,5744	0,5744
K	0,6436	0,5159	0,6914	0,4042	0,4042	0,6808	0,5146	0,4946	0,5467	0,5744	x	0,8138
L	0,6542	0,5478	0,6914	0,4627	0,4627	0,6648	0,4886	0,4886	0,5824	0,5744	0,8138	x

Z výše uvedené korelační matice lze vyčíst vyšší podobnost mezi hodnocením výroků. Jako dvojice s nejvíce podobným hodnocením lze označit osobu: K a L (0,8138), C a K (0,6914), C a L (0,6914), K a F (0,6808). Nejméně podobnosti v rámci vzájemného hodnocení vykazují dvojice G a B (0,2962), G a A (0,3482), E a A (0,367). Vůbec žádná shoda (koeficient = 0) se neobjevila stejně jako záporná hodnota. Dále je patrné, že všichni respondenti zastávají podobný názor (v korelační matici převažují střední hodnoty).

Na základě provedení zpracování dat je možné sestavit pořadí výroků, souvisejících s edukací a to z pohledu respondentů.

Tabulka č. 70: Pořadí Q-typů dle názorů respondentů

1.	Každý má právo na edukaci. U některých klientů není vidět posun, to mě demotivuje.
2.	Dotace od státu či EU by měly být využity jen v případě takových edukačních aktivit, kde lze předpokládat další návaznost. Vadí mi představa, že v práci s lidmi s MP nic neděláme.
3.	Malá efektivita edukace spočívá v její malé návaznosti.
4.	Plošná edukace je k ničemu, je třeba vycházet z přání a potřeb uživatelů.
5.	Motivace je podmínkou edukace dospělých osob s MP.
6.	Lidé s edukací se nemají lépe než bez ní. Je to o životním přístupu jednotlivých lidí.
7.	V rodině edukace neprobíhá.
8.	Nesouhlasím s představou, že je třeba edukovat všechny osoby.
9.	Není důležité, aby nabídka edukačních aktivit byla široká, ale aby měla jednoznačný cíl.
10..	Pracuji s lidmi, proto cítím za svou práci odpovědnost.
11.	Vadí mi, že lidé s MP nevědí, proč se vzdělávají. Bez edukace jsou klienti často zneužití.
12.	Snažíme se bojovat proti stereotypům, ale v praxi se stává, že klient navštěvuje jednu aktivitu i několik let. Edukaci je třeba zajistit po malých krocích, ne se hned pouštět do velkých cílů.
13.	Dlouholetý pobyt v ústavní péči limituje edukaci. I malé kroky v edukaci je třeba ocenit. Více se věnuji klientům, kteří jsou motivováni. Hodnocení efektivit a kvality edukace se provádí jen zřídka. V práci se cítím přetížena/a.
14.	Účast osob s MP na zvolených aktivitách je sporadická. Největší bariérou pro edukaci představují rodinní příslušníci. Edukace má navazovat na předchozí znalosti. Je obtížné eliminovat v edukačních aktivitách stereotypy.
15.	Pro rodinné příslušníky/zákonné zástupce je edukace nežádoucí proces. Není důležité, jestli je edukace propracovaná. Stačí, že se něco děje. Naprostou většinu demotivovaných klientů představují lidé, kteří byli zbaveni povinnosti docházet do školy.
16.	Snažím se pouze tak, jak jsem placena/a. Myslím si, že by rodinní příslušníci/zákonní zástupci s námi mohli v tomto směru více spolupracovat.
17.	Jsem spokojená/ý, když jsou klienti spokojeni.
18.	Pro edukaci v dospělosti je třeba pracovat i s rodinou. Dle mého názoru je nutné, aby lidé s MP absolvovali základní vzdělání.
19.	Vadí mi podceňování této skupiny osob.
20.	Jsem přesvědčen/a, že edukace osob s MP má budoucnost.
21.	Lidé vyššího věku by měli mít možnost získat alespoň základy vzdělání.
22.	Současná nabídka edukačních aktivit podporuje začlenění dospělých osob s MP více než před rokem 1989.
23.	Největší bariérou pro edukaci představuje nedostatek financí.

24.	Nemám klientům co nového nabídnout. Mám pocit, že nejsem v tomto směru dostatečně kvalifikován/a. Edukační aktivity jsou obměňovány dle přání a potřeb klientů. Lidé, kteří se v dospělosti podrobí edukaci, mají více příležitosti k začlenění do společnosti. Mám pocit, že není dostatek kvalifikovaných lidí schopných zajistit edukační aktivity.
25.	Absolvování povinné školní docházky nepodmiňuje v dospělosti vyhledávání edukačních aktivit.
26.	Účast na životě společnosti je principiálním účelem edukace.
27.	Dle mého názoru je edukace nezbytná součástí sociálních služeb. Finanční podpora edukačních aktivit je třeba, protože dochází ke vzniku přidané hodnoty pro společnost.
28.	Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně odborníci.
29.	Výstupem edukace by měl být vždy nějaký dokument. Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně rodinní příslušníci/zákonní zástupci.
30.	Já jsem pro edukaci, mí spolupracovníci nikoliv.
31.	Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně samotné osoby s MP. Edukace v rodině je samozřejmostí.
32.	Naši klienti nás za práci oceňují.
33.	Edukační aktivity jsou samozřejmou součástí trávení času dospělých osob s MP.
34.	Osobně nezastávám názor, že je edukace u osob s MP prospěšná.
35.	Lidé s MP buď na edukační aktivity dorazí, nebo nikoliv.
36.	Edukační aktivity korespondují s uplatněním v praktickém životě.
37.	Lidé s MP jsou si vědomi účelu, za kterým se vzdělávají.
38.	Bez transferu do praxe je edukace k ničemu.

Výše uvedená tabulka přináší přehled jednotlivých Q-typů seřazených dle subjektivního vnímání ze strany odborníků. Několik výroků získalo stejné pořadí. Proto konečný výčet Q-typů hodnocených respondenty čítá 38 míst.

Následující tabulka komparuje pořadí Q-typů jak byly distribuovány respondentům a jejich výsledné subjektivní hodnocení.

Tabulka č. 71: Pořadí Q-typy distribuce

Pořadí: Q-typy distribuce	Q-typy	Pořadí: Q-typy subjektivně
1.; 8.	Každý má právo na edukaci. U některých klientů není vidět posun, to mě demotivuje.	1.
2.; 3.	Dotace od státu či EU by měly být využity jen v případě takových edukačních aktivit, kde lze předpokládat další návaznost. Vadí mi představa, že v práci s lidmi s MP nic neděláme.	2.
20.	Malá efektivita edukace spočívá v její malé návaznosti.	3.
42.	Plošná edukace je k ničemu, je třeba vycházet z přání a potřeb uživatelů.	4.
34.	Motivace je podmínkou edukace dospělých osob s MP.	5.
60.	Lidé s edukací se nemají lépe než bez ní. Je to o životním přístupu jednotlivých lidí.	6.
35.	V rodině edukace neprobíhá.	7.
36.	Nesouhlasím s představou, že je třeba edukovat všechny osoby.	8.
19.	Není důležité, aby nabídka edukačních aktivit byla široká, ale aby měla jednoznačný cíl.	9.
7.	Pracuji s lidmi, proto cítím za svou práci odpovědnost.	10.
41.	Vadí mi, že lidé s MP nevědí, proč se vzdělávají. Bez edukace jsou klienti často zneužití.	11.
49.; 21.	Snažíme se bojovat proti stereotypům, ale v praxi se stává, že klient navštěvuje jednu aktivitu i několik let. Edukaci je třeba zajistit po malých krocích, ne se hned pouštět do velkých cílů.	12.
59.; 58.; 53.; 50.; 16.	Dlouholetý pobyt v ústavní péči limituje edukaci. I malé kroky v edukaci je třeba ocenit. Více se věnuji klientům, kteří jsou motivováni. Hodnocení efektivit a kvality edukace se provádí jen zřídka. V práci se cítím přetížen/a.	13.
57.; 5.; 45.; 25.	Účast osob s MP na zvolených aktivitách je sporadická. Největší bariéru pro edukaci představují rodinní příslušníci. Edukace má navazovat na předchozí znalosti. Je obtížné eliminovat v edukačních aktivitách stereotypy.	14.
47.; 40.; 12.;	Pro rodinné příslušníky/zákonné zástupce je edukace nežádoucí proces. Není důležité, jestli je edukace propracovaná. Stačí, že se něco děje.	15.

	Naprostou většinu demotivovaných klientů představují lidé, kteří byli zbaveni povinnosti docházet do školy.	
52.; 39.	Snažím se pouze tak, jak jsem placen/a. Myslím si, že by rodinní příslušníci/zákonní zástupci s námi mohli v tomto směru více spolupracovat.	16.
4.	Jsem spokojená/y, když jsou klienti spokojeni.	17.
44.; 10.	Pro edukaci v dospělosti je třeba pracovat i s rodinou. Dle mého názoru je nutné, aby lidé s MP absolvovali základní vzdělání.	18.
55.	Vadí mi podceňování této skupiny osob.	19.
56.	Jsem přesvědčen/a, že edukace osob s MP má budoucnost.	20.
48.	Lidé vyššího věku by měli mít možnost získat alespoň základy vzdělání.	21.
9.	Současná nabídka edukačních aktivit podporuje začlenění dospělých osob s MP více než před rokem 1989.	22.
6.	Největší bariéru pro edukaci představuje nedostatek financí.	23.
38.; 37.; 26.; 22.; 17.	Nemám klientům co nového nabídnout. Mám pocit, že nejsem v tomto směru dostatečně kvalifikován/a. Edukační aktivity jsou obměňovány dle přání a potřeb klientů. Lidé, kteří se v dospělosti podrobí edukaci, mají více příležitosti k začlenění do společnosti. Mám pocit, že není dostatek kvalifikovaných lidí schopných zajistit edukační aktivity.	24.
13.	Absolvování povinné školní docházky nepodmiňuje v dospělosti vyhledávání edukačních aktivit.	25.
54.	Účast na životě společnosti je principiálním účelem edukace.	26.
15.; 11.	Dle mého názoru je edukace nezbytná součástí sociálních služeb. Finanční podpora edukačních aktivit je třeba, protože dochází ke vzniku přidané hodnoty pro společnost.	27.
32.	Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně odborníci.	28.
51.; 31.	Výstupem edukace by měl být vždy nějaký dokument. Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně rodinní příslušníci/zákonní zástupci.	29.
43.	Já jsem pro edukaci, mí spolupracovníci nikoliv.	30.
33.; 23.	Kvalitu jejich poskytování hodnotí převážně samotné osoby s MP. Edukace v rodině je samozřejmostí.	31.
29.	Naší klienti nás za práci oceňují.	32.
18.	Edukační aktivity jsou samozřejmou součástí trávení času dospělých osob s MP.	33.
24.	Osobně nezastávám názor, že je edukace u osob s MP prospěšná.	34.
28.	Lidé s MP buď na edukační aktivity dorazí, nebo nikoliv.	35.
30.	Edukační aktivity korespondují s uplatněním v praktickém životě.	36.
27.	Lidé s MP jsou si vědomi účelu, za kterým se vzdělávají.	37.
46.	Bez transferu do praxe je edukace k ničemu.	38.

Subjektivně je pro respondenty **nejdůležitější** výrok č. 1 „každý má právo na edukaci“. Z hlediska původní distribuce Q-typů byl rovněž umístěn na jako první. Současně však se respondenti ve stejné míře přiklánějí k tvrzení „u některých klientů není vidět posun a to mě demotivuje“. Naopak **nejméně** souhlasí s tvrzením „bez praxe je edukace k ničemu“.

Pro potřeby verifikace hypotéz výzkumu byl užit Fisherův kombinatorický test. Tento test byl zvolen z důvodu malých četností (komparace názorů odborníků a zákonných zástupců). Data jsou uvedena ve čtyřpolní tabulce. Položky určené odborníkům jsou **tučně zvýrazněny**. Položky určené zákonným zástupcům/rodinným příslušníkům jsou v textu podtrženy. Komparace proběhla u následujících položek dotazníku:

Komparace č. 1: Položka č. 16: **Má být dle Vašeho názoru edukace součástí dospělého věku?** a položka č. 6: Považujete obecně edukaci v dospělém věku za důležitou?

H_0 : Podíl respondentů, kteří přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam, je stejný u odborníků i u zákonných zástupců.

H_1 : Odborníci přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam častěji než zákonní zástupci.

Tab. č. 72

odborníci	ano	ne	Σ
ano	8	1	9
ne	44	20	64
Σ	52	21	73

Tab č.72A

odborníci	ano	ne	Σ
ano	9	0	9
ne	43	21	64
Σ	52	21	73

$$p = p_i + p_i A = 0,200067$$

Po dosažení do uvedeného vzorce vyšla hodnota **nižší** než zvolená hladina významnosti 0,05 % (tato platí pro ověření všech hypotéz). Proto tedy odmítáme nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu alternativní**. Odborníci přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam častěji než zákonní zástupci.

*Komparace č. 2: Položka č. 9: **Edukace (výchova a vzdělávání) u dospělých osob s MP má být orientována...** a položka č. 13: Jsou edukační aktivity zaměřeny více teoreticky nebo prakticky?*

H_0 : Podíl respondentů, kteří uvádějí praktické zaměření edukačních aktivit, je stejný u odborníků i u zákonných zástupců.

H_1 : Odborníci uvádějí praktickou orientaci edukačních aktivit častěji než zákonní zástupci.

Tab. č. 73

odborníci	ano	ne	Σ
ano	10	1	11
ne	21	16	37
Σ	31	17	48

Tab č.73A

odborníci	ano	ne	Σ
ano	11	0	11
ne	20	17	35
Σ	31	17	48

$$p = p_i + p_i A = 1,87171E^{-60}$$

Výpočtem bylo zjištěno, že výsledná hodnota je **větší** než hodnota kritická. Na tomto základě **přijímáme nulovou hypotézu**. Podíl respondentů, kteří uvádějí praktické zaměření edukačních aktivit, je stejný u odborníků i u zákonných zástupců

Komparace č. 3: Položka č. 15: **Stává se Vám, že i přes účast na edukačních aktivitách nespátřujete další rozvoj u dospělých osob s MP?** a položka č. 15: Máte pocit, že nabízené edukační aktivity prohlubují jeho/její dovednosti?

H₀: Podíl respondentů, kteří zastávají názor, že poskytované edukační aktivity prohlubují dovednosti osob s MP je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₁: Odborníci uvádějí prohloubení dovedností v souvislosti s poskytovanými edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci.

Tab. č. 74

odborníci	ano	ne	Σ
ano	2	12	14
ne	13	20	33
Σ	15	32	47

Tab č.74A

odborníci	ano	ne	Σ
ano	1	13	14
ne	14	19	33
Σ	15	32	47

Tab č.74B

odborníci	ano	ne	Σ
ano	0	14	14
ne	15	18	33
Σ	15	32	47

$$p = p_i + p_i A + p_i B = 12,773658$$

Výsledná hodnota **převyšuje** hodnotu kritickou. Uvedený fakt **připouští platnost nulové hypotézy**. Podíl respondentů, kteří zastávají názor, že poskytované edukační aktivity prohlubují dovednosti osob s MP je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci.

Komparace č. 4: Položka č. 14: **Jste s edukačními aktivitami spokojena?** a položka č. 26: Jsou realizována hodnocení jednotlivých edukačních aktivit?

H₀: Podíl respondentů, který je s edukačními aktivitami spokojen, je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₁: Odborníci uvádějí spokojenost s edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci.

Tab. č. 75

odborníci	ano	ne	Σ
ano	11	3	14
ne	2	15	17
Σ	13	18	31

Tab č.75A

odborníci	ano	ne	Σ
ano	12	2	14
ne	1	16	17
Σ	13	18	31

Tab č.75B

odborníci	ano	ne	Σ
ano	13	1	14
ne	0	17	17
Σ	13	18	31

$$p = p_i + p_i A + p_i B = 0,000247584$$

Po dosažení do uvedeného vzorce vyšla hodnota **nižší** než zvolená hladina významnosti 0,05 %. Proto tedy odmítáme nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu alternativní**. Odborníci uvádějí spokojenost s edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci.

Komparace č. 5: Položka č. 25: **Mají dospělé osoby s MP šanci uplatnit získané poznatky z edukačních aktivit v praktickém životě?** a položka č. 20: Máte pocit, že jsou edukativní (výchovně – vzdělávací) aktivity, nabízené dospělým osobám s MP přínosné pro běžný život?

H₀: Podíl respondentů, kteří uvádí přínos edukačních aktivit pro běžný život je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₁: Odborníci uvádějí přínos edukačních aktivit pro běžný život častěji než zákonní zástupci.

Tab. č. 76

odborníci	ano	ne	Σ
ano	4	3	7
ne	19	36	55
Σ	23	39	62

Tab č.76A

odborníci	ano	ne	Σ
ano	5	2	7
ne	18	37	55
Σ	23	39	62

Tab č.76B

odborníci	ano	ne	Σ
ano	6	1	7
ne	17	38	55
Σ	23	39	62

$$p = p_i + p_i A + p_i B = 0,223256$$

Vypočítaný výsledek je **nižší** než zvolená hladina významnosti 0,05 %. **Nulová hypotéza byla odmítnuta**. Odborníci uvádějí přínos edukačních aktivit pro běžný život častěji než zákonní zástupci.

6 DISKUZE

Autorka dizertační práce se domnívá, že zpracovaná práce přispěje k teoretickým a praktickým informacím z oblasti speciálněpedagogické andragogiky. Konkrétně poskytne další vědecké informace v teoretické rovině vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí dospělých osob s MP. Informace mohou podpořit pregraduální přípravu speciálních pedagogů – andragogů, případně studentů dalších studijních oborů podobného zaměření.

Význam a přínos edukace lze efektivně získat prostřednictvím těch osob, kterých se edukační proces bezprostředně dotýká. Je potřeba rozpoznat, co skutečně edukace dospělým osobám s MP přináší (srov. Slowík, 2007). Jaká z forem je pro cílovou skupinu nejvýhodnější? Zda způsob aktuálního poskytování odpovídá jejich potřebám a konečně jak je tato aktivita vnímána ze strany odborníků a zákonných zástupců. Výše uvedené je nutné odpovídajícím způsobem rozklíčovat pro speciálněpedagogicko-andragogickou praxi. Jak vyplývá z poznatků práce, charakterizuje současnou situaci diverzita v nabídce těchto aktivit, stereotypy v jejich poskytování (opakované absolvování totožné obsahové náplně), nejednotnost v personálním a koncepčním zajištění (práce dobrovolníků, rozvrh, pojetí, plán přípravy a vlastní rozvržení apod.). Absentuje návaznost a evaluace.

Realizace edukace a benefity z ní plynoucí úzce souvisí s rolími dospělého jedince. Efektivní edukace informuje, podpoří (v ideálním případě i připraví) dospělého člověka s MP na potencionální změnu životní cesty. Dále podpoří dovednost speciálních pedagogů – andragogů ve spolupráci se zákonnými zástupci identifikovat významné komponenty edukace (přínos, náplň, transfer do praxe, obsah), stejně jako ukotvit její celistvost v rámci sociálních služeb. V propojení se samotnými osobami s MP, pomůže zefektivnit i vnitřní motivy pro tuto činnost. Nelze opomenout optimalizaci odborné speciálněpedagogicko – andragogické intervence.

Cílem dizertační práce bylo detekovat vliv edukace na rozvoj sociálních kompetencí dospělých osob s MP (s diagnózou LMR, STMR), dále identifikovat potřeby, postoje odborníků a zákonných zástupců k tomuto tématu stejně jako motivaci samotných dospělých osob s MP pro edukační proces. První skupinu respondentů představovaly dospělé osoby s MP, jejich rodinní příslušníci/zákonní zástupci byli označeni jako skupina č. 2. Dále na sběru dat participovali odborníci pracující v zařízení sociálních služeb. Z nich byli osloveni ti respondenti, kteří byli uvedeni jako vedoucí výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, edukačních aktivit či vzdělávání (zde patrná terminologická nejednotnost). Sociální služby a jejich pracovníci byli zvoleni záměrně v souvislosti se Standardy poskytování sociálních služeb. Na jejich základě má být poskytovaná sociální služba kvalitní a přínosná pro všechny zainteresované subjekty. V tomto kontextu se rovněž jedná o činnosti, které daná sociální služba nabízí.

Empirická část práce byla realizována především kvalitativním přístupem. Ten byl doplněn o přístup kvantitativní. Součástí kvalitativní části práce bylo polostrukturované interview, které sloužilo jako podklad pro biografii. Kvantitativní část představoval dotazník

a Q-metodologie. Hypotézy vytyčené v práci byly ověřeny Fisherovým kombinatorickým testem.

Dizertační práce měla stanoven jeden hlavní cíl a tři další dílčí cíle. Hlavním cílem byla **detekce vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí dospělých osob s MP**. Informace byly sbírány prostřednictvím biografické metody od 2 respondentů (paní M. T. a pana č. 2). Sociální kompetence lze velmi dobře deskribovat na základě dat získaných prostřednictvím biografického šetření. Termín sociální kompetence v sobě vyjadřuje „sociální způsobilost, akceptaci vrstevníky a adaptivní chování“ (srov. Výrost, Slaměnik, 2008; Hooper, Weinberg, 2015; Meyers, 2016). Sociální kompetence podpoří sociální jednání a vnímání sebe sama v rámci společnosti stejně jako identifikaci se sociálními rolemi dospělého. Jejich uplatnění se týká nejen širších sociálních vazeb, ale jsou významné v rámci komunity. Protože edukace je komplexní součástí života, byla v empirické části práce popsána v souvislosti s chronologickým věkem. Sociální kompetence byly zjišťovány prostřednictvím životního příběhu dospělých osob s MP. Výraznou rozdíly lze spatřit již v období dětství. Paní M. T. své dětství prožila v dřívější ústavní péči. Kontakty s rodinou byly minimální. Pan č. 2 měl stejné výchozí podmínky, a to ústavní péči již od raného věku. Avšak nedošlo k přerušení vztahu mezi jím a jeho rodinou. Paní M. T. zásadně hovoří primárně o vrstevnících v ústavní péči a až poté bez zjevných emocí o členech rodiny (na toto téma je třeba otázky třeba opakovaně iniciovat). Detailně je schopna popsat „holky na pokoji“. Naopak jména rodičů a většiny sourozenců si nepamatuje. Rovněž pan č. 2 své vzpomínky ohledně dětství v ústavu vyjadřuje velmi stroze. Četné publikace zdůrazňují hlavní úlohu rodiny v nabytí sociální způsobilosti a sociálních vazeb (srov. Pinsof, Lebow, 2005; Sobotková, 2012; Matoušek, Pazlarová, 2014). Rodina předává hodnotové vzorce a chování. Tyto skutečnosti ovlivnily další životní dráhu obou výše zmíněných osob. Pan č. 2 měl možnost prostřednictvím pravidelného kontaktu s rodinou se identifikovat s jejich sociálními rolemi. Naopak možnost identifikace paní M. T. v tomto směru byla omezená (avšak jí interpretovaná skutečnost plně reflektuje vlastní sociální kompetence získané na základě vlastní životní zkušenosti). Lze předpokládat identifikaci s některou ze svých spoluklientek. Oba případy potvrzují výsledky četných výzkumů vlivu ústavní péče na proces utváření jedince (Stenley, Manthorpe, Penhale, 1999; Koluchová, 2002; Matějček, Langmeier, 2011). Avšak v těchto případech byly sledovány zejména děti, případně dospívající. Životní dráha v dospělosti se spíše nastiňovala.

Oba aktéři byli zbaveni povinnosti docházet do školy. Vzdělávání ve formě osvojení si základů trivie rovněž probíhalo v ústavní péči. Paní M. T. profit spatřuje v souvislosti s osobností pedagoga, který edukaci vedl. Samotné získané vzdělání nijak nevyzdvihuje. Současně neguje aktuální využití čtení, psaní a počítání. Naopak pan č. 2 trivie nadále aktivně využívá v rámci své profese i mimo ni. Potvrzuje účast na edukačních aktivitách v tehdejší ústavu sociální péče, ale další podrobnosti si nevybavuje. U pana č. 2 probíhalo osvojení si nových znalostí i pod vedením rodičů (při jejich návštěvách).

Přijmutí sociálních rolí dospělého nebylo pro paní M. T. nijak zásadní. Změnu pro ni představoval pouze transport do zařízení pro dospělé osoby. Zde lze spatřit chvilkový zájem o osobní rozvoj, který však časem v konfrontaci s dalšími požadavky na ni kladenými opadl. K naprosté většině sociálních rolí není motivována. Partnerskou roli zmiňuje pouze

krátce v souvislosti s prvním partnerem. Jako hlavní důvod rozchodu uvádí vlastní zdravotní stav. O rodičovskou roli zájem nejeví. Obdobné naladění lze konstatovat s naplněním role ekonomické nezávislosti. Paní M. T. se nikdy aktivně nesnažila nalézt pracovní uplatnění. Rovněž se nerozvinula potřeba finanční nezávislosti. Současnou vizi vidí v přiznání statutu osoby pobírající penzi. Diametrálně odlišná byla životní situace pana č. 2. Po roce 1989 odešel zpět do rodiny. V průběhu času navštěvoval několik zařízení pro osoby s MP s různým zaměřením. Opakovaně zdůrazňoval stereotypní orientaci edukačních aktivit. S partnerskou sociální rolí je subjektivně spokojen. Naplnění vidí v úzkých sociálních kontaktech s rodinou a přáteli. Na tomto místě je schopen rozkrýt význam edukace jako prostředek navázání sociálních vztahů. Také pan č. 2 neguje rodičovskou roli. Ekonomická role dospělého je z poloviny naplněna. Pan č. 2 je částečně kompetentní z hlediska finanční gramotnosti. Je schopen posoudit vlastní výdaje. Finanční stránku vždy konzultuje s matkou. Práce z pohledu osobních hodnot zaujímá vysoký post. Představuje pro něj vysokou míru seberealizace.

V současné době žije paní M. T. v zařízení pro seniory. Krátce po jejím nástupu zde byla motivace pro edukaci velmi vysoká, avšak postupně upadla. V současné době odmítá většinu nabízených edukačních aktivit (ať už individuálních či skupinových). Rezidua grafie a lexie jsou zachovány, jejich upotřebení v praktickém životě je sporadické. Nerozumí jejich významu. Velmi otevřeně vyjadřuje obavy z nových sociálních situací a kontaktů. Sociální vazby jsou výrazně omezeny, lze hovořit až o sociální izolaci. Preferuje setrvání v budově. Ta se prohlubuje s narůstajícím počtem konfliktů s dalšími obyvateli. Plně respektuje autority v rámci domova pro seniory (zdravotní sestry, aktivizační pracovnice, ergoterapeuty). Orientace na vlastní budoucnost je prakticky nulová.

Pan č. 2 momentálně bydlí doma. Výhledově bude usilovat o zajištění podporovaného bydlení. Aktuálně pracuje v jednom obchodním řetězci. Grafii, lexii i kalkuli využívá v rámci svého profesního uplatnění i mimo něj. Sociální kontakty jsou velmi bohaté. Pravidelně se setkává se svými rodinnými příslušníky a přáteli z předchozích služeb pro dospělé osoby s MP. Kontakty se spolupracovníky vnímá jako uspokojivé. Rovněž sousedské vztahy jsou nadstandardní. Nové sociální situace zvládá bez obav.

Životní dráha paní M. T. je ovlivněna absencí v dětství osobních a vzájemně profitujících vztahů s dospělým člověkem (srov. Matějček, 1994; Fialová, Indra, 2007; Kubíčková, 2011; Zezulková, 2015). Odborná literatura uvádí, že projevy nespokojenosti se mohou projevit jako následek této absence. Rovněž autorka Bartoňová (2010) zdůrazňuje přítomnost okolí jako důležitého prvku k rozvoji sebeúcty. Výpověďmi se prolíná sebepodceňování, obavy z nového a tím i neznámého. Ve výsledku je paní M. T. pasivní, závislá na životě v sociální službě (srov. četné práce ohledně transformace sociálních služeb Vávrová, 2009; Adamec, 2013; Johnson, Rannveig, 2013 apod.). Z pohledu sociálních vztahů lze hovořit až o sociální izolaci. Vše výše uvedené se promítá do osobní nespokojenosti a zejména negativní změny v emočním prožívání. Nesplňuje předpoklady dané edukací, a to nabytí sociálních rolí společně s aktivním komunitním životem. Podle andragogických prací lze hovořit o vyústění do slabší životní úrovně jedince (srov. Smékalová, 2015; Tománek, 2015; Gigalová, 2015). Jarvis (2004); Lužný a kol. (2013) v této souvislosti hovoří o absenci komunitního vzdělávání. Stejně tak organizace Council of Europe vydala v roce 2003 knihu *Rehabilitation and integration of people with disabilities*, v níž zmiňuje minimum edukačních aktivit

v dětském věku a neblahý vliv této skutečnosti na život v dospělosti. Přičemž obsah poskytovaných sociálních služeb by měl směřovat k aktivitám podporujícím sociální začleňování a dovednostem směřujícím k dosažení samostatnosti a soběstačnosti.

Životní dráha pana č. 2 vykazuje stejně výstupní možnosti, a to život v rámci ústavní péče. Výrazně odlišujícím se prvkem je přítomnost rodičů. Identifikace se s jejich rolí, jeho zapojení do rodinného života a zdůrazňování významu edukace se pozitivně projevilo v průběhu života. Pan č. 2 je na tomto základě schopen participovat na veřejném dění. Z pozice „občana“ lze nalézt dostatek poznatků o komunitě, je informován a informace je schopen dle svých potřeb zpracovat (např. stížnosti na stereotypy v edukačních aktivitách), vyznává vlastní hodnoty, má představu o vlastní budoucnosti (Education, 2006). Uvedené predikuje schopnost vyrovnat se s překážkami na straně komunity (nedostatek společenských aktivit, přítomnost nepřátelských postojů apod.) (McConkey, 2007).

K vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí se okrajově vyjadřovali i zákonní zástupci a odborníci. 67 % respondentů preferuje jako obsahovou náplň edukace rozvoj sociálních dovedností. Téměř tři čtvrtiny zákonných zástupců se přiklánějí k názoru, že edukační aktivity zprostředkují plné sociální začlenění člověka s MP. Avšak podle nadpoloviční většiny nejsou tyto aktivity kompetentní zajistit ochranu před zneužitím ze strany společnosti. Naopak odborníci uvádí, že jimi poskytované edukační aktivity spíše podporují začlenění dospělých osob s MP do společnosti. Dále spatřují v zajištění edukace další aspekt, a to nastolení spolupráce mezi nimi a přirozeným sociálním prostředím (rodinou/zákonnými zástupci).

První dílčí cíl představoval **identifikaci názorů, postojů a potřeb odborníků, kteří pracují s dospělými lidmi s MP ohledně oblasti edukace**. Své stanovisko vyjadřovali respondenti prostřednictvím dotazníkového šetření, ze kterého posléze vzešly jednotlivé Q-typy.

Nejvíce respondentů z této kategorie pracuje v domovech pro osoby se ZP, druhou nejvyšší četnost představoval denní stacionář. Z tohoto důvodu lze u klientely zmíněných institucí předpokládat rozdílnou míru podpory. Účastníci výzkumného šetření se lišili délkou praxe. Nejvíce z nich uvádí své praktické působení v rozpětí 0 – 4 roky. Dle odpovědí jsou edukační aktivity poskytovány osobám s MP ve věku 46 – 55 let. Starší věková kategorie již nebyla v odpovědích zastoupena. 43 % respondentů zmiňuje význam edukace v dospělém věku u osob s MP a pokládá ji za přínosnou (Q typ: Každý má právo na edukaci). Dle odborníků se jimi prováděné edukační aktivity týkají především podpory komunikačních dovedností a preventivních aktivit. Dále zmiňovali činnosti ve smyslu posílení sebevědomí, sebehodnocení, stejně jako základy trivia. Nižší četnost měly odpovědi týkající se péče o vlastní osobu a bezprostřední okolí. Respondenti se vyjadřovali k názoru ohledně zastoupení výchovy a vzdělávání v rámci dospělosti. Nadpoloviční většina zastává názor, že obě složky by měly být zastoupeny rovnoměrně. Na základě dalších vyjádření je subjektivně významnější výchova než vzdělávání.

Samotný proces edukace má být orientován spíše vzhledem k praktickým činnostem upotřebitelným v každodenním životě (Q-typ: Edukační aktivity korespondují s uplatněním v praktickém životě. Avšak reálně získal tento Q-typ poměrně nízký koeficient). Jen malá část odborníků požaduje propojení teoretických a praktických poznatků, minimum preferuje

teoretické poznatky. I když pozitivně hodnotí průběh edukace v dospělém věku, přiznávají její limity. Ty souvisí zejména s délkou institucionalizace, motivací, úrovní intelektu a až absencí její evaluace (Q-typ: Edukace nepodléhá hodnocení., Motivace je nezbytná). Pokud neprobíhá evaluace, nevytvoří se dostatečný prostor pro efektivní plánování edukace, předcházení jejím negativním vlivům nebo úpravě nedostatků. S uvedeným přehledem zaměření edukace souvisí i zájem ze strany dospělých osob s MP. Ten respondenti ve většině případů potvrzují. I když je zájem přítomen, nejsou si respondenti jisti, zda uvedená cílová skupina je schopna si adekvátně interpretovat význam edukace (Q-typ: Lidé s MP jsou si vědomi účelu, za kterým se vzdělávají). Celkově převažovaly odmítavé odpovědi. Dále byla respondentům položena otázka, zda jimi poskytované aktivity podporují začlenění dospělých osob s MP do společnosti. Pouze 21 % odborníků tuto tezi potvrdilo a 28 % spíše potvrdilo. Objevily se rovněž negativní odpovědi. Za hlavní podmínku edukace je odborníky považován zájem ze strany dospělých osob s MP a podpora opatrovníků či rodiny.

Odborníci se vyjadřovali také k možným bariérám. Ty zmiňují více než tři čtvrtiny dotázaných. Ve svých odpovědích rovněž nastínili možnosti, jakým způsobem tyto překážky eliminovat. Na prvním místě se jednoznačně objevila potřeba nastolení efektivní spolupráce mezi nimi a přirozeným sociálním prostředím. Dalším výrazným problémem je absence motivace ze strany dospělých osob s MP. V neposlední řadě by odborníci uvítali změnu struktury edukace a její podporu ze strany státu společně s jejím pravidelným financováním (Q-typ: Dotace od státu či EU by měly být využity jen v případě takových edukačních aktivit, kde lze předpokládat další návaznost). I když odborníci ví, jakým způsobem předejít bariérám v rámci edukace, tak si nejsou úplně jisti jejím přínosem (Q-typ: U některých klientů není vidět posun, to mě demotivuje; Q-typ: Vadí mi představa, že v práci s lidmi s MP nic neděláme). Na tomto místě lze poukázat na riziko vzniku syndromu vyhoření (odpovídali převážně respondenti s relativně krátkou dobou přímé práce s osobami s MP, fluktuace zaměstnanců). Plných 85 % respondentů přiznává absenci dalšího rozvoje i při pravidelné účasti na edukačních aktivitách (Q-typ: Edukace neznamená jasný profit). Avšak více než v 50 % zmiňují její kvalitu (aktivity ohodnotili známkou č. 2 – jako ve škole). Také polovina respondentů jimi poskytované edukační aktivity obměňuje, a to dle potřeb klientů či sezóny. Avšak ne všichni dotázaní se shodují na tom, že lidé s MP jsou schopni získané poznatky uplatnit efektivně v praxi (Q-typ: I dílčí cíle je třeba ocenit). Jednotlivé edukační aktivity a jejich kvalita jsou podle názoru 78 % respondentů hodnoceny, a to právě nejvíce samotnými odborníky.

Jako druhý dílčí cíl byla stanovena **identifikace názorů, postojů a potřeb rodinných příslušníků/zákonných zástupců osob s MP ohledně oblasti edukace.**

V nadpoloviční většině získaných odpovědí žije dospělý člověk s MP v zařízení sociálních služeb (64 %). Sociální služba je preferována s ohledem na stárnutí rodičů osob s MP a s ním spojených problémů (nedostatek fyzických sil, vlastní soběstačnost, onemocnění apod.), ale i nižší míru zapojení ze strany sourozenců (srov. výzkumné šetření Křížková, Müller, 2013). Na základě získaných dat žije 36 % osob s MP v domácím prostředí (i přes aktuální deinstitucionalizační trend). Zde lze předpokládat rovněž účast na potřebné podpoře jedince spíše ze strany rodinných příslušníků či aktivity užšího sociálního kruhu. Edukaci považuje za naprosto důležitou 47 % účastníků výzkumného šetření.

22 % respondentů tento názor nesdílí. Avšak z odpovědí vyplývají jednoznačně pozitivní postoje vůči edukaci v dospělém věku. Z obsahu edukačních aktivit přikládá střední význam teoretickým informacím 33 % zákonných zástupců (v odpovědích se k nim respondenti spíše pozitivně přiklánějí). 77 % osob s MP (více než tři čtvrtiny) absolvovalo povinnou školní docházku a to nejčastěji ve škole, která je určena žákům se ZP. Jako další místa k jejímu plnění byly zmíněny z hlediska četnosti odpovědí: forma integrovaného vzdělávání v běžné škole, zařízení sociálních služeb a forma individuálního vzdělávání v domácím prostředí. Někteří z dotázaných svou odpověď doplnili absencí jakéhokoliv úředního dokumentu, který by tuto skutečnost potvrdil. Po jejím absolvování proběhlo dalšího vzdělávání. Minimum osob s MP našlo zaměstnání (4 %). Žádné další činnosti ve smyslu aktivizace se dle 27 % dotázaných nyní nekonají. Podle zákonných zástupců (ve 45 %) jsou edukační snahy zaměřeny na zachování získaných znalostí v předchozím vzdělávání. V jejich diferenciaci na teoretické či praktické se odpovědi velmi rozcházejí. 24 % dotázaných tvrdí, že jsou zaměřeny naprosto teoreticky a naopak 32 % respondentů zdůrazňuje jejich maximální propojení s praxí. Uvedené lze vysvětlit poměrně širokou variabilitou jejich poskytování prostřednictvím zařízení sociálních služeb. Celkem 74 % zákonných zástupců vyjádřilo svou celkovou nespokojenost s jejich poskytováním. S tím souvisí i jejich nespokojenost s kvalitou nabízených edukačních aktivit, kdy respondenti v 68 % odpovědi vůbec nemají či nemají pocit, že by docházelo k prohlubování vědomostí dospělých osob s MP. Respondenti, kteří se k edukačním aktivitám vyjádřili kladně, oceňují zejména podporu komunikačních dovedností a sebeobslužných činností. Za hlavní náplň edukačních aktivit jsou považovány terapeutické činnosti, následuje komunikace a sebeprosazení a na posledním místě jde dle respondentů o budování ryze praktických dovedností. V procesu edukace preferují respondenti u dospělých osob s MP rozvoj sociálních dovedností. Do této kategorie je možné zařadit: rozvoj komunikačních dovedností, budování sociálního kruhu, možnost participace na životě komunity. Tři čtvrtiny respondentů shodně tvrdí, že účast na edukačních aktivitách přináší dospělým osobám s MP plné sociální začlenění (a to i přes nespokojenost respondentů s formou a obsahem jejich poskytování). Velmi protichůdné jsou i názory na konkrétní přínos edukačních činností s ohledem na běžný život dospělých osob s MP. Téměř stejný počet zákonných zástupců vyjádřil názor, že edukační aktivity vůbec nejsou či nejsou přínosné, stejně jako v opačném názorovém spektru.

Pro ověření stanovených hypotéz byly odpovědi zákonných zástupců a odborníků komparovány. V případě tvrzení týkající se přisuzování pozitivního významu procesu edukace přijímáme **H₁: Odborníci přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam častěji než zákonní zástupci.** Dle zvolené testovací metody bylo zjištěno, že odborníci častěji podporují edukaci dospělých osob s MP. Účinek spatřují v osvojení si praktických činností upotřebitelných v běžném životě. I přes uvádění pozitivního významu, jsou si vědomi limitů. Zároveň si nejsou jisti, zda dospělé osoby s MP jsou schopny uplatnit osvojené dovednosti v praktickém životě.

Z hlediska praktického zaměření edukačních aktivit připouštíme platnost **H₂: Podíl respondentů, kteří uvádějí praktické zaměření edukačních aktivit, je stejný u odborníků i u zákonných zástupců.** Uvedené potvrzuje preferenci praktických dovedností s tendencí transferu do praxe. Toto koresponduje s četnými odbornými poznatky (srov. Kozáková, 2005;

Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Fisher, 2008; Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013; Černá, 2015).

Zákonní zástupci a odborníci se vyjadřovali k názoru na poskytované edukační aktivity. Rovněž připouštíme platnost **H□: Podíl respondentů, kteří zastávají názor, že poskytované edukační aktivity prohlubují dovednosti osob s MP, je stejný mezi odborníky**

a zákonnými zástupci. Odborníci a zákonní zástupci spatřují limity v rámci edukace. Avšak shodně lze nalézt prvky, které jsou respondenty pozitivně vnímány. Ponejvíce jde o samotnou aktivizaci, smysluplné trávení volného času.

V pořadí předposlední byla přijata **H□: Odborníci uvádějí spokojenost s edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci.** Pozitivní přístup vzhledem k edukaci je patrný především u odborníků. Zákonní zástupci mnohem častěji uvádějí nespokojenost s formou, způsobem či výstupem edukačních aktivit (ale sami za ni necítí zodpovědnost). Odborníci by v této souvislosti uvítali vyšší míru spolupráce se zákonnými zástupci. Spokojenost odborníků lze vysvětlit profesním stanoviskem a přímým podílem na procesu realizace.

Jako poslední byla přijata **H□: Odborníci uvádějí přínos edukačních aktivit pro běžný život častěji než zákonní zástupci.** Uvedené může rovněž korespondovat s profesním zaměřením. Kritériem pro vybrání do výzkumného souboru byla jejich zodpovědnost za edukační aktivity. Vzhledem k faktu, že odborníci nejčastěji pracují v domovech pro osoby se ZP, je možné usuzovat, že tráví s dospělými osobami s MP více času a jsou schopni posoudit i mírný progres. Odborníci jsou dle svých odpovědí konfrontováni s tezí, že s lidmi s MP nepracují adekvátně, pokud se jejich kompetence nerozvíjejí dostatečně rychle.

Třetím a posledním dílčím cílem bylo **zjištění motivace dospělých osob s MP pro proces edukace.** Motivy dospělých osob s MP byly pro potřeby přehlednosti diferencovány do třech základních kategorií a to na motiv úspěchu, motiv moci a motiv začlenění (srov. Pawlik, Rosenzweig, 2000; Robbins, Decenzo, 2001; Plamínek, 2015; Šmahaj, Cakirpaloglu, 2015). Teorie motivace vychází z predikce, že lidské chování je jistým způsobem determinováno (Maxwell, 2016). Jistou motivaci v mládí znamenalo pozitivní ocenění ze strany personálu. U paní M. T. převažuje zejména primární motivace ve smyslu biologických potřeb (např. ukončí realizaci polostrukturovaného rozhovoru v reakci na obvyklý čas jídla). V jejích projevech zřetelně převládají naučené tendence chování (pasivita, negativismus, obavy z neznámých situací a osob). Často užívá zdravotní argumenty jako důvod proč být pasivní, což může odrážet získané zkušenosti a způsob výchovy stejně jako osobní dispozice. Není schopna identifikovat konkrétní životní záměr. Motiv moci ve smyslu snahy nějakým způsobem řídit či ovlivňovat druhé nebo samotné společenské dění se neobjevovaly. Motiv začlenění nebyl také nikterak výrazným v souvislosti s většinovou populací.

U pana č. 2 byl (dle jeho sdělení) motiv úspěchu podmíněn způsobem vedení života jeho rodičů a sourozenců. Vzhledem k motivaci pro proces edukace je schopen posoudit, jaké činnosti jsou přínosné a jaké nikoliv. Vyzdvihuje vlastní konfrontaci s množstvím jimi realizovaných aktivit. Uvedené podněcovalo jeho snahu o účast na edukačních aktivitách, stejně jako využití služby podporovaného zaměstnávání. Motiv moci ve smyslu snahy

nějakým způsobem řídit či ovlivňovat druhé nebo samotné společenské dění se neobjevoval. Naopak motiv začlenění byl velmi výrazný. Dalším motivačním činitelem je schopnost vlastního kladného ocenění. Toto pozitivní ohodnocení vyžaduje i ze strany druhých.

Předem zvolené (a částečně v předvýzkumech ověřené) způsoby sběru dat, se jeví jako vhodné pro zjištění podrobnějšího vnímání edukace ze strany jednotlivých respondentů. Kvalitativní přístup byl zvolen adekvátně vzhledem k velikosti výzkumného souboru. Zvolená metoda biografie poskytla podmínky pro hlubší a podobnější zkoumání dané problematiky. Prostřednictvím kvantitativního přístupu byly získány informace od odborníků a zákonných zástupců. Pro potřeby ověření hypotéz byly odpovědi navzájem komparovány. Stručný historický exkurz (viz teoretická část dizertační práce) poukazuje na proměnu edukace v rámci moderní společnosti, ale i samotných osob s MP. Součástí je její vnímání ze strany odborníků a zákonných zástupců. I v souvislosti se současnou transformací sociálních služeb se edukace ocitá v nových etapách, na které je třeba reagovat. Provedený výzkum předkládá informace o názorech, postojích a potřebách odborníků a zákonných zástupců, stejně jako informace o tom, co edukace dospělým osobám s MP ve skutečnosti přináší. K zajištění globálního pohledu na tuto skutečnost by bylo třeba uvedené kategorie účastníků longitudinally sledovat.

Všichni respondenti výzkumu žijí v České republice. Systém poskytování sociálních služeb, jež by dospělé osoby s MP mohly využívat, by měl být stejný (kromě dostupnosti jednotlivých služeb). Avšak koncipování edukačních aktivit je v jednotlivých sociálních službách diametrálně odlišné. Oba dva respondenti své dětství prožili v rámci ústavní péče, avšak jejich další životní dráha se výrazně rozchází. Těžištěm změny byl kontinuální vliv rodiny a tím zprostředkování rolí dospělého člověka. Námětem pro další výzkum by mohla být komparace longitudinally studie významu edukace pro osoby MP, které využívají pobytovou a ambulantní sociální službu. Odborníci jsou připraveni na zajištění efektivní edukace. Dotace od státu či EU by uplatnili pouze u těch aktivit, u nichž se předpokládá další návaznost. Uvědomují si, že i přes maximální snahu nelze vždy počítat s přínosem edukačních aktivit pro všechny zúčastněné. V této činnosti postrádají kooperaci se zákonnými zástupci. Rodinní příslušníci jednoznačně preferují sociální dovednosti jako výstup edukačního procesu. Jejich vlastní roli v této činnosti však opomíjejí.

Výzkum se věnuje vybraným aspektům edukace dospělých osob s MP. Vzhledem k absenci informací o přínosu edukace pro dospělé osoby s MP, její vnímání ze strany odborníků a zákonných zástupců lze tuto práci považovat za iniciaci dalších možných zkoumání. Jistý vhled mohou poskytnout zahraniční práce (viz teoretická část). Česká odborná literatura se uvedenému tématu věnuje sporadicky (viz výše podkapitola Aktuální stav zkoumání v problematice dospělých osob s MP).

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Analýza výsledků empirické části dizertační práce přináší tato doporučení pro českou speciálněpedagogickou praxi.

V rámci poskytování edukačních aktivit je třeba podpořit dospělé osoby s MP v pochopení významu/přínosu této činnosti. Aby mohla být edukace ze strany dospělých osob s MP přínosná, je třeba, aby plnila jejich potřeby a reflektovala sociální role dospělého jedince. Mnoho realizovaných výzkumů potvrzuje velmi rychlé vyhasínání naučeného bez odpovídajícího transferu do praxe. Zároveň není možné zapomínat, že i lidé s MP vnímají stereotypy v poskytovaných aktivitách. Edukace v zařízeních by měla odpovídat potřebám a možnostem stejně jako životní vizi samotného člověka. Lidé s MP by rovněž měli být motivováni pro pochopení edukace jako celoživotního procesu. Výchozím bodem by měl být předpoklad absolvování edukace v dětském věku stejně jako možnost vlastního ztotožnění se sociálními rolemi dospělého. Přijetí sociálních rolí podpoří sociální kompetence a začlenění do života společnosti. Podporou v této oblasti by mohlo být sdílení příkladů dobré praxe mezi samotnými osobami s MP (např. povinná součást celoživotního vzdělávání), vytvoření pozice koordinátora z řad samotných osob s MP.

Ze strany odborníků by edukace měla směřovat nejen k uspokojení základních potřeb, ale také potřeb psychických stejně jako sociálních (viz výše). Samotní odborníci by se měli podílet na nové konceptualizaci edukace s akcentem na transfer do praxe. Měli by povzbuzovat osoby s MP, ocenit i menší kroky. Edukace by neměla být poskytována paušálně. Je třeba ve spolupráci s dalšími subjekty stanovit cíle, kterých je třeba dosáhnout. Vhodné by bylo i další odborné vzdělávání k danému tématu (kompetence MŠMT, MPSV) jako prevence tzv. „násilného“ sociálního začlenění (viz. v zahraničí již překonané zkušenosti). Odborníci postrádají kooperaci se zákonnými zástupci, proto je vhodné tuto spolupráci navázat (osvěta, společná setkání jako prvek individualizace edukace). Rovněž příprava budoucích speciálních pedagogů – andragogů by měla být více orientována na práci se zákonnými zástupci dospělých osob s MP. Těmi jsou mnohdy sourozenci případně vzdálenější rodinní příslušníci. Vztah tedy nebude tak těsný, jako v případě vlastních rodičů. Z toho důvodu lze usuzovat na obtížnější spolupráci (vzdálenost bydliště, zájem o člověka s MP), jako vhodné se jeví zajištění stálého personálu společně s jeho početnější základnou.

Zákonní zástupci jsou v nadpoloviční většině nespokojeni s poskytováním edukačních aktivit (a to jak kvalitou, tak i obsahem). Dle jejich názoru by další edukace měla navazovat na předchozí znalosti a měla by být orientována vzhledem k sociálním dovednostem. Zákonní zástupci požadují jako výstup edukace informovanost o možných životních proměnách (změna sociální služby, varianta hospitalizace, schopnost nalézt oporu v komunitě – tzv. kruh opory, eliminaci sociální izolace či zneužívání). Plně si uvědomují potřebnost sdělení informací osobám s MP, což má být zprostředkováno příslušnou sociální službou (nezmiňují sebe). Uvedené je analogické se systémem přirozené podpory. Ten navázal na procesy transformace sociálních služeb. Autor O'Brien již v roce 1987 zdůrazňoval členění pouhé přítomnosti a účasti na životě komunity. Uvedené je podmíněno aktivitami v oblasti sociálních vztahů, existencí sociálních vazeb v blízkém okolí (nejedná se pouze o profesionály, ale i širokou veřejnost), která slouží jako zdroj podpory (srov. Adamec, 2013). Myšlenka přirozené podpory se rozvinula jako levnější alternativa k širokému spektru sociálních služeb. V tomto směru by bylo vhodné zahájit pravidelnou spolupráci mezi odborníky a zákonnými zástupci. Setkávání mohou sloužit k evaluaci edukačních aktivit. Zároveň by tímto mohla být podpořena role zákonných zástupců ve zmiňovaném procesu.

ZÁVĚR

Cílem dizertační práce s názvem **Vybrané aspekty edukace dospělých osob s mentálním postižením** byla deskripce procesu edukace a významu, který přináší dospělým osobám s MP. Blížeji šlo o detekci vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí osob s MP. Dalším cílem byla identifikace názorů, postojů a potřeb odborníků (speciálních pedagogů – andragogů) a zákonných zástupců na uvedené téma. Posledním cílem bylo zjištění motivace pro edukaci u hlavní cílové skupiny.

První část dizertační práce je teoretická. Jsou v ní obsaženy informace, ze kterých bylo vycházeno v empirické části práce. Kapitoly chronologicky hovoří o konceptu a terminologické dimenzi MP, o dospělosti osob s MP a vybraných aspektech edukace. Druhá část dizertační práce popisuje cíle výzkumu a jeho organizaci. V závěru je uvedena analýza a interpretace výsledků.

Stanovené cíle práce (hlavní i dílčí) byly naplněny. V práci byly popsány sociální role dospělého jako prostředek sociálního začlenění. Uvedené je doloženo kvalitativní strukturou výzkumu. Kvantitativní část odhalila názory a postoje odborníků (speciálních pedagogů – andragogů) a zákonných zástupců na proces edukace. Výsledek poukazuje na možné limity ze strany odborníků (plán, struktura, zajištění, koncept), stejně jako zákonných zástupců (nespokojenost a zároveň neangažovanost). Sociální kompetence a s nimi spojené sociální role dospělého mohou být prostřednictvím edukace efektivně rozvíjeny. Dospělý člověk s MP je kompetentní právě prostřednictvím těchto aktivit detekovat jejich reálný vliv.

Odborníci postrádají kooperaci se zákonnými zástupci. Spatřují limity v rámci aktuálního způsobu poskytování edukace (stagnace, stereotypy). Vzhledem k tomu, že oslovení respondenti pracovali s dospělými lidmi s MP relativně krátce (nejnižší kategorie rozptylu přímé práce), lze uvažovat o riziku syndromu vyhoření. Zákonní zástupci rovněž nejsou s nabídkou edukačních aktivit spokojeni. Jejím prostřednictvím požadují rozvoj sociálních dovedností jako výstup pro relativně samostatný život v komunitě. Součástí práce jsou doporučení pro praxi využitelná pro zúčastněné subjekty.

Práce jako celek upozornila na jeden z aspektů utvářejících tzv. kvalitu života osob s mentálním postižením. Přinesla informace o možnostech celoživotní edukace těchto osob a jejího významu pro rozvoj sociálních kompetencí. Vzhledem k zaměření na osoby využívající pobytové služby akcentovala i postavení jejich pracovníků, jako důležitých činitelů osobnostního rozvoje klientů služeb. Konečně práce přispěla k rozvoji speciálně pedagogického poznání sledovaného jevu a deskripcí jevu přispěla k možnostem jeho dalšího zkoumání.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

1. ADAMEC, A. *Jak na to: příklady dobré praxe v deinstitutionalizaci*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013. 75 s. ISBN 978-80-7421-045-7.
2. AMES, D., BURNS A., O'BRIEN, J. *Dementia*. Washington: CRC Press, 2010. 368 s. ISBN 978-1-44441-2874-1.
3. AMNESTY INTERNATIONAL. *Nedokončený úkol: romští žáci v České republice stále čelí překážkám ve vzdělání: vzdělání je lidské právo*. Londýn: Amnesty International, 2009. 74 s.
4. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada, 2002. 856 s. ISBN 80-247-0469-2.
5. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. Praha: Grada, 2007. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
6. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. Praha: Grada, 2015. 920 s. ISBN 978-80-247-5258-7.
7. ARNETT, J. J. *Emerging adulthood*. New York: Oxford University, 2004. 268 s. ISBN 0-19-517314-7.
8. ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II.část – Sociální péče*. Praha: Karolinum, 2004. s. 37. ISBN 80-246-0875-8.
9. ATHERTON, H. L., CRICKMORE, D. J. *Learning disabilities: Toward Inclusion*. London: Elsevier, 2011. 270 s. ISBN 978-0-7020-4285-0.
10. BABBIE, E. *The Basic sof Social Research*. Wodswort: Thomson, 2007. 382 s. ISBN 13: 978-0-495-09468-5.
11. BAJO, I.; VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapeintia, 1994. 174 s. ISBN 80-967180-1-0.
12. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika (vybrané problémy)*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 1994. 80 s. ISBN 80-223-0817.
13. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako študijný odbor*. Pedagogická revue č. 10. 2000, č. 4, s. 367 – 375. ISSN 2336-7675.
14. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálny pedagóg a jeho kompetencie*. Pedagogická revue, 2005, roč. 57, č.1. s. 12 – 21. ISSN 2336-7675.
15. BALVÍN, J. *Pedagogika, andragogika, multikulturalita*. Praha: Hnutí R, 2012. 260 s. ISBN 978-80-86798-07-3.
16. BARTKO, D. 1980. *Moderní psychohygienu*. Praha: Panorama. 190 s.
17. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2007. 231 s. ISBN 978-80-7315-144-7.
18. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. 185 s. ISBN 978-80-7315-140-8.
19. BARTOŇOVÁ, M. a kol. *Inkluze ve škole a společnosti jako interdisciplinární téma*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 363 s. ISBN 978-80-210-8093-5.
20. BARTOŇKOVÁ, H., ŠIMEK, D. *Andragogika. Studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 124 s. ISBN 80- 244-0394-3.
21. BARTOŇKOVÁ, H. *Firemní vzdělávání*. Praha: Grada, 2010. 204 s. ISBN 978-80-247-2914-5.
22. BARTKOWITZ, Z.: *Przestępczość i wykolejenie upośledzonych umysłowo.W: Wybrane zagadnienia z psychologii i pedagogiki upośledzonych umysłowo*. Red. Z. Sękowska. Lublin 1976.

23. BARTLETT, P., LEWIS, O., THOROLD, O. 2007. *Mental disability and the European Convention on Human Rights*. Leiden: Koninklijke Brill. ISBN 978-90-04-15423-0.
24. BARTÁK, J.: *Jak vzdělávat dospělé*. Praha: Alfa, 2008. 176 s. ISBN 978-80-87197-12-7.
25. BAUDISCH, W. 2007. *Selbstbestimmt leben trotz Schwerin Behinderungen?* Hamburg: Verlag Münster. ISBN 3-8258-4721-7.
26. BAZALOVÁ, B. Zkušenosti se sexualitou klientů ÚSP pro tělesně postiženou mládež Kociánka Brno. In: *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o. s. Orfeus, 2004. s. 44-59. ISBN 80-903519-0-5.
27. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. 230 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
28. BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: Masarykova Univerzita, 2006. 185 s. ISBN 80-210-3971-X.
29. BAZALOVÁ, B. *Významy přisuzované postižení, postoje společnosti k osobám s tělesným postižením a postoje k integraci u nás a světě*. Disertační práce. Brno: Masarykova Univerzita, 2003.
30. BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 230 s. ISBN 978-80-244-3069-0.
31. BEDNÁŘ, V. a kol. *Nový občanský zákoník*. Karlovy Vary: Vysoká škola Karlovy Vary, 2015. 245 s. ISBN 978-80-87236-25-3.
32. BEDNÁŘÍKOVÁ, I. *Kapitoly z andragogiky I*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 77 s. ISBN 80-244-1192-X.
33. BEDRNOVÁ, E. *Psychologie obsluhy a služeb pro střední odborná učiliště*. Praha: Fortuna, 1998. 103 s. ISBN 80-7168-515-1.
34. BEIRNE – SMITH, M.; PATTON, J.; ITTENBACH, R. *Mental retardation*. New York: College Publishing Company, 1994. 260 s. ISBN 0-02-307883-9.
35. BEIRNE, - SMITH, M.; PATTON, J.; SHANNON, K. *Mental Retardation: An Introduction to Intellectual Disabilities*. University of Virginia: Pearson Merrill Prentice Hall, 2006. 250 s. ISBN 978-0131-1818-92.
36. BENEŠ, M. 2003. *Andragogika*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 160 s. ISBN 80-86432-23-8.
37. BENEŠ, M. *Andragogika*. Praha: Grada, 2008. 165 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
38. BENEŠ, M. *Andragogika*. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
39. BENDL, S. a kol. *Vychovatelství*. Praha: Grada, 2015. 312 s. ISBN 978-80-247-9763-2.
40. BENDOVÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
41. BEZUCHOVÁ, M. *S fotoaparátem za poznáním: celoživotní vzdělávání osob s mentálním postižením*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 2003. 32 s. ISBN 80-211-0445-7.
42. BIELESZOVÁ, Š. *Výchova a vzdělávání dospělých v oblasti fotografie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. 239 s. ISBN 978-80-244-4174-0.
43. BICKOVÁ, L. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
44. BINAROVÁ, I. *Partnerství, sexualita a rodina*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 136 s. ISBN 80-244-0138-X.
45. BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2010. 250 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
46. BLÍŽKOVSKÝ, B. *Systémová pedagogika pro studium a tvůrčí praxi*. Ostrava: Amosium servis, 1992. 303 s. ISBN 80-85498-18-9.

47. BOARDMAN, J. *Social Inclusion and Mental Health*. London: Rooyal College of Psychiatrists, 2010. 319 s. ISBN 978-1-904671-87-9.
48. BOLLARD, M. *Intellectual Disability ind Social Inclusion*. London: Elsevier, 2009. 189 s. ISBN 978-0-443-104-18-3.
49. BORNMAN, M.; COLLINS, J. et al. *Just the same on the Inside: Supporting Diversity and Supporting Inclusion*. London: A SAGE Publications Company, 2004. 176 s. ISBN 1-904-315-56-9.
50. BOUKAL, P. a kol. *Fundraising pro neziskové organizace*. Praha: Grada, 2013. 264 s. ISBN 978-80-247-4487-2.
51. BOURAS, N.; HOLT, G. *Mental Health Services For Adults With Learning Disabilities*. Lodon: British Journal of Psychiatry, 2004. 184, 291 – 292: (online) Retrieved November 1, 2006.
52. BOURAS, N., HOLT, G. *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*. London: Cambridge, 2007. 280 s. ISBN 978-052-1608-25-1.
53. BRÁZDIL, M., HADAČ, J., MARUSIČ, P. *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: Triton, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7387-495-7.
54. BREZINKA, W. *Východiska k poznání výchovy: úvod k základům vědy o výchově, filozofii výchovy a praktické pedagogice*. Brno: L. Marek, 2001. 310 s. ISBN 80-86263-23-1.
55. CABRNOCH, M. a kol. *Dlouhověkost jako politická priorita*. Praha: Cevro, 2009. 260 s. ISBN 978-80-86816-26-5.
56. CASTLES, E. E. (1996). *“We’rePeople First:” The Social and Emotional Lives of individuals with mental retardation*. Westport: Praeger Publishers.
57. CIEGLEROVÁ, R. *Profesionální asistentka*. Praha: Grada, 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2401-0.
58. COUFALOVÁ, J. *Projektové vyučování pro první stupeň základní školy: náměty pro učitele*. Praha: Grada, 2006. 135 s. ISBN 80-7168-958-0.
59. COUNCIL OF EUROPE. *Charter on Education for Democratic Citizenship and Human Rights Education*. Strasbourg: Concil of Europe, 2010. 179 s. ISBN 987-92-871-6898-6.
60. COREY, G.; COREY, M. *I never know I have a choice*. Belmont: Davis drive, 2013. 150 s. ISBN 978-1-285-06768-1.
61. CLARK, CH. L. *Adult Day Services and Social Inclusion*. London: School for Applied Social Studies, 2001. 237 s. ISBN 1-85302-887-8.
62. CLARK, L., GRIFFITHS, P. *Learning disability and other intellectual impearments*. John Wiley: New York, 2008. 233 s. ISBN 978-0-470-03471-0.
63. CRANE, L. *Mental retardation: A community integration approach*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, 2002. 213 s. ISBN 978-0-320-21345-0.
64. CRAWFORD, C. *Towards a common approach to thinking and measuring social inclusion*. Toronto: Roeher Institute, 2003. 28 s.
65. CZESANÁ, V., MATOUŠKOVÁ, Z., VYMAZAL, Z. *Nerovnosti v účasti dospělých na dalším vzdělávání*. Praha: Národní observatoř zaměstnanosti a vzdělávání, 2005. 49 s. ISBN 80-239-7606-0.
66. ČÁBALOVÁ, D. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-2993-0.
67. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentálním postižením a autismem*. Praha: Portál, 2007. 232 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
68. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7367-273-7.
69. ČAPEK, J. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv*. Praha: Linde, 2010. 887 s. ISBN 978-80-7201-804-8.

70. ČAPEK, R. *Moderní didaktika: lexikon výukových a hodnotících metod*. Praha: Grada, 2015. 624 s. ISBN 978-80-247-9935-3.
71. ČENĚK, J. *Interkulturní psychologie*. Brno: Mendelova univerzita, 2013. 290 s. ISBN 978-80-7375-750-2.
72. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008. 220 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
73. ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 1999. 130 s. ISBN 80-7184-880-8.
74. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
75. ČERVENÝ, R. TOPINKOVÁ, E. a kol. *Geriatric: novelizace 2014*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2014. 360 s. ISBN 978-80-86998-69-5.
76. ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. 245 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
77. ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled sociální psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 250 s. ISBN 80-244-0929-1.
78. DANIELS, H., GARNER, P. *Social education*. London: Routledge, 1999. 267 s. ISBN 0-7494-2237-8.
79. DAŘÍLEK, P., KUSÁK, P. *Pedagogická psychologie – B*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 150 s. ISBN 80-244-0293-9.
80. DELOACH, CH., WILKINS, R. a kol. *Independent Living: Philosophy, Process, Services*. Pennsylvania: University Park Press, 1986. 275 s. ISBN 08-391-179-49.
81. DĚDINA, J., CEJTHAMR, V. *Management a organizační chování*. Praha: Grada, 2010. 344 s. ISBN 978-80-247-3348-7.
82. DICKMAN, I. R. *Independent Living: New Goal for Disabled Persons*. Virginia: Public Affairs Committee, 1975. 28 s.
83. DIMITRIADI, S. *Diversity, Special Needs and Inclusion in Early Years Education*. New York: Sage Burn, 2014. 260 s. ISBN 978-93-515-0029-2.
84. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2000. 175 s. ISBN 8024601397.
85. DLOUHÁ, J. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů sociální a speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 145 s. ISBN 978-80-7435-333-8.
86. DLOUHÁ, J., DLOUHÝ, M., NEUBAUEROVÁ, L. *Úvod do psychopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 175 s. ISBN 978-80-7435-333-8.
87. DOLANSKÝ, J. *Současná epileptologie*. Praha: Triton, 2000. 321 s. ISBN 80-7254-101-3.
88. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1983.
89. DONALD, L. M.; GROSSMAN, H. J. *Mental retardation in school and society*. Boston: Little, Brown and Company, 1977.
90. DÖRNER, K.; PLOG, U. a kol. *Irren ist menschlich*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2002. 200 s. ISBN 978-3-88414-440-4.
91. DOSTÁL, J. *Učební pomůcky a zásada názornosti*. Votobia, Olomouc, 2008. 65 s. ISBN 978-80-7409-003-5.
92. DOSTÁL, J. – MACHÁČKOVÁ, P. Systémové pojetí edukačního procesu a možnosti měření jeho efektivnosti. In *Systémové přístupy 2005*. Praha: VŠE, 2005. CD-ROM. ISBN 80-245-1012-X.
93. DREW, C. J., HARDMAN, M. L. *Intellectual disabilities Across the Lifespan*. Pearson Merrill Prentice Hall, 2007. 180 s. ISBN 978-013-1707-34-4.

94. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. 237 s. ISBN 978-807-3801-236.
95. DUGGAN, C., LINEHAN, C. *The role of 'natural supports' in promoting independent living for people with disabilities: a review of existing literature*. British Journal of Learning Disabilities, 2013. 41, s. 199-207. ISSN: 1210-9874.
96. DUINOVÁ, N. *Historie medicíny*. Praha: Slovart, 1997. 266 s. ISBN: 80-85871-04-1.
97. DUŠEK, J. *Lidské zdroje na trhu práce ČR a EU*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2015. 175 s. ISBN 978-80-87472-87-3.
98. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. 185 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
99. DUŠKOVÁ, L., ŠAFAŘÍKOVÁ, S. *Kvalitativní metody pro rozvojová studia*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 79 s. ISBN 978-80-244-4740-7.
100. DVOŘÁKOVÁ, M. a kol. *Aktuální témata učení a vzdělávání dospělých*. Praha: Česká andragogická společnost, 2014. 103 s. ISBN 978-80-905460-1-1.
101. DVOŘÁKOVÁ, M., KOLÁŘ, Z. a kol. *Základní učebnice pedagogiky*. Praha: Grada, 2015. 248 s. ISBN 978-80-247-5039-2.
102. DYTRTOVÁ, R., SANDANUSOVÁ, A. a kol. Sborník abstraktů III. Mezinárodní konference pořádané v partnerství České komise UNESCO k problematice přípravy učitelů pro přírodovědné a zemědělské předměty: EDUCO, 2007: 1. 2.-3. 2. 2007, Tatranská Štřba.] Praha: Česká zemědělská univerzita, 2007. 56 s. ISBN 978-80-213-1608-9.
103. EMERSON, E., HATTON, Ch. *People with learning disabilities in England*. Lancaster: Centre of Disability Research, 2008. 36 s.
104. EVROPSKÁ VEŘEJNÁ SPRÁVA. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015. 544 s. ISBN 978-80-7452-110-2.
105. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2480-5.
106. FIALA, B. *Vybrané kapitoly z andragogiky, pedagogiky a didaktiky*. Opava: Slezská univerzita, 1999. 127 s. ISBN 80-7248-052-9.
107. FIALOVÁ, I., INDRA, V. *Agresivita: podpora vzdělanosti dětí v zařízení institucionální péče*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. 36 s. ISBN 978-80-7368-302-3.
108. FINE, G. A. *Ten lies of ethnography: Moral dilemmas of field research*. Journal of Contemporary Ethnography, 1994. Volum 22, 3, s. 267-9.
109. FILOVÁ Z., LEVICKÁ, J. Etické problémy v sociální práci. In *Etika sociální práce*. s. 126-131. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-037-5.
110. FINKOVÁ, D. *Iniciační analýza podmínek inkluze u osob se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 184 s. ISBN 978-80-244-3865-8.
111. FINKOVÁ, D., LANGER, J. a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 208 s. ISBN 978-80-244-4303-4.
112. FISCHER, S. a J. ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-807-3870-140.
113. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2014. 219 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
114. FIŠAR, Z. a kol. 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2737-0.
115. FLICK, U., KARDORFF, E., STEINKE, I. *A companion to Qualitative Research*. London: Sage Publications, 2008. 428 s. ISBN 0-7619-7375-3.
116. FRANIOK, P. 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-622-2.

- 117.FRANIOK, Podstata a cíl výchovy mentálně retardovaných. In *Psychopedie: Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2002. s. 22-28.
- 118.FRIEDL, M. 2008. *Breviář myšlenek Jana Amose Komenského*. Brno: Integrát. ISBN 978-80-87176-01-6.
- 119.GATES, B. *Learning Disabilities: Toward Inclusion*. London: Elsevier, 2007. 361 s. ISBN 13: 978-0-443-10-198-3.
- 120.GATES, B., ARHETON, H. *Learning disabilities*. Edwards: London, 2007. 699 s. ISBN 13: 978-0-443-10198-4.
- 121.GAVORA, P. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- 122.GEISLEROVÁ, E. a kol. *Mít přehled: průvodce informačními a poradenskými službami pro děti a mládež*. Praha: Národní institut dětí a mládeže MŠMT, 2012. 241 s. ISBN 978-80-87449-02-8.
- 123.GEUDENS, T. *Social inclusion*. Strasbourg: Concil of Europe Publishing, 2006. 109 s. ISBN 13-978-92—871-5229-9.
- 124.GIDDENS, A. *The Constitution of Society*. California: University of California, 1984. 392 s. ISBN 0-520-05292-7.
- 125.GIGALOVÁ, V. *Dospělý jedinec v hypermoderní společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 96 s. ISBN 978-80-244-4809-1.
- 126.GIROUX, H. A. *Theory and Resistance in Education*. Westport: Bergin & Garvey, 2001. 233 s. ISBN 0-89789-796-X.
- 127.GIRYNSKI, A.: *Obniżona sprawność umysłowa a niedostosowanie społeczne upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim.*, *Szkola Specjalna* 1978, nr 3.
- 128.GÖSTEMEYER, K. F. *Pädagogik nach der Moderne*. Zeitschrift für Pädagogik, roč. 39, 1993, č. 5, s. 858-869.
- 129.GRANACHER, S. *Aufeinmalwarensie da – ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung*. Berlin: Books on Demand, 2007. 230 s. ISBN 978-3-638-50141-5.
- 130.GREGG, N. *Adolescents and adults with learning disabilities*. New York: Guilford Publications, 2009. 235 s. ISBN 978-1-60623-034-3.
- 131.GREENSPAN, S., SWITZKY, H.N., WOODS, G.W. 2011. *Intelligence involves risk-awareness and intellectual disability involves risk-unawareness: implications of a theory of common sense*. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 36: 242–253.
- 132.GUO, S., LANGER, E. *Transnational Migration, Social Inclusion and Adult Education*. San Francisco: Jossey Bass, 2015. 111 s. ISBN 10- 978-3454-45-0.
- 133.GURWITSCH, A. *Das Bewusstseinsfeld*. Berlin, New York: de Gruyter, 1974.
- 134.GUTENBERGER, J. *Das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung im Wohnheim unter besonderer Berücksichtigung der Selbstbestimmung*. Hamburg: Diplomica, 2010. 175 s. ISBN 978-3-8366-4864-6.
- 135.HÁJEK, M. *Nástin metodiky vedení zájmové činnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2007. 65 s. ISBN 978-80-7290-265-1.
- 136.HÁJEK, Z.; ČECH, E., MARŠÁL, K. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2015. 430 s. ISBN 978-80-247-9492-0.
- 137.HALOVÁ, M. 2010. *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu: věnováno nemocným postiženým demencí, zvláště pak demencím Alzheimerova typu a všem, kteří o ně pečují*. Bouzov: VEF Enterprises. ISBN 978-80-904611-0-9.
- 138.HAMMEL, J. a kol. *What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities*. Page 1445-1460. Accepted 01 Aug 2007, Published online: 07 Jul 2009. VOLUME 30 2008, ISSUE-19.

139. HANZL, D. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Jihlava: Vyšší odborná škola sociální, 2012- 167 s. ISBN 978-80-87710-01-2.
140. HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J. in ŠUCHA, M., CHARVÁT, M., ŘEHAN, V. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. S. 34 – s- 39.
141. HARDIE, E., TILLY, L. *An introduction to supporting people with learning disabilities*. London: Learning Masters, 2012. 234 s. ISBN 10- 978-3465-76-0.
142. HATÁR, C. *Sociálna pedagogika, sociálna andragogika a sociálna práca v kontexte teoretických, profesijných a vzťahových reflexií*. Bratislava: Pedagogická fakulta UKF, 2006. 287 s. ISBN 80-8094-015-0.
143. HAUKE, M. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
144. HAVLÍČKOVÁ, D., ŽÁRSKÁ, K. *Kompetence v neformálním vzdělávání*. Praha: Communica, 2012. 16 s. ISBN 978-80-84449-18-9.
145. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
146. HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
147. HENDL, J. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2012. 734 s. ISBN 978-80-262-0200-4.
148. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody, aplikace*. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
149. HENNIES, I.; KUHN, E. J. Ablösung von den Eltern. In: Wüllenweber, Ernst (Hg.): *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung*. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer, 2004. 350 s. ISBN 978-80-765-543-9.
150. HERBART J., H. *Kurze Encyklopädie der Philosophie aus praktischen Gesichtspunkten*. Halle: Schwetschke & Sohn, 1931. 410 s.
151. HERMANN, J. *Normales Alter nun normal? Menschen mit geistiger Behinderung im Ruhestand*. Berlin: Books on Demand, 2004. 160 s. ISBN 978-3-638-71568-3.
152. HEWSTONE, M., STROEBE, W. *Sociální psychologie. Moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. 208 s. ISBN 80-7367-092-5.
153. HOLAŇOVÁ, M. *Orientace v sociální síti*. Ostrava: Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociální, 2011. 1 CD-ROM, 47 l. ISBN 978-80-87540-28-2.
154. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M. 2014. *Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. 180 s. ISBN 978-80-86541-33-4.
155. HOMOLOVÁ, K. *Q-metodologie a sémantický diferenciál v pedagogickém výzkumu (nejen) dětského čtenářství*. Plzeň: ZČU Plzeň, 2006. 100 s. ISBN 978-80-543-874-0.
156. HOOPER, E., WEINBERG, H. *Sociální nevědomí u osob, skupin a společností*. Praha: Výbor pro péči o Prix Irene, 2015. 256 s. ISBN 978-80-905-354.
157. HORŇÁKOVÁ, M. *Inklúzia – nové slovo, alebo aj nový obsah?* In: Efeta, roč. 16, Martin: Osveta, 2006, č. 1, s. 2-5. ISSN 1335- 1397.
158. HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 300 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
159. HRONCOVÁ, J. *Sociálna pedagogika-vývin a súčasný stav*. Pedagogická revue, 2005, roč. 57, č. 1, s. 4 -10. ISSN 4332-3435.
160. HŘEBÍČEK, L. *Ke koncepci vysokoškolského oborového studia- sociální pedagogika*. In *Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2000a str. 361-364 ISBN 80-90-2936-0-3.

161. HUČÍK, J. a kol. *Osoby s mentálním postihnutím a společnost*. Liptovský Ján: PROHU, 2013. 270 s. ISBN 978-80-89535-13-2.
162. HŮRKA, P., ELIÁŠ, K. *Zákoník práce a související ustanovení občanského zákoníku: s podrobným komentářem*. Olomouc: ANAG, 2014. 1063 s. ISBN 978-80-7263-857-4.
163. CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice: základy kvantitativně orientovaného výzkumu*. Olomouc: VUP, 2003. 233 s. ISBN 80-244-0765-5.
164. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 189 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
165. CHRÁSKA, M., KOČVAROVÁ, I. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2015. 132 s. ISBN 978-80-7454-553-5.
166. JAEGER, T. P., BOWMAN C. A. *Understanding Disability: Inclusion, Acces, Diversity and Civil Rights*. Westport: Praeger Publishers, 2005. 235 s. ISBN 0-257-98226-2.
167. JAKEŠOVÁ, P. a kol. *Právní gramotnost v medicíně*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. 437 s. ISBN 978-80-244-4375-1.
168. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
169. JANDOUREK, J. *Velký sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007. 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
170. JANDOUREK, J. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada, 2008. 268 s. ISBN 978-80-247-2397-6.
171. JANDOUREK, J. 2012. *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3679-2.
172. JANÍK, T., KNECHT, P. ŠEBESTOVÁ, S. *Smišený design v pedagogickém výzkumu*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 156 s. ISBN 978-80-210-5553-7.
173. JANIŠ, K. 2004. *Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci* Praha: Orfeus. ISBN 80-903519-0-5.
174. JANIŠ, K. st., LOUDOVÁ, I. *Vybraná témata z teorie výchovy (studijní opora)*. HradecKrálové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-113-6.
175. JANSÁ, P. a kol. *Pedagogika sportu*. Praha: Karolinum, 2012. 226 s. ISBN 978-80-246-2026-8
176. JARVIS, P.: *Adult and continuing education (Theory and Practice)*. 1. vyd. London 1983.
177. JARVIS, P. *From Adult Education to thelearning society*. New York: Routledge, 2013. 379 s. ISBN 0-415-36494-9.
178. JARVIS, P. *Adult Education & Lifelong Learning. Theory and Practice*. London and New York: RoutledgeFalmer, 2004. 432 s. ISBN 0-415-31492-5.
179. JEDLIČKA, R. a kol. *Teorie výchovy – tradice, současnost, perspektivy*. Praha: Karolinum, 2014. 272 s. ISBN 978-80-246-2600-0.
180. JEDLIČKA, R. a kol. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. 544 s. ISBN 978-80-247-5447-5.
181. JEŘÁBKOVÁ, K. *Lidé se zdravotním postižením: historické aspekty*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 104 s. ISBN 978-80-244-3602-9.
182. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
183. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. 285 s. ISBN 80-7184-823-9.
184. JÍLEK, D. a kol. *Segregace, vzdělávací příležitost a závazky států*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 198 s. ISBN 978-80-7478-762-1.
185. JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Czech republik: Maxdorf, 1998. 290 s. ISBN 80-85800-88-8.

186. JOHNSON, K., RANNVEIG, T. *Deinstitutionalization and People with Intellectual Disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2013. 274 s. ISBN 978-1-8431-101-7.
187. JOCHMANN, Vladimír. 1994. Integrální andragogika. In *Andragogika. Sborník z teoretického semináře k pojetí andragogiky v Olomouci 26.- 27. dubna 1993*. Olomouc: Katedra sociologie a andragogiky FF UP OlomoucZ. *Základy andragogiky*. Praha: UJAK, 2002. 207 s. ISBN 987-80-6543-65-1.
188. JOCHMANN, V. *Logistika distančního vzdělávání*. Olomouc: UP Olomouc, 2001. 80 s. ISBN 80-244-0284-X.
189. JUŘENÍKOVÁ, P. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
190. JŮVA, V. *Pedagogika jako věda*. Praha: UJEP, 1977. 194 s.
191. KÁDNER, O. *Pedagogika, školství a jejich dějiny*. Praha: SPN, 1981. 197 s.
192. KAISER, D. *Pedagogy and the practice of science*. London: The MITT, 2005. 417 s. ISBN 0-262-11288-4.
193. KALHOUS, Z., OBST, O. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2009. 447 s. ISBN 978-80-7367-571-4.
194. KALNICKÝ, J. a kol. *Efektivnost a ekonomika edukace dospělých*. Ostrava: Mecc, 2012. 134 s. ISBN 978-80-7329-323-9.
195. KALNICKÝ, J. *Celoživotní učení: edukace dospělých a seniorů*. Ostrava: Repronis, 2014. 103 s. ISBN 978-80-7329-403-8.
196. KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Grada, 1997. 190 s. ISBN 80-7184-366-0.
197. KANTOROVÁ, J. a kol. *Vybrané kapitoly z obecné pedagogiky*. Olomouc: Hanex, 2008. 244 s. ISBN 978-80-7409-024-0.
198. KARLÍČEK, M. a kol. *Základy marketingu*. Praha: Grada, 2013. 255 s. ISBN 978-80-247-4208-3.
199. KASPEROVÁ, D., KASPER, T. *Dějiny pedagogiky*. Praha: Grada, 2008. 224 s. ISBN 978-80-247-2429-7.
200. KATZENBACH, D.; UPHOFF, G. (2008): Werhathierwaszusagen. Überdas Paradox verordneter Autonomie. In: Mesdag, Thomas; Pforr, Ursula (Hg.): *Phänomengeistige Behinderung. Einpsychodynamischer Verstehensansatz*. Gießen: Psychosozial-Verlag
201. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 220 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
202. KLÍMA, P. *Koncepce studijního oboru a vzdělávacího programu sociální pedagogika. Závěrečná zpráva rozvojového projektu FRVŠ*. Praha: PdF UK, 1993.
203. KLUSÁČEK, K. *Bílá kniha výzkumu, vývoje a inovací v ČR*. Praha: Sociologické vydavatelství, 2008. 96 s. ISBN 978-80-86429-99-1.
204. KOCIANOVÁ, R. *Personální řízení: východiska a vývoj*. Praha: Grada, 2012. 149 s. ISBN 978-80-247-3269-5.
205. KOCUROVÁ, M. a kol. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002. 180 s. ISBN 80-7082-844-7.
206. KOFROŇOVÁ, O. *Počáteční a odborné vzdělávání v rámci celoživotního učení: syntetická studie*. Praha: Výzkumný ústav odborného školství, 1998. 36 s. ISBN 80-85118-31-9.
207. KOHNOVÁ, J. *Další vzdělávání učitelů a jejich profesní rozvoj*. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 181 s. ISBN 80-7290-148-6.
208. KOHOUTEK, R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 190 s. ISBN 978-80-210-4434-0.

209. KOLÁŘ, Z. a kol. *Výkladový slovník z pedagogiky*. Praha: Grada, 2012. 192 s. ISBN 978-80-247-3710-2.
210. KOLIBÁŠ, E., PIDRMAN, V. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. 135 s. ISBN 80-7262-2363-X.
211. KOLUCHOVÁ, J. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. 280 s. ISBN 80-7178-637-3.
212. KOMENSKÝ, J. A. *Didaktika analytická*. Praha. Do podoby současného jazyka upravila Helena Businská, 1946.
213. KOPECKÁ, I. *Psychologie*. Praha: Grada, 2011. 220 s. ISBN 978-80-247-3875-8.
214. KOPEČNÝ, P. *Logopedická intervence u osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti*. Brno: Masarykova Univerzita, 2014. 210 s. ISBN 978-80-210-7339-5.
215. KOTÁSEK, J. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice*. Praha: Tauris, 2001. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
216. KOTÍKOVÁ, J. *E-inkluzie: metodická příručka*. Praha: Mám a loca, 2014. 66 s. ISBN 978-80-905534-4-6.
217. KOVÁČOVÁ, B. *Inkluzívny proces v materských školách: začlenenie dieťaťa s "odlišnosťami" do prostredia inkluzívnej materskej školy*. Bratislava: Musica liturgica, 2010, 99 s. ISBN 978-80-970418-0-9.
218. KOVÁŘOVÁ, R. VITÁSKOVÁ-JANKŮ, K. *Postavení a kompetence speciálního pedagoga v rámci integračního procesu na běžné škole*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 60 s. ISBN 978-80-7368-548-5.
219. KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 190 s. ISBN 80-244-0991-7.
220. KOZÁKOVÁ, Z., PASTIERIKOVÁ, L., KREJČÍŘOVÁ, O. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 100 s. ISBN 978-80-244-3714-9.
221. KOZEL, R. a kol. *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada, 2006. 230 s. ISBN 80-247-0966-X.
222. KRAHULCOVÁ, B. a kol. 2002. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 185 s. ISBN 80-7290-094-3.
223. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. a kol. *Člověk - prostředí – výchova. K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 str. ISBN 80-7315-004-2.
224. KREJČÍŘOVÁ, O. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením: studijní texty*. Praha: Rytmus, 2005. 90 s. ISBN 80-903598-1-7.
225. KREJČÍŘOVÁ, D.; LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2012. 240 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
226. KREJČÍŘOVÁ, O., KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 120 s. ISBN 978-80-244-3715-6.
227. KOZÁKOVÁ, Z., KREJČÍŘOVÁ, O., MÜLLER, O. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 111 s. ISBN 978-80-244-3712-5.
228. KREJČÍŘOVÁ, O. *Metodická specifika počátečního vzdělávání jedinců s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 95 s. ISBN 978-80-244-3713-2.
229. KRHUTOVÁ, L. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 243 s. ISBN 978-80-7326-232-7.
230. KRPEC, R. *Konstruktivistický přístup k výuce kombinatoriky*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2015. 95 s. ISBN 978-80-7464-800-7.

231. KRYSTOŇ, M. a kol. *Záujmové vzdelávanie dospelých. Teoretické východiská*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2011. 132 s. ISBN 978-80-557-0211-7.
232. KRÍŽKOVSKÁ, P. a kol. *Problematika edukace osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 95 s. ISBN 978-80-244-2975-5.
233. KRÍŽKOVSKÁ, P.; TOMALOVÁ, P. a kol. 2012. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v období pozdní dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 105 s. ISBN 978-80-244-3375-2.
234. KRÍŽKOVSKÁ, P. 2015. *Poznámky k práci speciálního pedagoga – andragoga*. (Článek přijatý k recenznímu řízení redakcí Prohuman. sk)
235. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009, 239 s. ISBN 978-80-244-2315-9.
236. KUBÍČKOVÁ, H. *Dítě-rodina- instituce aneb jak neztratit budoucnost*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 116 s. ISBN 978-80-7464-017-9.
237. KUČEROVÁ, H. 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
238. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 185 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
239. KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM, 2001. 130 s. ISBN 80-214-1844-3.
240. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-246-3676-1.
241. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990. 134 s. ISBN 80-201-0019-9.
242. KYSUČAN, J. *Úvod do psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1986. 100 s.
243. LANGER, S. *Mentální retardace*. Hradec Králové: Kotva, 1996. 105 s. ISBN 80-900254-8-X.
244. LANGER, J., SOURALOVÁ, E. *Surdopedie – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 53 s. ISBN 80-244-1206-3.
245. LAUFER, H. *99 tipů pro úspěšné vedení lidí*. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2445-4.
246. LAVICKÝ, P., POLIŠENSKÁ, P. *Právní jednání*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 475 s. ISBN 978-80-7478-821-5.
247. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 235 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
248. LEČBYCH, M. *Úvod do psychoterapie pro pracovníky v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. 130 s. ISBN 978-80-244-2647-1.
249. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál, 2011. 190 s. ISBN 978-80-7367-977-4.
250. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2008. 195 s. ISBN 978-80-7367-433-5.
251. LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010, 435 stran. ISBN 978-80-7367-679-7.
252. LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. 245 s. ISBN 80-7178-801-5.
253. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. 350 s. ISBN 80-247-0668-7.
254. LENORÁKOVÁ, S., MATZNEROVÁ, I., VELEMÍNSKÝ M. Sexuální zneužívání mentálně retardovaných dětí a mladistvých. In: *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha: ELÁN, 2002. 35-45 s. ISSN: 3435-6768.

255. LEWIS, A.; NORWICH, B. *Special teaching for special children?* New York: TwoPenn Plaza, 2005. 240 s. ISBN 0-335-21405-3.
256. LINHART, J. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.
257. LIESMANN, P. K. *Teorie nevzdělanosti – Omyly společnosti vědění*. Praha: Academia, 2011. 125 s. ISBN 978-80-200-1677-5.
258. LOCKE, J. 1984. *Esej o lidském rozumu*. Praha: Svoboda, 1984.
259. LUDÍKOVÁ, L., RENOTIÉROVÁ, M. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 205 s. ISBN 80-244-1475-9.
260. LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 63 s. ISBN 80-244-1207-1.
261. LUDVÍK, F. *Dějiny defektologie*. Státní pedagogické nakladatelství, 1956.
262. LUND, N. *Intelligence a učení*. Praha: Grada, 2010. 210 s. ISBN 978-80-247-3922-9.
263. LUŽNÝ, D. a kol. *Sociální konflikty: sociologická a andragogice perspektiva*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 154 s. ISBN 978-80-244-3432-2.
264. MACHALOVÁ, M. *Psychológia vo vzdelávaní dospelých*. Bratislava: Gelrachprint, 2006. 190 s. ISBN 80-89142-07-9.
265. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 245 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
266. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a dospělosti*. Praha: Portál, 2005. 185 s. ISBN 80-247-0737-3.
267. MALACH, J. *Kapitoly z andragogiky*. Ostrava: Pedagogická fakulty Ostravské univerzity v Ostravě, 2002. 116 s. ISBN 80-7042-245-9.
268. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
269. MANDZÁKOVÁ, S. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. 130 s. ISBN 978-80-262-0502-9.
270. MAŇÁK, J., KNECHT, P. *Hodnocení učebnic*. Brno: Paido, 2007. 141 s. ISBN 978-80-7315-148-5.
271. MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7201-801-7.
272. MAREŠ, M. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nukleus, 2001. 124 s. ISBN 80-86225-19-4.
273. MAREŠ, M. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nukleus, 2002. 187 s. ISBN 80-86225-36-4.
274. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1151-6.
275. MARTÍNKOVÁ, J. *Farmakologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2007. 300 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
276. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, P., VODÁKOVÁ, A. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. 294 s. ISBN 80-7184-311-3.
277. MASH, E., WOLFE, D. *Abnormal Child Psychology*. Belmont: Wadsworth, 2002. 139 s. ISBN 0-534-55413-X.
278. MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. New York: Harper, 1954. 411 s.
279. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1999. 284 s. ISBN 80-85850-76-1.
280. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 274 s. ISBN 80-7178-549-0.
281. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál, 2014. 214 s. ISBN 978-80-262-0522-7.

282. MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. 98 s. ISBN 80-85282-83-6.
283. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
284. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2012. 260 s. ISBN 978-80-262-0202-8.
285. MATĚJŮ, P. *Bílá kniha terciárního vzdělávání*. Praha: MŠMT, 2009. 74 s. ISBN 978-80-254-4519-8.
286. MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
287. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 275 s. ISBN 80-7367-002-X.
288. MATOUŠKOVÁ, I. *Forenzní psychiatrie*. Praha: Grada, 2013. 350 s. ISBN 978-80-247-4580-0.
289. MATSON, J. L., MATSON, M. L. *Comorbid Conditions in Individuals with Intellectual Disabilities*. Louisiana: Springer, 2015. 256 s. ISBN 978-3-319-15437-4.
290. MATSON, J. L.; SEVIN, J. A. 1994. Theories of Dual Diagnosis in Mental Retardation. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1: 6 – 16“ from Ovid database.
291. MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986. 235 s. ISBN 70-077-86.
292. MAREŠ, P., HORÁKOVÁ, M. a kol. *Sociální exkluze na lokální úrovni*. Praha: VÚSPV, 2008. 75 S. ISBN 978-80-7416-014-1.
293. MAXWELL, J. C. *Cílevědomý život*. Praha: Beta, 2016. 282 s. ISBN 978-80-7306-817-2.
294. MEYERS, D. *Sociální psychologie*. Brno: Edika, 2016. 536 s. ISBN 978-80-266-0871-4.
295. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
296. MIKAUŠ, O. 2007. *Subjektivní vnímání dospělosti a vztah k rodičům v období mezi adolescencí a dospělostí*. Brno. Diplomová práce. MU Brno.
297. MILTÖHNER, M. Právní problematika sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, 2004. 34-47 s. ISBN 80-903-51-90-5.
298. MLČÁK, Z. *Prosociální chování v kontextu dispozičních faktorů osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7368-857-8.
299. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství*. Praha: Grada, 2010. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
300. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 290 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
301. MOKHTARI, M. *Persons with Disabilities and Elderly People*. Washington: IOS Press, 2003. 201 s. ISBN 1-58603-380-8.
302. MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. 195 s. ISBN 80-85931-86-9.
303. MORAVCOVÁ, K. Vzdělávací strategie OECD (celoživotní vzdělávání pro všechny). In *Kurikulum andragogiky: Sborník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Filozofická fakulta, 2003. s. 163-165. ISBN 80-244-0638-1.
304. MOSS, S.; BOURAS, N.; HOLT, G. 2008. *Mental Health Services For People With Intellectual Disability: A Conceptual Framework*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 2:97 – 107: (online). Retrieved February 2, from Blackwell Synergy.
305. MOSS, A. C., DYER, K. R. 2010. *Psychology of Addictive Behavior*. London: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-27222-4.
306. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. Praha: Triton, 2007. 236 s. ISBN 978-80-7387-032-2.

307. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
308. MURA, L. *Etika pro pomáhající profese*. Brno: Tribun EU, 2015. 125 s. ISBN 978-80-263-0812-6.
309. MUŽÍK, J. *Andragogická didaktika*. Praha: Codex Bohemia, 1998. 196 s.
310. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-252.
311. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 173. ISBN 978-80-210-5029-7.
312. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 135 s. ISBN 80-244-0207-6.
313. MÜLLER, O. *Psychopedie – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 75 s. ISBN 80-244-1204-7.
314. MÜLLER, O., VYMAZALOVÁ, E., KREJČÁŘOVÁ, O. *Speciálněpedagogická andragogika – metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 109 s. ISBN 978-80-244-3689-0.
315. MUŽÍK, J. *Androdidaktika*. Praha: ASPI, 2004. 146 s. ISBN 80-7357-045-9.
316. MUŽÍK, J. *Didaktika profesního vzdělávání dospělých*. Plzeň: Fraus, 2005. 202 s. ISBN 80-7238-220-9.
317. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
318. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
319. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
320. NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. *Strategie celoživotního učení*. Praha: MŠMT, 2008. 89 s. ISBN 978-80-245-2218-2.
321. NESLUŠANOVÁ, S., NIKLOVÁ, M. a kol. *Sociální pedagogika ve světle společenského, institucionálního a individuálního ohrožení*. Brno: Institut mezioborových studií, 2015. 1 CD –ROM. ISBN 978-80-880-10-04-3.
322. NOSKOVÁ, J. *Biografická metoda a metoda orální historie: na příkladu výzkumu každodenního života v socialismu*. Brno: Etnologický ústav, 2014. 109 s. ISBN 978-80-87112-84-7.
323. NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. 50 s. ISBN 80-8073-268-1.
324. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. s. 18. ISBN 80-7367-174-3 3.
325. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. 210 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
326. O'BRIEN, J. *A guide to life-style planning: Using the Activities Catalog to integrate services and natural support systems*. Baltimore: Books, 1987. 189 s. ISBN 0-9337-1675-3.
327. OPATŘILOVÁ, D. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 186 s. ISBN 978-80-210-6221-4.
328. OREL, M., FACOVÁ, V. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. 287 s. ISBN 978-80-247-2617-5.
329. ORTLAND, B. *Behinderung und Sexualität*. Stuttgart: Kohlhammer Druckerei, 2008. 268 s. ISBN 978-3-17-020373-0.

- 330.OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Univerzita Karlova, 2012. 287 s. ISBN 978-80-246-2109-8.
- 331.PALÁN, Z. *Výkladový slovník vzdělávání dospělých*. Praha: Daha, 1997. 159 s. ISBN 80-922232-1-4.
- 332.PALÁN, Z. *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. 199 s. ISBN 80-86723-03-8.
- 333.PALÁN, Z. *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2003. 199 s. ISBN 80-86723-03-8.
- 334.PALÁN, Z., LANGER, T. *Základy andragogiky*. Praha: UJAK, 2008. s. 95 - 96. ISBN 978-80-86723-58-7.
- 335.PALÁN, Z., RÝZNAR, L. *Vzdělávání dospělých a Evropa*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 127 s. ISBN 80-7041-879-6.
- 336.PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada, 2012. 356 s. ISBN 978-80-247-4332-5.
- 337.PAWLIK, K., ROSENZWEIG, M. R. *The International Handbook of Psychology*. London: Sage Publications, 2000. 279 s. ISBN 0-7619-5529.
- 338.PAYNE, M. What Is Professional Social Work? cit. podle JANEBOVÁ, R., 2007. Sociální práce. In KLÍMA, P. a kol. *Kontaktní práce: analogie textů České asociace streetwork*. Praha: Česká asociace streetwork, 2006. s. 75-84. ISBN 978-80-254-4001-8.
- 339.PELIKÁN, J. *Hledání těžiště výchovy*. Praha: Karolinum, 2007. 175 s. ISBN 978-80-246-1265-2.
- 340.PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. 231 s. ISBN 80-7184-569-8.
- 341.PELIKÁN, R. *Právní subjektivita*. Praha: Wolters Kluwer, 2012. 174 s. ISBN 978-80-7357-745-2.
- 342.PERHÁCS, J. *Peronalizačné a socializačné aspekty rozvoja osobnosti dospělých*. Praha: Rozlet, 2011. 157 s. ISBN 978-80-904824-4-9.
- 343.PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. 230 s. ISBN 80-247-1216-4.
- 344.PIERSON, J. *Tackling Social Exclusion*. Routledge: London, 2002. 271 s. ISBN 978-0-415-25683-4.
- 345.PIERANGELO, R., GIULIANI, G. A. *Learning disabilities: A Practical Approach to Foundations, Assessment, Diagnosis and Teaching*. Michigan: Pearson/Allyn and Bacon, 2006. 328 s. ISBN 978-0205-459-64-3.
- 346.PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Portál, 2007. 324 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- 347.PINSOF, W. M., LEBOW, J. L. *Family Psychology: The Art of the Silence*. London: Oxford, 2005. ISBN 13-978-0-19-5135557-2.
- 348.PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Sociálně pedagogické aspekty ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 1996. 136 s. ISBN 80-85931-27-3.
- 349.PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 234 s. ISBN 80-7315-120-0.
- 350.PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. 240 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- 351.PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- 352.PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na osoby s mentálním postižením*. Brno: Paido, 2014. 246 s. ISBN 978-80-210-7689-1.

353. PLAMÍNEK, J. *Tajemství motivace*. Praha: Grada, 2015. 160 s. ISBN 978-80-247-9745-8.
354. PLAMÍNEK, J. *Vzdělávání dospělých: průvodce pro lektory, účastníky, zadavatele*. Praha: Grada, 2014. 336 s. ISBN 978-80-247-4806-1.
355. POITEVIN, G. Příspěvek k metodologii a gnozeologii biografického výzkumu In. Alan, J. *Metodologie výzkumu životních drah*. Praha. Výzkumný ústav sociálního rozvoje a práce, 1989. S. 56-70.
356. POSPÍŠIL, O. *Pedagogika dospělých – andragogika: studijní text*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 218 s. ISBN 80-7290-064-1.
357. POWELL, J. W. *Barriers to Inclusion: Special Education in the United States and Germany*. New York: Tylor & Francis, 2011. 319 s. ISBN 978-1-59451-208-7.
358. POŽÁR, L. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Typy universitatis Tyrnaviensis a VEDA SAV, 2007. 198 s. ISBN 978-80-8082-147-0.
359. POŽÁR, L. *Patopsychológia – psychológia jedincov s rôznym druhom postihnutia*. Bratislava: MABAG, 2003. 190 s. ISBN 80-89113-07-9.
360. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
361. POSPÍŠIL, O. *Pedagogika dospělých-andragogika: studijní text*. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2001. 218 s. ISBN 80-247-06-71-7.
362. PRANGE, K. *Schlüsselwerke der Paedagogik*. Stuttgart: GmbH Druckerei, 2009. 250 s. ISBN 978-3-17-019607-3.
363. PREISS, M. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. 290 s. ISBN 80-7169-443-6.
364. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006. 310 s. ISBN 80-247-0843-4.
365. PREUSS, P., PAVELKOVÁ, J. *Social and Health services in Favor of the Integration of the Socially and Psychically Disadvantaged*. Trnava: Univerzita Svatého Cyrila a Metoda, 2015. 1 DVD – ROM. ISBN 978-80-905973-9-6.
366. PROCHÁZKA, R., ŠMAHAJ, J., KOLAŘÍK, M., a kol. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. 286 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
367. PROCHÁZKOVÁ, L. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. 150 s. ISBN 978-80-7392-094-4.
368. PROVAZNÍK, V. kol. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada, 2002. 226 s. ISBN 80-247-0470-6.
369. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2008. 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8.
370. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
371. PRŮCHA, J. *Vzdělávání ve školství a ve světě*. Praha, Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-290-4.
372. PRŮCHA, J. a kol. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2.
373. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002. 481 s. ISBN 80-7178-631-4.
374. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2013. 483 s. ISBN 978-80-262-0456-5.
375. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012. 286 s. ISBN 978-80-247-3960-1.
376. PRŮCHA, J. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada, 2014. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.

377. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. Praha: Portál, 2015. 270 s. ISBN 978-80-262-0872-3.
378. PRUSÁKOVÁ, V. *Základy andragogiky I*. Bratislava: Gerlach Print, 2005. 145 s. ISBN 80-89142-05-2.
379. PRUSÁKOVÁ, V., ČORNANIČOVÁ, R. *Výchova a vzdelávanie dospelých, andragogika – Terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2005. 547 s. ISBN 80-08-02814-9.
380. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice – texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 176 s. ISBN 978-80-73155-157-71.
381. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky. Vývoj člověka od 30 – 45 let*. Praha: SPN, 1977.
382. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky. Vývoj člověka od 15 do 30 let*. Praha: SPN, 1983.
383. PŘÍHONSKÁ, J. *Kombinatorické problémy: metody a struktury řešení*. Liberec: Technická univerzita, 2013. 123 s. ISBN 978-80-7494-017-0.
384. PUNCH, K. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. 278 s. ISBN 978-80-7367-468-7.
385. PUNCH, K. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2015. 230 s. ISBN 978-80-262-0980-5.
386. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. 205 s. ISBN 80-7262-140-8.
387. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. a kol. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
388. RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 186 s. ISBN 80-210-1155-6.
389. RADKOVÁ, L. *Aktuálne problémy ľudí s mentálnym postihnutím*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 80 s. ISBN 978-80-7394-185-7.
390. RÁDLOVÁ, E., a kol. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Monatex, 2004. 86 s. ISBN 80-7225-114-7.
391. RAITHER, J.; Dollinger, B.; Hörmann, G., *Einführung Pädagogik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2009. 337 s. ISBN 978-3-531-16320-8.
392. REICHEL, J. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada, 2008. 135 s. ISBN 978-80-247-2594-9.
393. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 245 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
394. REKTOROVÁ, I. a kol. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7387-017-1.
395. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
396. RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 320 s. ISBN 80-244-1475-9.
397. REYNOLDS, C. R., FLETCHER- JANZEN, E. *Encyclopedia of special education*. New Jersey: John Wiley & sons, 2007. 287 s. ISBN 0-471-68701-5.
398. RIEDLOVÁ, D. *Aktivní občan a rozvoj lokálních prostředí a regionů: studijní materiály k výukovému modulu*. Vsetín: Masarykova knihovna, 2013. 80 s. ISBN 978-80-904967-5-0.
399. RICHARDS, S., BRANDY, M., TAYLOR, R. *Cognitive and intellectuall disabilities*. New York, Routledge, 2014. 346 s. ISBN 978-80-415-83468-1.
400. ROBBINS, S. P., DECENZO, D. A. *Fundamentals of management*. Prentice Hall, New Jersey, 2001. 268 s. ISBN 80-654-765-246-1.

401. ROSENTHAL, G. *Wenn alles in Scherben fällt: Von Leben und Sinnwelt der Kriegsgeneration*. Opladen: Leske & Budrich, 1987.
402. ROSTANSKIEJ, E., KISIELA, M. *Pedagogika w służbie i dzalaniu na rzecz regionu*. Dabrova Gornizia: Wysoak szkola biznesu, 2011. 269 s. ISBN 978-83-62897-62-9.
403. ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E. *Parkinsonova nemoc*. Praha: Grada, 2009. 107 s. ISBN 978-80-7435-173-8.
404. RYMEŠ, M. *Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů*. Praha, 1985.
405. ŘÁDOVÁ, H. *Sborník souhrnných pozic v nestátních neziskových organizacích*. Praha: Comunica, 2012. 97 s. ISBN 978-80-87449-37-0.
406. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004. 289 s. ISBN 80-7178-829-5.
407. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 235 s. ISBN 80-247-1049-8.
408. ŘÍHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
409. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. 206 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
410. SALVADOR – CARULLA, L., REED, G. M., VAEZ-AZIZI, L. M. a kol. 2011. *Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for 'mental retardation/intellectual disability'* in ICD-11. *World Psychiatry*. 10:175–180.
411. SALVATORI, M. *Pedagogy: disturbing history*. Pittsburgh: University of Pittsburgh, 1996. 365 s. ISBN 0-262-11288-4.
412. SANDANUSOVÁ, A., DYTRTOVÁ, R. *Popularization of science and research in the education*. Brno: Tribun EU, 2010. 93 s. ISBN 978-80-7399-150-0.
413. SANDERSON, H., LEWIS, J. *A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-centred Practice in Health and Social Care*. London: Jessica Kingley, 2012. 240 s. ISBN 978-1-84905-194-1.
414. SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2015. 356 s. ISBN 978-80-247-9657-4.
415. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělávání, dospělost*. Praha: Portál, 2005. 187 s. ISBN 80-7178-973-9.
416. SHALOCK, R. L., LUCKASSON, R. *User's guide: Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems*. Washington: AAIDD, 2007. 289 s. ISBN 0-940-898-95-0.
417. SHALOCK, R. L., BORTHWICK-DUFFY, S., BRADLEY, V. J. a kol. *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010. 350 s. ISBN 978-19-3530-404-3.
418. SHARDLOW, S. M.; DOEL, M. *Learning to practise Social work*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002. 269 s. ISBN 1-85-302-763-4.
419. SHEERENBERGER, R. C. *A history of mental retardation*. Michigan: P. H. Brookes Pub, 1983. 208 s. ISBN 0-9337-1627-3.
420. SCHÖNEBECK, H. V. *Unterstützen statt erziehen. Die neue Eltern-Kind-Beziehung*. München: Kaesl, 1982.
421. SIBILSKI, L. *Social Aspects of Disability. Social Movements, Social Organization and Legislative Action*. Katowice: Slask, 2000. 280 s. ISBN 83-7164-217-2.
422. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2012. 219 s. ISBN 978-80-262-0217-2.
423. SOLEN. *Mezinárodní klasifikace nemocí: přehled vybraných kapitol, podkapitol, skupin pro neurologii*. Olomouc: Solen, 2011. 198 s. ISBN 978-80-87327-55-5.
424. SOLOVSKÁ, V. a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. 267 s. ISBN 978-80-262-0369-8.

425. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980.
426. SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. Praha: Grada, 2007. 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
427. SKALKOVÁ, J. *Pedagogika a výzva nové doby*. Brno: Paido, 2004. 213 s. ISBN 80-7315-060-3.
428. SKALKOVÁ, J. *Výchova a vzdělávání v kontextu soudobých globalizačních tendencí*. Pedagogika, roč. XLX, 2000, č. 1, s. 13-22.
429. SKÁKALOVÁ, T. *Sluchová vada a jejich sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. 287 s. ISBN 978-80-7435-628-5.
430. SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7435-115-0.
431. SLEZÁKOVÁ, Z. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. 268 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
432. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 135 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
433. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
434. SMÉKAL, V., PROTIVÍNSKÝ, T. a kol. *Analýza občanského vzdělávání dospělých*. Brno: Centrum občanského vzdělávání, 2010. 106 s. ISBN 978-80-5432-236-1.
435. SMÉKALOVÁ, L. *Komunitní vzdělávání v andragogickém pohledu*. Praha: Nová forma, 2015. 126 s. ISBN 978-80-7453-652-6.
436. STADELHOFER, C. Internet jako šance pro další vzdělávání?. In *Aktuální problémy vzdělávání seniorů: Sborník příspěvků z odborného semináře se zahraniční účastí dne 29. 4. 1999*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999, s. 31. ISBN 80-244-0007-3.
437. STENLEY, J., MANTHORPE, J., PENHALE, B. *Institutional abuse*. London: Routledge, 1999. 241 s. ISBN 0-415-18701-X.
438. STERNBERG, R. J., KAUFMANN, J. C. *The Evolution of Intelligence*. New York: Psychology Press, 2002. 259 s. ISBN 978-0-805-83267-9.
439. STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a metody techniky zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. 289 s. ISBN 80-85834-60-X.
440. STRNADELOVÁ, V., ZERZÁN, J. *Radost ze zdravých dětí: preventivní i léčebná strava pro celou rodinu*. Olomouc: ANAG, 2013. 230 s. ISBN 978-80-7263-835-2.
441. STROUHAL, M. *Teorie výchovy*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-8693-3.
442. SUHWEIER, H. *Geistige Behinderung*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, 2009. 190 s. ISBN 978-3-407-57221-9.
443. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 356 s. ISBN 80-85121-11-5.
444. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Slovník psychiatrických termínů*. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 458 s. ISBN 978-80-87142-03-5.
445. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999. 250 s. ISBN 80-7178-327-7.
446. SVOBODA, P. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 189 s. ISBN 978-80-244-3068-3.
447. SVOBODOVÁ, L., VELAS, M. *Testy – Andragogika a personální řízení*. Praha: Fragment, 2011. 203 s. ISBN 978-80-253-0594-2.
448. SWITZKY, I., GREENSPAN, S. *What is mental retardation?* Washington: AAMR, 2006. 230 s. ISBN 0-940898-4-2.
449. ŠANDEROVÁ, J. *Sociální stratifikace: problém, vybrané teorie, výzkum*. Praha: Karolinum, 2000. 172 s. ISBN 80-246-0025-0.

450. ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. s. 70. ISBN 80-86284-55-7
451. ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.
452. ŠERÁK, M., DVOŘÁKOVÁ, M. *Kapitoly z teorie a praxe vzdělávání dospělých*. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2009. 138 s. ISBN 978-80-213-2001-7.
453. ŠESTÁKOVÁ, I. *Sociální aspekty integrace handicapovaných do společnosti*. Praha: České vysoké učení technické, 2006. 34 s. ISBN 80-01-03542-5.
454. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada, 2015. 222 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
455. ŠIMÍČEK, V. *Právo na vzdělání*. Brno: Masarykova Univerzita, 2014. 203 s. ISBN 978-80-210-6950-3.
456. ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. *Poznávání duševního života člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-2977-9.
457. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: Karolinum, 2005. 105 s. ISBN 80-246-0992-4.
458. ŠKODA, K. *Kapitoly z dějin andragogiky*. Praha: Karolinum, 1996. 137 s. ISBN 80-7148-326-1.
459. ŠLAPAL, R. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. 289 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
460. ŠMAHAJ, J., ČAKIRPALOGLU, P. *Význam motivace v pojetí osobnosti: teoretický, výzkumný a aplikační záměr*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 70 s. ISBN 978-80-244-4790-2.
461. ŠNÝDROVÁ, I. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2165-1.
462. ŠPAČKOVÁ, A. *Umění dialogu: jak si s lidmi opravdu porozumět*. Praha: Grada, 2011. 80 s. ISBN 978-80-247-3810-9.
463. ŠPATENKOVÁ, N. *Gerontagogické intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 245 s. ISBN 978-80-7464-085-8.
464. ŠPATENKOVÁ, N. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 82 s. ISBN 978-80-244-2893-2.
465. ŠTEFAN, J., HLADÍK, J. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada, 2012. 290 s. ISBN 978-80-247-3594-8.
466. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L. a kol. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. 285 s. ISBN 978-80-246-2684-0.
467. ŠTĚRBOVÁ, D.; RAŠKOVÁ, M. a kol. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 108 s. ISBN 978-80-244-4132-0.
468. ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. 137 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
469. ŠUSTEK, P. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu*. Praha: ASPI, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6.
470. ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Praha, 1981.
471. ŠVANCARA, J. *Poruchy psychického vývoje*. Brno: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 1982.
472. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.
473. ŠVANCARA, J. *Emoce, motivace, volní procesy*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2003. 137 s. ISBN 80-86633-11-X.
474. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. 278 s. ISBN 80-7367-060-7.

475. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011. 293 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
476. ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
477. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie. Díl 3. Vývojová psychologie*. Liberec: Technická univerzita, 2002. 207 s. ISBN 80-7083-571-0.
478. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie. Díl 2. Psychologie osobnosti*. Liberec: Technická univerzita, 2006. 218 s. ISBN 80-7372-043-4.
479. TANNENBERGEROVÁ, I., KRAHULOVÁ, K. a kol. *Jak se stát férovou školou II.: Inkluzivní vzdělávání v praxi*. Brno: Liga lidských práv, 2010. ISBN 978-80-87414-02-6.
480. THEUNISSEN, G. *Paedagogik bei Geistiger Beginderung und Verhaltensauffaeligkeiten*. Regensburg: Friedrich Pustet, 2005. 256 s. ISBN 3- 7815-1366-6.
481. THIEL, M. *Etnische Fragen der „Behinderung“*. Berlin: Lit Verlag, 2014. 202 s. ISBN 978-3-643-90574-1.
482. THOROVÁ, K., JŮN, H. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo autismem*. Praha: APLA, 2012. 179 s. ISBN 987-80-87690-08-6.
483. TIGHT, M. *Education of Adults people*. The open University: Kent, 2012. 374 s. ISBN 978-0-203-80267-0.
484. TOD, D., THATCHER, J. *Psychologie sportu*. Praha: Grada, 2012. 194 s. ISBN 978-80-247-3923-6.
485. TOMÁNEK, P. *Andragogika: veda pre človeka*. Brno: Tribun EU, 2015. 121 s. ISBN 978-80-263-0776-1.
486. TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. 208 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
487. TOMCZYK, L. *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií*. Praha: Asociace institucí vzdělávání dospělých, 2015. 240 s. ISBN 978-80-904531-9-7.
488. TRANTINA, P., HAVLÍČKOVÁ, D. *Sebeevaluační nástroje aneb zhodnot' své kompetence získané při práci s dětmi a mládeží*. Praha: Comunica, 2012. 29 s. ISBN 978-80-87419-16-5.
489. TRHLÍKOVÁ, J. *Prevence a intervence předčasných odchodů ze středních škol: příručka opatření*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2015. 97 s. ISBN 978-80-7481-104-3.
490. TROJAN, V. *Pedagogický proces a jeho řízení*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. 90 s. ISBN 978-80-7478-539-9.
491. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 307 s. ISBN 80-7040-786-7.
492. TURKINGTON, C., HARRIS, J. *The Encyklopedia of Learning Disabilities*. New York, Bookworks, 2006. 308 s. ISBN 0-8160-6399-0.
493. TYRLÍKOVÁ, I., BAREŠ, M. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 295 s. ISBN 978-80-7013-540-2.
494. URBAN, L. *Sociologie trochu jinak*. Praha: Grada, 2011. 105 s. ISBN 978-80-247-3562-7.
495. ÚZIS. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz*. Praha: ÚZIS, 2012. 50 s. ISSN 1210-8693.
496. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000. 479 s. ISBN 80-7178-496-6.
497. VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 499 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

498. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. 108 s. ISBN 80-246-0841-3.
499. VÁGNEROVÁ, M. *Základy obecné psychologie*. Liberec: Technická univerzita, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7372-283-8.
500. VÁGNEROVÁ, M., HADJ- MOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 2004. 40 s. ISBN 80-7083-765-9.
501. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie a její význam v životě dospělého člověka*. Liberec: Technická Univerzita, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7372-712-3.
502. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2012. 267 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
503. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
504. VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. 293 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
505. VALENTA, J. *Didaktika osobnostní a sociální výchovy*. Praha: Grada, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-4473-5.
506. VALENTA, M., MICHALÍK, J. *Diagnostika posuzování speciálních vzdělávacích potřeb u dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 189 s. ISBN 978-80-244-3161-1.
507. VALENTA, M.; MICHALÍK, J.; LEČBYCH, M. 2012. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
508. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2009. 285 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
509. VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2013. 267 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
510. VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 1997. 89 s. ISBN 80-902057-9-8.
511. VALENTA, M. a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb – část II*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 201 s. ISBN 978-80-244-3055-3.
512. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada, 2011. 456 s. ISBN 978-80-247-3357-9.
513. VANČOVÁ, A. *Základy pedagogiky mentálně postihnutých*. Bratislava: Sapiientia, 2005. 212 s. ISBN 80-968797-6-6.
514. VANČOVÁ, A. *Inovácie v teórii, metodológii a praxeológii pedagogiky mentálne postihnutých*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. 200 s. ISBN 978-80-7464-673-7.
515. VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Praha: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 190 s. ISBN 978-80-8702-914-5.
516. VAŠEK, Š. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2006. 135 s. ISBN 80-86723-21-6.
517. VÁVROVÁ, S. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009. 1CD ROM. ISBN 978-80-7318-869-6.
518. VAVRUŠKOVÁ, M., VOZÁR, J. *Informovaný souhlas pacienta – vzory, rady, příklady*. Praha: Verlag Dashöfer, 2015. 154 s. ISBN 978-80-87963-19-7.
519. VETEŠKA, J. *Mediace a probace v kontextu sociální andragogiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 252 s. ISBN 978-80-7478-989-7.
520. VETEŠKA, J. a kol. *Nové paradigma v kurikulu vzdělávání dospělých*. Praha: Educa Service, 2009. 344 s. ISBN 978-80-87306-04-8
521. VETEŠKA, J. *Kompetence ve vzdělávání dospělých: pedagogické, andragogické a sociální aspekty*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. s. 16. ISBN 978-80-86723-98.

522. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-1770-8.
523. VETEŠKA, J., VACÍNOVÁ, T. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2011. 208 s. ISBN 978-80-7452-012-9.
524. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
525. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998. 490 s. ISBN 80-85800-81-0.
526. VOLFOVÁ, I.; KOZÁKOVÁ, Z.; VELEMÍNSKÝ, M. 2008. *Prevence sexuálního zneužívání u dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-129-1.
527. VOMÁČKOVÁ, H. *Výzkumný pohled na inkluzi a její determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2015. 240 s. ISBN 978-80-7414-933-7.
528. VLČEK, J., FIALOVÁ, D., VYTRÍSALOVÁ, M. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, 2015. 289 s. ISBN 978-80-247-3169-8.
529. VRUBEL, M. *Facilitátory a bariéry školní a sociální inkluze osob se zrakovým postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 186 s. ISBN 978-80-210-8022-5.
530. VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV. Praha: Informační centrum OSN, 2014. 15 s. ISBN 978-80-86348-24-7.
531. VYHNÁNKOVÁ, K. *Vzdělávání dospělých v České republice a Evropské unii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 136 s. ISBN 978-80-86723-46-4.
532. VYMAZAL, J. *Mimoškolní výchova a vzdělávání dospělých a její institucionální systém v ČR*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 283 s. ISBN 80-7066-104-6.
533. VYSEKALOVÁ, K., STRNAD, P. *Základy marketingu pro střední odborné školy*. Praha: Fortuna, 1997. 164 s. ISBN 80-7168-419-8.
534. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
535. WAAL, K. *Education and Care for Adolescents and Adults with Autism*. London: SAGE Publications, 2007. 283 s. ISBN 978-1-4129-2381-1.
536. WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D. a kol. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum, 2006. 290 s. ISBN 978-80-246-1020-7.
537. WAGNER, M. *Menschen mit geistiger Behinderung – Geslatler Ihrer Welt*. Wirtzburg: Universitaet, 2000. 309 s. ISBN 3-7815-1099-9.
538. WAGNEROVÁ, E. *Listina základních práv a svobod*. Praha: Wolters Kluwer, 2012. 906 s. ISBN 978-80-7357-750-6.
539. WALMSLEY, J., JOHNSON, K. *Inclusive Research with People with Learning Disabilities*. New York: Jessica Kingsley Publishers, 2003. 253 s. ISBN 1-84310-061-4.
540. WILSON, C. A. *No one is too old to learn: Neuroandragogy: A theoretical perspective on adult brain functions and adult learning*. New York: iUniverse, 2006. 374 s. ISBN 13: 978-0-595-83148-7.
541. WECHSLER, D. *The Measurement of Adult Intelligence*. New York: Read Books, 2007. 168 s. ISBN 978-1406-73472-0.
542. WESTWOOD, P. *Learning and learning difficulties*. Victoria: ACER Press, 2004. 256 s. ISBN 0-8463-1769-7.
543. WILLIAMS, P., EVANS, M. *Social Work with People with Learning Difficulties*. London: Printgroup, 2013. 197 s. ISBN 978-1-44626-756-1.
544. WINKLER, M. *Kritik der Paedagogik: Sinn der Erziehung*. Stuttgart: GmbH Druckerei, 2006. 294 s. ISBN 13: 978-3-17-017891-5.

545. WHITE, S. W. *Social Skills Training for Children with Asperger Syndrome and High Functionin Autism*. New York: Spring Street, 2011. 177 s. ISBN 978-1-609-18-209-0.
546. ZACHOVÁ, V. a kol. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
547. ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*. Praha, 1939.
548. ZEMKOVÁ, J. Celoživotní vzdělávání – vyšší kvalita života osob s mentálním postižením In *S fotoaparátem za poznáním*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 2003. s. 22-33. ISBN 80-211-0445-7.
549. ZEZULKOVÁ, D. *Kruh mladých: příběhy mladých lidí z náhradní rodinné péče*. Praha: Powerprint, 2015. 90 s. ISBN 978-80-87994-57-3.
550. ZIMMER, C. *Jak se duše stala tělem. Výzkum mozku mění svět*. Praha, Galén, 2006. 138 s. ISBN 80-7262-332-X.
551. ZMEJOV, S. I. *Andragogika: osnovy teorii, istorii i tehnologii obuchenija vzroslyh*. Moskva: Nove Znania, 2007. 258 s. ISBN 90-432-567-886-9.

Internetové zdroje a legislativní zdroje

1. AMNESTY INTERNATIONAL. *Lidská práva*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 01-01]. Dostupné z WWW:< <http://www.lidskaprava.cz/student/uvod-do-lidskych-prav>>.
2. AAACE Journal: *Characteristics of adult learners with implications for online learning design*. [online]. New York, 2003, 16(2) [cit. 2016-09-29]. ISSN 879-67-653-0. Dostupné z WWW:< <http://www.learningdesing.com>>.
3. ANDROMEDIA. *Učení je skryté bohatství*. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:< <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/celoživotni-uceni-vzdelavani>>.
4. The ARC. *Intellectual disability*. c2012. [cit. 2015 – 01-04]. Dostupné z WWW:<<http://thearcofnyorkcounty.org/mr.asp>>.
5. The ARC. *Genetic causes of Mental Retardation*. c2012. [cit. 2015 – 01-04]. Dostupné z WWW:<<http://thearcofnyorkcounty.org/mr.asp>>.
6. AAIDD. *Intellectual and Developmental disabilities*. c2013. [cit. 2015-05-05]. Dostupné z WWW:<aaidd.org>.
7. ATKINSON, D. *Research and empowerment: involving people with leasing difficulties in oral and life history research*. New York: Disability and Society, 2004. s. 35-47. [online]. c2016. [cit. 2016 – 07-07]. Dostupné z WWW:< <http://www.tandfonline.com/research>>.
8. ATKINSON, D., WALMSLEY, J. *Using Autobiographical Approaches with People with Learning Difficulties*. New York: Disability and Society, 1999. s. 55-69. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-01]. Dostupné z WWW:< <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0968759876432>>.
9. BÁNOVEC, L. *Dokumenty o dalším vzdělání a celoživotním učení*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 09-03]. Dostupné z WWW:<<http://msmt/dokumentyodalsimvzdelavani.cz>>.
10. BARNES, C., MERCER, G. *Theorising and researching disability from a social model perspective*. In: *Implementing the Social Model of Disability*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 02-06]. Dostupné z WWW:<<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Barnes-implementing-the-social-model-chapter-1.pdf>>.
11. CEREBRUM. *Program*. [online]. c2015. [cit. 2015 – 02-01]. Dostupné z WWW:<<http://cerebrum.underweb.cz/program.htm>>.
12. COUNCIL OF EUROPE. *Social cohesion*. [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW:<[http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/socsp/Rec\(2006\)5%20Czech%20Republic.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/socsp/Rec(2006)5%20Czech%20Republic.pdf)>.
13. CROMBY, J., STANDEN, P., BROWN, D. *The potentials of virtual environments in the education and training of people with learning disabilities*. London. *Journal of*

- Intellectual Disability Research, 1996. 489 – 512 s. ISSN 8765-4433. [online]. c2016. [cit. 2016– 12-03]. Dostupné z WWW:< https://www.researchgate.net/profile/John_Cromby/publication/14204587_The_potential_s_of_virtual_environments_in_the_education_and_training_of_people_with_learning_disabilities/links/09e4150f3c6dc1d0f2000000.pdf>.
14. CROW, L. Including all of our Lives: Renewing the Social Model of Disability. [online]. c2016. [cit. 2016– 07-03]. Dostupné z WWW: <<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Crow-exploring-the-divide-ch4.pdf>>.
 15. ČESKÁ LIGA PROTI EPILEPSII. *Etiologie a prevalence epilepsie*. c2015. [cit. 2015-01-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.clpe.cz/>>.
 16. DOBROMYSL. *Zavřete ústavy* [online]. c2002-2009 [cit. 2009-12-12]. Dostupný z WWW:<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1039>>.
 17. DOBROMYSL. *Právo a lidí s postižením*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-08]. Dostupné z WWW:< <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>>.
 18. DURECOVÁ, K. *Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků*. [online]. c2004. [cit. 2013-20-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000252.pdf>>.
 19. E-PEDAGOGIUM: *Pojetí obecné pedagogiky na PdF UP v Olomouci od 80. let 20. století po současnost*[online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014, (3) [cit. 2016-09-25]. ISSN 1213-7499. Dostupné z: http://www.pdf.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF/e-pedagogium/2014/e-Pedagogium_3-2014_online.pdf#page=65.
 20. ERUDIOPATRIA. *Je andragogika opravdu věda: Problematika dalšího vzdělávání a pozice zájmového vzdělávání v něm*. [online]. Ostrava: Erudo Partia, 2015 [cit. 2016-09-25]. Dostupné z WWW: <<http://erudiopatria.cz/wp-content/uploads/2015/10/andragogika-sbornik-UJAK-2015.pdf>>.
 21. EVROPSKÁ KOMISE. Memorandum o celoživotním učení. Brusel: Evropská komise, 2010. [online]. c2016. [cit. 2016-09-25]. Dostupné z WWW:< <http://www.nuv.cz/uploads/Periodika/ZPRAVODAJ/2001/ZP01PIIa.pdf>>.
 22. EVROPSKÁ UNIE. *Přístup k dokumentům*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-03]. Dostupné z WWW:< https://europa.eu/european-union/documents-publications/official-documents_cs>.
 23. FREISTAAT SACHSEN.*Sächsisches Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung*. [online]. c2013. [cit. 2013-08-01]. Dostupný z WWW: <www.bmfsfj.de/dokumentation-des-workshops>.
 24. GAJAR, Anna. *Adults with Learning Disabilities: Current and Future Research Priorities* [online]. Virginia, 1992 [cit. 2016-09-29]. Dostupné z WWW: <<http://ldx.sagepub.com/content/25/8/507.short>>. Dizertační práce. University Park.
 25. GOODLEY, D. *Tales of Hidden Lives: A critical examination of life history research with people who have learning difficulties*. New York: Disability and Society, 1996. s. 35-40. [online]. c2016. [cit. 2016 – 07-07]. Dostupné z WWW: :< <http://www.tandfonline.com/critical-examination>>.
 26. GRUNEWALD, K. *Zavřete ústavy pro mentálně postižené*. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:< [kvalitavpraxi.cz/res/ data/001/000182.pdf](http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf)>.
 27. GUILLEMIN, M. / GILLAM, L: Etika, reflexivita a "eticky důležité okamžiky" ve výzkumu. *Biograf* (35). [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:< <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=3502>>.
 28. GURA, T. *Big plans for little brains*. Proquest: Medical Library 2011. 153 s. ISBN 987-80-654-876-1. [online]. [cit. 2015 – 01-03] Dostupné z WWW:< [nature.com/nature/journal/v435/n7046/full/4351156a.html](http://www.nature.com/nature/journal/v435/n7046/full/4351156a.html)>.

29. HALL, E. *Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities*. London: Journal of Intellectual Disability Research, 2012. s. 48–57. [online]. [cit. 2016 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20586884>>.
30. HANZALÍKOVÁ, V. Etika vo výskume sociálnej práce. In: KAPPL, M., M. SMUTEK a Z. TRUHLÁŘOVÁ. *Etika sociální práce* [online]. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, s. 255-266 [cit. 2016-10-01]. Dostupné z WWW: http://www.prohuman.sk/files/Sbornik_Etika_socialni_prace_2009.pdf>.
31. HARBOUR, C. K., MALIK, P. K. History of Intellectual Disability In STONE, J. H., BLOUIN, M. *International Encyclopedie of Rehabilitation*. [online]. c2008-2015. [cit. 2014 – 11-11]. Dostupné z WWW: <<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/143/>>.
32. HODOUŠOVÁ, J. *Vzdělávání dospělých osob se zdravotním postižením* [online]. České Budějovice, 2009 [cit. 2016-10-01]. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/wytq7b/downloadPraceContent_adipIdno_13560>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce ŠVESTKOVÁ Renata.
33. HOMOLOVÁ, K. *Q-metodologie a sémantický diferenciál v pedagogickém výzkumu (nejen) dětského čtenářství*. [online]. c2006. [cit. 2013-04-01]. Dostupný z WWW:<http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/56/>.
34. HOURCADE, J. *Mental retardation*. [online]. c2015. [cit. 2015 – 04-07]. Dostupné z WWW: <http://clsf.info/Articles/mental_retardation_definition.htm>.
35. HRABĚTOVÁ, J. Kriminální jednání a mentální retardace. *Kontakt: Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2009, (2): 173 - 178 [cit. 2015-08-04]. ISSN 1804–7122. Dostupné z WWW: <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120411101848285645.pdf>>.
36. INCLUSION EUROPE. *Kruhy podpory*. [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW:<http://www.inclusion-europe.com/topside/cs/site_content/63-communication/489-kruhy-podpory>.
37. INCLUSION EUROPE. *Respect, solidarity and inclusion*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 07-03]. Dostupné z WWW:<<http://inclusion-europe.eu/?lang=pl>>.
38. INCLUSION EUROPE. *Position paper Poverty and Intellectual Disabilities*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 07-03]. Dostupné z WWW: <http://inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2015/03/4.PP_Poverty_FINAL.pdf>.
39. INKLUZE. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 02-09]. Dostupné z WWW:<http://www.inkluze.cz/_upload/umluva-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim.pdf>.
40. INTELLECTUAL DISABILITIES. *The Montreal Declaration on Intellectual Disabilities*. [online]. c2013. [cit. 2013-07-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.bangkok-id-conference.org/ressources/preparatory-documents/tuesday-november-6-right-to-health/the-montreal-declaration-on-intellectual-disabilities/view>>.
41. *Journal Disability & Society: Social capital, social inclusion and services for people with learning disabilities* [online]. London, 2003, 19(10) [cit. 2016-09-29]. ISSN 879-98-654-0. Dostupné z WWW: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/>.
42. KLIMEŠ, J. *Svět mentálně retardovaných*. [online]. c2007. [cit. 2013-18-02]. Dostupný z WWW: <<http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/retardace.htm>>.
43. KRÍŽKOVSKÁ, P. *Vzdělávání žáků s mentálním postižením. Šance Dětem* [online]. Praha, 2013 [cit. 2015-08-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-mentálním-postizenim.shtml>>.

44. KRÍŽKOVSKÁ, P. Dostupnost zařízení sociálních služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením v České republice. [online]. c2016 [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/dostupnost-zarizen-socialnich-sluzeb-pro-dospele-osoby-s-mentalnim-postizenim-ve-veku-nad-45let-v-cr>>.
45. KRÍŽKOVSKÁ, P. *Vybrané poznámky k oblasti diagnostiky dospělých osob s mentálním postižením*. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/vybrane-poznamky-k-oblasti-diagnostiky-dospelych-osob-s-mentalnym-postizenim>>.
46. LEARNING DISABILITIES. *Supporting mutual caring*. [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW:<http://www.learningdisabilities.org.uk/content/assets/pdf/publications/supprtning_mutual_caring.pdf>.
47. MÁME OTEVŘENO. *Mezinárodní liga společností pro osoby s mentálním postižením*. [online]. c2015. [cit. 2015 – 04-09]. Dostupné z WWW: <www.mameotevreno.cz>.
48. MC CONKEY, R. *Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-09]. Dostupné z WWW:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17300416>>.
49. MIKOLAJEWKA, E., MIKOLAJEWSKI, D. *E-learning in the Education of People with Disabilities Zdalne nauczanie w edukacji osób niepełnosprawnych*. Adv Clin Exp Med 2011, 20, 1, 103–109 s. [online]. c2010. [cit. 2013-18-01] ISSN 1230-025X Dostupné z WWW:<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.2204&rep=rep1&type=pdf>>.
50. MILNER, P., KELLY, B. *Community participation and inclusion: people with disabilities defining their place*. New York: Disability and Society, 2008. s. 47-62. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687590802535410?src=recsys>>.
51. MPSV. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf>.
52. MPSV. *Evropská sociální charta*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>>.
53. MŠMT. *Vyhláška č. 27/2016*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-05]. Dostupné z WWW:<<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27#cast3>>.
54. MŠMT. *Zákon č. 561/2004*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-05]. Dostupné z WWW:<<http://www.msmt.cz/%C5%A1kolskyzakon.pdf>>.
55. MŠMT. *Vyhláška č. 48/2005*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-05]. Dostupné z WWW:<<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-48-2005-sb-1>>.
56. MŠMT. *Novela 2016*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-09]. Dostupné z WWW:<<http://www.msmt.cz/novela2016.pdf>>.
57. MUNIMEDIA. *Ani děti, ani dospělí*. [online]. c2010. [cit. 2013-18-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.munimedia.cz/prispevek/ani-deti-ani-dospeli-tak-se-podle-vedcu-z-masarykovy-univerzity-citi-dnesni-dvacatnici-4663/>>.
58. NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. *Memorandum o celoživotním učení*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.nuv.cz/uploads/Periodika/ZPRAVODAJ/2001/ZP01PIIa.pdf>>.
59. NEW PATS TO INCLUSION. *Mapa vztahů*. [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW:<<http://personcentredplanning.eu/trainingpack/index.php/cs/2011-12-15-16-46-53/relationship-circles-cz>>.

60. OLIVER, M. *Capitalism, Disability and Ideology: A materialist critique of the normalization principle*. 1999. [online]. c2016. [cit. 20105 – 04 - 15]. Dostupný z WWW: <<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Oliver-cap-dis-ideol.pdf>>.
61. PARTINGTON, K. *What do we mean by our community?* [online]. c2016. [cit. 2016– 02- 03]. Dostupné z WWW:< <http://jid.sagepub.com/content/9/3/241.abstract>>.
62. PETIŠKOVÁ, M. *Poznámky psychiatrovky k problematice mentální retardace*. [online]. c2007. [cit. 2015-07-07]. Dostupné z WWW:<<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/017/002055.pdf>>.
63. PIKALOVÁ, I., KRAHULOVÁ, K. *Lidská práva a vzdělání*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.respektneboli.eu/zaci-a-studenti/materialy/liska-prava-a-vzdelani>>.
64. POHODA. *Poslání a vize*. [online]. c2014. [cit. 2014-08-01]. Dostupný z WWW: <<http://pohoda-help.cz/o-nas/poslani-a-vize/>>.
65. PRÁCEPROZP. *Vliv mentálního postižení na pracovní uplatnění*. [online]. c2011. [cit. 2014-08-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.praceprozp.cz/zamestnavani-ozp/co-je-zdravotni-postizeni/691-1-5-vliv-mentalniho-postizeni-na-pracovni-uplatneni>>.
66. PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita lidí s mentálním postižením* [online]. 1. 12. 2005. In Slněčnice, 2002, č.4. [cit. 3. května 2006] <http://www.dobromysl.cz> .
67. PRIESTLEY, M. *Constructions and Creations: idealism, materialism and disability theory*. Disability & Society. 1998, Vol. 13, No. 1, s. 75 – 94. ISSN 8076-3479. [online]. c2016. [cit. 2016-08-01].
68. PSYCHIATRIENVERBUND. *Menschenmitbehinderungim Alter*. [online]. c2013. [cit. 2013-05-01]. Dostupný z WWW: <http://www.lwl.org/psychiatrieverbund/download/pdf/LWL_Broschuere_MmBiA.pdf>.
69. REIF, H. B. *Social skills and Adults with Learning Disabilities*. [online]. c2015. [cit. 2014-05-01]. Dostupné z WWW:< <http://www.ldonline.org/article/6010?theme=print>>.
70. SEIFERT, M. Lebenssituationen von MenschenmitschwerenundmehrfachenBehinderungen - imErwachsenenalter. [online]. c2004. [cit. 2013-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.beb-ev.de/files/pdf/berlin2004/seifert.pdf>>.
71. SEXTON, D.; SNYDEROVÁ, P.; WADSWORTHOVÁ, D. a kol. *Applying Q-methodology to investigations of subjective judgments of early intervention effectiveness*. [on line]. 1998 [cit. 4. 3. 2008]. Dostupné z WWW: <<http://www.qmethodology/research.com>>.
72. SPMP. *Osamostatňování lidí s mentálním postižením – celoživotní proces*. [online]. c2014. [cit. 2012-06-08]. Dostupný z WWW: <http://www.smpcr.cz/uploaded/Osamostatnovani%20lidi%20s%20mentalnim%20postizenim_celozivotni%20proces.pdf>.
73. SPMP. *Sebaobhajovanie – jako na to*. Bratislava: Združenie pro pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v Slovenskej republike, 2004. 113 s. ISBN 80-969077-2-7.
74. STOREY, K., CERTO, N. *Natural supports for increasing integration in the work place for people with disabilities: A review of the literature and guidelines for implementation*. [online]. c2016. [cit. 2016-06-08]. Dostupné z WWW:< <http://eric.ed.gov/?id=EJ542357>>.
75. SUCHOPÁRKOVÁ, R. *Regionální program zaměstnanosti jako prevence sociální exkluze u mentálně postižených osob* [online]. Brno, 2013 [cit. 2016-10-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/365780/fss_b/Bakalarska_diplomova_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Miroslav Suchanec.
76. ŠESTÁK, J. *Chráněná dílna*. [online]. c2007. [cit. 2013-08-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.anezka-tyrn.cz/file.php?nid=3654&oid=663280>>.

77. TOUŠEK, M. *Sociální vyloučení a prostorová segregace*. [online] c2013.[cit. 2013-02-12]. Dostupné z WWW: <<http://antropologie.zcu.cz/clanek/socialni-vylouceni-a-prostorova-segregace/>>.
78. UNESCO. *Learning to be*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 05-03]. Dostupné z WWW:< http://www.unesco.org/education/pdf/15_60.pdf>.
79. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-05]. Dostupné z WWW:< <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/npo93.pdf>>.
80. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní plán rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 06-05]. Dostupné z WWW:< https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/aktuality/narodni-plan-podpory-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2015_2020-126822/>.
81. VELEMÍNSKÝ, M., ČAPKOVÁ, M. *Prevence úrazů a otrav u dětí, dospělých a seniorů*. [online]. c2002 – 2015. [cit. 2015 – 07-07]. Dostupné z WWW: <http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/modules/external/index.php?kod_kurzu=kpk_7515>.
82. VÍTOVÁ, K. *Práva mentálně postižených rodičů*. [online]. c2007 - 2014. [cit. 2014-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.azrodina.cz/4078-prava-mentalne-postizenych-rodicu>>.
83. WENN BEHINDERTE KINDER ERWACHSEN WERDEN. *Erwachsensein*. [online]. c2013. [cit. 2013-18-01]. Dostupný z WWW: <http://www.mkk.de/cms/media/pdf/aemter_1/gesundheitsamt/gbe_1/betreuertag/Vortrag_Kuebler.pdf>.
84. WHITEHOUSE, R. a kol. *Increasing social interactions for people with more severe learning disabilities who have difficulty developing personal relationships*. London: Journal of Intellectual Disability, 2001. s. 209-220. ISSN 1744-6309. [online]. c2016. [cit. 2016-18-01]. Dostupné z WWW:< <http://jid.sagepub.com/content/5/3/209.abstract>>.
85. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
86. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v platném znění
87. Zákon č. 155/1955 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.
88. Zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, v platném znění
89. Zákon č. 561/2004 Sb., v konsolidovaném znění platném od 1. 9. 2016
90. Zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, v platném znění
91. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění
92. Vyhláška č.174/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73 /2005 Sb., o vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v platném znění
93. Vyhláška č. 116/ 2011 Sb., kterou se mění vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění

GRANTOVÁ PODPORA PRÁCE A SEZNAM PUBLIKOVANÝCH ČÁSTÍ PRÁCE

Části této práce byly publikovány v:

KŘÍŽKOVSKÁ, P. Faktoriální kritéria edukace dospělých osob s mentálním postižením. Olomouc, IX. *Ročník mezinárodní studentské vědecké konference, 2010.*

KŘÍŽKOVSKÁ, P. Proměny rodiny z hlediska speciální pedagogiky. Dospělý člověk s mentálním postižením v kontextu vlastní rodiny. Slezská univerzita Opava, *Rodina z pohledu pedagogického, psychologického, speciálněpedagogického, andragogického, 2010.*

KŘÍŽKOVSKÁ, P. Reálné možnosti edukace u dospělých osob s mentálním postižením. Olomouc, XII. *Mezinárodní konferenci k problematice osob se specifickými potřebami, VII. Mezinárodní dramaterapeutickou konferenci, 2010.*

KŘÍŽKOVSKÁ, P. Problematika následné edukace dospělých osob s mentálním postižením v období střední a pozdní dospělosti. Olomouc, VIII. *Ročník mezinárodní studentské vědecké konference, 2011.*

KŘÍŽKOVSKÁ, P. a kol. Problematika edukace osob s mentálním postižením. Olomouc: UP Olomouc, 2011. 87 s. ISBN 978-80-244-2975-5.

KUNHARTOVÁ, M., KŘÍŽKOVSKÁ, P. *Facilitační a stimulační techniky.* Olomouc: UP Olomouc, 2012. Elektronický zdroj. ISBN 987- 80-244-3365-3.

KŘÍŽKOVSKÁ, P., TOMALOVÁ, P. a kol. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti.* Olomouc: UP Olomouc, 2012. 128 s. ISBN 978-80-244-3375-2.

KŘÍŽKOVSKÁ, P.; MÜLLER, O. *Factorial Criteria of Education of Adults with Learning Disability: Dependant Perspective.* Elektronický zdroj. Prohuman. sk., 2013. ISSN 13338-1415.

KŘÍŽKOVSKÁ, P., TOMALOVÁ, P. *Dostupnost zařízení sociálních služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením ve věku nad 45 let v České republice.* Elektronický zdroj. Prohuman. sk., 2013. ISSN 13338-1415.

KŘÍŽKOVSKÁ, P. Oblast edukace dospělých osob s mentálním postižením v období střední a pozdní dospělosti Místo konání: Prešov, *Študent na cestě k praxi II, 2013.*

KŘÍŽKOVSKÁ, P. *Vybrané poznámky k oblasti diagnostiky dospělých osob s mentálním postižením.* Elektronický zdroj. Prohuman. sk., 2014. ISSN 13338-1415.

KŘÍŽKOVSKÁ, P. in MÜLLER, O., a kol. *Terapie ve speciální pedagogice.* Terapeut a klient. Praha: Grada, 2014. 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

KŘÍŽKOVSKÁ, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením.* Elektronický zdroj. Šance dětem, 2015.

Práce vznikla za podpory grantů:

Specifická grantová soutěž UP Olomouc: Problematika následné edukace dospělých osob s mentálním postižením v období střední a pozdní dospělosti - 2011 (hlavní řešitel)

Specifická grantová soutěž UP Olomouc: Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v období pozdní dospělosti - 2012 (hlavní řešitel)

IGA UP Olomouc: Evaluace a verifikace aktuálně konstruovaných nástrojů speciálněpedagogické diagnostiky – 2014 (spoluředitel)

ANOTACE

Jméno a příjmení: Mgr. et Mgr. Petra Křížkovská

Název práce: Vybrané aspekty edukace dospělých osob s mentálním postižením

Název práce v anglickém jazyce: Selected aspects of the education of adults with learning disabilities

Školitel:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Obor:	Speciální pedagogika
Počet stran:	236
Počet užitých informačních zdrojů:	644 celkem
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2016

Klíčová slova: Dospělost, člověk s mentálním postižením, edukace

Rešerše publikovaných prací na téma týkající se významu edukace pro dospělé osoby s mentálním postižením poukázala na jeho absenci v české odborné literatuře. Na tomto základě byly stanoveny cíle dizertační práce. Hlavním cílem bylo charakterizovat význam edukace na vliv sociálních kompetencí dospělých osob s mentálním postižením. Dále postoje a názory od zákonných zástupců a odborníků na dané téma. V práci je popsán vliv vybraných aspektů edukace na život dospělých osob s mentálním postižením. Konkrétně jde o aspekty sociální, aspekty právní a prvek motivace.

Pro získání validních dat byl využit primárně kvalitativní výzkum v kombinaci s kvantitativním přístupem. Výzkumný soubor tvořily dospělé osoby s mentálním postižením, jejich zákonní zástupci a odborníci.

Výsledky ukázaly význam edukace jako stěžejního faktu pro nabytí, udržení sociálních rolí dospělého člověka. Proto je nezbytné její permanentní působení, avšak individualizované. Dále výsledky detekovaly limity v jejím zajištění ze strany odborníků (plán, struktura, zajištění, koncept), stejně jako zákonných zástupců (nespokojenost a zároveň neangažovanost). Jako vhodné se jeví zajištění dalšího vzdělávání pro odborníky společně s navázáním spolupráce se zákonnými zástupci. Zákonní zástupci vyjádřili svou nespokojenost s poskytovanými edukačními aktivitami, avšak rovněž oni by měli přijmout zodpovědnost na tento aspekt.

SUMMARY

A search for published works considering the meaning of education for adult people with LD has shown its absence in Czech professional literature. On this basis I set the goals of my final work. The main goal was to characterize the meaning of education to the influence of social competences of adult people with LD. Its concrete aspects are social, legal and the element of motivation.

For obtaining of valid data was primarily used qualitative research in combination with quantitative access. The explorative complex was created by adult people with LD, their legitimate representatives and the experts.

The results were showing the meaning of education as a principal fact for gaining, maintaining of social role of adult human being. That is why its permanent influence is so necessary, however it is demanding to be an individual one. Furthermore the results were revealing the limits in its securing from the side of specialists (plan, structure, securing, koncept), as well as from the side of legal representatives (dissatisfaction and at the same time disinvolvement). As suitable appears securing of further education for specialists together with building up cooperation with legal representatives. The legal representatives declared their dissatisfaction with offered educational activities, however they also should accept the responsibility for this aspect.

RESÜMEE

Die Recherche von publizierten Aufsätzen auf das Thema der Bedeutung von Erwachsenenbildung wies daran, dass es dessen Mangel in tschechischer Fachliteratur befindet. Auf dieser Basis wurden die Ziele der Doktorarbeit gesetzt. Es war das Hauptziel, die Bedeutung der Bildung für den Einfluss der sozialen Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Des Weiteren die Einstellungen und Ansichten der gesetzlichen Vertreter und der Fachleute auf das obengenannte Thema. In der Doktorarbeit wird der Einfluss von ausgewählten Aspekten der Bildung auf das Leben von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung beschrieben. Ganz konkret handelt es sich um die soziale Aspekte, rechtliche Aspekte und das Faktor der Motivation.

Für das Gewinnen von gültigen Daten wurde primär eine qualitative Forschung in der Kombination mit dem quantitativen Zugang ausgenutzt. An der Forschungsgruppe nahmen erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und deren gesetzliche Vertreter sowie die Fachleute teil.

Die Ergebnisse zeigten die Bedeutung der Bildung als einen Schwerpunkt für das Erwerben, die Bewahrung der Sozialrollen bei erwachsenen Menschen. Deshalb ist auch eine permanente Wirkung nötig, jedoch individualisiert. Des Weiteren wiesen die Resultate an, die Limite bei der Gewährleistung aus der Seite von Fachleuten (Plan, Struktur, Gewährleistung, Konzept), sowie aus der Seite der gesetzlichen Vertreter (Unzufriedenheit und zu derselben Zeit die Unbetätigung). Als geeignet erscheint die Gewährleistung von Weiterbildung für Fachleute gemeinsam mit Bindung an Zusammenarbeit mit gesetzlichen Vertretern. Gesetzliche Vertreter drückten ihre Unzufriedenheit mit gewährleisteten Bildungsaktivitäten aus, aber zugleich sollten sie die Verantwortung für diesen Aspekt annehmen.

Příloha č. 1: Biografický list

Biografický list

- Jméno a příjmení
- Místo narození
- Rodiče
- Sourozenci

Dětství

- Místo pobytu
- Edukace (vzdělávání a výchova)
- Sociální vztahy (přátelství, rodinné vazby)
- Volnočasové aktivity
- Hry

Dospívání

- Místo pobytu
- Vzdělávací cesta
- Sociální vztahy (přátelství, rodinné vazby)
- Jiné povinnosti
- Volnočasové aktivity
- Důležité okamžiky

Dospělost

- Nové role a povinnosti

- Místo pobytu
- Edukace
- Sociální vztahy (přátelství, rodinné vztahy)
- Významné osobní zážitky

Současnost

- Nové role a povinnosti
- Místo pobytu
- Edukace
- Sociální vztahy (přátelství, rodinné vztahy)
- Významné osobní zážitky

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

MP – mentální postižení

MR – mentální retardace

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

SPANDR – Speciálněpedagogická andragogika

LMR – Lehká mentální retardace

CŽV – celoživotní vzdělávání

CŽU – celoživotní učení

STM – Středně těžká mentální retardace

ZP – zdravotní postižení

ID – intellectual disability

DSM – IV, V Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

- Tabulka č. 1: Přehled nejčastějších komplikací a možnosti jejich ovlivnění
- Tabulka č. 2: Přehled celoživotní prevalence vybraných onemocnění
- Tabulka č. 3: Problémy spojené s dospělostí osob s MP
- Tabulka č. 4: Obyvatelé zařízení sociálních služeb ve Spolkové republice Německo ve vyšším věku
- Tabulka č. 5: Přehled studijních oborů vzhledem k pojetí SPANDR (stav k 1. 5. 2016)
- Tabulka č. 6: Pracujete v kraji:
- Tabulka č. 7: Jste:
- Tabulka č. 8: Nyní prosím vyberte typ zařízení, ve kterém pracujete.
- Tabulka č. 9: Jste...
- Tabulka č. 10: Váš rodinný příbuzný s MP je ...
- Tabulka č. 11: Diagnóza u Vašeho rodinného příbuzného zní...
- Tabulka č. 12: Edukace
- Tabulka č. 13: Sociální kompetence
- Tabulka č. 14: Věk
- Tabulka č. 15: Motivace
- Tabulka č. 16: Edukace
- Tabulka č. 17: Sociální kompetence
- Tabulka č. 18: Věk
- Tabulka č. 19: Motivace
- Tabulka č. 20: Váš rodinný příbuzný s MP spadá do věkové kategorie...
- Tabulka č. 21: Váš rodinný příbuzný s MP žije ...
- Tabulka č. 22: Považujete obecně edukaci (výchovu a vzdělávání) v dospělém věku za důležitou?
- Tabulka č. 23: Jak moc považujete v rámci edukace (výchovy a vzdělávání) u dospělého člověka s MP za důležité teoretické znalosti?
- Tabulka č. 24: Absolvoval Váš rodinný příslušník s MP povinnou školní docházku?
- Tabulka č. 25: Povinná školní docházka byla absolvovaná...
- Tabulka č. 26: Kam po absolvování školy Váš rodinný příslušník s MP pokračoval?
- Tabulka č. 27: Účastní se v současné době Váš rodinný příslušník edukačních aktivit
- Tabulka č. 28: Na co konkrétně jsou edukační aktivity zaměřeny?
- Tabulka č. 29: Jsou edukační aktivity zaměřeny více teoreticky nebo prakticky?
- Tabulka č. 30: Jste s edukačními aktivitami spokojena?
- Tabulka č. 31: Máte pocit, že nabízené edukační aktivity prohlubují jeho/její dovednosti?
- Tabulka č. 32: Pokud zvolíte odpověď naprosto ano, prosím uveďte, v čem konkrétně jsou dovednosti prohlubovány
- Tabulka č. 33: Měl by být další rozvoj jedince součástí dospělého věku?
- Tabulka č. 34: Prosím, uveďte, co považujete za důležité při edukaci dospělých osob s MP.
- Tabulka č. 35: Co si myslíte, že edukační aktivity přináší dospelým osobám s MP?

Tabulka č. 36: Máte pocit, že jsou edukativní aktivity, nabízené dospělým osobám s MP přínosné pro běžný život?

Tabulka č. 37: Pokud zvolíte zápornou odpověď, můžete zde uvést, co konkrétně chybí, případně, co by bylo vhodné doplnit.

Tabulka č. 38: Máte pocit, že edukativní aktivity mohou sloužit jako ochrana před zneužitím ze strany společnosti?

Tabulka č. 39: Délka Vaší praxe s dospělými osobami s MP činí:

Tabulka č. 40: Ve Vašem zařízení jsou poskytovány edukační aktivity. Jaké věkové kategorie osob jsou určeny?

Tabulka č. 41: Myslíte si, že je edukace u dospělých osob s MP přínosná?

Tabulka č. 42: Jakého tématu se edukační aktivity týkají?

Tabulka č. 43: Termín edukace je nejčastěji v odborné literatuře vysvětlován jako výchova a vzdělávání. Co by mělo podle Vás v dospělém věku u dospělých osob s MP převažovat?

Tabulka č. 44: Edukace u dospělých osob s MP má být orientována:

Tabulka č. 45: Požadují dospělí lidé s MP konkrétní edukativní aktivity?

Tabulka č. 46: Domníváte se, že dospělé osoby s MP vnímají význam edukativních aktivit?

Tabulka č. 47: Existují nějaké konkrétní bariéry v rámci edukace u dospělých osob s MP?

Tabulka č. 48: Máte nějakou konkrétní představu, jak zmíněné bariéry zmírnit či zcela eliminovat? (Prosím vypište):

Tabulka č. 49: Máte pocit, že Vámi poskytované edukační aktivity podporují začlenění dospělých osob s MP do společnosti?

Tabulka č. 50: Stává se Vám, že i přes účast na edukačních aktivitách nespátřujete další rozvoj u dospělých osob s MP?

Tabulka č. 51: Má být dle Vašeho názoru edukace součástí dospělého věku?

Tabulka č. 52: Navštěvují Vaše zařízení osoby, které byly dříve zbaveny povinnosti docházet do školy?

Tabulka č. 53: Cítíte ze strany osob bez absolvování povinné školní docházky vyšší zájem o edukační aktivity?

Tabulka č. 54: Vidíte nějaké limity v rámci edukace u dospělých osob s MP?

Tabulka č. 55: Pokud ano, zde prosím uveďte, jaké konkrétní limity máte na mysli.

Tabulka č. 56: Nyní prosím ohodnoťte kvalitu Vámi poskytovaných edukačních aktivit. Použijte prosím stupnici 1-5 (jako ve škole).

Tabulka č. 57: Obměňují se edukační aktivity, které poskytujete ve Vašem zařízení?

Tabulka č. 58: Pokud se obměňují, tak z jakého důvodu?

Tabulka č. 59: Jaké potřeby vnímáte jako podmínku edukace dospělých osob s MP?

Tabulka č. 60: Mají dospělé osoby s MP šanci uplatnit získané poznatky z edukačních aktivit v praktickém životě?

Tabulka č. 61: Jsou realizována hodnocení jednotlivých edukačních aktivit?

Tabulka č. 62: Kvalita jednotlivých edukačních aktivit je realizována...

Tabulka č. 63: Schéma třídění Q-karet: kvazinormální distribuce

Tabulka č. 64: Přehled jednotlivých Q-typů

Tabulka č. 65: Přiřazení číselných hodnot jednotlivým Q-typům

Tabulka č. 66: Stanovení rozptylu a směrodatné odchylky

Tab. č. 67: Posuzované hodnoty

Tabulka č. 69: Pořadí Q-typů

Tabulka č. 70: Pořadí Q-typů dle názorů respondentů

Tabulka č. 71: Pořadí Q-typy distribuce

Tab. č. 72

Tab č.72A

Tab. č. 73

Tab č.73A

Tab. č. 74

Tab č.74A

Tab č.74B

Tab. č. 75

Tab č.75A

Tab č.75B

Tab. č. 76

Tab č.76A

Tab č.76B

Graf k tabulce č. 6

Graf k tabulce č. 7

Graf k tabulce č. 8

Graf k tabulce č. 9

Graf k tabulce č. 10

Graf k tabulce č. 11

Graf k tabulce č. 20

Graf k tabulce č. 21

Graf k tabulce č. 22

Graf k tabulce č. 23

Graf k tabulce č. 24

Graf k tabulce č. 25

Graf k tabulce č. 26

Graf k tabulce č. 27

Graf k tabulce č. 28

Graf k tabulce č. 29

Graf k tabulce č. 30

Graf k tabulce č. 31

Graf k tabulce č. 32

Graf k tabulce č. 33

Graf k tabulce č. 34

Graf k tabulce č. 35

Graf k tabulce č. 36

Graf k tabulce č. 38

Graf k tabulce č. 39

Graf k tabulce č. 40
Graf k tabulce č. 41
Graf k tabulce č. 42
Graf k tabulce č. 43
Graf k tabulce č. 44
Graf k tabulce č. 45
Graf k tabulce č. 46
Graf k tabulce č. 47
Graf k tabulce č. 48
Graf k tabulce č. 49
Graf k tabulce č. 50
Graf k tabulce č. 51
Graf k tabulce č. 52
Graf k tabulce č. 53
Graf k tabulce č. 54
Graf k tabulce č. 55
Graf k tabulce č. 56
Graf k tabulce č. 57
Graf k tabulce č. 58
Graf k tabulce č. 59
Graf k tabulce č. 60
Graf k tabulce č. 61
Graf k tabulce č. 62
Graf k tabulce č. 67: Pořadí hodnot
Graf č. 68: Průměrné hodnocení jednotlivých Q-typů všemi respondenty
Graf č. 69: Pořadí jednotlivých Q-typů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Vztah člověka s MP a rodičů

SEZNAM PŘÍLOH

Biografický list (viz CD)

Dotazník pro rodinné příslušníky:

https://docs.google.com/forms/d/1oOcjwN31HvkV4tNQxkbUy6WQKJEwrc8COX62PnlpDbQ/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link (dostupné na uvedené adrese).

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií



**VYBRANÉ ASPEKTY EDUKACE DOSPĚLÝCH OSOB S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM**

Autoreferát dizertační práce

Mgr. et Mgr. Petra Křížková

Doktorský studijní program Speciální pedagogika

Školitel: **Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.**

Olomouc 2016

Předkladatel:

Mgr. et Mgr. Petra Křížkovská

Ústav speciálněpedagogických studií
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého
Doktorský studijní program Speciální pedagogika

Školitel:

Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií
Univerzita Palackého v Olomouci

Oponenti:

Prof. PaedDr. Miroslava Bartoňová, Ph. D.

Katedra speciální pedagogiky
Masarykova Univerzita v Brně

Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph. D.

Ústav speciálněpedagogických studií
Univerzita Palackého v Olomouci

Místo a termín obhajoby: 22. 11. 2016

Místo, kde bude práce vystavena: PdF UP Olomouc

S podrobnostmi o termínu konání obhajoby dizertační práce je možno se seznámit na Referátu vědy a výzkumu Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 771 40 Olomouc.

ÚVOD

Pojem edukace a její význam v životě člověka souvisí s proměnou společnosti jako celku. Odborná (zejména andragogická) literatura zmiňuje prohlubující se trend dříve celoživotního vzdělávání, dnes spíše celoživotního učení. Poslední zmíněné je chápáno jako elementární nástroj rozvoje občanských i sociálních kompetencí a zároveň zaměstnanosti. Život v moderní společnosti nabízí jednotlivcům více příležitostí, možností výběru, ale zároveň vyšší rizika spojená s nejistotami. Do identické oblasti je orientována i odborná výzkumná činnost.

V rámci speciální pedagogiky, konkrétně speciálněpedagogické andragogiky je na proces edukace nahlíženo z komplexnějšího pohledu. Pro dospělé osoby s mentálním postižením (dále jen MP) jsou edukační aktivity zdrojem informací umožňující začlenění do společnosti, prostředkem posilující vlastní sebehodnocení a navyšující možnosti společenského uplatnění. Rozhodující podmínkou edukačních aktivit je individuální motivace, stejně jako rozmanitost příležitostí.

Již jsou známy způsoby, jakou formou a metodami vzdělávat dospělé osoby s MP. Avšak absentují informace o tom, jaký je jejich konkrétní přínos pro uvedenou skupinu osob. S touto tezí souvisí i otázky ve smyslu ovlivnění další životní dráhy, výběru či obsahu jednotlivých aktivit a mnohé další. Domníváme se, že pouze smysluplné edukační aktivity spojené s vlastním vědomím významu této činnosti poskytnou dostatek prostoru pro efektivní transfer v praktickém životě.

Aktuálně však není zdokumentováno, co přesně edukace dospělým osobám s MP přináší. Proto východiskem volby uvedené oblasti byla již výše zmíněná absence informací, které by vybrané aspekty edukačního procesu byly schopny odpovídajícím způsobem reflektovat. Na tomto základě byly stanoveny cíle, výzkumné otázky a hypotézy v součinnosti metodologií výzkumu. Konkrétně šlo o nárys přínosu edukace z hlediska sociálních kompetencí, role motivace v průběhu edukačního procesu, dále jaké výhody a nevýhody v oblasti edukačních aktivit spatřují odborníci i rodinní příslušníci. Součástí volby předkládaného tématu rovněž byla přímá práce s uvedenou cílovou skupinou, požadavky ze strany odborníků a rodinných příslušníků a části dospělých osob s MP, které projevíly zájem o rozšíření (především praktických) kompetencí uplatnitelných ve společenském životě.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První kapitola je zaměřena na představení náhledu a následnou deskripci MP a mentální retardace (dále jen MR) v rámci speciální pedagogiky (úžeji speciálněpedagogické andragogiky), a to z pohledu českých i zahraničních odborníků. Pro potřeby dizertační práce jsou oba termíny vnímány jako odlišné (vzhledem k jejich diagnostickým kritériím), a takto s nimi je v textu dále pracováno. V podkapitole týkající se MP jsou zmíněna i další (v praxi speciálněpedagogické andragogiky frekventovaná) snížení inteligence. Druhá teoretická část pracuje výhradně s pojmem dospělost nejprve v obecné rovině a poté z pohledu speciální pedagogiky, blížeji speciálněpedagogické andragogiky. Součástí textu je vydefinování specifik dospělého člověka s MP (s diagnózou lehká a středně těžká MR) a dále deskripce diagnostického procesu ve speciálněpedagogické andragogice psychopedické. Závěr kapitoly je věnován přehledu

informací o problematice stárnutí výše uvedené skupiny osob. Třetí teoretická kapitola dizertační práce operuje s vybranými aspekty edukace dospělých osob s MP. Nejprve vymezuje pojetí edukace z pohledu obecné pedagogiky a obecné andragogiky jako základního východiska a posléze se zaměřuje již na vybrané aspekty edukace z hlediska speciálněpedagogické andragogiky.

Dále s oblastí edukace souvisí její význam v kontextu dospělých osob s MP: Co konkrétně jim přináší? Jakým způsobem mění účast na edukačních aktivitách jejich životní cestu? Na doménu celoživotního učení je rovněž nahlíženo v kontextu dospělých osob s MP. Výchova z pohledu dospělé populace má v tomto období menší zastoupení, je popsána v souvislosti se sociální interakcí s druhými. Poslední podkapitola se týká ukotvení dospělého člověka s MP jako součásti učící se společnosti.

Teoretická část práce vychází z tuzemských i zahraničních pramenů.

V empirické části práce je prezentován stav současného zkoumání v dané problematice, dále jsou stanoveny cíle práce, výzkumné otázky a hypotéza. Pro ověření výzkumných otázek byl užit kvalitativní přístup. Kvantitativní prostředky sloužily k ověření hypotéz. Jednotlivé výzkumné soubory tvořily dospělé osoby s MP, zákonní zástupci těchto osob a odborníci. Empirická část práce přináší organizaci výzkumu, proces získávání a zpracování dat. Získané výsledky jsou analyzovány a interpretovány v 5 kapitole. Na ni pak navazuje diskuze a doporučení pro praxi.

1 Teoretická část práce

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol. První z nich popisuje oblast domény MP (stručná historický exkurz, terminologie, etiologie, klasifikaci mentální retardace a prevenci). V souvislosti s MP zmiňuje nárys speciálněpedagogicko – andragogických kategorií MP. Druhá teoretická kapitola reflektuje dospělost osob s MP (charakteristiku a členění dospělosti, proces stárnutí i diagnostický proces). Poslední z nich pracuje s vybranými aspekty edukace. Nejprve definuje edukaci v kontextu obecné pedagogiky, dále andragogiky. Posléze se vrací k deskripci vybraných aspektů a to sociálních, právních a motivace.

Uvedení do problematiky

Zahraniční speciálněpedagogická literatura v kontextu dospělých osob s MP je orientována na oblast sociálního začleňování a život v komunitě jako efektivní prostředek edukace. Současné odborné texty, statě i některé akademické práce pojednávají o vynucené cestě úplného sociálního začlenění jako následku vize plné transformace sociálních služeb ve společnosti. Upozorňují na nezbytnost adekvátního zvážení každé životní cesty člověka se zřetelem na paušalizaci (srov. Field, Leicester 2002; Theunissen 2003; Margelisch, 2005; Mapou 2008; Milner, Kelly, 2009; Hammel a kol., 2009; Bates, Davis, 2010).

Motivace dospělých osob s MP pro tuto skutečnost případně přínos pro vlastní osobu zůstává v pozadí. Cizojazyčné publikace, které pracují s pojmy dospělost, člověk s MP a edukace jsou například: Ross – Gordon (1989), jež poskytuje přehled pro edukátory osob s MP. Adelman, Vogel (1991) hovoří o potřebách této cílové skupiny v procesu edukace. Anna Gajar (1992) ve svém výzkumu popisuje priority tehdejšího výzkumu v kontextu zvolené cílové skupiny. Svě šetření zakončuje pozitivní vizí vzhledem k rozšiřující se nabídce edukačních aktivit v rámci sociálních služeb, ale i možností komunity. Telander (1994) se ve své dizertační práci věnoval adjustaci dospělých osob s MP. Autoři Gregg, Phillips (1996) upozorňují na začleňování a spolupráci jako nezbytný faktor edukace. Publikace Vogela, Redera (1998) kombinuje zveřejnění výsledků výzkumu stejně jako deskripci charakteristik edukace osob s MP s akcentem na dospělost. Organizace Council of Europe vydala v roce 2003 knihu *Rehabilitation and integration of people with disabilities*, v níž zmiňuje minimum edukačních aktivit v dětském věku a neblahý vliv této skutečnosti na život v dospělosti. Přímo inkluzivní přístup k dospělým osobám s MP byl zpracován autory Walmsleyem, Johnsonem (2003). Emerson, Hatton (2008) ve své výzkumné stati zveřejňují výsledky týkající se edukace. Té se dle jejich výzkumů zúčastní pravidelně pouze každý třetí člověk s MP. Radková (2009) publikuje o aktuálních problémech osob s MP. Ty jsou však zpracovány opět velmi obecně a vycházejí z již známých informací. Vančová (2014) se věnuje edukaci a rehabilitaci osob s MP. Edukaci v dospělém věku nazývá edukační rehabilitací.

V soudobé české speciálněpedagogické literatuře je prostoru edukace osob s MP věnována jistá pozornost. Akademických prací, empirických šetření, publikací, odborných textů je k dispozici značné množství. Avšak jejich obsah je zacílen na dětský, školní případně

adolescentní věk. Pokud hovoří o dospělosti osob s MP, vystačí si zpravidla se stručným popisem možností dalšího vzdělávání, deskripcí pracovního uplatnění případně postavením ve společnosti.

Na tomto místě je k dispozici výběr tuzemských publikací, které zpracovávají téma týkající se osob s MP a zčásti také edukace:

- Švarcová, I.: Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením (1995),
- Šiška, Jan: Mimořádná dospělost (2005),
- Švarcová, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče (2006),
- Müller, O.: Psychopedie – andragogika (2006),
- Pipeková, J.: Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů (2006),
- Franiok, P.: Vzdělávání osob s mentálním postižením (2008),
- Lečbych, M. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti (2008),
- Blažková, A.: Metodika podpory sociálních dovedností (2011),
- Křížkovská, P. a kol. Problematika edukace osob s mentálním postižením (2011),
- Křížkovská, P., Tomalová, P.: Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením (2012),
- Šelner, I.: Fenomén člověk s postižením (2012),
- Valenta, M., Michalík, J.: Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu (2012),
- Hachová, S. Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením (2013),
- Kozáková, Z., Krejčířová, O., Müller, O.: Charakteristika dospívání a dospělosti osob s MP (2013),
- Kozáková, Z., Pastieriková, L., Krejčířová, O.: Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením (2013),
- Kozáková, Z., Special education of persons with mental disability (2013),
- Finková, D.: Iniciační analýza podmínek inkluze u osob se specifickými potřebami (2013),
- Krejčířová, O., Kozáková, Z. Profesionální příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením (2013),
- Solovská, V., a kol. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením (2013),
- Bartoňová, M.: [Inclusion in education for students with special educational needs from the perspective of research](#) (2014),
- Pipeková, J., Vítková, M. a kol.: Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení (2014),
- Pipeková, J., Vítková, M. a kol. Od inkluze ve školním prostředí k sociální inkluzi a participaci ve společnosti (2014),
- Černá, M: Psychopedie: speciální pedagogika osob s MP (2015),
- Pipeková, J., Vítková, M.: Social inclusion of people with intellectual disabilities (2015).

Dalším materiálem je text s názvem Rovnost práv pro všechny, jež vydala Společnost pro podporu osob s MP ve spolupráci s Inclusion Europe v roce 2005. Společnost s názvem „Máme otevřeno“ realizovala v letech 2005 - 2006 empirické šetření na téma: Jak se u nás žije lidem s postižením?. Projekt MAKE-ABLE byl financován prostřednictvím Národních Agentur v rámci programu celoživotního učení. Probíhal v roce 2006. Výhodiskem uvedeného projektu bylo tvořivým způsobem podpořit možnosti celoživotního učení dospělých osob s MP v evropském kontextu. Ve strukturálním období 2007 - 2013 byl realizován další projekt společnosti „Máme otevřeno“. Jeho cílem byla individuální podpora vedoucí k zaměstnání. Hlavními účastníky byly dospělé osoby s MP a jejich setkávání formou JOB klubů. Dále pisatelka dizertační práce společně s dalšími autory byla hlavním řešitelem Specifické grantové soutěže v roce 2011 s názvem Problematika edukace dospělých osob s mentálním postižením. Šetření se vztahovalo na Olomoucký a Moravskoslezský kraj. Cílem bylo detekovat kritéria práce, kritéria osobní a kritéria motivace. V roce 2012 byl v rámci Specifické grantové soutěže v roce proveden další dílčí výzkum s názvem Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti. Výstupem byla deskripce nabídek sociálních služeb pro uvedenou cílovou skupinu, role a životní možnosti. Okrajově jako možnost stimulace lze zmínit i projekt Fondu rozvoje vysokých škol Facilitační a stimulační techniky (autorka dizertační práce byla spoluřešitelkou), kdy informace vyšly v elektronické verzi v roce 2013. Zajímavé informace přináší diplomová práce s názvem Vzdělávací a výchovné aktivity se zaměřením na lidsko - právní tematiku v denním stacionáři pro dospělé osoby s mentálním postižením obhájená v roce 2014 na Masarykově univerzitě.

Důvodů pro minimum provedených šetření v této oblasti lze nalézt několik. Naprostá většina výzkumů se věnuje popisu současných možností osob s MP a akcentem na pasivní deskripci ze strany výzkumníka. Rovněž je nutné zohlednit problémy při navázání kontaktu s potencionálními respondenty, stejně tak proces samotného sběru dat.

Aktuálně však není zdokumentováno, co přesně edukace dospělým osobám s MP přináší. Proto výhodiskem volby uvedené oblasti byla již výše zmíněná absence informací, které by vybrané aspekty edukačního procesu byly schopny odpovídajícím způsobem reflektovat. Na tomto základě byly stanoveny cíle, výzkumné otázky a hypotézy v součinnosti metodologií výzkumu. Konkrétně šlo o nárys přínosu edukace z hlediska sociálních kompetencí, role motivace v průběhu edukačního procesu, dále jaké výhody a nevýhody v oblasti edukačních aktivit spatřují odborníci i rodinní příslušníci. Součástí volby předkládaného tématu rovněž byla přímá práce s uvedenou cílovou skupinou, požadavky ze strany odborníků a rodinných příslušníků a části dospělých osob s MP, které projevíly zájem o rozšíření (především praktických) kompetencí uplatnitelných ve společenském životě.

2 Empirická část práce

Empirická část dizertační práce je zaměřena na deskripci struktury výzkumu. Jako hlavní prvek byl zvolen kvalitativní výzkum doplněný o kvantitativní přístup. Níže je představen aktuální stav zkoumané problematiky, dále cíle výzkumného šetření společně s hypotézou a výzkumnými otázkami. Součástí textu je také charakteristika jednotlivých výzkumných

souborů, rovněž i popis procesu získávání dat. Na tuto část navazuje interpretace výsledků společně s jejich analýzou. V závěru je prostor pro diskuzi a doporučení vztahující se k tuzemské speciálněpedagogické praxi.

Dizertační práce se zabývá vybranými aspekty edukace dospělých osob s MP v podmínkách České republiky, konkrétně jde o sociální aspekty a motivaci. Hlavním cílem je zjištění vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí uvedené cílové skupiny. Pro přehlednost práce byly stanoveny i cíle dílčí, mezi které spadá například identifikace názorů, postojů a potřeb odborníků, rodinných příslušníků vzhledem k edukačnímu procesu v dospělém věku. Zřetel bude brán na motivaci samotných dospělých jedinců s MP pro účast na edukačních aktivitách. Na základě neexistence studie, která by se zabývala přímo vlivem uvedených vybraných aspektů v českých podmínkách, je cílem získání komplexnějších poznatků o dané problematice.

2.1 Stanovení cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Intencí empirické části práce je charakteristika vybraných aspektů edukace určených dospělým osobám s MP. Na základě reflexe teoretických poznatků, požadavků z praxe (ze strany zákonných zástupců, odborníků a částečně i samotných dospělých osob s MP) předpokládá nedostatek informací v uvedené oblasti. Edukace je pojmána jako významný faktor ovlivňující kompetence a role dospělého jedince. Práce odráží tuto skutečnost prostřednictvím teoretických poznatků, názorů respondentů a autorky práce (viz výše realizované předvýzkumy).

Primárně došlo ke stanovení výzkumné oblasti. Ta byla následně zúžena a upřesněna prostřednictvím výzkumného problému. Předmět výzkumu poté specifikuje ty stránky, které budou nadále podrobeny výzkumu. Posléze došlo k formulaci výzkumných problémů, dále byly formulovány hypotézy a výzkumné otázky.

Oblast výzkumu

Vybrané aspekty edukace dospělých osob s MP.

Výzkumný problém

Jaká je vztah mezi působením edukace a začleněním dospělých osob s MP (konkrétně s diagnózou lehká a středně těžká MR) do běžného života společnosti?

Cíl výzkumu

Hlavní cíl: Detekce vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí dospělých osob s MP (konkrétně s diagnózou lehká a středně těžká MR).

Protože cíl výzkumu určuje jeho elementární orientaci, byl dále rozpracován do cílů dílčích, které podpoří nasycení obsahu hlavního cíle.

Jde o získání co nejpodrobnějších informací o uvedené problematice, stejně jako o potřebách, názorech, postojích odborníků a rodinných příslušníků. Na základě vydefinování hlavního cíle dizertační práce, byly posléze stanoveny cíle dílčí.

Dílčí cíle:

- Identifikace názorů, postojů a potřeb odborníků, kteří pracují s dospělými lidmi s MP ohledně oblasti edukace.
- Identifikace názorů, postojů a potřeb rodinných příslušníků, kteří pracují s dospělými lidmi s MP ohledně oblasti edukace.
- Zjištění motivace dospělých osob s MP pro proces edukace.

Následně došlo k diferenciaci na kvantitativní a kvalitativní část.

Kvantitativní část: Na základě stávajících teoretických poznatků (odborných publikací, části realizovaných akademických prací), potřeb praxe, proběhlých předvýzkumů a části cílů výzkumu byly stanoveny věcné hypotézy, které byly následně (pro potřeby ověření) přeformulovány na statistické hypotézy:

H₁: Podíl respondentů, kteří přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam, je stejný u odborníků i u zákonných zástupců.

H₂: Odborníci přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam častěji než zákonní zástupci.

H₃: Podíl respondentů, kteří uvádějí praktické zaměření edukačních aktivit, je stejný odborníků i u zákonných zástupců.

H₄: Odborníci uvádějí praktickou orientaci edukačních aktivit častěji než zákonní zástupci.

H₅: Podíl respondentů, kteří zastávají názor, že poskytované edukační aktivity prohlubují dovednosti osob s MP, je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₆: Odborníci uvádějí prohloubení dovedností v souvislosti s poskytovanými edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci.

H₇: Podíl respondentů, který je s edukačními aktivitami spokojen, je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₈: Odborníci uvádějí spokojenost s edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci.

H₉: Podíl respondentů, kteří uvádí přínos edukačních aktivit pro běžný život, je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci

H₁₀: Odborníci uvádějí přínos edukačních aktivit pro běžný život častěji než zákonní zástupci.

Kvalitativní část: Na základě stávajících teoretických poznatků (odborných publikací, části realizovaných akademických prací), potřeb praxe, proběhlých předvýzkumů a části cílů výzkumu byly pro kvalitativní část stanoveny tyto cíle výzkumu.

3. Existuje souvislost mezi procesem edukace a rozvojem sociálních kompetencí dospělých osob s MP?
4. Existuje souvislost mezi motivy dospělých osob s MP a realizací edukace?

Pro splnění stanovených cílů výzkumu, bylo zapotřebí výzkumné cíle rozdělit na výzkumné otázky. Tyto budou ověřovány kvalitativním výzkumem.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka týkající se problému č. 1

4. Jaký je vztah mezi procesem edukace a rozvojem sociálních kompetencí dospělých osob s MP?

Výzkumná otázka týkající se problému č. 2

5. Jaký je vztah mezi věkem dospělých osob s mentálním postižením a využitím edukačního procesu?

Výzkumná otázka týkající se problému č. 2

6. Jaký je vztah mezi vnitřními motivy dospělých osob s MP k procesu edukace a jeho skutečnou realizací?

2.2 Design výzkumu

Pro potřeby výzkumu byl pro získání citlivých a rovněž plně validních dat zvolen primárně kvalitativní výzkum doplněn výzkumem kvantitativním. Chráska (2007) uvádí výhodnost kombinování obou druhů výzkumů. Stejný názor zastávají také autoři Gavora (2000), Punch (2008), Čermák in Miovský (2009). Uvedeným přístupem lze navýšit vypovídající hodnotu zkoumaného jevu (Janík, Knecht, Šebestová, 2011). Východiskem bude pochopení, popis situace, zodpovězení výzkumných otázek stejně jako ověření hypotézy.

Struktura výzkumu respektovala zachování etických pravidel. Účast všech aktérů byla na dobrovolné bázi. U biografické metody, jež se týkala dospělých osob s MP, jsou etické zásady podrobněji rozepsány. Pro potřeby dizertační práce byl verbálně stvrzen informovaný souhlas. Proto je možné jej považovat za aktivní (srov. Šustek, 2007; Šimek, 2015; Vavrušková, Vozáb, 2015). V počátku realizace výzkumu byli všichni respondenti seznámeni s definicí edukace pro potřeby dizertační práce (viz kapitola č. 3.). Před samotným počátkem realizace empirické části práce byli jednotliví respondenti seznámeni s možností odstoupení v aktuální či prováděcí fázi. Profesní odstup mezi účastníky výzkumného šetření a samotným výzkumníkem byl zachován. O anonymitě (vlastních jmen, osobních údajů) byli respondenti informováni. Její zachování bylo důsledně dodržováno. V rámci kvalitativního šetření byli respondenti označeni dle vlastních preferencí (paní M. T., pan č. 2). U zákonných zástupců jsou veřejnosti zprostředkovány údaje o věku, pohlaví, vztahu vůči dospělým osobám s diagnózou LMR, STMR. Podmínkou byl příbuzenský/právně stanovený vztah s dospělým člověkem s MP. U odborníků byla kritériem výběru praxe s cílovou skupinou delší než 2 roky, stejně jako profesní uplatnění v sociálních službách. Dále jsou zveřejněny pouze údaje o pohlaví.

Aktéři Q-metodologie jsou označeni pořadovým číslem.

Kvalitativně orientovaný výzkum

Kvalitativní výzkum je zaměřen do oblasti kvalitativní analýzy, tedy na bližší proniknutí výzkumníka k respondentovi a subjektivní charakteristiky jednání člověka (Chráska, 2007). Za metou sběru dat v této části byla zvolena forma polostrukturovaného interview jako sběr stěžejních podkladů pro tvorbu biografického listu. Ten sloužil jako základ pro provedení biografie, jež je hlavním zdrojem pro interpretaci dat v kvalitativní části. Pro potřeby dizertační práce byl zvolen typ komentované biografie, kdy vyprávění jednotlivých respondentů obsahují doplňující komentáře a vysvětlivky. Protože polostrukturované interview předchází provedení biografie, bude ve výčtu níže uvedeno jako první.

Schéma polostrukturovaného interview, jež byl určen dospělým osobám s MP, následně přesně vymezuje jednotlivé tematické okruhy otázek určených respondentům. Před jeho započítím byl účastníkům výzkumného šetření opět představen cíl práce stejně jako směr vedení rozhovoru. S opětovně vysloveným souhlasem započalo i samotné polostrukturované interview. Obsah a způsob kladení otázek byl přizpůsoben cílové skupině.

Úvodní oddíl zjišťoval údaje o vlastním narození a osobě, bydlišti a místě průběhu realizace rozhovoru. Během polostrukturovaného rozhovoru byly aktérům opětovně pokládány otázky zjišťující demografické údaje.

- Jaké je Vaše jméno?
- Můžete uvést, kde teď spolu jsme?
- Kde teď bydlíte?

Druhá část se zaměřila na zjišťování údajů ohledně dětského věku. Konkrétně šlo o informace týkající se života v dětství, kontaktu s rodinou, kontaktu s vrstevníky a edukace.

- Když jste byla/byl malá/malý, žil/žila jste doma?
- Měl/měla jste kamarády?
- Chodila/chodil jste do školy?
- Proč jste tam chodila/chodil?
- Jak jste vycházela/vycházel s rodiči?
- Chybělo Vám něco nebo stýskalo se Vám po něčem?
- Co Vám dělalo radost?

Ve třetí části byly zjišťovány informace týkající se doby dospívání a dospělosti. Opět byly směřovány do identických oblastí jako část č. 2.

- Jaké bylo Vaše dospívání?
- Udrželo se Vaše přátelství z dětství?
- Co Vás potěšilo?
- Chodil/chodila jste do školy?
- Změnily se nějak Vaše vztahy s rodinou?
- Pomáhá Vám teď někdo (rodiče, sourozenci, přátelé)?
- Trápilo Vás něco?
- Co pro Vás znamená být dospělá/dospělý?
- Jste v současnosti spokojená/spokojený?

- Je něco, co v současnosti děláte nerada/nerad?
- Žila/žil jste někdy partnerským životem?
- Využíváte v současnosti čtení, psaním počítání?
- Co Vám dělá největší starosti ohledně budoucnosti?
- Chtěl/chtěla byste se učit něčemu novému?
- Je něco, čeho se obáváte?
- Máte pocit, že se nějak liší Váš život a život Vašich sourozenců?
- Jak trávíte svůj volný čas?
- Chodíte do zaměstnání?
- Čeho chcete v životě dosáhnout?
- Jaká je Vaše motivace pro Vaše nynější činnosti?
- Musela/musel jste překonat nějaké problémy?
- Máte nějaké známé/přátele?

Ve třetí části byly pokládány otázky orientované na současnost.

- Jste teď spokojen/spokojena?
- Máte nějaké obavy ohledně Vaší budoucnosti?
- Přemýšlíte nad vlastním stářím?
- Trápí Vás něco?
- Je něco, co chcete před svou smrtí vyzkoušet či dokázat?

Uvedené schéma polostrukturovaného interview sloužilo jako sběr stěžejních podkladů pro tvorbu biografického listu. Biografický list představuje elementární prvek realizace biografie. Účelem biografické metody v dizertační práci je identifikovat subjektivní pohled respondentů na etapu vlastní dospělosti společně s vlivem minulé či aktuálně probíhající edukace a jejich sociálními kompetencemi. Tedy jde o rozpoznání součinnosti edukačního procesu a aktuálních sociálních rolí z pohledu dospělých osob s MP. Za vlastní biografii dochází k rekonstrukci případu a posléze k rozčlenění textu do jednotlivých sekvencí, jež jsou uvedeny v tabulkách.

Kvantitativně orientovaný výzkum

Základem kvantitativního výzkumu je filozofický směr pozitivismus. Cílem je kvantitativní analýza získaných dat (Chráska, 2007) a zachycení reality na základě definovaných proměnných (Punch, 2008). Podle vyjádření stejného autora umožňuje kvantitativní šetření širokou míru aplikovatelnosti. Výzkumník si udržuje od respondenta odstup. Vzhledem k nutnosti číselného vyjádření získaných údajů dochází k velmi vysoké reliabilitě, avšak na straně druhé nastává redukce získaných informací (Disman, 2000). Jako metody sběru dat byly zvoleny dotazník a Q-metodologie. Údaje byly posléze ověřeny Fisherovým kombinatorickým testem.

2.3 Metody techniky a kontroly validity

Kvalitu výzkumu je třeba vzít v potaz nejen v kvalitativních, ale i kvantitativních přístupech (Punch, 2008; Reichel, 2009). Zároveň je nutné zaobírat se celým průběhem

výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007). Hendl (2005) a Punch (2008) poukazují na neexistenci adekvátní techniky, jež by byla schopna zaručit kvalitativnímu výzkumu jeho kvalitu. Disman (2000) upozorňuje na slabou míru standardizace a tím i nízkou reliabilitu. Naopak může mít vysokou validitu. Autoři Lincolnová a Guba (in Hendl, 2005, s. 338–340) popisují koncepty kvality výzkumu. Uvádějí 4 kritéria:

- důvěryhodnost,
- přenositelnost,
- hodnověrnost/autenticita/validita,
- spolehlivost/reliabilita.

Techniky sloužící k zajištění kritéria důvěryhodnosti:

- reflexe a audit kolegů (proběhlé průběžné konzultace s odborníky z dané oblasti nejen v teoretické, ale i praktické rovině, prezentování úvah kolegům),
- deník výzkumníka (popisné a reflektující terénní poznámky pro potřeby výzkumníka),
- využívání přímých citací (užité při analýze dat),
- pečlivý výběr účastníků výzkumu a jejich zdůvodnění (kritéria při výběru jednotlivých aktérů výzkumu, reprezentativita ke zkoumanému problému).

Techniky sloužící k zajištění kritéria přenositelnosti:

- reflexe subjektivity (vedení deníku výzkumníka a pravidelná reflexe – viz výše),
- srovnání a propojení závěrů s tuzemskou odbornou literaturou (viz kapitoly shrnutí a závěry dále v práci, jde o dodatečnou validizaci srov. Švaříček, Šed'ová, 2007).

Techniky sloužící k zajištění kritéria autenticity dle Guby, Lincolnové (in Švaříček, Šed'ová, 2007) nahrazuje kritérium validity:

- nestrannost, ontologická a taktická autenticita.

Techniky sloužící k zajištění kritéria potvrditelnosti:

- konzistence otázek (výstupy z již provedených předvýzkumů, vyladění se na komunikační úroveň respondenta, testování a ověření porozumění, shoda otázek, opakovaný sběr dat),
přepisy nahrávek rozhovoru (doslovné přepisy zveřejněných částí interview).

Kvantitativní přístup svou strukturou subjektivní vlivy poněkud omezuje (Reichel, 2009). Dle Hendla (2012) disponuje třemi kritérii a to validitou, reliabilitou a objektivitou (srov. Miovský, 2006; Chráska, 2006). Validita a reliabilita jsou již zmíněny výše. Objektivita je dána mírou výzkumné metody na osobě výzkumníka (Q-metodologie, dotazník). Reichel (2009) v souvislosti s dodržáním etiky výzkumu u kvantitativního přístupu zkreslení prakticky vylučuje.

Celým výzkumným procesem se prolíná odpovídající úroveň etického jednání (srov. Disman, 2000; Chráska, 2006; Miovský, 2006; Reichel, 2009).

2.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor představují tři kategorie respondentů: dospělé osoby s MP, odborníci, kteří pracují s dospělými osobami s MP a rodinní příslušníci/zákonní zástupci.

Dospělé osoby s MP se účastnily kvalitativní části. Podmínkou přijetí do výzkumu bylo dosažení dospělého věku a diagnóza v rozpětí LMR – STMR. Konkrétně šlo o dvě osoby (jednoho muže a jenu ženu). Paní M. T. svůj život prožila v zařízení sociálních služeb. Nyní je jí 47 let. Druhým respondentem je pan č. 2 (takto si přál být označován). Panu č. 2 je 41 let. Při předchozích realizovaných dílčích výzkumech, stážích a kontaktech z doby magisterského a doktorského studia byly k dispozici kontakty na dospělé osoby s MP žijící v zahraničí (Německo, Rakousko, Polsko). Během přípravy konceptu dizertační práce proto byla zvažována i přítomnost zahraničních aktérů. Tato však byla vzhledem k odlišnostem v kulturních, sociálních, právních a dalších sférách zamítnuta.

Ve druhé kategorii jsou sdružení **odborníci**. Na šetření mohli participovat pokud pracují v zařízení sociálních služeb, jejich praxe s dospělými osobami s MP je delší než dva roky a v zařízení poskytují edukační aktivity. Na internetovém portálu www.iregistr.mpsv.cz. bylo v každém kraji zvoleno jedno zařízení, které realizuje určitou formu edukačních aktivit. V daném zařízení byl vybrán jeden respondent, jenž byl označen jako odborník. Tento statut byl přiřazen osobě, která je zodpovědná za poskytování edukačních aktivit, výchovně-vzdělávacích aktivit, aktivizačních činností. Ve výzkumném vzorku jednoznačně převažovaly ženy a to v počtu 11 osob, pouze ve 4 případech odpovídali muži. Respondenti se liší délkou praxe a místem výkonu práce (převažoval domov pro osoby se ZP).

Následující tabulky a grafy zobrazují základní údaje o odbornících jako součásti kvantitativní části výzkumu.

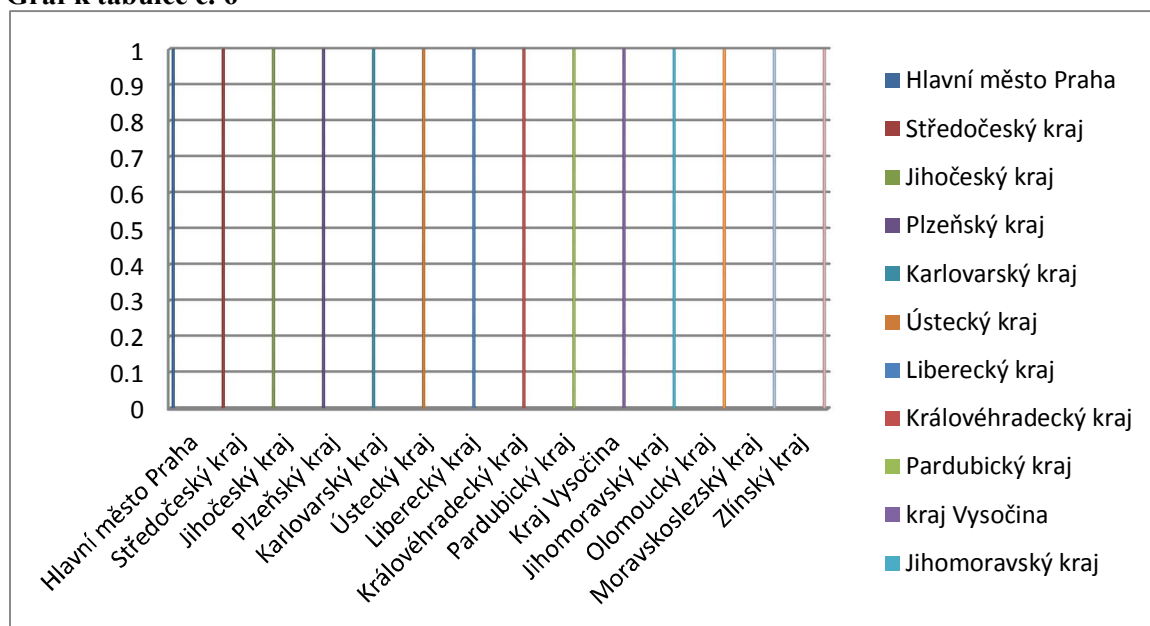
Tabulka č. 6: Pracujete v kraji:

Pracujete v kraji:	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Hlavní město Praha	1	7,2
Středočeský kraj	1	7,2
Jihočeský kraj	1	7,2
Plzeňský kraj	1	7,2
Karlovarský kraj	1	7,2
Ústecký kraj	1	7,2
Liberecký kraj	1	7,2
Královéhradecký kraj	1	7,2
Pardubický kraj	1	7,2
Kraj Vysočina	1	7,2
Jihomoravský kraj	1	7,2
Olomoucký kraj	1	7,2
Moravskoslezský kraj	1	7,2
Zlínský kraj	1	7,2

Σ 14

Σ 100 %

Graf k tabulce č. 6



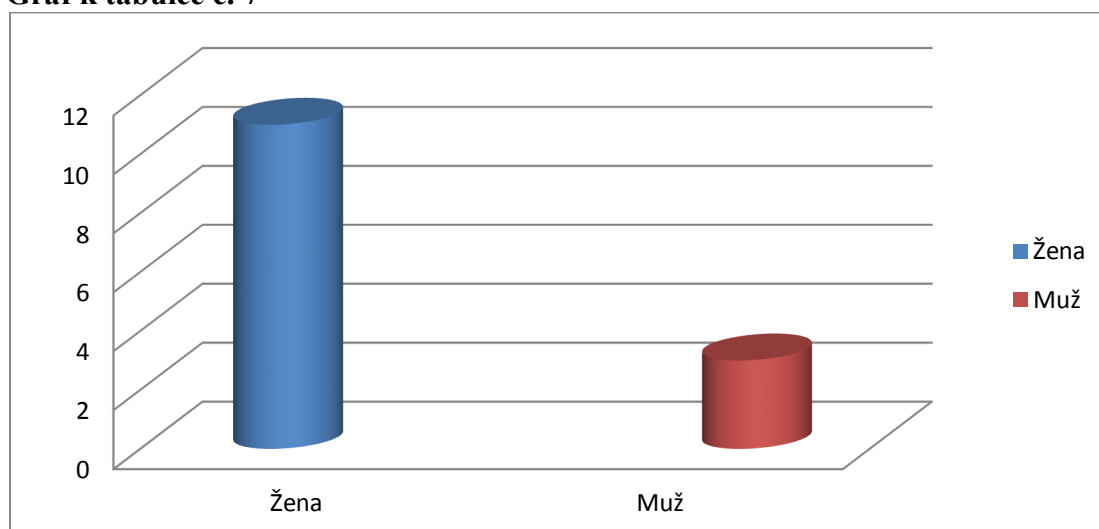
Komentář k tabulce č. 6: Jednotlivé kraje České republiky jsou rovnoměrně zastoupeny. Z každého kraje odpovědi poskytl jeden respondent.

Z celkového počtu 14 aktérů výzkumu je 11 žen a 3 muži.

Tabulka č. 7: Jste:

Jste:	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Žena	11	79
Muž	3	21
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 7



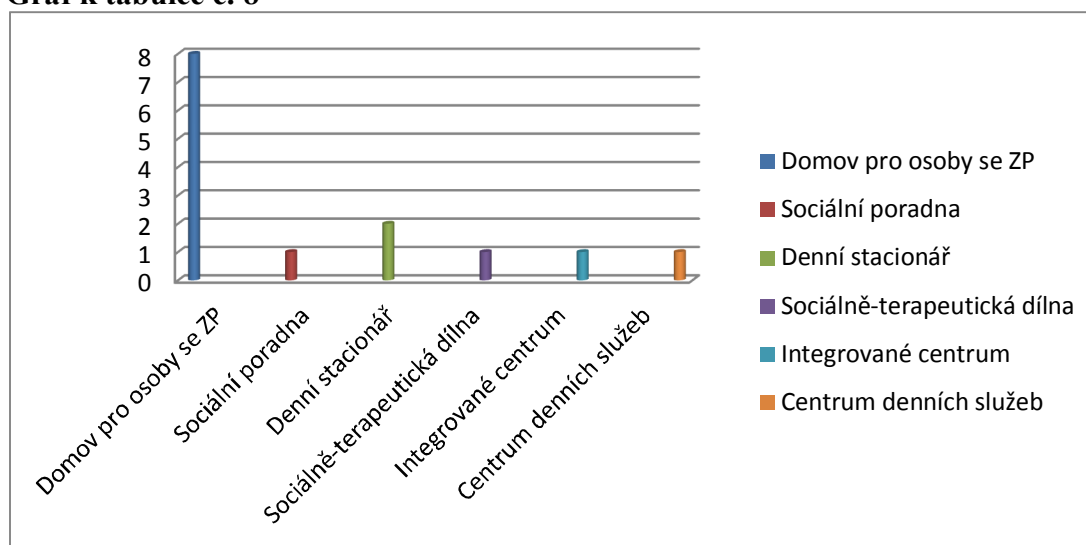
Komentář k tabulce č. 7: Z celkového počtu 14 respondentů převažují ženy a to v 11 případech. Muži byli zastoupeni v počtu 3.

Značná diference se objevuje i v typu sociální služby, kde respondent pracuje. Nejvíce jsou zastoupeny domovy pro osoby se ZP.

Tabulka č. 8: Nyní prosím vyberte typ zařízení, ve kterém pracujete.

Nyní prosím vyberte typ zařízení, ve kterém pracujete	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Domov pro osoby se ZP	8	57
Sociální poradna	1	7
Denní stacionář	2	15
Sociálně – terapeutická dílna	1	7
Integrované centrum	1	7
Centrum denních služeb	1	7
	Σ 14	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 8



Komentář k tabulce č. 8: Nejvíce respondentů pracuje v domovech pro osoby se ZP (57 %). 15 % dotázaných uvedlo své pracovní působení v denním stacionáři. Rovnoměrně jsou odpovědi zastoupeny v rámci sociální poradny, sociálně - terapeutické dílny, integrovaném centru a centru denních služeb a to po jednom respondentovi.

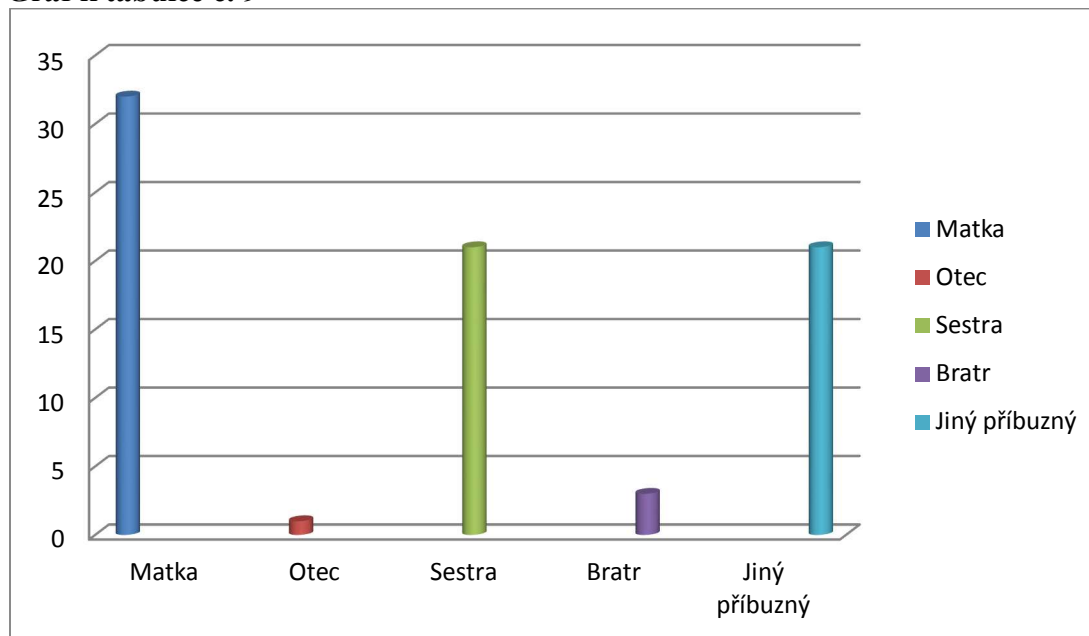
Finální složení výzkumného souboru pro kvantitativní část představují **rodinní příslušníci/zákonní zástupci**. Hlavní podmínkou pro účast na výzkumu byl právní vztah k dospělým osobám s MP. Dotazníky ve většině případů vyplnili přímí příbuzní ženského pohlaví (matky, sestry) a opatrovníci (ustanovení státem či ze širšího sociálního kruhu). Respondent v sociální roli otec či bratr se objevili v jednom případě z každé kategorie. Skupinu osob, o kterou je pečováno, představují v nadpoloviční většině muži ve věkovém rozmezí 15 – 30 let a 51- 70 let. Z hlediska přiznané diagnózy převažuje LMR. První položka si kladla za cíl identifikovat míru příslušnosti k dospělé osobě s MP. Z již realizovaných výzkumů rodinného prostředí (Přidalová, 2006; Votoček, Jiří, 2009; Michalík, 2011; Křížková, Müller, 2013) je patrné, že pečující osoby představují zejména matky či jiné osoby ženského pohlaví.

Tabulka č. 9: Jste...

Jste	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Matka	32	42
Otec	1	1

Sestra	21	26
Bratr	3	4
Jiný příbuzný/opatrovník	21	27
	Σ78	Σ100 %

Graf k tabulce č. 9



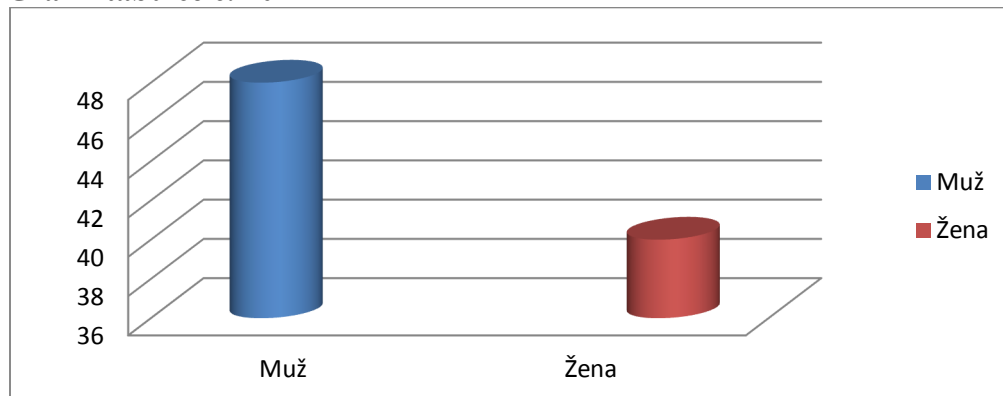
Komentář k tabulce č. 9

Nejvíce odpovědí pochází dle předpokladu z kategorie „matek“ a to ve 42 %. Druhou nejpočetnější skupinu představují sestry (26 %). Výsledek koresponduje již s provedenými výzkumy (srov. výše). Na třetím místě z hlediska četnosti jsou jiní rodinní příslušníci případně ustanovení opatrovníci (27 %). V tomto případě se objevily i širší rodinné vztahy jako sestřenice, tety či nevlastní rodiče. Minimum zastoupení je ze strany otce (1 %) nebo bratra (4 %).

Tabulka č. 10: Váš rodinný příbuzný s MP je ...

Váš rodinný příbuzný s MP je ...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Muž	48	55
Žena	40	45
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 10



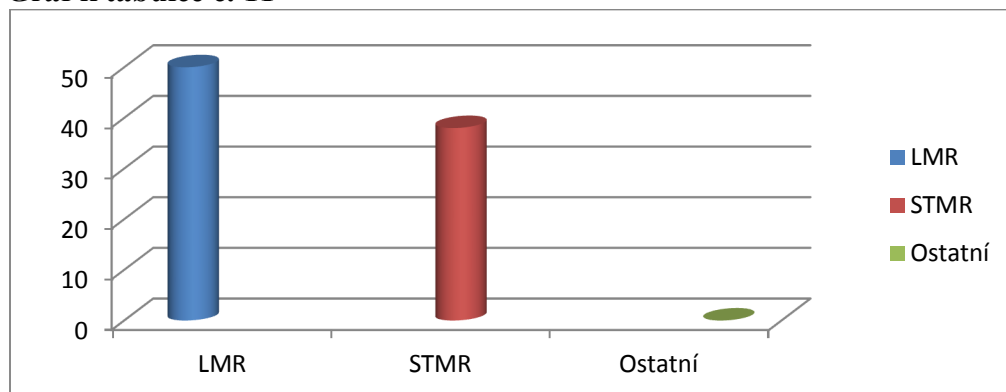
Komentář k tabulce č. 10

Na otázku týkající se pohlaví osob s MP uvedlo 55 % účastníků výzkumného šetření, že se jedná o muže. Odpověď „žena“ zvolilo 45 % dotázaných.

Tabulka č. 11: Diagnóza u Vašeho rodinného příbuzného s MP zní ...

Diagnóza u Vašeho rodinného příbuzného s MP zní ...	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Lehká mentální retardace	50	56
Středně těžká mentální retardace	38	44
Ostatní	0	0
	Σ 88	Σ 100 %

Graf k tabulce č. 11



Komentář k tabulce č. 11

Zde jsou odpovědi velmi vyrovnané. V těsné nadpoloviční většině (56 %) se jedná o osoby s diagnózou LMR. Odpověď „STMR“ byla zvolena ve 44 %. Odpověď ostatní byla zvolena pro možnost kombinace MP s tělesným postižením nebo pro přetrvání diagnózy v rozsahu nižší míry tzv. hraničního pásma, avšak v rámci odpovědí respondentů se neobjevila.

3 Diskuze

Autorka dizertační práce se domnívá, že zpracovaná práce přispěje k teoretickým a praktickým informacím z oblasti speciálněpedagogické andragogiky. Konkrétně poskytne další vědecké informace v teoretické rovině vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí dospělých osob s MP. Informace mohou podpořit pregraduální přípravu speciálních pedagogů – andragogů, případně studentů dalších studijních oborů podobného zaměření.

Význam a přínos edukace lze efektivně získat prostřednictvím těch osob, kterých se edukační proces bezprostředně dotýká. Je potřeba rozpoznat, co skutečně edukace dospělým osobám s MP přináší (srov. Slowík, 2007). Jaká z forem je pro cílovou skupinu nejvýhodnější? Zda způsob aktuálního poskytování odpovídá jejich potřebám a konečně jak je tato aktivita vnímána ze strany odborníků a zákonných zástupců. Výše uvedené je nutné odpovídajícím způsobem rozklíčovat pro speciálněpedagogicko-andragogickou praxi. Jak vyplývá z poznatků práce, charakterizuje současnou situaci diverzita v nabídce těchto aktivit, stereotypy v jejich poskytování (opakované absolvování totožné obsahové náplně),

nejednotnost v personálním a koncepčním zajištění (práce dobrovolníků, rozvrh, pojetí, plán přípravy a vlastní rozvržení apod.). Absentuje návaznost a evaluace.

Realizace edukace a benefity z ní plynoucí úzce souvisí s rolemi dospělého jedince. Efektivní edukace informuje, podpoří (v ideálním případě i připraví) dospělého člověka s MP na potencionální změnu životní cesty. Dále podpoří dovednost speciálních pedagogů – andragogů ve spolupráci se zákonnými zástupci identifikovat významné komponenty edukace (přínos, náplň, transfer do praxe, obsah), stejně jako ukotvit její celistvost v rámci sociálních služeb. V propojení se samotnými osobami s MP, pomůže zefektivnit i vnitřní motivy pro tuto činnost. Nelze opomenout optimalizaci odborné speciálněpedagogicko – andragogice intervence.

Cílem dizertační práce bylo detekovat vliv edukace na rozvoj sociálních kompetencí dospělých osob s MP (s diagnózou LMR, STMR), dále identifikovat potřeby, postoje odborníků a zákonných zástupců k tomuto tématu stejně jako motivaci samotných dospělých osob s MP pro edukační proces. První skupinu respondentů představovaly dospělé osoby s MP, jejich rodinní příslušníci/zákonní zástupci byli označeni jako skupina č. 2. Dále na sběru dat participovali odborníci pracující v zařízení sociálních služeb. Z nich byli osloveni ti respondenti, kteří byli uvedeni jako vedoucí výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, edukačních aktivit či vzdělávání (zde patrná terminologická nejednotnost). Sociální služby a jejich pracovníci byli zvoleni záměrně v souvislosti se Standardy poskytování sociálních služeb. Na jejich základě má být poskytovaná sociální služba kvalitní a přínosná pro všechny zainteresované subjekty. V tomto kontextu se rovněž jedná o činnosti, které daná sociální služba nabízí.

Empirická část práce byla realizována především kvalitativním přístupem. Ten byl doplněn o přístup kvantitativní. Součástí kvalitativní části práce bylo polostrukturované interview, které sloužilo jako podklad pro biografii. Kvantitativní část představoval dotazník a Q-metodologie. Hypotézy vytyčené v práci byly ověřeny Fisherovým kombinatorickým testem.

Dizertační práce měla stanoven jeden hlavní cíl a tři další dílčí cíle. Hlavním cílem byla **detekce vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí dospělých osob s MP**. Informace byly sbírány prostřednictvím biografické metody od 2 respondentů (paní M. T. a pana č. 2). Sociální kompetence lze velmi dobře deskribovat na základě dat získaných prostřednictvím biografického šetření. Termín sociální kompetence v sobě vyjadřuje „sociální způsobilost, akceptaci vrstevníky a adaptivní chování“ (srov. Výrost, Slaměník, 2008; Hooper, Weinberg, 2015; Meyers, 2016). Sociální kompetence podpoří sociální jednání a vnímání sebe sama v rámci společnosti stejně jako identifikaci se sociálními rolemi dospělého. Jejich uplatnění se týká nejen širších sociálních vazeb, ale jsou významné v rámci komunity. Protože edukace je komplexní součástí života, byla v empirické části práce popsána v souvislosti s chronologickým věkem. Sociální kompetence byly zjišťovány prostřednictvím životního příběhu dospělých osob s MP. Výraznou rozdíly lze spatřit již v období dětství. Paní M. T. své dětství prožila v dřívější ústavní péči. Kontakty s rodinou byly minimální. Pan č. 2 měl stejné výchozí podmínky, a to ústavní péči již od raného věku. Avšak nedošlo k přerušení vztahu mezi jím a jeho rodinou. Paní M. T. zásadně hovoří primárně o vrstevnících v ústavní péči a až poté bez zjevných emocí o členech rodiny (na toto téma je třeba otázky třeba

opakovaně iniciovat). Detailně je schopna popsat „holky na pokoji“. Naopak jména rodičů a většiny sourozenců si nepamatuje. Rovněž pan č. 2 své vzpomínky ohledně dětství v ústavu vyjadřuje velmi stroze. Četné publikace zdůrazňují hlavní úlohu rodiny v nabytí sociální způsobilosti a sociálních vazeb (srov. Pinsof, Lebow, 2005; Sobotková, 2012; Matoušek, Pazlarová, 2014). Rodina předává hodnotové vzorce a chování. Tyto skutečnosti ovlivnily další životní dráhu obou výše zmíněných osob. Pan č. 2 měl možnost prostřednictvím pravidelného kontaktu s rodinou se identifikovat s jejich sociálními rolmi. Naopak možnost identifikace paní M. T. v tomto směru byla omezená (avšak jí interpretovaná skutečnost plně reflektuje vlastní sociální kompetence získané na základě vlastní životní zkušenosti). Lze předpokládat identifikaci s některou ze svých spoluklientek. Oba případy potvrzují výsledky četných výzkumů vlivu ústavní péče na proces utváření jedince (Stenley, Manthorpe, Penhale, 1999; Koluchová, 2002; Matějček, Langmeier, 2011). Avšak v těchto případech byly sledovány zejména děti, případně dospívající. Životní dráha v dospělosti se spíše nastiňovala.

Oba aktéři byli zbaveni povinnosti docházet do školy. Vzdělávání ve formě osvojení si základů trivie rovněž probíhalo v ústavní péči. Paní M. T. profit spatřuje v souvislosti s osobností pedagoga, který edukaci vedl. Samotné získané vzdělání nijak nevyzdvihuje. Současně neguje aktuální využití čtení, psaní a počítání. Naopak pan č. 2 trivie nadále aktivně využívá v rámci své profese i mimo ni. Potvrzuje účast na edukačních aktivitách v tehdejší ústavu sociální péče, ale další podrobnosti si nevybavuje. U pana č. 2 probíhalo osvojení si nových znalostí i pod vedením rodičů (při jejich návštěvách).

Přijmutí sociálních rolí dospělého nebylo pro paní M. T. nijak zásadní. Změnu pro ni představoval pouze transport do zařízení pro dospělé osoby. Zde lze spatřit chvilkový zájem o osobní rozvoj, který však časem v konfrontaci s dalšími požadavky na ni kladenými opadl. K naprosté většině sociálních rolí není motivována. Partnerskou roli zmiňuje pouze krátce v souvislosti s prvním partnerem. Jako hlavní důvod rozchodu uvádí vlastní zdravotní stav. O rodičovskou roli zájem nejeví. Obdobné naladění lze konstatovat s naplněním role ekonomické nezávislosti. Paní M. T. se nikdy aktivně nesnažila nalézt pracovní uplatnění. Rovněž se nerozvinula potřeba finanční nezávislosti. Současnou vizi vidí v přiznání statutu osoby pobírající penzi. Diametrálně odlišná byla životní situace pana č. 2. Po roce 1989 odešel zpět do rodiny. V průběhu času navštěvoval několik zařízení pro osoby s MP s různým zaměřením. Opakovaně zdůrazňoval stereotypní orientaci edukačních aktivit. S partnerskou sociální rolí je subjektivně spokojen. Naplnění vidí v úzkých sociálních kontaktech s rodinou a přáteli. Na tomto místě je schopen rozkrýt význam edukace jako prostředek navázání sociálních vztahů. Také pan č. 2 neguje rodičovskou roli. Ekonomická role dospělého je z poloviny naplněna. Pan č. 2 je částečně kompetentní z hlediska finanční gramotnosti. Je schopen posoudit vlastní výdaje. Finanční stránku vždy konzultuje s matkou. Práce z pohledu osobních hodnot zaujímá vysoký post. Představuje pro něj vysokou míru seberealizace.

V současné době žije paní M. T. v zařízení pro seniory. Krátce po jejím nástupu zde byla motivace pro edukaci velmi vysoká, avšak postupně upadla. V současné době odmítá většinu nabízených edukačních aktivit (ať už individuálních či skupinových). Rezidua grafie a lexie jsou zachovány, jejich upotřebení v praktickém životě je sporadické. Nerozumí jejich významu. Velmi otevřeně vyjadřuje obavy z nových sociálních situací a kontaktů. Sociální

vazby jsou výrazně omezeny, lze hovořit až o sociální izolaci. Preferuje setrvání v budově. Ta se prohlubuje s narůstajícím počtem konfliktů s dalšími obyvateli. Plně respektuje autority v rámci domova pro seniory (zdravotní sestry, aktivizační pracovníce, ergoterapeuty). Orientace na vlastní budoucnost je prakticky nulová.

Pan č. 2 momentálně bydlí doma. Výhledově bude usilovat o zajištění podporovaného bydlení. Aktuálně pracuje v jednom obchodím řetězci. Grafii, lexii i kalkuli využívá v rámci svého profesního uplatnění i mimo něj. Sociální kontakty jsou velmi bohaté. Pravidelně se setkává se svými rodinnými příslušníky a přáteli z předchozích služeb pro dospělé osoby s MP. Kontakty se spolupracovníky vnímá jako uspokojivé. Rovněž sousedské vztahy jsou nadstandardní. Nové sociální situace zvládá bez obav.

Životní dráha paní M. T. je ovlivněna absencí v dětství osobních a vzájemně profitujících vztahů s dospělým člověkem (srov. Matějček, 1994; Fialová, Indra, 2007; Kubíčková, 2011; Zezulková, 2015). Odborná literatura uvádí, že projevy nespokojenosti se mohou projevit jako následek této absence. Rovněž autorka Bartoňová (2010) zdůrazňuje přítomnost okolí jako důležitého prvku k rozvoji sebeúcty. Výpověďmi se prolíná sebepodceňování, obavy z nového a tím i neznámého. Ve výsledku je paní M. T. pasivní, závislá na životě v sociální službě (srov. četné práce ohledně transformace sociálních služeb Vávrová, 2009; Adamec, 2013; Johnson, Rannveig, 2013 apod.). Z pohledu sociálních vztahů lze hovořit až o sociální izolaci. Vše výše uvedené se promítá do osobní nespokojenosti a zejména negativní změny v emočním prožívání. Nespĺňuje předpoklady dané edukací, a to nabytí sociálních rolí společně s aktivním komunitním životem. Podle andragogických prací lze hovořit o vyústění do slabší životní úrovně jedinice (srov. Smékalová, 2015; Tománek, 2015; Gigalová, 2015). Jarvis (2004); Lužný a kol. (2013) v této souvislosti hovoří o absenci komunitního vzdělávání. Stejně tak organizace Council of Europe vydala v roce 2003 knihu *Rehabilitation and integration of people with disabilities*, v níž zmiňuje minimum edukačních aktivit v dětském věku a neblahý vliv této skutečnosti na život v dospělosti. Přičemž obsah poskytovaných sociálních služeb by měl směřovat k aktivitám podporujícím sociální začleňování a dovednostem směřujícím k dosažení samostatnosti a soběstačnosti.

Životní dráha pana č. 2 vykazuje stejně výstupní možnosti, a to život v rámci ústavní péče. Výrazně odlišujícím se prvkem je přítomnost rodičů. Identifikace se s jejich rolí, jeho zapojení do rodinného života a zdůrazňování významu edukace se pozitivně projevilo v průběhu života. Pan č. 2 je na tomto základě schopen participovat na veřejném dění. Z pozice „občana“ lze nalézt dostatek poznatků o komunitě, je informován a informace je schopen dle svých potřeb zpracovat (např. stížnosti na stereotypy v edukačních aktivitách), vyznává vlastní hodnoty, má představu o vlastní budoucnosti (Education, 2006). Uvedené predikuje schopnost vyrovnat se s překážkami na straně komunity (nedostatek společenských aktivit, přítomnost nepřátelských postojů apod.) (McConkey, 2007).

K vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí se okrajově vyjadřovali i zákonní zástupci a odborníci. 67 % respondentů preferuje jako obsahovou náplň edukace rozvoj sociálních dovedností. Téměř tři čtvrtiny zákonných zástupců se přiklánějí k názoru, že edukační aktivity zprostředkují plné sociální začlenění člověka s MP. Avšak podle nadpoloviční většiny nejsou tyto aktivity kompetentní zajistit ochranu před zneužitím ze strany společnosti. Naopak odborníci uvádí, že jimi poskytované edukační aktivity spíše

podporují začlenění dospělých osob s MP do společnosti. Dále spatřují v zajištění edukace další aspekt, a to nastolení spolupráce mezi nimi a přirozeným sociálním prostředím (rodinou/zákonnými zástupci).

První dílčí cíl představoval **identifikaci názorů, postojů a potřeb odborníků, kteří pracují s dospělými lidmi s MP ohledně oblasti edukace**. Své stanovisko vyjadřovali respondenti prostřednictvím dotazníkového šetření, ze kterého posléze vzešly jednotlivé Q-typy.

Nejvíce respondentů z této kategorie pracuje v domovech pro osoby se ZP, druhou nejvyšší četnost představoval denní stacionář. Z tohoto důvodu lze u klientely zmíněných institucí předpokládat rozdílnou míru podpory. Účastníci výzkumného šetření se lišili délkou praxe. Nejvíce z nich uvádí své praktické působení v rozpětí 0 – 4 roky. Dle odpovědí jsou edukační aktivity poskytovány osobám s MP ve věku 46 – 55 let. Starší věková kategorie již nebyla v odpovědích zastoupena. 43 % respondentů zmiňuje význam edukace v dospělém věku u osob s MP a pokládá ji za přínosnou (Q typ: Každý má právo na edukaci). Dle odborníků se jimi prováděné edukační aktivity týkají především podpory komunikačních dovedností a preventivních aktivit. Dále zmiňovali činnosti ve smyslu posílení sebevědomí, sebehodnocení, stejně jako základy trivia. Nižší četnost měly odpovědi týkající se péče o vlastní osobu a bezprostřední okolí. Respondenti se vyjadřovali k názoru ohledně zastoupení výchovy a vzdělávání v rámci dospělosti. Nadpoloviční většina zastává názor, že obě složky by měly být zastoupeny rovnoměrně. Na základě dalších vyjádření je subjektivně významnější výchova než vzdělávání.

Samotný proces edukace má být orientován spíše vzhledem k praktickým činnostem upotřebitelným v každodenním životě (Q-typ: Edukační aktivity korespondují s uplatněním v praktickém životě. Avšak reálně získal tento Q-typ poměrně nízký koeficient). Jen malá část odborníků požaduje propojení teoretických a praktických poznatků, minimum preferuje teoretické poznatky. I když pozitivně hodnotí průběh edukace v dospělém věku, přiznávají její limity. Ty souvisí zejména s délkou institucionalizace, motivací, úrovní intelektu a až absencí její evaluace (Q-typ: Edukace nepodléhá hodnocení., Motivace je nezbytná). Pokud neprobíhá evaluace, nevytvoří se dostatečný prostor pro efektivní plánování edukace, předcházení jejím negativním vlivům nebo úpravě nedostatků. S uvedeným přehledem zaměření edukace souvisí i zájem ze strany dospělých osob s MP. Ten respondenti ve většině případů potvrzují. I když je zájem přítomen, nejsou si respondenti jisti, zda uvedená cílová skupina je schopna si adekvátně interpretovat význam edukace (Q-typ: Lidé s MP jsou si vědomi účelu, za kterým se vzdělávají). Celkově převažovaly odmítavé odpovědi. Dále byla respondentům položena otázka, zda jimi poskytované aktivity podporují začlenění dospělých osob s MP do společnosti. Pouze 21 % odborníků tuto tezi potvrdilo a 28 % spíše potvrdilo. Objevily se rovněž negativní odpovědi. Za hlavní podmínku edukace je odborníky považován zájem ze strany dospělých osob s MP a podpora opatrovníků či rodiny.

Odborníci se vyjadřovali také k možným bariérám. Ty zmiňují více než tři čtvrtiny dotázaných. Ve svých odpovědích rovněž nastínili možnosti, jakým způsobem tyto překážky eliminovat. Na prvním místě se jednoznačně objevila potřeba nastolení efektivní spolupráce mezi nimi a přirozeným sociálním prostředím. Dalším výrazným problémem je absence motivace ze strany dospělých osob s MP. V neposlední řadě by odborníci uvítali změnu

struktury edukace a její podporu ze strany státu společně s jejím pravidelným financováním (Q-typ: Dotace od státu či EU by měly být využity jen v případě takových edukačních aktivit, kde lze předpokládat další návaznost). I když odborníci ví, jakým způsobem předejít bariérám v rámci edukace, tak si nejsou úplně jistí jejím přínosem (Q-typ: U některých klientů není vidět posun, to mě demotivuje; Q-typ: Vadí mi představa, že v práci s lidmi s MP nic neděláme). Na tomto místě lze poukázat na riziko vzniku syndromu vyhoření (odpovídali převážně respondenti s relativně krátkou dobou přímé práce s osobami s MP, fluktuace zaměstnanců). Plných 85 % respondentů přiznává absenci dalšího rozvoje i při pravidelné účasti na edukačních aktivitách (Q-typ: Edukace neznamená jasný profit). Avšak více než v 50 % zmiňují její kvalitu (aktivity ohodnotili známkou č. 2 – jako ve škole). Také polovina respondentů jimi poskytované edukační aktivity obměňuje, a to dle potřeb klientů či sezóny. Avšak ne všichni dotázaní se shodují na tom, že lidé s MP jsou schopni získané poznatky uplatnit efektivně v praxi (Q-typ: I dílčí cíle je třeba ocenit). Jednotlivé edukační aktivity a jejich kvalita jsou podle názoru 78 % respondentů hodnoceny, a to právě nejvíce samotnými odborníky.

Jako druhý dílčí cíl byla stanovena **identifikace názorů, postojů a potřeb rodinných příslušníků/zákonných zástupců osob s MP ohledně oblasti edukace.**

V nadpoloviční většině získaných odpovědí žije dospělý člověk s MP v zařízení sociálních služeb (64 %). Sociální služba je preferována s ohledem na stárnutí rodičů osob s MP a s ním spojených problémů (nedostatek fyzických sil, vlastní soběstačnost, onemocnění apod.), ale i nižší míru zapojení ze strany sourozenců (srov. výzkumné šetření Křížková, Müller, 2013). Na základě získaných dat žije 36 % osob s MP v domácím prostředí (i přes aktuální deinstitucionalizační trend). Zde lze předpokládat rovněž účast na potřebné podpoře jedince spíše ze strany rodinných příslušníků či aktivity užšího sociálního kruhu. Edukaci považuje za naprosto důležitou 47 % účastníků výzkumného šetření. 22 % respondentů tento názor nesdílí. Avšak z odpovědí vyplývají jednoznačně pozitivní postoje vůči edukaci v dospělém věku. Z obsahu edukačních aktivit přikládá střední význam teoretickým informacím 33 % zákonných zástupců (v odpovědích se k nim respondenti spíše pozitivně přiklánějí). 77 % osob s MP (více než tři čtvrtiny) absolvovalo povinnou školní docházku a to nejčastěji ve škole, která je určena žákům se ZP. Jako další místa k jejímu plnění byly zmíněny z hlediska četností odpovědí: forma integrovaného vzdělávání v běžné škole, zařízení sociálních služeb a forma individuálního vzdělávání v domácím prostředí. Někteří z dotázaných svou odpověď doplnili absencí jakéhokoliv úředního dokumentu, který by tuto skutečnost potvrzoval. Po jejím absolvování proběhlo dalšího vzdělávání. Minimum osob s MP našlo zaměstnání (4 %). Žádné další činnosti ve smyslu aktivizace se dle 27 % dotázaných nyní nekonají. Podle zákonných zástupců (ve 45 %) jsou edukační snahy zaměřeny na zachování získaných znalostí v předchozím vzdělávání. V jejich diferenciaci na teoretické či praktické se odpovědi velmi rozcházejí. 24 % dotázaných tvrdí, že jsou zaměřeny naprosto teoreticky a naopak 32 % respondentů zdůrazňuje jejich maximální propojení s praxí. Uvedené lze vysvětlit poměrně širokou variabilitou jejich poskytování prostřednictvím zařízení sociálních služeb. Celkem 74 % zákonných zástupců vyjádřilo svou celkovou nespokojenost s jejich poskytováním. S tím souvisí i jejich nespokojenost s kvalitou nabízených edukačních aktivit, kdy respondenti v 68 % odpovědí

vůbec nemají či nemají pocit, že by docházelo k prohlubování vědomostí dospělých osob s MP. Respondenti, kteří se k edukačním aktivitám vyjádřili kladně, oceňují zejména podporu komunikačních dovedností a sebeobslužných činností. Za hlavní náplň edukačních aktivit jsou považovány terapeutické činnosti, následuje komunikace a sebeprosazení a na posledním místě jde dle respondentů o budování ryze praktických dovedností. V procesu edukace preferují respondenti u dospělých osob s MP rozvoj sociálních dovedností. Do této kategorie je možné zařadit: rozvoj komunikačních dovedností, budování sociálního kruhu, možnost participace na životě komunity. Tři čtvrtiny respondentů shodně tvrdí, že účast na edukačních aktivitách přináší dospělým osobám s MP plné sociální začlenění (a to i přes nespokojenost respondentů s formou a obsahem jejich poskytování). Velmi protichůdné jsou i názory na konkrétní přínos edukačních činností s ohledem na běžný život dospělých osob s MP. Téměř stejný počet zákonných zástupců vyjádřil názor, že edukační aktivity vůbec nejsou či nejsou přínosné, stejně jako v opačném názorovém spektru.

Pro ověření stanovených hypotéz byly odpovědi zákonných zástupců a odborníků komparovány. V případě tvrzení týkající se přisuzování pozitivního významu procesu edukace přijímáme **H₁: Odborníci přisuzují edukaci osob s MP pozitivní význam častěji než zákonní zástupci**. Dle zvolené testovací metody bylo zjištěno, že odborníci častěji podporují edukaci dospělých osob s MP. Účinek spatřují v osvojení si praktických činností upotřebitelných v běžném životě. I přes uvádění pozitivního významu, jsou si vědomi limitů. Zároveň si nejsou jisti, zda dospělé osoby s MP jsou schopny uplatnit osvojené dovednosti v praktickém životě.

Z hlediska praktického zaměření edukačních aktivit připouštíme platnost **H₂: Podíl respondentů, kteří uvádějí praktické zaměření edukačních aktivit, je stejný u odborníků i u zákonných zástupců**. Uvedené potvrzuje preferenci praktických dovedností s tendencí transferu do praxe. Toto koresponduje s četnými odbornými poznatky (srov. Kozáková, 2005; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Fisher, 2008; Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013; Černá, 2015).

Zákonní zástupci a odborníci se vyjadřovali k názoru na poskytované edukační aktivity. Rovněž připouštíme platnost **H₃: Podíl respondentů, kteří zastávají názor, že poskytované edukační aktivity prohlubují dovednosti osob s MP, je stejný mezi odborníky a zákonnými zástupci**. Odborníci a zákonní zástupci spatřují limity v rámci edukace. Avšak shodně lze nalézt prvky, které jsou respondenty pozitivně vnímány. Ponejvíce jde o samotnou aktivizaci, smysluplné trávení volného času.

V pořadí předposlední byla přijata **H₄: Odborníci uvádějí spokojenost s edukačními aktivitami častěji než zákonní zástupci**. Pozitivní přístup vzhledem k edukaci je patrný především u odborníků. Zákonní zástupci mnohem častěji uvádějí nespokojenost s formou, způsobem či výstupem edukačních aktivit (ale sami za ni necítí zodpovědnost). Odborníci by v této souvislosti uvítali vyšší míru spolupráce se zákonnými zástupci. Spokojenost odborníků lze vysvětlit profesním stanoviskem a přímým podílem na procesu realizace.

Jako poslední byla přijata **H₅: Odborníci uvádějí přínos edukačních aktivit pro běžný život častěji než zákonní zástupci**. Uvedené může rovněž korespondovat s profesním

zaměřením. Kritériem pro vybrání do výzkumného souboru byla jejich zodpovědnost za edukační aktivity. Vzhledem k faktu, že odborníci nejčastěji pracují v domovech pro osoby se ZP, je možné usuzovat, že tráví s dospělými osobami s MP více času a jsou schopni posoudit i mírný progres. Odborníci jsou dle svých odpovědí konfrontováni s tezí, že s lidmi s MP nepracují adekvátně, pokud se jejich kompetence nerozvíjejí dostatečně rychle.

Třetím a posledním dílčím cílem bylo **zjištění motivace dospělých osob s MP pro proces edukace**. Motivy dospělých osob s MP byly pro potřeby přehlednosti diferencovány do třech základních kategorií a to na motiv úspěchu, motiv moci a motiv začlenění (srov. Pawlik, Rosenzweig, 2000; Robbins, Decenzo, 2001; Plamínek, 2015; Šmahaj, Cakirpaloglu, 2015). Teorie motivace vychází z predikce, že lidské chování je jistým způsobem determinováno (Maxwell, 2016). Jistou motivaci v mládí znamenalo pozitivní ocenění ze strany personálu. U paní M. T. převažuje zejména primární motivace ve smyslu biologických potřeb (např. ukončí realizaci polostrukturovaného rozhovoru v reakci na obvyklý čas jídla). V jejích projevech zřetelně převládají naučené tendence chování (pasivita, negativismus, obavy z neznámých situací a osob). Často užívá zdravotní argumenty jako důvod proč být pasivní, což může odrážet získané zkušenosti a způsob výchovy stejně jako osobní dispozice. Není schopna identifikovat konkrétní životní záměr. Motiv moci ve smyslu snahy nějakým způsobem řídit či ovlivňovat druhé nebo samotné společenské dění se neobjevovaly. Motiv začlenění nebyl také nikterak výrazným v souvislosti s většinovou populací.

U pana č. 2 byl (dle jeho sdělení) motiv úspěchu podmíněn způsobem vedení života jeho rodičů a sourozenců. Vzhledem k motivaci pro proces edukace je schopen posoudit, jaké činnosti jsou přínosné a jaké nikoliv. Vyzdvihuje vlastní konfrontaci s množstvím jimi realizovaných aktivit. Uvedené podněcovalo jeho snahu o účast na edukačních aktivitách, stejně jako využití služby podporovaného zaměstnávání. Motiv moci ve smyslu snahy nějakým způsobem řídit či ovlivňovat druhé nebo samotné společenské dění se neobjevoval. Naopak motiv začlenění byl velmi výrazný. Dalším motivačním činitelem je schopnost vlastního kladného ocenění. Toto pozitivní ohodnocení vyžaduje i ze strany druhých.

Předem zvolené (a částečně v předvýzkumech ověřené) způsoby sběru dat, se jeví jako vhodné pro zjištění podrobnějšího vnímání edukace ze strany jednotlivých respondentů. Kvalitativní přístup byl zvolen adekvátně vzhledem k velikosti výzkumného souboru. Zvolená metoda biografie poskytla podmínky pro hlubší a podobnější zkoumání dané problematiky. Prostřednictvím kvantitativního přístupu byly získány informace od odborníků a zákonných zástupců. Pro potřeby ověření hypotéz byly odpovědi navzájem komparovány. Stručný historický exkurz (viz teoretická část dizertační práce) poukazuje na proměnu edukace v rámci moderní společnosti, ale i samotných osob s MP. Součástí je její vnímání ze strany odborníků a zákonných zástupců. I v souvislosti se současnou transformací sociálních služeb se edukace ocitá v nových etapách, na které je třeba reagovat. Provedený výzkum předkládá informace o názorech, postojích a potřebách odborníků a zákonných zástupců, stejně jako informace o tom, co edukace dospělým osobám s MP ve skutečnosti přináší. K zajištění globálního pohledu na tuto skutečnost by bylo třeba uvedené kategorie účastníků longitudinálně sledovat.

Všichni respondenti výzkumu žijí v České republice. Systém poskytování sociálních služeb, jež by dospělé osoby s MP mohly využívat, by měl být stejný (kromě dostupnosti jednotlivých služeb). Avšak koncipování edukačních aktivit je v jednotlivých sociálních službách diametrálně odlišné. Oba dva respondenti své dětství prožili v rámci ústavní péče, avšak jejich další životní dráha se výrazně rozchází. Těžištěm změny byl kontinuální vliv rodiny a tím zprostředkování rolí dospělého člověka. Námětem pro další výzkum by mohla být komparace longitudinální studie významu edukace pro osoby MP, které využívají pobytovou a ambulantní sociální službu. Odborníci jsou připraveni na zajištění efektivní edukace. Dotace od státu či EU by uplatnili pouze u těch aktivit, u nichž se předpokládá další návaznost. Uvědomují si, že i přes maximální snahu nelze vždy počítat s přínosem edukačních aktivit pro všechny zúčastněné. V této činnosti postrádají kooperaci se zákonnými zástupci. Rodinní příslušníci jednoznačně preferují sociální dovednosti jako výstup edukačního procesu. Jejich vlastní roli v této činnosti však opomíjejí.

Výzkum se věnuje vybraným aspektům edukace dospělých osob s MP. Vzhledem k absenci informací o přínosu edukace pro dospělé osoby s MP, její vnímání ze strany odborníků a zákonných zástupců lze tuto práci považovat za iniciaci dalších možných zkoumání. Jistý vhléd mohou poskytnout zahraniční práce (viz teoretická část). Česká odborná literatura se uvedenému tématu věnuje sporadicky (viz výše podkapitola Aktuální stav zkoumání v problematice dospělých osob s MP).

4 Doporučení pro praxi

Analýza výsledků empirické části dizertační práce přináší tato doporučení pro českou speciálněpedagogickou praxi.

V rámci poskytování edukačních aktivit je třeba podpořit dospělé osoby s MP v pochopení významu/přínosu této činnosti. Aby mohla být edukace ze strany dospělých osob s MP přínosná, je třeba, aby plnila jejich potřeby a reflektovala sociální role dospělého jedince. Mnoho realizovaných výzkumů potvrzuje velmi rychlé vyhasínání naučeného bez odpovídajícího transferu do praxe. Zároveň není možné zapomínat, že i lidé s MP vnímají stereotypy v poskytovaných aktivitách. Edukace v zařízeních by měla odpovídat potřebám a možnostem stejně jako životní vizi samotného člověka. Lidé s MP by rovněž měli být motivováni pro pochopení edukace jako celoživotního procesu. Výchozím bodem by měl být předpoklad absolvování edukace v dětském věku stejně jako možnost vlastního ztotožnění se sociálními rolmi dospělého. Přijetí sociálních rolí podpoří sociální kompetence a začlenění do života společnosti. Podporou v této oblasti by mohlo být sdílení příkladů dobré praxe mezi samotnými osobami s MP (např. povinná součást celoživotního vzdělávání), vytvoření pozice koordinátora z řad samotných osob s MP.

Ze strany odborníků by edukace měla směřovat nejen k uspokojení základních potřeb, ale také potřeb psychických stejně jako sociálních (viz výše). Samotní odborníci by se měli podílet na nové konceptualizaci edukace s akcentem na transfer do praxe. Měli by povzbuzovat osoby s MP, ocenit i menší kroky. Edukace by neměla být poskytována paušálně. Je třeba ve spolupráci s dalšími subjekty stanovit cíle, kterých je třeba dosáhnout. Vhodné by bylo i další odborné vzdělávání k danému tématu (kompetence MŠMT, MPSV) jako prevence tzv. „násilného“ sociálního začlenění (viz. v zahraničí již překonané

zkušenosti). Odborníci postrádají kooperaci se zákonnými zástupci, proto je vhodné tuto spolupráci navázat (osvěta, společná setkání jako prvek individualizace edukace). Rovněž příprava budoucích speciálních pedagogů – andragogů by měla být více orientována na práci se zákonnými zástupci dospělých osob s MP. Těmi jsou mnohdy sourozenci případně vzdálenější rodinní příslušníci. Vztah tedy nebude tak těsný, jako v případě vlastních rodičů. Z toho důvodu lze usuzovat na obtížnější spolupráci (vzdálenost bydliště, zájem o člověka s MP), jako vhodné se jeví zajištění stálého personálu společně s jeho početnější základnou.

Zákonní zástupci jsou v nadpoloviční většině nespokojeni s poskytováním edukačních aktivit (a to jak kvalitou, tak i obsahem). Dle jejich názoru by další edukace měla navazovat na předchozí znalosti a měla by být orientována vzhledem k sociálním dovednostem. Zákonní zástupci požadují jako výstup edukace informovanost o možných životních proměnách (změna sociální služby, varianta hospitalizace, schopnost nalézt oporu v komunitě – tzv. kruh opory, eliminaci sociální izolace či zneužívání). Plně si uvědomují potřebnost sdělení informací osobám s MP, což má být zprostředkováno příslušnou sociální službou (nezmiňují sebe). Uvedené je analogické se systémem přirozené podpory. Ten navázal na procesy transformace sociálních služeb. Autor O'Brien již v roce 1987 zdůrazňoval členění pouhé přítomnosti a účasti na životě komunity. Uvedené je podmíněno aktivitami v oblasti sociálních vztahů, existencí sociálních vazeb v blízkém okolí (nejedná se pouze o profesionály, ale i širokou veřejnost), která slouží jako zdroj podpory (srov. Adamec, 2013). Myšlenka přirozené podpory se rozvinula jako levnější alternativa k širokému spektru sociálních služeb. V tomto směru by bylo vhodné zahájit pravidelnou spolupráci mezi odborníky a zákonnými zástupci. Setkávání mohou sloužit k evaluaci edukačních aktivit. Zároveň by tímto mohla být podpořena role zákonných zástupců ve zmiňovaném procesu

5 Závěr

Cílem dizertační práce s názvem **Vybrané aspekty edukace dospělých osob s mentálním postižením** byla deskripce procesu edukace a významu, který přináší dospělým osobám s MP. Blížeji šlo o detekci vlivu edukace na rozvoj sociálních kompetencí osob s MP. Dalším cílem byla identifikace názorů, postojů a potřeb odborníků (speciálních pedagogů – andragogů) a zákonných zástupců na uvedené téma. Posledním cílem bylo zjištění motivace pro edukaci u hlavní cílové skupiny.

První část dizertační práce je teoretická. Jsou v ní obsaženy informace, ze kterých bylo vycházeno v empirické části práce. Kapitoly chronologicky hovoří o konceptu a terminologické dimenzi MP, o dospělosti osob s MP a vybraných aspektech edukace. Druhá část dizertační práce popisuje cíle výzkumu a jeho organizaci. V závěru je uvedena analýza a interpretace výsledků.

Stanovené cíle práce (hlavní i dílčí) byly naplněny. V práci byly popsány sociální role dospělého jako prostředek sociálního začlenění. Uvedené je doloženo kvalitativní strukturou výzkumu. Kvantitativní část odhalila názory a postoje odborníků (speciálních pedagogů – andragogů) a zákonných zástupců na proces edukace. Výsledek poukazuje na možné limity ze strany odborníků (plán, struktura, zajištění, koncept), stejně jako zákonných zástupců (nespokojenost a zároveň neangažovanost). Sociální kompetence a s nimi spojené sociální

role dospělého mohou být prostřednictvím edukace efektivně rozvíjeny. Dospělý člověk s MP je kompetentní právě prostřednictvím těchto aktivit detekovat jejich reálný vliv.

Odborníci postrádají kooperaci se zákonnými zástupci. Spatřují limity v rámci aktuálního způsobu poskytování edukace (stagnace, stereotypy). Vzhledem k tomu, že oslovení respondenti pracovali s dospělými lidmi s MP relativně krátce (nejnižší kategorie rozptylu přímé práce), lze uvažovat o riziku syndromu vyhoření. Zákonní zástupci rovněž nejsou s nabídkou edukačních aktivit spokojeni. Jejím prostřednictvím požadují rozvoj sociálních dovedností jako výstup pro relativně samostatný život v komunitě. Součástí práce jsou doporučení pro praxi využitelná pro zúčastněné subjekty.

Práce jako celek upozornila na jeden z aspektů utvářejících tzv. kvalitu života osob s mentálním postižením. Přinesla informace o možnostech celoživotní edukace těchto osob a jejího významu pro rozvoj sociálních kompetencí. Vzhledem k zaměření na osoby využívající pobytové služby akcentovala i postavení jejich pracovníků, jako důležitých činitelů osobnostního rozvoje klientů služeb. Konečně práce přispěla k rozvoji speciálně pedagogického poznání sledovaného jevu a deskripcí jevu přispěla k možnostem jeho dalšího zkoumání.

6 Seznam citované literatury a pramenů

552. ADAMEC, A. *Jak na to: příklady dobré praxe v deinstitutionalizaci*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013. 75 s. ISBN 978-80-7421-045-7.
553. AMES, D., BURNS A., O'BRIEN, J. *Dementia*. Washington: CRC Press, 2010. 368 s. ISBN 978-1-44441-2874-1.
554. AMNESTY INTERNATIONAL. *Nedokončený úkol: romští žáci v České republice stále čelí překážkám ve vzdělání: vzdělání je lidské právo*. Londýn: Amnesty International, 2009. 74 s.
555. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada, 2002. 856 s. ISBN 80-247-0469-2.
556. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. Praha: Grada, 2007. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
557. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. Praha: Grada, 2015. 920 s. ISBN 978-80-247-5258-7.
558. ARNETT, J. J. *Emerging adulthood*. New York: Oxford University, 2004. 268 s. ISBN 0-19-517314-7.
559. ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*. Praha: Karolinum, 2004. s. 37. ISBN 80-246-0875-8.
560. ATHERTON, H. L., CRICKMORE, D. J. *Learning disabilities: Toward Inclusion*. London: Elsevier, 2011. 270 s. ISBN 978-0-7020-4285-0.
561. BABBIE, E. *The Basic of Social Research*. Wodswort: Thomson, 2007. 382 s. ISBN 13: 978-0-495-09468-5.
562. BAJO, I.; VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapeintia, 1994. 174 s. ISBN 80-967180-1-0.
563. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika (vybrané problémy)*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 1994. 80 s. ISBN 80-223-0817.
564. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako študijný odbor*. Pedagogická revue č. 10. 2000, č. 4, s. 367 – 375. ISSN 2336-7675.
565. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálny pedagóg a jeho kompetencie*. Pedagogická revue, 2005, roč. 57, č.1. s. 12 – 21. ISSN 2336-7675.
566. BALVÍN, J. *Pedagogika, andragogika, multikulturalita*. Praha: Hnutí R, 2012. 260 s. ISBN 978-80-86798-07-3.
567. BARTKO, D. 1980. *Moderní psychohygienu*. Praha: Panorama. 190 s.
568. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2007. 231 s. ISBN 978-80-7315-144-7.
569. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. 185 s. ISBN 978-80-7315-140-8.
570. BARTOŇOVÁ, M. a kol. *Inkluze ve škole a společnosti jako interdisciplinární téma*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 363 s. ISBN 978-80-210-8093-5.
571. BARTOŇKOVÁ, H., ŠIMEK, D. *Andragogika. Studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 124 s. ISBN 80-244-0394-3.
572. BARTOŇKOVÁ, H. *Firemní vzdělávání*. Praha: Grada, 2010. 204 s. ISBN 978-80-247-2914-5.
573. BARTKOWITZ, Z.: *Przestępczość i wykolejenie upośledzonych umysłowo*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii i pedagogiki upośledzonych umysłowo*. Red. Z. Sękowska. Lublin 1976.
574. BARTLETT, P., LEWIS, O., THOROLD, O. 2007. *Mental disability and the European Convention on Human Rights*. Leiden: Koninklijke Brill. ISBN 978-90-04-15423-0.
575. BARTÁK, J.: *Jak vzdělávat dospělé*. Praha: Alfa, 2008. 176 s. ISBN 978-80-87197-12-7.
576. BAUDISCH, W. 2007. *Selbstbestimmt leben trotz Schwerin Behinderungen?* Hamburg: Verlag Münster. ISBN 3-8258-4721-7.
577. BAZALOVÁ, B. *Zkušenosti se sexualitou klientů ÚSP pro tělesně postiženou mládež Kociánka Brno*. In: *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o. s. Orfeus, 2004. s. 44-59. ISBN 80-903519-0-5.
578. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. 230 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
579. BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: Masarykova Univerzita, 2006. 185 s. ISBN 80-210-3971-X.
580. BAZALOVÁ, B. *Významy přisuzované postižení, postoje společnosti k osobám s tělesným postižením a postoje k integraci u nás a světě*. Disertační práce. Brno: Masarykova Univerzita, 2003.
581. BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 230 s. ISBN 978-80-244-3069-0.

582. BEDNÁŘ, V. a kol. *Nový občanský zákoník*. Karlovy Vary: Vysoká škola Karlovy Vary, 2015. 245 s. ISBN 978-80-87236-25-3.
583. BEDNAŘÍKOVÁ, I. *Kapitoly z andragogiky 1*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 77 s. ISBN 80-244-1192-X.
584. BEDRNOVÁ, E. *Psychologie obsluhy a služeb pro střední odborná učiliště*. Praha: Fortuna, 1998. 103 s. ISBN 80-7168-515-1.
585. BEIRNE – SMITH, M.; PATTON, J.; ITTENBACH, R. *Mental retardation*. New York: College Publishing Company, 1994. 260 s. ISBN 0-02-307883-9.
586. BEIRNE, - SMITH, M.; PATTON, J.; SHANNON, K. *Mental Retardation: An Introduction to Intellectual Disabilities*. University of Virginia: Pearson Merrill Prentice Hall, 2006. 250 s. ISBN 978-0131-1818-92.
587. BENEŠ, M. 2003. *Andragogika*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 160 s. ISBN 80-86432-23-8.
588. BENEŠ, M. *Andragogika*. Praha: Grada, 2008. 165 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
589. BENEŠ, M. *Andragogika*. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
590. BENDL, S. a kol. *Vychovatelství*. Praha: Grada, 2015. 312 s. ISBN 978-80-247-9763-2.
591. BENDOVIČ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
592. BEZUCHOVÁ, M. *S fotoaparátom za poznáním: celoživotní vzdělávání osob s mentálním postižením*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 2003. 32 s. ISBN 80-211-0445-7.
593. BIELESZOVÁ, Š. *Výchova a vzdělávání dospělých v oblasti fotografie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. 239 s. ISBN 978-80-244-4174-0.
594. BICKOVÁ, L. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
595. BINAROVÁ, I. *Partnerství, sexualita a rodina*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 136 s. ISBN 80-244-0138-X.
596. BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2010. 250 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
597. BLÍŽKOVSKÝ, B. *Systémová pedagogika pro studium a tvůrčí praxi*. Ostrava: Amosium servis, 1992. 303 s. ISBN 80-85498-18-9.
598. BOARDMAN, J. *Social Inclusion and Mental Health*. London: Rooyal College of Psychiatrists, 2010. 319 s. ISBN 978-1-904671-87-9.
599. BOLLARD, M. *Intellectual Disability ind Social Inclusion*. London: Elsevier, 2009. 189 s. ISBN 978-0-443-104-18-3.
600. BORNMAN, M.; COLLINS, J. et al. *Just the same on the Inside: Supporting Diversity and Supporting Inclusion*. London: A SAGE Publications Company, 2004. 176 s. ISBN 1-904-315-56-9.
601. BOUKAL, P. a kol. *Fundraising pro neziskové organizace*. Praha: Grada, 2013. 264 s. ISBN 978-80-247-4487-2.
602. BOURAS, N.; HOLT, G. *Mental Health Services For Adults With Learning Disabilities*. Lodon: British Journal of Psychiatry, 2004. 184, 291 – 292: (online) Retrieved November 1, 2006.
603. BOURAS, N., HOLT, G. *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*. London: Cambridge, 2007. 280 s. ISBN 978-052-1608-25-1.
604. BRÁZDIL, M., HADAČ, J., MARUSIČ, P. *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: Triton, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7387-495-7.
605. BREZINKA, W. *Východiska k poznání výchovy: úvod k základům vědy o výchově, filozofii výchovy a praktické pedagogice*. Brno: L. Marek, 2001. 310 s. ISBN 80-86263-23-1.
606. CABRNOCH, M. a kol. *Dlouhověkost jako politická priorita*. Praha: Cevro, 2009. 260 s. ISBN 978-80-86816-26-5.
607. CASTLES, E. E. (1996). *“We’re People First:” The Social and Emotional Lives of individuals with mental retardation*. Westport: Praeger Publishers.
608. CIEGLEROVÁ, R. *Profesionální asistentka*. Praha: Grada, 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2401-0.
609. COUFALOVÁ, J. *Projektové vyučování pro první stupeň základní školy: náměty pro učitele*. Praha: Grada, 2006. 135 s. ISBN 80-7168-958-0.
610. COUNCIL OF EUROPE. *Charter on Education for Democratic Citizenship and Human Rights Education*. Strasbourg: Concil of Europe, 2010. 179 s. ISBN 987-92-871-6898-6.
611. COREY, G.; COREY, M. *I never know I have a choice*. Belmont: Davis drive, 2013. 150 s. ISBN 978-1-285-06768-1.
612. CLARK, CH. L. *Adult Day Services and Social Inclusion*. London: School for Applied Social Studies, 2001. 237 s. ISBN 1-85302-887-8.
613. CLARK, L., GRIFFITHS, P. *Learning disability and other intellectual impairments*. John Wiley: New York, 2008. 233 s. ISBN 978-0-470-03471-0.

614. CRANE, L. *Mental retardation: A community integration approach*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, 2002. 213 s. ISBN 978-0-320-21345-0.
615. CRAWFORD, C. *Towards a common approach to thinking and measuring social inclusion*. Toronto: Roeher Institute, 2003. 28 s.
616. CZESANÁ, V., MATOUŠKOVÁ, Z., VYMAZAL, Z. *Nerovnosti v účasti dospělých na dalším vzdělávání*. Praha: Národní observatoř zaměstnanosti a vzdělávání, 2005. 49 s. ISBN 80-239-7606-0.
617. ČÁBALOVÁ, D. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-2993-0.
618. ČADILOVÁ, V., JÜN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentálním postižením a autismem*. Praha: Portál, 2007. 232 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
619. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7367-273-7.
620. ČAPEK, J. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv*. Praha: Linde, 2010. 887 s. ISBN 978-80-7201-804-8.
621. ČAPEK, R. *Moderní didaktika: lexikon výukových a hodnotících metod*. Praha: Grada, 2015. 624 s. ISBN 978-80-247-9935-3.
622. ČENĚK, J. *Interkulturní psychologie*. Brno: Mendelova univerzita, 2013. 290 s. ISBN 978-80-7375-750-2.
623. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008. 220 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
624. ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 1999. 130 s. ISBN 80-7184-880-8.
625. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
626. ČERVENÝ, R., TOPINKOVÁ, E. a kol. *Geriatric: novelizace 2014*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2014. 360 s. ISBN 978-80-86998-69-5.
627. ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. 245 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
628. ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled sociální psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 250 s. ISBN 80-244-0929-1.
629. DANIELS, H., GARNER, P. *Social education*. London: Routledge, 1999. 267 s. ISBN 0-7494-2237-8.
630. DAŘÍLEK, P., KUSÁK, P. *Pedagogická psychologie – B*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 150 s. ISBN 80-244-0293-9.
631. DELOACH, CH., WILKINS, R. a kol. *Independent Living: Philosophy, Process, Services*. Pennsylvania: University Park Press, 1986. 275 s. ISBN 08-391-179-49.
632. DĚDINA, J., CEJTHAMR, V. *Management a organizační chování*. Praha: Grada, 2010. 344 s. ISBN 978-80-247-3348-7.
633. DICKMAN, I. R. *Independent Living: New Goal for Disabled Persons*. Virginia: Public Affairs Committee, 1975. 28 s.
634. DIMITRIADI, S. *Diversity, Special Needs and Inclusion in Early Years Education*. New York: Sage Burn, 2014. 260 s. ISBN 978-93-515-0029-2.
635. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2000. 175 s. ISBN 8024601397.
636. DLOUHÁ, J. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů sociální a speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 145 s. ISBN 978-80-7435-333-8.
637. DLOUHÁ, J., DLOUHÝ, M., NEUBAUEROVÁ, L. *Úvod do psychopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 175 s. ISBN 978-80-7435-333-8.
638. DOLANSKÝ, J. *Současná epileptologie*. Praha: Triton, 2000. 321 s. ISBN 80-7254-101-3.
639. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1983.
640. DONALD, L. M.; GROSSMAN, H. J. *Mental retardation in school and society*. Boston: Little, Brown and Company, 1977.
641. DÖRNER, K.; PLOG, U. a kol. *Irren ist menschlich*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2002. 200 s. ISBN 978-3-88414-440-4.
642. DOSTÁL, J. *Učební pomůcky a zásada názornosti*. Votobia, Olomouc, 2008. 65 s. ISBN 978-80-7409-003-5.
643. DOSTÁL, J. – MACHÁČKOVÁ, P. Systémové pojetí edukačního procesu a možnosti měření jeho efektivnosti. In *Systémové přístupy 2005*. Praha: VŠE, 2005. CD-ROM. ISBN 80-245-1012-X.
644. DREW, C. J., HARDMAN, M. L. *Intellectual disabilities Across the Lifespan*. Pearson Merrill Prentice Hall, 2007. 180 s. ISBN 978-013-1707-34-4.
645. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. 237 s. ISBN 978-807-3801-236.
646. DUGGAN, C., LINEHAN, C. *The role of 'natural supports' in promoting independent living for people with disabilities: a review of existing literature*. British Journal of Learning Disabilities, 2013. 41, s. 199-207. ISSN: 1210-9874.
647. DUINOVÁ, N. *Historie medicíny*. Praha: Slovart, 1997. 266 s. ISBN: 80-85871-04-1.

648. DUŠEK, J. *Lidské zdroje na trhu práce ČR a EU*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2015. 175 s. ISBN 978-80-87472-87-3.
649. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. 185 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
650. DUŠKOVÁ, L., ŠAFAŘÍKOVÁ, S. *Kvalitativní metody pro rozvojová studia*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 79 s. ISBN 978-80-244-4740-7.
651. DVOŘÁKOVÁ, M. a kol. *Aktuální témata učení a vzdělávání dospělých*. Praha: Česká andragogická společnost, 2014. 103 s. ISBN 978-80-905460-1-1.
652. DVOŘÁKOVÁ, M., KOLÁŘ, Z. a kol. *Základní učebnice pedagogiky*. Praha: Grada, 2015. 248 s. ISBN 978-80-247-5039-2.
653. DYTRTOVÁ, R., SANDANUSOVÁ, A. a kol. [Sborník abstraktů III. Mezinárodní konference pořádané v partnerství České komise UNESCO k problematice přípravy učitelů pro přírodovědné a zemědělské předměty: EDUCO, 2007: 1. 2.-3. 2. 2007, Tatranská Štřba.](#) Praha: Česká zemědělská univerzita, 2007. 56 s. ISBN 978-80-213-1608-9.
654. EMERSON, E., HATTON, Ch. *People with learning disabilities in England*. Lancaster: Centre of Disability Research, 2008. 36 s.
655. EVROPSKÁ VEŘEJNÁ SPRÁVA. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015. 544 s. ISBN 978-80-7452-110-2.
656. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2480-5.
657. FIALA, B. *Vybrané kapitoly z andragogiky, pedagogiky a didaktiky*. Opava: Slezská univerzita, 1999. 127 s. ISBN 80-7248-052-9.
658. FIALOVÁ, I., INDRA, V. *Agresivita: podpora vzdělanosti dětí v zařízení institucionální péče*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. 36 s. ISBN 978-80-7368-302-3.
659. FINE, G. A. *Ten lies of ethnography: Moral dilemmas of field research*. Journal of Contemporary Ethnography, 1994. Volum 22, 3, s. 267-9.
660. FILOVÁ Z., LEVICKÁ, J. Etické problémy v sociální práci. In *Etika sociální práce*. s. 126-131. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-037-5.
661. FINKOVÁ, D. *Iniciační analýza podmínek inkluze u osob se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 184 s. ISBN 978-80-244-3865-8.
662. FINKOVÁ, D., LANGER, J. a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 208 s. ISBN 978-80-244-4303-4.
663. FISCHER, S. a J. ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-807-3870-140.
664. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2014. 219 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
665. FIŠAR, Z. a kol. 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2737-0.
666. FLICK, U., KARDORFF, E., STEINKE, I. *A companion to Qualitative Research*. London: Sage Publications, 2008. 428 s. ISBN 0-7619-7375-3.
667. FRANIOK, P. 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-622-2.
668. FRANIOK, Podstata a cíl výchovy mentálně retardovaných. In *Psychopedie: Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2002. s. 22-28.
669. FRIEDL, M. 2008. *Breviář myšlenek Jana Amose Komenského*. Brno: Integrát. ISBN 978-80-87176-01-6.
670. GATES, B. *Learning Disabilities: Toward Inclusion*. London: Elsevier, 2007. 361 s. ISBN 13: 978-0-443-10-198-3.
671. GATES, B., ARTHETON, H. *Learning disabilities*. Edwards: London, 2007. 699 s. ISBN 13: 978-0-443-10198-4.
672. GAVORA, P. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
673. GEISLEROVÁ, E. a kol. *Mít přehled: průvodce informačními a poradenskými službami pro děti a mládež*. Praha: Národní institut dětí a mládeže MŠMT, 2012. 241 s. ISBN 978-80-87449-02-8.
674. GEUDENS, T. *Social inclusion*. Strasbourg: Concil of Europe Publishing, 2006. 109 s. ISBN 13-978-92—871-5229-9.
675. GIDDENS, A. *The Constitution of Society*. California: University of California, 1984. 392 s. ISBN 0-520-05292-7.
676. GIGALOVÁ, V. *Dospělý jedinec v hypermoderní společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 96 s. ISBN 978-80-244-4809-1.
677. GIROUX, H. A. *Theory and Resistance in Education*. Westport: Bergin & Garvey, 2001. 233 s. ISBN 0-89789-796-X.

678. GIRYNSKI, A.: *Obniżona sprawność umysłowa a niedostosowanie społeczne upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim.*, *Szkola Specjalna* 1978, nr 3.
679. GÖSTEMEYER, K. F. *Pädagogik nach der Moderne*. Zeitschrift für Pädagogik, roč. 39, 1993, č. 5, s. 858-869.
680. GRANACHER, S. *Auf einmalwarensie da – ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung*. Berlin: Books on Demand, 2007. 230 s. ISBN 978-3-638-50141-5.
681. GREGG, N. *Adolescents and adults with learning disabilities*. New York: Guilford Publications, 2009. 235 s. ISBN 978-1-60623-034-3.
682. GREENSPAN, S., SWITZKY, H.N., WOODS, G.W. 2011. *Intelligence involves risk-awareness and intellectual disability involves risk-unawareness: implications of a theory of common sense*. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 36: 242–253.
683. GUO, S., LANGER, E. *Transnational Migration, Social Inclusion and Adult Education*. San Francisco: Jossey Bass, 2015. 111 s. ISBN 10- 978-3454-45-0.
684. GURWITSCH, A. *Das Bewusstseinsfeld*. Berlin, New York: de Gruyter, 1974.
685. GUTENBERGER, J. *Das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung im Wohnheim unter besonderer Berücksichtigung der Selbstbestimmung*. Hamburg: Diplomica, 2010. 175 s. ISBN 978-3-8366-4864-6.
686. HÁJEK, M. *Nástin metodiky vedení zájmové činnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2007. 65 s. ISBN 978-80-7290-265-1.
687. HÁJEK, Z.; ČECH, E., MARŠÁL, K. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2015. 430 s. ISBN 978-80-247-9492-0.
688. HALOVÁ, M. 2010. *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu: věnováno nemocným postiženým demencí, zvláště pak demencím Alzheimerova typu a všem, kteří o ně pečují*. Bouzov: VEF Enterprises. ISBN 978-80-904611-0-9.
689. HAMMEL, J. a kol. *What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities*. Page 1445-1460. Accepted 01 Aug 2007, Published online: 07 Jul 2009. VOLUME 30 2008, ISSUE-19.
690. HANZL, D. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Jihlava: Vyšší odborná škola sociální, 2012- 167 s. ISBN 978-80-87710-01-2.
691. HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J. in ŠUCHA, M., CHARVÁT, M., ŘEHAN, V. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. S. 34 – s- 39.
692. HARDIE, E., TILLY, L. *An introduction to supporting people with learning disabilities*. London: Learning Masters, 2012. 234 s. ISBN 10- 978-3465-76-0.
693. HATÁR, C. *Sociálna pedagogika, sociálna andragogika a sociálna práca v kontexte teoretických, profesijných a vzťahových reflexií*. Bratislava: Pedagogická fakulta UKF, 2006. 287 s. ISBN 80-8094-015-0.
694. HAUKE, M. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
695. HAVLÍČKOVÁ, D., ŽÁRSKÁ, K. *Kompetence v neformálním vzdělávání*. Praha: Comunica, 2012. 16 s. ISBN 978-80-84449-18-9.
696. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
697. HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
698. HENDL, J. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2012. 734 s. ISBN 978-80-262-0200-4.
699. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody, aplikace*. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
700. HENNIES, I.; KUHN, E. J. Ablösung von den Eltern. In: Wüllenweber, Ernst (Hg.): *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung*. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer, 2004. 350 s. ISBN 978-80-765-543-9.
701. HERBART J., H. *Kurze Encyklopädie der Philosophie aus praktischen Gesichtspunkten*. Halle: Schwetschke & Sohn, 1931. 410 s.
702. HERMANN, J. *Normales Alter nun normal? Menschen mit geistiger Behinderung im Ruhestand*. Berlin: Books on Demand, 2004. 160 s. ISBN 978-3-638-71568-3.
703. HEWSTONE, M., STROEBE, W. *Sociální psychologie. Moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. 208 s. ISBN 80-7367-092-5.
704. HOLAŇOVÁ, M. *Orientace v sociální síti*. Ostrava: Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociální, 2011. 1 CD-ROM, 47 l. ISBN 978-80-87540-28-2.
705. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M. 2014. *Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. 180 s. ISBN 978-80-86541-33-4.
706. HOMOLOVÁ, K. *Q-metodologie a sémantický diferenciál v pedagogickém výzkumu (nejen) dětského čtenářství*. Plzeň: ZČU Plzeň, 2006. 100 s. ISBN 978-80-543-874-0.

707. HOOPER, E., WEINBERG, H. *Sociální nevědomí u osob, skupin a společností*. Praha: Výbor pro péči o Prix Irene, 2015. 256 s. ISBN 978-80-905-354.
708. HORŇÁKOVÁ, M. *Inklúzia – nové slovo, alebo aj nový obsah?* In: Efeta, roč. 16, Martin: Osveta, 2006, č. 1, s. 2-5. ISSN 1335- 1397.
709. HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 300 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
710. HRONCOVÁ, J. *Sociálna pedagogika-vývin a súčasný stav*. Pedagogická revue, 2005, roč. 57, č. 1, s. 4 - 10. ISSN 4332-3435.
711. HŘEBÍČEK, L. *Ke koncepci vysokoškolského oborového studia- sociální pedagogika*. In *Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2000a str. 361-364 ISBN 80-90-2936-0-3.
712. HUČÍK, J. a kol. *Osoby s mentálním postihnutím a společnost*. Liptovský Ján: PROHU, 2013. 270 s. ISBN 978-80-89535-13-2.
713. HŮRKA, P., ELIÁŠ, K. *Zákoník práce a související ustanovení občanského zákoníku: s podrobným komentářem*. Olomouc: ANAG, 2014. 1063 s. ISBN 978-80-7263-857-4.
714. CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice: základy kvantitativně orientovaného výzkumu*. Olomouc: VUP, 2003. 233 s. ISBN 80-244-0765-5.
715. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 189 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
716. CHRÁSKA, M., KOČVAROVÁ, I. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2015. 132 s. ISBN 978-80-7454-553-5.
717. JAEGER, T. P., BOWMAN C. A. *Understanding Disability: Inclusion, Acces, Diversity and Civil Rights*. Westport: Praeger Publishers, 2005. 235 s. ISBN 0-257-98226-2.
718. JAKEŠOVÁ, P. a kol. *Právní gramotnost v medicíně*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. 437 s. ISBN 978-80-244-4375-1.
719. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
720. JANDOUREK, J. *Velký sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007. 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
721. JANDOUREK, J. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada, 2008. 268 s. ISBN 978-80-247-2397-6.
722. JANDOUREK, J. 2012. *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3679-2.
723. JANÍK, T., KNECHT, P. ŠEBESTOVÁ, S. *Směšený design v pedagogickém výzkumu*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 156 s. ISBN 978-80-210-5553-7.
724. JANIŠ, K. 2004. *Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci* Praha: Orfeus. ISBN 80–903519–0–5.
725. JANIŠ, K. st., LOUDOVÁ, I. *Vybraná témata z teorie výchovy (studijní opora)*. HradecKrálové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-113-6.
726. JANSÁ, P. a kol. *Pedagogika sportu*. Praha: Karolinum, 2012. 226 s. ISBN 978-80-246-2026-8
727. JARVIS, P.: *Adult and continuing education (Theory and Practice)*. 1. vyd. London 1983.
728. JARVIS, P. *From Adult Education to thelearning society*. New York: Routledge, 2013. 379 s. ISBN 0-415-36494-9.
729. JARVIS, P. *Adult Education & Lifelong Learning. Theory and Practice*. London and New York: RoutledgeFalmer, 2004. 432 s. ISBN 0–415–31492–5.
730. JEDLIČKA, R. a kol. *Teorie výchovy – tradice, současnost, perspektivy*. Praha: Karolinum, 2014. 272 s. ISBN 978-80-246-2600-0.
731. JEDLIČKA, R. a kol. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. 544 s. ISBN 978-80-247-5447-5.
732. JEŘÁBKOVÁ, K. *Lidé se zdravotním postižením: historické aspekty*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 104 s. ISBN 978-80-244-3602-9.
733. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
734. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. 285 s. ISBN 80-7184-823-9.
735. JÍLEK, D. a kol. *Segregace, vzdělávací příležitost a závazky států*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 198 s. ISBN 978-80-7478-762-1.
736. JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Czech republik: Maxdorf, 1998. 290 s. ISBN 80-85800-88-8.
737. JOHNSON, K., RANNVEIG, T. *Deinstitutionalization and People with Intellectual Disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2013. 274 s. ISBN 978-1-8431-101-7.
738. JOCHMANN, Vladimír. 1994. *Integrální andragogika*. In *Andragogika. Sborník z teoretického semináře k pojetí andragogiky v Olomouci 26.- 27. dubna 1993*. Olomouc: Katedra sociologie a andragogiky FF UP OlomoucZ. *Základy andragogiky*. Praha: UJAK, 2002. 207 s. ISBN 987-80-6543-65-1.
739. JOCHMANN, V. *Logistika distančního vzdělávání*. Olomouc: UP Olomouc, 2001. 80 s. ISBN 80-244-0284-X.

740. JUŘENÍKOVÁ, P. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
741. JŮVA, V. *Pedagogika jako věda*. Praha: UJEP, 1977. 194 s.
742. KÁDNER, O. *Pedagogika, školství a jejich dějiny*. Praha: SPN, 1981. 197 s.
743. KAISER, D. *Pedagogy and the practice of science*. London: The MITT, 2005. 417 s. ISBN 0-262-11288-4.
744. KALHOUS, Z., OBST, O. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2009. 447 s. ISBN 978-80-7367-571-4.
745. KALNICKÝ, J. a kol. *Efektivnost a ekonomika edukace dospělých*. Ostrava: Mecc, 2012. 134 s. ISBN 978-80-7329-323-9.
746. KALNICKÝ, J. *Celoživotní učení: edukace dospělých a seniorů*. Ostrava: Repronis, 2014. 103 s. ISBN 978-80-7329-403-8.
747. KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatricie*. Praha: Grada, 1997. 190 s. ISBN 80-7184-366-0.
748. KANTOROVÁ, J. a kol. *Vybrané kapitoly z obecné pedagogiky*. Olomouc: Hanex, 2008. 244 s. ISBN 978-80-7409-024-0.
749. KARLÍČEK, M. a kol. *Základy marketingu*. Praha: Grada, 2013. 255 s. ISBN 978-80-247-4208-3.
750. KASPEROVÁ, D., KASPER, T. *Dějiny pedagogiky*. Praha: Grada, 2008. 224 s. ISBN 978-80-247-2429-7.
751. KATZENBACH, D.; UPHOFF, G. (2008): Werhathierwaszusagen. Überdas Paradox verordneter Autonomie. In: Mesdag, Thomas; Pforr, Ursula (Hg.): *PhänomengeistigeBehinderung. EinpsychodynamischerVerstehensansatz*. Gießen: Psychosozial-Verlag
752. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 220 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
753. KLÍMA, P. *Koncepce studijního oboru a vzdělávacího programu sociální pedagogika*. Závěrečná zpráva rozvojového projektu FRVŠ. Praha: PdF UK, 1993.
754. KLUSÁČEK, K. *Bílá kniha výzkumu, vývoje a inovací v ČR*. Praha: Sociologické vydavatelství, 2008. 96 s. ISBN 978-80-86429-99-1.
755. KOCIANOVÁ, R. *Personální řízení: východiska a vývoj*. Praha: Grada, 2012. 149 s. ISBN 978-80-247-3269-5.
756. KOCUROVÁ, M. a kol. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002. 180 s. ISBN 80-7082-844-7.
757. KOFROŇOVÁ, O. *Počáteční a odborné vzdělávání v rámci celoživotního učení: syntetická studie*. Praha: Výzkumný ústav odborného školství, 1998. 36 s. ISBN 80-85118-31-9.
758. KOHNOVÁ, J. *Další vzdělávání učitelů a jejich profesní rozvoj*. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 181 s. ISBN 80-7290-148-6.
759. KOHOUTEK, R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 190 s. ISBN 978-80-210-4434-0.
760. KOLÁŘ, Z. a kol. *Výkladový slovník z pedagogiky*. Praha: Grada, 2012. 192 s. ISBN 978-80-247-3710-2.
761. KOLIBÁŠ, E., PIDRMAN, V. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. 135 s. ISBN 80-7262-2363-X.
762. KOLUCHOVÁ, J. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. 280 s. ISBN 80-7178-637-3.
763. KOMENSKÝ, J. A. *Didaktika analytická*. Praha. Do podoby současného jazyka upravila Helena Businská, 1946.
764. KOPECKÁ, I. *Psychologie*. Praha: Grada, 2011. 220 s. ISBN 978-80-247-3875-8.
765. KOPEČNÝ, P. *Logopedická intervence u osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti*. Brno: Masarykova Univerzita, 2014. 210 s. ISBN 978-80-210-7339-5.
766. KOTÁSEK, J. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice*. Praha: Tauris, 2001. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
767. KOTÍKOVÁ, J. *E-inkluzie: metodická příručka*. Praha: M□am a□loca, 2014. 66 s. ISBN 978-80-905534-4-6.
768. KOVÁČOVÁ, B. *Inkluzívny proces v materských školách: začlenenie dieťaťa s "odlišnosťami" do prostredia inkluzívnej materskej školy*. Bratislava: Musica liturgica, 2010, 99 s. ISBN 978-80-970418-0-9.
769. KOVÁŘOVÁ, R. VITÁSKOVÁ-JANKŮ, K. *Postavení a kompetence speciálního pedagoga v rámci integračního procesu na běžné škole*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 60 s. ISBN 978-80-7368-548-5.
770. KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 190 s. ISBN 80-244-0991-7.
771. KOZÁKOVÁ, Z., PASTIERIKOVÁ, L., KREJČÍŘOVÁ, O. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 100 s. ISBN 978-80-244-3714-9.
772. KOZEL, R. a kol. *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada, 2006. 230 s. ISBN 80-247-0966-X.
773. KRAHULCOVÁ, B. a kol. 2002. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 185 s. ISBN 80-7290-094-3.
774. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. a kol. *Člověk - prostředí – výchova. K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 str. ISBN 80-7315-004-2.

775. KREJČÍŘOVÁ, O. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením: studijní texty*. Praha: Rytmus, 2005. 90 s. ISBN 80-903598-1-7.
776. KREJČÍŘOVÁ, D.; LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2012. 240 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
777. KREJČÍŘOVÁ, O., KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 120 s. ISBN 978-80-244-3715-6.
778. KOZÁKOVÁ, Z., KREJČÍŘOVÁ, O., MÜLLER, O. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 111 s. ISBN 978-80-244-3712-5.
779. KREJČÍŘOVÁ, O. *Metodická specifika počátečního vzdělávání jedinců s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 95 s. ISBN 978-80-244-3713-2.
780. KRHUTOVÁ, L. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 243 s. ISBN 978-80-7326-232-7.
781. KRPEC, R. *Konstruktivistický přístup k výuce kombinatoriky*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2015. 95 s. ISBN 978-80-7464-800-7.
782. KRYSŤOŇ, M. a kol. *Záujmové vzdelávanie dospelých. Teoretické východiská*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2011. 132 s. ISBN 978-80-557-0211-7.
783. KRÍŽKOVSKÁ, P. a kol. *Problematika edukace osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 95 s. ISBN 978-80-244-2975-5.
784. KRÍŽKOVSKÁ, P.; TOMALOVÁ, P. a kol. 2012. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v období pozdní dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 105 s. ISBN 978-80-244-3375-2.
785. KRÍŽKOVSKÁ, P. 2015. *Poznámky k práci speciálního pedagoga – andragoga*. (Článek přijatý k recenznímu řízení redakcí Prohuman. sk)
786. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009, 239 s. ISBN 978-80-244-2315-9.
787. KUBÍČKOVÁ, H. *Dítě-rodina-instituce aneb jak neztratit budoucnost*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 116 s. ISBN 978-80-7464-017-9.
788. KUČEROVÁ, H. 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
789. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 185 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
790. KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM, 2001. 130 s. ISBN 80-214-1844-3.
791. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-246-3676-1.
792. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990. 134 s. ISBN 80-201-0019-9.
793. KYSUČAN, J. *Úvod do psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1986. 100 s.
794. LANGER, S. *Mentální retardace*. Hradec Králové: Kotva, 1996. 105 s. ISBN 80-900254-8-X.
795. LANGER, J., SOURALOVÁ, E. *Surdopedie – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 53 s. ISBN 80-244-1206-3.
796. LAUFER, H. *99 tipů pro úspěšné vedení lidí*. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2445-4.
797. LAVICKÝ, P., POLIŠENSKÁ, P. *Právní jednání*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 475 s. ISBN 978-80-7478-821-5.
798. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 235 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
799. LEČBYCH, M. *Úvod do psychoterapie pro pracovníky v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. 130 s. ISBN 978-80-244-2647-1.
800. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál, 2011. 190 s. ISBN 978-80-7367-977-4.
801. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2008. 195 s. ISBN 978-80-7367-433-5.
802. LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010, 435 stran. ISBN 978-80-7367-679-7.
803. LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. 245 s. ISBN 80-7178-801-5.
804. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. 350 s. ISBN 80-247-0668-7.
805. LENORÁKOVÁ, S., MATZNEROVÁ, I., VELEMÍNSKÝ M. Sexuální zneužívání mentálně retardovaných dětí a mladistvých. In: *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha: ELÁN, 2002. 35-45 s. ISSN: 3435-6768.
806. LEWIS, A.; NORWICH, B. *Special teaching for special children?* New York: TwoPenn Plaza, 2005. 240 s. ISBN 0-335-21405-3.
807. LINHART, J. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.

808. LIESMANN, P. K. *Teorie nevzdělanosti – Omyly společnosti vědění*. Praha: Academia, 2011. 125 s. ISBN 978-80-200-1677-5.
809. LOCKE, J. 1984. *Esej o lidském rozumu*. Praha: Svoboda, 1984.
810. LUDÍKOVÁ, L., RENOTIÉROVÁ, M. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 205 s. ISBN 80-244-1475-9.
811. LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 63 s. ISBN 80-244-1207-1.
812. LUDVÍK, F. *Dějiny defektologie*. Státní pedagogické nakladatelství, 1956.
813. LUND, N. *Intelligence a učení*. Praha: Grada, 2010. 210 s. ISBN 978-80-247-3922-9.
814. LUŽNÝ, D. a kol. *Sociální konflikty: sociologická a andragogice perspektiva*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 154 s. ISBN 978-80-244-3432-2.
815. MACHALOVÁ, M. *Psychológia vo vzdelávaní dospelých*. Bratislava: Gelrachprint, 2006. 190 s. ISBN 80-89142-07-9.
816. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 245 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
817. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a dospělosti*. Praha: Portál, 2005. 185 s. ISBN 80-247-0737-3.
818. MALACH, J. *Kapitoly z andragogiky*. Ostrava: Pedagogická fakulty Ostravské univerzity v Ostravě, 2002. 116 s. ISBN 80-7042-245-9.
819. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
820. MANDZÁKOVÁ, S. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. 130 s. ISBN 978-80-262-0502-9.
821. MAŇÁK, J., KNECHT, P. *Hodnocení učebnic*. Brno: Paido, 2007. 141 s. ISBN 978-80-7315-148-5.
822. MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7201-801-7.
823. MAREŠ, M. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nukleus, 2001. 124 s. ISBN 80-86225-19-4.
824. MAREŠ, M. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nukleus, 2002. 187 s. ISBN 80-86225-36-4.
825. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1151-6.
826. MARTÍNKOVÁ, J. *Farmakologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2007. 300 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
827. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, P., VODÁKOVÁ, A. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. 294 s. ISBN 80-7184-311-3.
828. MASH, E., WOLFE, D. *Abnormal Child Psychology*. Belmont: Wadsworth, 2002. 139 s. ISBN 0-534-55413-X.
829. MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. New York: Harper, 1954. 411 s.
830. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1999. 284 s. ISBN 80-85850-76-1.
831. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 274 s. ISBN 80-7178-549-0.
832. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál, 2014. 214 s. ISBN 978-80-262-0522-7.
833. MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. 98 s. ISBN 80-85282-83-6.
834. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
835. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2012. 260 s. ISBN 978-80-262-0202-8.
836. MATĚJŮ, P. *Bílá kniha terciárního vzdělávání*. Praha: MŠMT, 2009. 74 s. ISBN 978-80-254-4519-8.
837. MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
838. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 275 s. ISBN 80-7367-002-X.
839. MATOUŠKOVÁ, I. *Forenzní psychiatrie*. Praha: Grada, 2013. 350 s. ISBN 978-80-247-4580-0.
840. MATSON, J. L., MATSON, M. L. *Comorbid Conditions in Individuals with Intellectual Disabilities*. Louisiana: Springer, 2015. 256 s. ISBN 978-3-319-15437-4.
841. MATSON, J. L.; SEVIN, J. A. 1994. Theories of Dual Diagnosis in Mental Retardation. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1: 6 – 16“ from Ovid database.
842. MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986. 235 s. ISBN 70-077-86.
843. MAREŠ, P., HORÁKOVÁ, M. a kol. *Sociální exkluze na lokální úrovni*. Praha: VÚSPV, 2008. 75 S. ISBN 978-80-7416-014-1.
844. MAXWELL, J. C. *Cílevědomý život*. Praha: Beta, 2016. 282 s. ISBN 978-80-7306-817-2.
845. MEYERS, D. *Sociální psychologie*. Brno: Edika, 2016. 536 s. ISBN 978-80-266-0871-4.

846. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
847. MIKAUŠ, O. 2007. *Subjektivní vnímání dospělosti a vztah k rodičům v období mezi adolescencí a dospělostí*. Brno. Diplomová práce. MU Brno.
848. MILTÖHNER, M. Právní problematika sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, 2004. 34-47 s. ISBN 80-903-51-90-5.
849. MLČÁK, Z. *Prosociální chování v kontextu dispozičních faktorů osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7368-857-8.
850. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství*. Praha: Grada, 2010. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
851. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 290 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
852. MOKHTARI, M. *Persons with Disabilities and Elderly People*. Washington: IOS Press, 2003. 201 s. ISBN 1-58603-380-8.
853. MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. 195 s. ISBN 80-85931-86-9.
854. MORAVCOVÁ, K. Vzdělávací strategie OECD (celoživotní vzdělávání pro všechny). In *Kurikulum andragogiky: Sborník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Filozofická fakulta, 2003. s. 163-165. ISBN 80-244-0638-1.
855. MOSS, S.; BOURAS, N.; HOLT, G. 2008. *Mental Health Services For People With Intellectual Disability: A Conceptual Framework*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 2:97 – 107: (online). Retrieved February 2, from Blackwell Synergy.
856. MOSS, A. C., DYER, K. R. 2010. *Psychology of Addictive Behavior*. London: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-27222-4.
857. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. Praha: Triton, 2007. 236 s. ISBN 978-80-7387-032-2.
858. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
859. MURA, L. *Etika pro pomáhající profese*. Brno: Tribun EU, 2015. 125 s. ISBN 978-80-263-0812-6.
860. MUŽÍK, J. *Andragogická didaktika*. Praha: Codex Bohemia, 1998. 196 s.
861. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-252.
862. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 173. ISBN 978-80-210-5029-7.
863. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 135 s. ISBN 80-244-0207-6.
864. MÜLLER, O. *Psychopedie – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 75 s. ISBN 80-244-1204-7.
865. MÜLLER, O., VYMAZALOVÁ, E., KREJČÁŘOVÁ, O. *Speciálněpedagogická andragogika – metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 109 s. ISBN 978-80-244-3689-0.
866. MUŽÍK, J. *Androdidaktika*. Praha: ASPI, 2004. 146 s. ISBN 80-7357-045-9.
867. MUŽÍK, J. *Didaktika profesního vzdělávání dospělých*. Plzeň: Fraus, 2005. 202 s. ISBN 80-7238-220-9.
868. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
869. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
870. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
871. NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. *Strategie celoživotního učení*. Praha: MŠMT, 2008. 89 s. ISBN 978-80-245-2218-2.
872. NESLUŠANOVÁ, S., NIKLOVÁ, M. a kol. *Sociální pedagogika ve světle společenského, institucionálního a individuálního ohrožení*. Brno: Institut mezioborových studií, 2015. 1 CD –ROM. ISBN 978-80-880-10-04-3.
873. NOSKOVÁ, J. *Biografická metoda a metoda orální historie: na příkladu výzkumu každodenního života v socialismu*. Brno: Etnologický ústav, 2014. 109 s. ISBN 978-80-87112-84-7.
874. NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. 50 s. ISBN 80-8073-268-1.
875. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. s. 18. ISBN 80-7367-174-3 3.
876. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. 210 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
877. O'BRIEN, J. *A guide to life-style planning: Using the Activities Catalog to integrate services and natural support systems*. Baltimore: Books, 1987. 189 s. ISBN 0-9337-1675-3.
878. OPATŘILOVÁ, D. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 186 s. ISBN 978-80-210-6221-4.
879. OREL, M., FACOVÁ, V. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. 287 s. ISBN 978-80-247-2617-5.

880. ORTLAND, B. *Behinderung und Sexualität*. Stuttgart: Kohlhammer Druckerei, 2008. 268 s. ISBN 978-3-17-020373-0.
881. OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Univerzita Karlova, 2012. 287 s. ISBN 978-80-246-2109-8.
882. PALÁN, Z. *Výkladový slovník vzdělávání dospělých*. Praha: Daha, 1997. 159 s. ISBN 80-922232-1-4.
883. PALÁN, Z. *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. 199 s. ISBN 80-86723-03-8.
884. PALÁN, Z. *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2003. 199 s. ISBN 80-86723-03-8.
885. PALÁN, Z., LANGER, T. *Základy andragogiky*. Praha: UJAK, 2008. s. 95 - 96. ISBN 978-80-86723-58-7.
886. PALÁN, Z., RÝZNAR, L. *Vzdělávání dospělých a Evropa*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 127 s. ISBN 80-7041-879-6.
887. PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada, 2012. 356 s. ISBN 978-80-247-4332-5.
888. PAWLIK, K., ROSENZWEIG, M. R. *The International Handbook of Psychology*. London: Sage Publications, 2000. 279 s. ISBN 0-7619-5529.
889. PAYNE, M. What Is Professional Social Work? cit. podle JANEBOVÁ, R., 2007. Sociální práce. In KLÍMA, P. a kol. *Kontaktní práce: analogie textů České asociace streetwork*. Praha: Česká asociace streetwork, 2006. s. 75-84. ISBN 978-80-254-4001-8.
890. PELIKÁN, J. *Hledání těžiště výchovy*. Praha: Karolinum, 2007. 175 s. ISBN 978-80-246-1265-2.
891. PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. 231 s. ISBN 80-7184-569-8.
892. PELIKÁN, R. *Právní subjektivita*. Praha: Wolters Kluwer, 2012. 174 s. ISBN 978-80-7357-745-2.
893. PERHÁCS, J. *Peronalizačné a socializačné aspekty rozvoja osobnosti dospělých*. Praha: Rozlet, 2011. 157 s. ISBN 978-80-904824-4-9.
894. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. 230 s. ISBN 80-247-1216-4.
895. PIERSON, J. *Tackling Social Exclusion*. Routledge: London, 2002. 271 s. ISBN 978-0-415-25683-4.
896. PIERANGELO, R., GIULIANI, G. A. *Learning disabilities: A Practical Approach to Foundations, Assessment, Diagnosis and Teaching*. Michigan: Pearson/Allyn and Bacon, 2006. 328 s. ISBN 978-0205-459-64-3.
897. PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Portál, 2007. 324 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
898. PINSOFF, W. M., LEBOW, J. L. *Family Psychology: The Art of the Silence*. London: Oxford, 2005. ISBN 13-978-0-19-5135557-2.
899. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Sociálně pedagogické aspekty ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 1996. 136 s. ISBN 80-85931-27-3.
900. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 234 s. ISBN 80-7315-120-0.
901. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. 240 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
902. PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
903. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na osoby s mentálním postižením*. Brno: Paido, 2014. 246 s. ISBN 978-80-210-7689-1.
904. PLAMÍNEK, J. *Tajemství motivace*. Praha: Grada, 2015. 160 s. ISBN 978-80-247-9745-8.
905. PLAMÍNEK, J. *Vzdělávání dospělých: průvodce pro lektory, účastníky, zadavatele*. Praha: Grada, 2014. 336 s. ISBN 978-80-247-4806-1.
906. POITEVIN, G. Příspěvek k metodologii a gnozeologii biografického výzkumu In. Alan, J. *Metodologie výzkumu životních drah*. Praha. Výzkumný ústav sociálního rozvoje a práce, 1989. S. 56-70.
907. POSPÍŠIL, O. *Pedagogika dospělých – andragogika: studijní text*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 218 s. ISBN 80-7290-064-1.
908. POWELL, J. W. *Barriers to Inclusion: Special Education in the United States and Germany*. New York: Tylor & Francis, 2011. 319 s. ISBN 978-1-59451-208-7.
909. POŽÁR, L. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Typy universitatis Tyrnaviensis a VEDA SAV, 2007. 198 s. ISBN 978-80-8082-147-0.
910. POŽÁR, L. *Patopsychológia – psychológia jedincov s rozným druhom postihnutia*. Bratislava: MABAG, 2003. 190 s. ISBN 80-89113-07-9.
911. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

912. POSPÍŠIL, O. *Pedagogika dospělých-andragogika: studijní text*. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2001. 218 s. ISBN 80-247-06-71-7.
913. PRANGE, K. *Schlüsselwerke der Paedagogik*. Stuttgart: GmbH Druckerei, 2009. 250 s. ISBN 978-3-17-019607-3.
914. PREISS, M. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. 290 s. ISBN 80-7169-443-6.
915. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006. 310 s. ISBN 80-247-0843-4.
916. PREUSS, P., PAVELKOVÁ, J. *Social and Health services in Favor of the Integration of the Socially and Psychically Disadvantaged*. Trnava: Univerzita Svatého Cyrila a Metoda, 2015. 1 DVD – ROM. ISBN 978-80-905973-9-6.
917. PROCHÁZKA, R., ŠMAHAJ, J., KOLAŘÍK, M., a kol. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. 286 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
918. PROCHÁZKOVÁ, L. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. 150 s. ISBN 978-80-7392-094-4.
919. PROVAZNÍK, V. kol. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada, 2002. 226 s. ISBN 80-247-0470-6.
920. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2008. 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8.
921. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
922. PRŮCHA, J. *Vzdělávání ve školství a ve světě*. Praha, Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-290-4.
923. PRŮCHA, J. a kol. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2.
924. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002. 481 s. ISBN 80-7178-631-4.
925. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2013. 483 s. ISBN 978-80-262-0456-5.
926. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012. 286 s. ISBN 978-80-247-3960-1.
927. PRŮCHA, J. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada, 2014. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.
928. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. Praha: Portál, 2015. 270 s. ISBN 978-80-262-0872-3.
929. PRUSÁKOVÁ, V. *Základy andragogiky I*. Bratislava: Gerlach Print, 2005. 145 s. ISBN 80- 89142-05-2.
930. PRUSÁKOVÁ, V., ČORNANIČOVÁ, R. *Výchova a vzdelávanie dospelých, andragogika – Terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2005. 547 s. ISBN 80-08-02814-9.
931. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice – texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 176 s. ISBN 978 -80-73155-157-71.
932. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky. Vývoj člověka od 30 – 45 let*. Praha: SPN, 1977.
933. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky. Vývoj člověka od 15 do 30 let*. Praha: SPN, 1983.
934. PŘÍHONSKÁ, J. *Kombinatorické problémy: metody a struktury řešení*. Liberec: Technická univerzita, 2013. 123 s. ISBN 978-80-7494-017-0.
935. PUNCH, K. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. 278 s. ISBN 978-80-7367-468-7.
936. PUNCH, K. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2015. 230 s. ISBN 978-80-262-0980-5.
937. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. 205 s. ISBN 80-7262-140-8.
938. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. a kol. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
939. RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 186 s. ISBN 80-210-1155-6.
940. RADKOVÁ, L. *Aktuálně problémy lidí s mentálním postižením*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 80 s. ISBN 978-80-7394-185-7.
941. RÁDLOVÁ, E., a kol. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Monatex, 2004. 86 s. ISBN 80-7225-114-7.
942. RAITHER, J.; Dollinger, B.; Hörmann, G., *Einführung Pädagogik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2009. 337 s. ISBN 978-3-531-16320-8.
943. REICHEL, J. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada, 2008. 135 s. ISBN 978-80-247-2594-9.
944. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 245 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
945. REKTOROVÁ, I. a kol. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7387-017-1.
946. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
947. RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 320 s. ISBN 80-244-1475-9.
948. REYNOLDS, C. R., FLETCHER- JANZEN, E. *Encyclopedia of special education*. New Jersey: John Wilay & sons, 2007. 287 s. ISBN 0-471-68701-5.

949. RIEDLOVÁ, D. *Aktivní občan a rozvoj lokálních prostředí a regionů: studijní materiály k výukovému modulu*. Vsetín: Masarykova knihovna, 2013. 80 s. ISBN 978-80-904967-5-0.
950. RICHARDS, S., BRANDY, M., TAYLOR, R. *Cognitive and intellectual disabilities*. New York, Routledge, 2014. 346 s. ISBN 978-80-415-83468-1.
951. ROBBINS, S. P., DECENZO, D. A. *Fundamentals of management*. Prentice Hall, New Jersey, 2001. 268 s. ISBN 80-654-765-246-1.
952. ROSENTHAL, G. *Wenn alles in Scherben fällt: Von Leben und Sinnwelt der Kriegsgeneration*. Opladen: Leske & Budrich, 1987.
953. ROSTANSKIEJ, E., KISIELA, M. *Pedagogika w służbie i dzalaniu na rzecz regionu*. Dabrova Gornizia: Wysoak szkola biznesu, 2011. 269 s. ISBN 978-83-62897-62-9.
954. ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E. *Parkinsonova nemoc*. Praha: Grada, 2009. 107 s. ISBN 978-80-7435-173-8.
955. RYMEŠ, M. *Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů*. Praha, 1985.
956. ŘÁDOVÁ, H. *Sborník souhrnných pozic v nestátních neziskových organizacích*. Praha: Comunica, 2012. 97 s. ISBN 978-80-87449-37-0.
957. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004. 289 s. ISBN 80-7178-829-5.
958. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 235 s. ISBN 80-247-1049-8.
959. ŘÍHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
960. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. 206 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
961. SALVADOR – CARULLA, L., REED, G. M., VAEZ-AZIZI, L. M. a kol. 2011. *Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for 'mental retardation/intellectual disability'* in ICD-11. *World Psychiatry*. 10:175–180.
962. SALVATORI, M. *Pedagogy: disturbing history*. Pittsburgh: University of Pittsburgh, 1996. 365 s. ISBN 0-262-11288-4.
963. SANDANUSOVÁ, A., DYTRTOVÁ, R. *Popularization of science and research in the education*. Brno: Tribun EU, 2010. 93 s. ISBN 978-80-7399-150-0.
964. SANDERSON, H., LEWIS, J. *A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-centred Practice in Health and Social Care*. London: Jessica Kingsley, 2012. 240 s. ISBN 978-1-84905-194-1.
965. SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2015. 356 s. ISBN 978-80-247-9657-4.
966. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělávání, dospělost*. Praha: Portál, 2005. 187 s. ISBN 80-7178-973-9.
967. SHALOCK, R. L., LUCKASSON, R. *User's guide: Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems*. Washington: AAIDD, 2007. 289 s. ISBN 0-940-898-95-0.
968. SCHALOCK, R. L., BORTHWICK-DUFFY, S., BRADLEY, V. J. a kol. *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010. 350 s. ISBN 978-19-3530-404-3.
969. SHARDLOW, S. M.; DOEL, M. *Learning to practise Social work*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002. 269 s. ISBN 1-85-302-763-4.
970. SHEERENBERGER, R. C. *A history of mental retardation*. Michigan: P. H. Brookes Pub, 1983. 208 s. ISBN 0-9337-1627-3.
971. SCHÖNEBECK, H. V. *Unterstützen statt erziehen. Die neue Eltern-Kind-Beziehung*. München: Kaesl, 1982.
972. SIBILSKI, L. *Social Aspects of Disability. Social Movements, Social Organization and Legislative Action*. Katowice: Slask, 2000. 280 s. ISBN 83-7164-217-2.
973. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2012. 219 s. ISBN 978-80-262-0217-2.
974. SOLEN. *Mezinárodní klasifikace nemocí: přehled vybraných kapitol, podkapitol, skupin pro neurology*. Olomouc: Solen, 2011. 198 s. ISBN 978-80-87327-55-5.
975. SOLOVSKÁ, V. a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. 267 s. ISBN 978-80-262-0369-8.
976. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980.
977. SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. Praha: Grada, 2007. 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
978. SKALKOVÁ, J. *Pedagogika a výzva nové doby*. Brno: Paido, 2004. 213 s. ISBN 80-7315-060-3.
979. SKALKOVÁ, J. *Výchova a vzdělávání v kontextu soudobých globalizačních tendencí*. *Pedagogika*, roč. XLX, 2000, č. 1, s. 13-22.
980. SKÁKALOVÁ, T. *Sluchová vada a jejich sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. 287 s. ISBN 978-80-7435-628-5.

981. SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7435-115-0.
982. SLEZÁKOVÁ, Z. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. 268 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
983. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 135 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
984. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
985. SMÉKAL, V., PROTIVÍNSKÝ, T. a kol. *Analýza občanského vzdělávání dospělých*. Brno: Centrum občanského vzdělávání, 2010. 106 s. ISBN 978-80-5432-236-1.
986. SMÉKALOVÁ, L. *Komunitní vzdělávání v andragogickém pohledu*. Praha: Nová forma, 2015. 126 s. ISBN 978-80-7453-652-6.
987. STADELHOFFER, C. Internet jako šance pro další vzdělávání?. In *Aktuální problémy vzdělávání seniorů: Sborník příspěvků z odborného semináře se zahraniční účastí dne 29. 4. 1999*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999, s. 31. ISBN 80-244-0007-3.
988. STENLEY, J., MANTHORPE, J., PENHALE, B. *Institutional abuse*. London: Routledge, 1999. 241 s. ISBN 0-415-18701-X.
989. STERNBERG, R. J., KAUFMANN, J. C. *The Evolution of Intelligence*. New York: Psychology Press, 2002. 259 s. ISBN 978-0-805-83267-9.
990. STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a metody techniky zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. 289 s. ISBN 80-85834-60-X.
991. STRNADELOVÁ, V., ZERZÁN, J. *Radost ze zdravých dětí: preventivní i léčebná strava pro celou rodinu*. Olomouc: ANAG, 2013. 230 s. ISBN 978-80-7263-835-2.
992. STROUHAL, M. *Teorie výchovy*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-8693-3.
993. SUHWEIER, H. *Geistige Behinderung*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, 2009. 190 s. ISBN 978-3-407-57221-9.
994. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 356 s. ISBN 80-85121-11-5.
995. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Slovník psychiatrických terminů*. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 458 s. ISBN 978-80-87142-03-5.
996. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999. 250 s. ISBN 80-7178-327-7.
997. SVOBODA, P. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 189 s. ISBN 978-80-244-3068-3.
998. SVOBODOVÁ, L., VELAS, M. *Testy – Andragogika a personální řízení*. Praha: Fragment, 2011. 203 s. ISBN 978-80-253-0594-2.
999. SWITZKY, I., GREENSPAN, S. *What is mental retardation?* Washington: AAMR, 2006. 230 s. ISBN 0-940898-4-2.
1000. ŠANDEROVÁ, J. *Sociální stratifikace: problém, vybrané teorie, výzkum*. Praha: Karolinum, 2000. 172 s. ISBN 80-246-0025-0.
1001. ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. s. 70. ISBN 80-86284-55-7
1002. ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.
1003. ŠERÁK, M., DVORÁKOVÁ, M. *Kapitoly z teorie a praxe vzdělávání dospělých*. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2009. 138 s. ISBN 978-80-213-2001-7.
1004. ŠESTÁKOVÁ, I. *Sociální aspekty integrace handicapovaných do společnosti*. Praha: České vysoké učení technické, 2006. 34 s. ISBN 80-01-03542-5.
1005. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada, 2015. 222 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
1006. ŠIMÍČEK, V. *Právo na vzdělání*: Brno: Masarykova Univerzita, 2014. 203 s. ISBN 978-80-210-6950-3.
1007. ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. *Poznávání duševního života člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-2977-9.
1008. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: Karolinum, 2005. 105 s. ISBN 80-246-0992-4.
1009. ŠKODA, K. *Kapitoly z dějin andragogiky*. Praha: Karolinum, 1996. 137 s. ISBN 80-7148-326-1.
1010. ŠLAPAL, R. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. 289 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
1011. ŠMAHAJ, J., ČAKIRPALOGLU, P. *Význam motivace v pojetí osobnosti: teoretický, výzkumný a aplikační záměr*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. 70 s. ISBN 978-80-244-4790-2.
1012. ŠNÝDROVÁ, I. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2165-1.
1013. ŠPAČKOVÁ, A. *Umění dialogu: jak si s lidmi opravdu porozumět*. Praha: Grada, 2011. 80 s. ISBN 978-80-247-3810-9.
1014. ŠPATENKOVÁ, N. *Gerontagogické intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 245 s. ISBN 978-80-7464-085-8.

1015. ŠPATENKOVÁ, N. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 82 s. ISBN 978-80-244-2893-2.
1016. ŠTEFAN, J., HLADÍK, J. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada, 2012. 290 s. ISBN 978-80-247-3594-8.
1017. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVICOVÁ, L. a kol. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. 285 s. ISBN 978-80-246-2684-0.
1018. ŠTĚRBOVÁ, D.; RAŠKOVÁ, M. a kol. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 108 s. ISBN 978-80-244-4132-0.
1019. ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. 137 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
1020. ŠUSTEK, P. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu*. Praha: ASPI, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6.
1021. ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Praha, 1981.
1022. ŠVANCARA, J. *Poruchy psychického vývoje*. Brno: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 1982.
1023. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.
1024. ŠVANCARA, J. *Emoce, motivace, volní procesy*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2003. 137 s. ISBN 80-86633-11-X.
1025. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. 278 s. ISBN 80-7367-060-7.
1026. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011. 293 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
1027. ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
1028. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie. Díl 3. Vývojová psychologie*. Liberec: Technická univerzita, 2002. 207 s. ISBN 80-7083-571-0.
1029. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie. Díl 2. Psychologie osobnosti*. Liberec: Technická univerzita, 2006. 218 s. ISBN 80-7372-043-4.
1030. TANNENBERGEROVÁ, I., KRAHULOVÁ, K. a kol. *Jak se stát fěrovou školou II.: Inkluzivní vzdělávání v praxi*. Brno: Liga lidských práv, 2010. ISBN 978-80-87414-02-6.
1031. THEUNISSEN, G. *Paedagogik bei Geistiger Beginderung und Verhaltensauffaeligkeiten*. Regensburg: Friedrich Pustet, 2005. 256 s. ISBN 3- 7815-1366-6.
1032. THIEL, M. *Etnische Fragen der „Behinderung“*. Berlin: Lit Verlag, 2014. 202 s. ISBN 978-3-643-90574-1.
1033. THOROVÁ, K., JŮN, H. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo autismem*. Praha: APLA, 2012. 179 s. ISBN 987-80-87690-08-6.
1034. TIGHT, M. *Education of Adults people*. The open University: Kent, 2012. 374 s. ISBN 978-0-203-80267-0.
1035. TOD, D., THATCHER, J. *Psychologie sportu*. Praha: Grada, 2012. 194 s. ISBN 978-80-247-3923-6.
1036. TOMÁNEK, P. *Andragogika: veda pre človeka*. Brno: Tribun EU, 2015. 121 s. ISBN 978-80-263-0776-1.
1037. TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. 208 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
1038. TOMCZYK, L. *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií*. Praha: Asociace institucí vzdělávání dospělých, 2015. 240 s. ISBN 978-80-904531-9-7.
1039. TRANTINA, P., HAVLÍČKOVÁ, D. *Sebeevaluační nástroje aneb zhodnot' své kompetence získané při práci s dětmi a mládeží*. Praha: Comunica, 2012. 29 s. ISBN 978-80-87419-16-5.
1040. TRHLÍKOVÁ, J. *Prevence a intervence předčasných odchodů ze středních škol: příručka opatření*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2015. 97 s. ISBN 978-80-7481-104-3.
1041. TROJAN, V. *Pedagogický proces a jeho řízení*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. 90 s. ISBN 978-80-7478-539-9.
1042. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 307 s. ISBN 80-7040-786-7.
1043. TURKINGTON, C., HARRIS, J. *The Encyklopedia of Learning Disabilities*. New York, Bookworks, 2006. 308 s. ISBN 0-8160-6399-0.
1044. TYRLÍKOVÁ, I., BAREŠ, M. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 295 s. ISBN 978-80-7013-540-2.
1045. URBAN, L. *Sociologie trochu jinak*. Praha: Grada, 2011. 105 s. ISBN 978-80-247-3562-7.
1046. ÚZIS. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz*. Praha: ÚZIS, 2012. 50 s. ISSN 1210-8693.
1047. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000. 479 s. ISBN 80-7178-496-6.

1048. VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 499 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
1049. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. 108 s. ISBN 80-246-0841-3.
1050. VÁGNEROVÁ, M. *Základy obecné psychologie*. Liberec: Technická univerzita, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7372-283-8.
1051. VÁGNEROVÁ, M., HADJ- MOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 2004. 40 s. ISBN 80-7083-765-9.
1052. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie a její význam v životě dospělého člověka*. Liberec: Technická Univerzita, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7372-712-3.
1053. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2012. 267 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
1054. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
1055. VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. 293 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
1056. VALENTA, J. *Didaktika osobnostní a sociální výchovy*. Praha: Grada, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-4473-5.
1057. VALENTA, M., MICHALÍK, J. *Diagnostika posuzování speciálních vzdělávacích potřeb u dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 189 s. ISBN 978-80-244-3161-1.
1058. VALENTA, M.; MICHALÍK J.; LEČBYCH, M. 2012. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
1059. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2009. 285 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
1060. VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2013. 267 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
1061. VALENTA, M., KREJČÍROVÁ, O. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 1997. 89 s. ISBN 80-902057-9-8.
1062. VALENTA, M. a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb – část II*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 201 s. ISBN 978-80-244-3055-3.
1063. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada, 2011. 456 s. ISBN 978-80-247-3357-9.
1064. VANČOVÁ, A. *Základy pedagogiky mentálně postižených*. Bratislava: Sapientia, 2005. 212 s. ISBN 80-968797-6-6.
1065. VANČOVÁ, A. *Inovacie v teórii, metodológii a praxeológii pedagogiky mentálne postihnutých*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. 200 s. ISBN 978-80-7464-673-7.
1066. VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Praha: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 190 s. ISBN 978-80-8702-914-5.
1067. VAŠEK, Š. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2006. 135 s. ISBN 80-86723-21-6.
1068. VÁVROVÁ, S. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009. 1CD ROM. ISBN 978-80-7318-869-6.
1069. VAVRUŠKOVÁ, M., VOZÁR, J. *Informovaný souhlas pacienta – vzory, rady, příklady*. Praha: Verlag Dashöfer, 2015. 154 s. ISBN 978-80-87963-19-7.
1070. VETEŠKA, J. *Mediace a probace v kontextu sociální andragogiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 252 s. ISBN 978-80-7478-989-7.
1071. VETEŠKA, J. a kol. *Nové paradigma v kurikulu vzdělávání dospělých*. Praha: Educa Service, 2009. 344 s. ISBN 978-80-87306-04-8.
1072. VETEŠKA, J. *Kompetence ve vzdělávání dospělých: pedagogické, andragogické a sociální aspekty*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. s. 16. ISBN 978-80-86723-98.
1073. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-1770-8.
1074. VETEŠKA, J., VACÍNOVÁ, T. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2011. 208 s. ISBN 978-80-7452-012-9.
1075. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
1076. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998. 490 s. ISBN 80-85800-81-0.
1077. VOLFOVÁ, I.; KOZÁKOVÁ, Z.; VELEMÍNSKÝ, M. 2008. *Prevence sexuálního zneužívání u dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-129-1.
1078. VOMÁČKOVÁ, H. *Výzkumný pohled na inkluzi a její determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2015. 240 s. ISBN 978-80-7414-933-7.
1079. VLČEK, J., FIALOVÁ, D., VYTRÍŠALOVÁ, M. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, 2015. 289 s. ISBN 978-80-247-3169-8.

1080. VRUBEL, M. *Facilitátory a bariéry školní a sociální inkluze osob se zrakovým postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 186 s. ISBN 978-80-210-8022-5.
1081. VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV. Praha: Informační centrum OSN, 2014. 15 s. ISBN 978-80-86348-24-7.
1082. VYHNÁNKOVÁ, K. *Vzdělávání dospělých v České republice a Evropské unii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 136 s. ISBN 978-80-86723-46-4.
1083. VYMAZAL, J. *Mimoškolní výchova a vzdělávání dospělých a její institucionální systém v ČR*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 283 s. ISBN 80-7066-104-6.
1084. VYSEKALOVÁ, K., STRNAD, P. *Základy marketingu pro střední odborné školy*. Praha: Fortuna, 1997. 164 s. ISBN 80-7168-419-8.
1085. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
1086. WAAL, K. *Education and Care for Adolescents and Adults with Autism*. London: SAGE Publications, 2007. 283 s. ISBN 978-1-4129-2381-1.
1087. WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D. a kol. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum, 2006. 290 s. ISBN 978-80-246-1020-7.
1088. WAGNER, M. *Menschen mit geistiger Behinderung – Gesatler Ihrer Welt*. Wirtzburg: Universitaet, 2000. 309 s. ISBN 3-7815-1099-9.
1089. WAGNEROVÁ, E. *Listina základních práv a svobod*. Praha: Wolters Kluwer, 2012. 906 s. ISBN 978-80-7357-750-6.
1090. WALMSLEY, J., JOHNSON, K. *Inclusive Research with People with Learning Disabilities*. New York: Jessica Kingsley Publishers, 2003. 253 s. ISBN 1-84310-061-4.
1091. WILSON, C. A. *No one is too old to learn: Neuroandragogy: A theoretical perspective on adult brain functions and adult learning*. New York: iUniverse, 2006. 374 s. ISBN 13: 978-0-595-83148-7.
1092. WECHSLER, D. *The Measurement of Adult Intelligence*. New York: Read Books, 2007. 168 s. ISBN 978-1406-73472-0.
1093. WESTWOOD, P. *Learning and learning difficulties*. Victoria: ACER Press, 2004. 256 s. ISBN 0-8463-1769-7.
1094. WILLIAMS, P., EVANS, M. *Social Work with People with Learning Difficulties*. London: Printgroup, 2013. 197 s. ISBN 978-1-44626-756-1.
1095. WINKLER, M. *Kritik der Paedagogik: Sinn der Erziehung*. Stuttgart: GmbH Druckerei, 2006. 294 s. ISBN 13: 978-3-17-017891-5.
1096. WHITE, S. W. *Social Skills Training for Children with Asperger Syndrome and High Functionin Autism*. New York: Spring Street, 2011. 177 s. ISBN 978-1-609-18-209-0.
1097. ZACHOVÁ, V. a kol. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
1098. ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*. Praha, 1939.
1099. ZEMKOVÁ, J. Celoživotní vzdělávání – vyšší kvalita života osob s mentálním postižením In *S fotoaparátém za poznáním*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 2003. s. 22-33. ISBN 80-211-0445-7.
1100. ZEŽULKOVÁ, D. *Kruh mladých: příběhy mladých lidí z náhradní rodinné péče*. Praha: Powerprint, 2015. 90 s. ISBN 978-80-87994-57-3.
1101. ZIMMER, C. *Jak se duše stala tělem. Výzkum mozku mění svět*. Praha, Galén, 2006. 138 s. ISBN 80-7262-332-X.
1102. ZMEJOV, S. I. *Andragogika: osnovy teorii, istorii i tehnologii obuchenija vzroslyh*. Moskva: Nove Znania, 2007. 258 s. ISBN 90-432-567-886-9.

Internetové zdroje a legislativní zdroje

94. AMNESTY INTERNATIONAL. *Lidská práva*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 01-01]. Dostupné z WWW:<<http://www.lidskaprava.cz/student/uvod-do-lidskych-prav>>.
95. AAACE Journal: *Characteristics of adult learners with implications for online learning design*. [online]. New York, 2003, 16(2) [cit. 2016-09-29]. ISSN 879-67-653-0. Dostupné z WWW:<<http://www.learningdesing.com>>.
96. ANDROMEDIA. *Učení je skryté bohatství*. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/celoživotni-uceni-vzdelavani>>.
97. The ARC. *Intellectual disability*. c2012. [cit. 2015 – 01-04]. Dostupné z WWW:<<http://thearcofyorkcounty.org/mr.asp>>.
98. The ARC. *Genetic causes of Mental Retardation*. c2012. [cit. 2015 – 01-04]. Dostupné z WWW:<<http://thearcofyorkcounty.org/mr.asp>>.

99. AAIDD. Intellectual and Developmental disabilities. c2013. [cit. 2015-05-05]. Dostupné z WWW: <aaidd.org>.
100. ATKINSON, D. *Research and empowerment: involving people with learning difficulties in oral and life history research*. New York: Disability and Society, 2004. s. 35-47. [online]. c2016. [cit. 2016 – 07-07]. Dostupné z WWW:< <http://www.tandfonline.com/research>>.
101. ATKINSON, D., WALMSLEY, J. *Using Autobiographical Approaches with People with Learning Difficulties*. New York: Disability and Society, 1999. s. 55-69. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-01]. Dostupné z WWW: < <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0968759876432>>.
102. BÁNOVEC , L. *Dokumenty o dalším vzdělání a celoživotním učení*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 09-03]. Dostupné z WWW:<<http://msmt/dokumentyodalsimvzdelavani.cz>>.
103. BARNES, C., MERCER, G. Theorising and researching disability from a social model perspective. In: *Implementing the Social Model of Disability*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 02-06]. Dostupné z WWW: <<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Barnes-implementing-the-social-model-chapter-1.pdf>>.
104. CEREBRUM. *Program*. [online]. c2015. [cit. 2015 – 02-01]. Dostupné z WWW: <<http://cerebrum.underweb.cz/program.htm>>.
105. COUNCIL OF EUROPE. *Social cohesion*. [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW: <[http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/socsp/Rec\(2006\)5%20Czech%20Republic.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/socsp/Rec(2006)5%20Czech%20Republic.pdf)>.
106. CROMBY, J., STANDEN, P., BROWN, D. *The potentials of virtual environments in the education and training of people with learning disabilities*. London. Journal of Intellectual Disability Research, 1996. 489 – 512 s. ISSN 8765-4433. [online]. c2016. [cit. 2016– 12-03]. Dostupné z WWW:< https://www.researchgate.net/profile/John_Cromby/publication/14204587_The_potentials_of_virtual_environments_in_the_education_and_training_of_people_with_learning_disabilities/links/09e4150f3c6dc1d0f200000.pdf>.
107. CROW, L. Including all of our Lives: Renewing the Social Model of Disability. [online]. c2016. [cit. 2016– 07-03]. Dostupné z WWW: <<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Crow-exploring-the-divide-ch4.pdf>>.
108. ČESKÁ LIGA PROTI EPILEPSII. *Etiologie a prevalence epilepsie*. c2015. [cit. 2015-01-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.clpe.cz/>>.
109. DOBROMYSL. *Zavřete ústavy* [online]. c2002-2009 [cit. 2009-12-12]. Dostupný z WWW:<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1039>>.
110. DOBROMYSL. *Právo a lidí s postižením*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-08]. Dostupné z WWW:< <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>>.
111. DURECOVÁ, K. *Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků*. [online]. c2004. [cit. 2013-20-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000252.pdf>>.
112. E-PEDAGOGIUM: *Pojetí obecné pedagogiky na PdF UP v Olomouci od 80. let 20. století po současnost*[online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014, (3) [cit. 2016-09-25]. ISSN 1213-7499. Dostupné z: http://www.pdf.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF/e-pedagogium/2014/e-Pedagogium_3-2014_online.pdf#page=65.
113. ERUDIOPATRIA. *Je andragogika opravdu věda: Problematika dalšího vzdělávání a pozice zájmového vzdělávání v něm*. [online]. Ostrava: Erudo Partia, 2015 [cit. 2016-09-25]. Dostupné z WWW: <<http://erudiopatria.cz/wp-content/uploads/2015/10/andragogika-sbornik-UJAK-2015.pdf>>.
114. EVROPSKÁ KOMISE. *Memorandum o celoživotním učení*. Brusel: Evropská komise, 2010. [online]. c2016. [cit. 2016-09-25]. Dostupné z WWW:< <http://www.nuv.cz/uploads/Periodika/ZPRAVODAJ/2001/ZP01PIIa.pdf>>.
115. EVROPSKÁ UNIE. *Přístup k dokumentům*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-03]. Dostupné z WWW:< https://europa.eu/european-union/documents-publications/official-documents_cs>.
116. FREISTAAT SACHSEN. *Sächsisches Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung*. [online]. c2013. [cit. 2013-08-01]. Dostupný z WWW: <www.bmfsfj.de/dokumentation-des-workshops>.
117. GAJAR, Anna. *Adults with Learning Disabilities: Current and Future Research Priorities* [online]. Virginia, 1992 [cit. 2016-09-29]. Dostupné z WWW: <<http://idx.sagepub.com/content/25/8/507.short>>. Dizertační práce. University Park.
118. GOODLEY, D. *Tales of Hidden Lives: A critical examination of life history research with people who have learning difficulties*. New York: Disability and Society, 1996. s. 35-40. [online]. c2016. [cit. 2016 – 07-07]. Dostupné z WWW: < <http://www.tandfonline.com/critical> examination>.
119. GRUNEWALD, K. *Zavřete ústavy pro mentálně postižené*. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:< [kvalitavpraxi.cz/res/ data/001/000182.pdf](http://kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf)>.

120. GUILLEMIN, M. / GILLAM, L: Etika, reflexivita a "eticky důležité okamžiky" ve výzkumu. *Biograf* (35). [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:< <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=3502>>.
121. GURA, T. *Big plans for little brains*. Proquest: Medical Library 2011. 153 s. ISBN 987-80-654-876-1. [online]. [cit. 2015 – 01-03] Dostupné z WWW:< nature.com/nature/journal/v435/n7046/full/4351156a.html>.
122. HALL, E. *Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities*. London: Journal of Intellectual Disability Research, 2012. s. 48–57. [online]. [cit. 2016 – 01-03]. Dostupné z WWW:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20586884>>.
123. HANZALÍKOVÁ, V. Etika vo výskume sociálnej práce. In: KAPPL, M., M. SMUTEK a Z. TRUHLÁŘOVÁ. *Etika sociální práce* [online]. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, s. 255-266 [cit. 2016-10-01]. Dostupné z WWW: http://www.prohuman.sk/files/Sbornik_Etika_socialni_prace_2009.pdf>.
124. HARBOUR, C. K., MALIK, P. K. History of Intellectual Disability In STONE, J. H., BLOUIN, M. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. [online]. c2008-2015. [cit. 2014 – 11-11]. Dostupné z WWW: <<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/143/>>.
125. HODOUŠOVÁ, J. *Vzdělávání dospělých osob se zdravotním postižením* [online]. České Budějovice, 2009 [cit. 2016-10-01]. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/wytq7b/downloadPraceContent_adipIdno_13560>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce ŠVESTKOVÁ Renata.
126. HOMOLOVÁ, K. *Q-metodologie a sémantický diferenciál v pedagogickém výzkumu (nejen) dětského čtenářství*. [online]. c2006. [cit. 2013-04-01]. Dostupný z WWW:<http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/56/>.
127. HOURCADE, J. *Mental retardation*. [online]. c2015. [cit. 2015 – 04-07]. Dostupné z WWW: <http://clsf.info/Articles/mental_retardation_definition.htm>.
128. HRABĚTOVÁ, J. Kriminální jednání a mentální retardace. *Kontakt: Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2009, (2): 173 - 178 [cit. 2015-08-04]. ISSN 1804–7122. Dostupné z WWW: <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasilni/administrace/clankyfile/20120411101848285645.pdf>>.
129. INCLUSION EUROPE. *Kruhy podpory*. [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW:< http://www.inclusion-europe.com/topside/cs/site_content/63-communication/489-kruhy-podpory>.
130. INCLUSION EUROPE. *Respect, solidarity and inclusion*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 07-03]. Dostupné z WWW:< <http://inclusion-europe.eu/?lang=pl>>.
131. INCLUSION EUROPE. *Position paper Poverty and Intellectual Disabilities*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 07-03]. Dostupné z WWW: <http://inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2015/03/4.PP_Poverty_FINAL.pdf>.
132. INKLUZE. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 02-09]. Dostupné z WWW:< <http://www.inkluze.cz/upload/umluva-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim.pdf>>.
133. INTELLECTUAL DISABILITIES. *The Montreal Declaration on Intellectual Disabilities*. [online]. c2013. [cit. 2013-07-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.bangkok-id-conference.org/ressources/preparatory-documents/tuesday-november-6-right-to-health/the-montreal-declaration-on-intellectual-disabilities/view>>.
134. *Journal Disability & Society: Social capital, social inclusion and services for people with learning disabilities* [online]. London, 2003, 19(10) [cit. 2016-09-29]. ISSN 879-98-654-0. Dostupné z WWW: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/>.
135. KLIMEŠ, J. *Svět mentálně retardovaných*. [online]. c2007. [cit. 2013-18-02]. Dostupný z WWW: <<http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/retardace.htm/>>.
136. KRÍŽKOVSKÁ, P. *Vzdělávání žáků s mentálním postižením. Šance Dětem* [online]. Praha, 2013 [cit. 2015-08-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-mentalnim-postizenim.shtml>>.
137. KRÍŽKOVSKÁ, P. Dostupnost zařízení sociálních služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením v České republice. [online]. c2016 [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/dostupnost-zarizen-socialnich-sluzeb-pro-dospele-osoby-s-mentalnim-postizenim-ve-veku-nad-45let-v-cr>>.
138. KRÍŽKOVSKÁ, P. *Vybrané poznámky k oblasti diagnostiky dospělých osob s mentálním postižením*. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/vybrane-poznamky-k-oblasti-diagnostiky-dospelych-osob-s-mentalnym-postizenim>>.
139. LEARNING DISABILITIES. *Supporting mutual caring*. [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW:<http://www.learningdisabilities.org.uk/content/assets/pdf/publications/supprting_mutual_caring.pdf>.
140. MÁME OTEVŘENO. *Mezinárodní liga společností pro osoby s mentálním postižením*. [online]. c2015. [cit. 2015 – 04-09]. Dostupné z WWW: <www.mameotevreno.cz>.

141. MC CONKEY, R. *Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-09]. Dostupné z WWW:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17300416>>.
142. MIKOLAJEWKA, E., MIKOLAJEWSKI, D. *E-learning in the Education of People with Disabilities Zdalne nauczanie w edukacji osób niepełnosprawnych*. Adv Clin Exp Med 2011, 20, 1, 103–109 s. [online]. c2010. [cit. 2013-18-01] ISSN 1230-025X Dostupné z WWW:<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.2204&rep=rep1&type=pdf>>.
143. MILNER, P., KELLY, B. *Community participation and inclusion: people with disabilities defining their place*. New York: Disability and Society, 2008. s. 47-62. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687590802535410?src=recsys>>.
144. MPSV. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. c2016. [cit. 2015 – 01-03]. Dostupné z WWW:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf>.
145. MPSV. *Evropská sociální charta*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>>.
146. MŠMT. *Vyhláška č. 27/2016*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-05]. Dostupné z WWW:<<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27#cast3>>.
147. MŠMT. *Zákon č. 561/2004*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-05]. Dostupné z WWW:<<http://www.msmt.cz/%C5%A1kolskyzakon.pdf>>.
148. MŠMT. *Vyhláška č. 48/2005*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-05]. Dostupné z WWW:<<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-48-2005-sb-1>>.
149. MŠMT. *Novela 2016*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-09]. Dostupné z WWW:<<http://www.msmt.cz/novela2016.pdf>>.
150. MUNIMEDIA. *Ani děti, ani dospělí*. [online]. c2010. [cit. 2013-18-01]. Dostupný z WWW:<<http://www.munimedia.cz/prispevek/ani-deti-ani-dospeli-tak-se-podle-vedcu-z-masarykovy-univerzity-citi-dnesni-dvacatnici-4663/>>.
151. NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. *Memorandum o celoživotním učení*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 08-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.nuv.cz/uploads/Periodika/ZPRAVODAJ/2001/ZP01PIIa.pdf>>.
152. NEW PATS TO INCLUSION. *Mapa vztahů*. [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW:<<http://personcentredplanning.eu/trainingpack/index.php/cs/2011-12-15-16-46-53/relationship-circles-cz>>.
153. OLIVER, M. *Capitalism, Disability and Ideology: A materialist critique of the normalization principle*. 1999. [online]. c2016. [cit. 20105 – 04 - 15]. Dostupný z WWW: <<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Oliver-cap-dis-ideol.pdf>>.
154. PARTINGTON, K. *What do we mean by our community?* [online]. c2016. [cit. 2016– 02-03]. Dostupné z WWW:<<http://jid.sagepub.com/content/9/3/241.abstract>>.
155. PETIŠKOVÁ, M. *Poznámky psychiatrov k problematice mentální retardace*. [online]. c2007. [cit. 2015-07-07]. Dostupné z WWW:<<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/017/002055.pdf>>.
156. PIKALOVÁ, I., KRAHULOVÁ, K. *Lidská práva a vzdělání*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 01-03]. Dostupné z WWW:<<http://www.respektneboli.eu/zaci-a-studenti/materialy/liska-prava-a-vzdelani>>.
157. POHODA. *Poslání a vize*. [online]. c2014. [cit. 2014-08-01]. Dostupný z WWW: <<http://pohoda-help.cz/onas/poslani-a-vize/>>.
158. PRÁCEPROZP. *Vliv mentálního postižení na pracovní uplatnění*. [online]. c2011. [cit. 2014-08-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.praceprozp.cz/zamestnavani-ozp/co-je-zdravotni-postizeni/691-1-5-vliv-mentalniho-postizeni-na-pracovni-uplatneni>>.
159. PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita lidí s mentálním postižením* [online]. 1. 12. 2005. In Slněčnica, 2002, č.4. [cit. 3. května 2006] <http://www.dobromysl.cz>.
160. PRIESTLEY, M. *Constructions and Creations: idealism, materialism and disability theory*. Disability & Society. 1998, Vol. 13, No. 1, s. 75 – 94. ISSN 8076-3479. [online]. c2016. [cit. 2016-08-01].
161. PSYCHIATRIENVERBUND. *Menschenmitbehinderungim Alter*. [online]. c2013. [cit. 2013-05-01]. Dostupný z WWW: <http://www.lwl.org/psychiatrieverbund/download/pdf/LWL_Broschuere_MmBiA.pdf>.
162. REIF, H. B. *Social skills and Adults with Learning Disabilities*. [online]. c2015. [cit. 2014-05-01]. Dostupné z WWW:<<http://www.ldonline.org/article/6010?theme=print>>.
163. SEIFERT, M. *Lebenssituationen von MenschenmitschwerenundmehrfachenBehinderungen - imErwachsenenalter*. [online]. c2004. [cit. 2013-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.beb-ev.de/files/pdf/berlin2004/seifert.pdf>>.
164. SEXTON, D.; SNYDEROVÁ, P.; WADSWORTHOVÁ, D. a kol. *Applying Q-methodology to investigations of subjective judgments of early intervention effectiveness*. [on line]. 1998 [cit. 4. 3. 2008]. Dostupné z WWW: <<http://www.qmethodology/research.com>>.

165. SPMP. *Osamostatňování lidí s mentálním postižením – celoživotní proces*. [online]. c2014. [cit. 2012-06-08]. Dostupný z WWW: <http://www.spmpcr.cz/uploaded/Osamostatnovani%20lidi%20s%20mentalnim%20postizenim_celozivotni%20proces.pdf>.
166. SPMP. *Sebaobhajovanie – jako na to*. Bratislava: Združenie pro pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v Slovenskej republike, 2004. 113 s. ISBN 80-969077-2-7.
167. STOREY, K., CERTO, N. *Natural supports for increasing integration in the work place for people with disabilities: A review of the literature and guidelines for implementation*. [online]. c2016. [cit. 2016-06-08]. Dostupné z WWW:< <http://eric.ed.gov/?id=EJ542357>>.
168. SUCHOPÁRKOVÁ, R. *Regionální program zaměstnanosti jako prevence sociální exkluze u mentálně postižených osob* [online]. Brno, 2013 [cit. 2016-10-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/365780/fss_b/Bakalarska_diplomova_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Miroslav Suchanec.
169. ŠESTÁK, J. *Chráněná dílna*. [online]. c2007. [cit. 2013-08-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.anezkatyn.cz/file.php?nid=3654&oid=663280>>.
170. TOUŠEK, M. *Sociální vyloučení a prostorová segregace*. [online] c2013.[cit. 2013-02-12]. Dostupné z WWW: <<http://antropologie.zcu.cz/clanek/socialni-vylouceni-a-prostorova-segregace/>>.
171. UNESCO. *Learning to be*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 05-03]. Dostupné z WWW:< http://www.unesco.org/education/pdf/15_60.pdf>.
172. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 04-05]. Dostupné z WWW:< <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/npo93.pdf>>.
173. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní plán rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020*. [online]. c2016. [cit. 2016 – 06-05]. Dostupné z WWW:< https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/aktuality/narodni-plan-podpory-rovných-přiležitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2015_2020-126822/>.
174. VELEMÍNSKÝ, M., ČAPKOVÁ, M. *Prevence úrazů a otrav u dětí, dospělých a seniorů*. [online]. c2002 – 2015. [cit. 2015 – 07-07]. Dostupné z WWW: <http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/modules/external/index.php?kod_kurzu=kpk_7515>.
175. VÍTOVÁ, K. *Práva mentálně postižených rodičů*. [online]. c2007 - 2014. [cit. 2014-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.azrodina.cz/4078-prava-mentalne-postizenych-rodicu>>.
176. WENN BEHINDERTE KINDER ERWACHSEN WERDEN. Erwachsensein. [online]. c2013. [cit. 2013-18-01]. Dostupný z WWW: <http://www.mkk.de/cms/media/pdf/aemter_1/gesundheitsamt/gbe_1/betreuertag/Vortrag_Kuebler.pdf>.
177. WHITEHOUSE, R. a kol. *Increasing social interactions for people with more severe learning disabilities who have difficulty developing personal relationships*. London: Journal of Intellectual Disability, 2001. s. 209-220. ISSN 1744-6309. [online]. c2016. [cit. 2016-18-01]. Dostupné z WWW:< <http://jid.sagepub.com/content/5/3/209.abstract>>.
178. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
179. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v platném znění
180. Zákon č. 155/1955 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.
181. Zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, v platném znění
182. Zákon č. 561/2004 Sb., v konsolidovaném znění platném od 1. 9. 2016
183. Zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, v platném znění
184. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění
185. Vyhláška č.174/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73 /2005 Sb., o vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v platném znění
186. Vyhláška č. 116/ 2011 Sb., kterou se mění vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění

7 Publikační činnost autorky

- Studentský vědecký projekt: Práce na učebních textech pro rekvalifikační program. Učebnice byly zpracovány v rámci projektu INTERREG - program cezhraničnej spolupráce Slovenská republika – Česká republika 2007 – 2013
- Křížkovská, P. Faktoriální kritéria edukace dospělých osob s mentálním postižením. *IX. Ročník mezinárodní studentské vědecké konference*, Olomouc, 2010.
- Křížkovská, P. Proměny rodiny z hlediska speciální pedagogiky. Dospělý člověk s mentálním postižením v kontextu vlastní rodiny. Slezská univerzita Opava, *Rodina z pohledu pedagogického, psychologického, speciálněpedagogického, andragogického*, 2010.
- Křížkovská, P. Reálné možnosti edukace u dospělých osob s mentálním postižením. Olomouc, XII. *Mezinárodní konferenci k problematice osob se specifickými potřebami*, VII. *Mezinárodní dramaterapeutickou konferenci*, 2010.
- Křížkovská, P. Problematika následné edukace dospělých osob s mentálním postižením v období střední a pozdní dospělosti. Olomouc, *VIII. Ročník mezinárodní studentské vědecké konference*, 2011.
- Křížkovská, P. *Využití prvků dramaterapie u osob seniorského věku*. Arteterapie, 2012. č. 27/2011. ISSN 1214-4460.
- Křížkovská, P. a kol. *Problematika edukace osob s mentálním postižením*. Olomouc: UP Olomouc, 2011. 87 s. ISBN 978-80-244-2975-5.
- Křížkovská, P. a kol. *Výzkumná sonda do možností celoživotního vzdělávání osob s mentálním postižením*, vyjde v časopise Speciální pedagogika.
- Křížkovská, P., Müller, O. *Vybrané aspekty edukace dospělých osob s MP*. Olomouc: UP Olomouc, 2011. 89 s. ISBN 978-80-244-2975-5.
- Kunhartová, M., Křížkovská, P. *Facilitační a stimulační techniky*. Olomouc: UP Olomouc, 2012. Elektronický zdroj. ISBN 987- 80-244-3365-3.
- Křížkovská, P., Tomalová, P., Olejníčková, J. Vztah v pomáhajících profesích z pohledu studentů speciální pedagogiky. Bratislava, *Medzinárodná vedecká konferencia je organizovaná k príležitosti 40. výročia vstupu liečebných pedagógov do pracovného poľa pomáhajúcich profesií*
- Kunhartová, M., Křížkovská, P. (2012) Přítomnost NKS u studentů speciální pedagogiky. In Regec, V. (ed) Posilování kompetencí v oblasti informačních technologií mladých vědeckých pracovníků při práci s osobami se zdravotním postižením. Olomouc: UPOL. s. 99 – 110.
- Křížkovská, P. Oblast edukace dospělých osob s mentálním postižením v období střední a pozdní dospělosti Místo konání: Prešov, *Študent na cestě k praxi II*, 2013.

- Křížkovská, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Elektronický zdroj. Šance dětem, 2015.
- Křížkovská, P., Tomalová, P. a kol. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. Olomouc: UP Olomouc, 2012. 128 s. ISBN 978-80-244-3375-2.
- Křížkovská, P.; Müller, O. *Factorial Criteria of Education of Adults with Learning Disability: Dependant Perspective*. Elektronický zdroj. Prohuman. sk., 2013. ISSN 13338-1415.
- Křížkovská, P., Tomalová, P. *Dostupnost zařízení sociálních služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením ve věku nad 45 let v České republice*. Elektronický zdroj. Prohuman. sk., 2013. ISSN 13338-1415.
- Křížkovská, P. *Vybrané poznámky k oblasti diagnostiky dospělých osob s mentálním postižením*. Elektronický zdroj. Prohuman. sk., 2014. ISSN 13338-1415.
- Křížkovská, P. in Müller, O., a kol. *Terapie ve speciální pedagogice. Terapeut a klient*. Praha: Grada, 2014. 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
- Michalík, J., Langer, J., Křížkovská, P., Švecová, V. *Pregraduální systém přípravy asistentů pedagoga*. Elektronický zdroj. Prohuman. sk., 2014. ISSN 13338-1415.

ANOTACE

Jméno a příjmení: Mgr. et Mgr. Petra Křížkovská

Název práce: Vybrané aspekty edukace dospělých osob s mentálním postižením

Název práce v anglickém jazyce: Selected aspects of the education of adults with learning disabilities

Školitel:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Obor:	Speciální pedagogika
Počet stran:	236
Počet užitých informačních zdrojů:	644 celkem
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2016

Klíčová slova: Dospělost, člověk s mentálním postižením, edukace

Rešerše publikovaných prací na téma týkající se významu edukace pro dospělé osoby s mentálním postižením poukázala na jeho absenci v české odborné literatuře. Na tomto základě byly stanoveny cíle dizertační práce. Hlavním cílem bylo charakterizovat význam edukace na vliv sociálních kompetencí dospělých osob s mentálním postižením. Dále postoje a názory od zákonných zástupců a odborníků na dané téma. V práci je popsán vliv vybraných aspektů edukace na život dospělých osob s mentálním postižením. Konkrétně jde o aspekty sociální, aspekty právní a prvek motivace.

Pro získání validních dat byl využit primárně kvalitativní výzkum v kombinaci s kvantitativním přístupem. Výzkumný soubor tvořily dospělé osoby s mentálním postižením, jejich zákonní zástupci a odborníci.

Výsledky ukázaly význam edukace jako stěžejního faktu pro nabytí, udržení sociálních rolí dospělého člověka. Proto je nezbytné její permanentní působení, avšak individualizované. Dále výsledky detekovaly limity v jejím zajištění ze strany odborníků (plán, struktura, zajištění, koncept), stejně jako zákonných zástupců (nespokojenost a zároveň neangážovanost). Jako vhodné se jeví zajištění dalšího vzdělávání pro odborníky společně s navázáním spolupráce se zákonnými zástupci. Zákonní zástupci vyjádřili svou nespokojenost s poskytovanými edukačními aktivitami, avšak rovněž oni by měli přijmout zodpovědnost na tento aspekt.

SUMMARY

A search for published works considering the meaning of education for adult people with LD has shown its absence in Czech professional literature. On this basis I set the goals of my final work. The main goal was to characterize the meaning of education to the influence of social competences of adult people with LD. Its concrete aspects are social, legal and the element of motivation.

For obtaining of valid data was primarily used qualitative research in combination with quantitative access. The explorative complex was created by adult people with LD, their legitimate representatives and the experts.

The results were showing the meaning of education as a principal fact for gaining, maintaining of social role of adult human being. That is why its permanent influence is so necessary, however it is demanding to be an individual one. Furthermore the results were revealing the limits in its securing from the side of specialists (plan, structure, securing, concept), as well as from the side of legal representatives (dissatisfaction and at the same time disinvolvement). As suitable appears securing of further education for specialists together with building up cooperation with legal representatives. The legal representatives declared their dissatisfaction with offered educational activities, however they also should accept the responsibility for this aspect.

RESÜMEE

Die Recherche von publizierten Aufsätzen auf das Thema der Bedeutung von Erwachsenenbildung wies daran, dass es dessen Mangel in tschechischer Fachliteratur befindet. Auf dieser Basis wurden die Ziele der Doktorarbeit gesetzt. Es war das Hauptziel, die Bedeutung der Bildung für den Einfluss der sozialen Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Des Weiteren die Einstellungen und Ansichten der gesetzlichen Vertreter und der Fachleute auf das obengenannte Thema. In der Doktorarbeit wird der Einfluss von ausgewählten Aspekten der Bildung auf das Leben von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung beschrieben. Ganz konkret handelt es sich um die soziale Aspekte, rechtliche Aspekte und das Faktor der Motivation.

Für das Gewinnen von gültigen Daten wurde primär eine qualitative Forschung in der Kombination mit dem quantitativen Zugang ausgenutzt. An der Forschungsgruppe nahmen erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und deren gesetzliche Vertreter sowie die Fachleute teil.

Die Ergebnisse zeigten die Bedeutung der Bildung als einen Schwerpunkt für das Erwerben, die Bewahrung der Sozialrollen bei erwachsenen Menschen. Deshalb ist auch eine permanente Wirkung nötig, jedoch individualisiert. Des Weiteren wiesen die Resultate an, die Limite bei der Gewährleistung aus der Seite von Fachleuten (Plan, Struktur, Gewährleistung, Konzept), sowie aus der Seite der gesetzlichen Vertreter (Unzufriedenheit und zu derselben Zeit die Unbetätigung). Als geeignet erscheint die Gewährleistung von Weiterbildung für Fachleute gemeinsam mit Bindung an Zusammenarbeit mit gesetzlichen Vertretern. Gesetzliche Vertreter drückten ihre Unzufriedenheit mit gewährleisteten Bildungsaktivitäten aus, aber zugleich sollten sie die Verantwortung für diesen Aspekt annehmen.

