

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Barbora Schejbalová

Sociální poradenství rodinám s mentálně
postiženými dětmi v České republice

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Karkošová, PhD.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDY

2017 – 2020

BACHELOR THESIS

Schejbalová Barbora

Social counseling for families with mentally handicapped
children in the Czech Republic

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Martina Karkošová, PhD.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15.12.2019

Barbora Schejbalová

.....

Anotace

Situace rodiny s postiženým dítětem je velmi těžká, traumatizující a do určité míry mění její fungování. Mnoho věcí závisí i na stupni postižení, stejně jako na vztazích v rodině. Důležitá je pomoc a podpora, které se rodině dostává po narození dítěte s mentálním postižením. Teoretická část práce se pokusí ozřejmit mentální postižení jako takové. Přiblížit etiologii mentálního postižení, symptomatologii mentálního postižení a jeho druhy. Praktická část zkoumá adaptaci mentálně postiženého dítěte do neznámého kolektivu. Jeho fungování v daném kolektivu, jejich soužití a vzájemná práce. Dále zkoumá rodiče a jejich zkušenost a pohled na možnou sociální pomoc, která jim je nabízena a je pro ně v jejich blízkém okolí.

Klíčová slova

Handicap. Mentálně postižené dítě. Přijetí dítěte s postižením. Přímé pozorování. Rodina. Společenské poradenství. Sociální prostředí. Sociální služby. Vztahy v rodině.

Annotation

The situation of a family with a handicapped child is very difficult, traumatic and, to a certain extent, changing its functioning. Many things depend on the degree of disability as well as on family relationships. What is important is the help and support that comes to the family after the birth of a child with a mental disability. The theoretical part of the thesis tries to clarify the mental handicap as such. To illustrate the etiology of mental disability, the symptomatology of mental disability and its species. The practical part examines the adaptation of a mentally handicapped child to an unknown group. Its functioning in a given team, their coexistence and mutual work. It also examines parents and their experience and view of the possible social assistance that is offered to them and is for them in their immediate vicinity.

Keywords

Handicap. A mentally handicapped child. Adoption of a disabled child. Direct observation. Family. Social counseling. Social environment. Social Services. Relationships in the family.

Obsah

1. Definování poruch.....	9
1.1 Etiologie mentálního postižení	9
1.2 Symptomatologie mentálního postižení.....	14
1.3 Druhy mentálního postižení.....	15
2. Kognitivní dovednosti.....	19
2.1 Paměť.....	20
2.2 Myšlení.....	20
2.3 Vůle.....	21
2.4 Emoce.....	21
3. Poradenství.....	24
3.1 Pediatr.....	24
3.2 Střediska rané péče.....	25
3.3 Speciální pedagogická centra.....	26
3.4 Pedagogicko – psychologické poradny.....	29
3.5 Orgán sociálně právní ochrany dětí.....	32
3.6 Neziskové organizace.....	36
3.7 Práva lidí s mentálním postižením.....	40
4. Praktická část.....	42
4.1 Cíl výzkumu.....	42
4.2 Dílčí otázky.....	43
4.3 Kvalitativní výzkumné šetření.....	44
4.4 Popis výzkumného šetření.....	50
4.5 Diskuze.....	56
5. Závěr.....	59

Úvod

Narození mentálně postiženého dítěte do rodiny znamená pro všechny její členy velký problém a změnu. Vyvolává úzkost a obavy z budoucnosti. Společenský tlak dokonalého dítěte je tak silný, že se rodiče mnohdy cítí poníženi, pokud se jim postižené dítě narodí. Zpráva, že je jejich dítě mentálně postižené a nikdy nebude moci žít normálním životem, je velmi bolestivá a zasáhne každou rodinu. Rodiče často trápí strach z jejich vlastního utrpení, odsouzení okolím, neúspěchu a odlišnosti od ostatních rodin. Jednou z výrazných odlišností je postižení, které mnohdy brání člověku začlenit se do fungování společnosti. Tato skutečnost vyplývá z nedostatku, deficitu orgánu, jeho funkce, či procesu. U takového jedince se projevují změny, charakteristické rysy při rozpoznání okolního světa a také se projevují specifické problémy při utváření vlastní osobnosti. Můžeme tedy říci, že čím více se bude dítě odlišovat od společenských norem, tím více se bude zvyšovat diskreditace rodiny nejen ze společenského pohledu, ale i v očích samotných příslušníků rodiny. Někteří rodiče nezvládnou péči o vlastní postižené dítě a umístí jej do vhodné ústavní výchovy. Jiní naopak vezmou péči do vlastních rukou a starají se o něj s láskou a nadměru jej ochraňují, čímž mu brání ve vlastním průměrném vývoji. Izolace postiženého dítěte, rodiči často zdůvodňovaná jako jeho potřebná ochrana před nežádoucími vlivy vrstevníků a okolí, je pro postižené dítě silně nežádoucí. Věříme, že je velmi důležité mít stále na paměti skutečnost, že mentálně postižené dítě bude žít a pracovat mezi zdravými lidmi. Sociální poradenství je považováno za metodu, pomocí které navazujeme vztah a pomáháme lidem s cílem poskytnout jim příležitost k objevování a objasňování problémů způsobem, který jim může přinést více osobního uspokojení a další pomoci.

Teoretická část práce je přiblížit problematiku mentálního postižení. První kapitola definuje poruchy. Popisuje etiologii mentálního postižení, symptomatologii mentálního postižení a nakonec samotné druhy mentálního postižení. Ve druhé kapitole se zaměříme na kognitivní dovednosti osob s mentálním postižením a to konkrétně na myšlení, paměť, vůli a emoce osob s lehkým mentálním postižením. V praktické části výzkumu se zaměříme přímo na jednotlivé osoby s lehkým mentálním postižením a jejich rodiny. V řízeném rozhovoru se zaměříme na to, zda jsou rodiny vlastně znalé možné pomoci a

v jaké míře ji využívají. Zda využívají pomoci neziskových organizací, které nabízejí svoji pomoc, popřípadě, jakou mají zkušenost s pomocí a podporou, kterou mohou využívat a je jim přínosem.

Cílem bakalářské práce je seznámení se s fungováním poradenského systému pro rodiny s mentálně postiženými dětmi v České republice. Konkrétní pomoc rodičům se vzděláním a začleněním mentálně postiženého dítěte do kolektivu a jeho adaptace v něm. Forma podpory rodinám v pedagogicko psychologických poradnách a speciálně pedagogických centrech. Využití této podpory v rodinách s mentálně postiženým dítětem.

1. DEFINOVÁNÍ POJMŮ

Pod pojmem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečně dané sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně, nebo v různých kombinacích. (Černá a kol, 2015).

Termín mentální postižení je v současné době vymezován značným množstvím definic, které mají společné zaměření na celkové snížení celkových intelektových schopností jedince a jeho schopnosti přizpůsobení se na prostředí.

V současné době vycházíme z aktualizace definic mentální retardace publikované AAMR (American Association for Mental Retardation) v roce 2002: *Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstrakčních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech. (Luckasson, 2008).*

V dostupné literatuře se můžeme setkat s pojmy, jako jsou na příklad oligofrenie, slabomyslnost, mentální retardace, mentální defekt, mentální subnormalita, zaostalost duševního vývoje a mnohé další. „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, která demonstruje především snížené kognitivní, řečové, pohybové funkce a sociální schopnosti s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“ (Valenta, Müller, 2003).

1.1 Etiologie mentálního postižení

Příčiny mentálního postižení jsou většinou rozdělovány dle různých klíčů a můžeme také hovořit o příčinách endogenních, které jsou spojeny s určitým poškozením, odchylnou strukturou nebo odchylným vývojem nervového systému v období prenatalním, perinatálním nebo postnatálním a to zhruba do dvou let života dítěte. Exogenní příčiny jsou ty, mezi které řadíme vlivy prostředí, ve formě teratogenních vlivů, které mohou způsobit poškození mozku především v prenatalním a ranně postnatálním období. Posledně jmenovaná kategorie dává tyto možnosti v dělení etiologie mentální retardace.

Mentální postižení

Určení stupně mentálního postižení se opírá o stanovení stupně inteligence.

„Intelligence je označením pro soubor kognitivních schopností, účastnících se na poznávání, učení a řešení problémů v nižším smyslu a často v běžné řeči, také pro míru těchto schopností.“ (Čáp, Mareš, 2001).

Posouzení veškerých rozumových schopností mentálně postižených musí zahrnovat i dostatečné kvalitativní hodnocení jejich struktury, individuální zvláštnosti, přednost i možné vrozené nedostatky. Vyrovnaný rozvoj všech dílčích kompetencí na stejných úrovních bývá v případě mentálního postižení spíše výjimkou. Nerovnoměrnost vývoje se může odrážet především v rozdílném výkonu různých úkolů. Obvykle se tak děje v závislostech na daných příčinách mentálního postižení, ale i vzhledem k úrovni stimulace v rodinách, tedy i v prostředí, ve kterých tento jedinec žije. (Vágnerová, 2002).

*Ke zjišťování inteligence se užívá inteligenčních testů. Úroveň inteligence lze vyjádřit číslem – **intelligenčním kvocientem : mentální věk : chronologický věk x 100.***

Mentální věk je dán úspěšností při řešení úkolů pro určitou věkovou skupinu.

Chronologický věk je roven fyzickému věku (Pipeková, 2002).

Prenatální příčiny

1. Vlivy hereditární – do těchto vlivů řadíme po generacích zděděné nemoci, jako jsou například metabolické poruchy i jiné abnormality, které se však vyskytují zřídka (Zvolský, 2001). Zvolský (2001) uvádí, že intelektové schopnosti každého dítěte jsou orientačně výslednicí průměru intelektového nadání rodičů. Avšak Valenta, Müller (2003) vidí intelektové předpoklady všech dětí, které nejsou matematickým průměrem inteligence biologických rodičů. Dle jejich názoru zde působí tendence tzv. *tegrese ke středu*, což je k průměru populace.

2. Genetické příčiny – do této kategorie spadá skupina recesivně podmíněných poruch, které zahrnují většinu dědičných metabolických onemocnění jako jsou například fenylketonurie, galaktosemie, homocystinurie, Tay-Sachsova choroba a Hulerův syndrom. Nejznámější z těchto uvedených poruch je fenylketonurie, kdy se jedná o špatný metabolismus bílkovin. U neléčených dětí se hromadí fenylalanin v mozkomíšním moku, při kterém dochází k poškození mozku a poměrně rychlému vzniku mentální retardace. Dnes je zaveden screening tohoto onemocnění již v porodnici a jeho následná léčba spočívá v přísném dodržování dietního režimu (bezlepková dieta).

Největší skupinou příčin mentální retardace tvoří syndromy, které způsobují změnu počtu chromozomů, obzvláště pak tzv. trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru, což se nazývá dizomie). Jeho nejznámějším reprezentantem je Downův syndrom, který je způsobený chromozomální aberací 21. chromozomu. Mentální retardace bývá obvykle rozdělena do několika stupňů, obvykle se však pohybuje v pásmu středně těžkého defektu. Postižení mají typické příznaky, jako jsou například: šikmé, úzké oční štěrby, krátkou lebku, plochý nosní kořen a chabé svalstvo, klouby jsou volné se zvýšenou kloubní pohyblivostí. Takto postižení bývají klidní až bradypsychičtí, těžkopádní, ulpívaví, však emocionálně dobře ladění a přizpůsobiví. Doprovází je i jiné vrozené poruchy jako jsou například srdeční vady a časté střevní anomálie. Řeč takto postižených dětí je často velmi nesrozumitelná a to je ovlivněno anatomickými a fyziologickými zvláštnostmi růstu lebky, dutiny ústní (nadměrné vylučování slin) a mluvidel. Do těchto skupin patří syndrom CI DU CHAT a jiné. Poměrně rozšířenými jsou i změny počtu pohlavních chromozomů jako například trizomie (XXYú v případě

Klinefelterova syndromu a Turnerova syndromu (XO). Tyto dva syndromy jsou většinou spojovány s lehkou mentální retardací. Těžká mentální retardace s výrazným sebepoškozováním bývá většinou spojována s Lesch-Nyhanovým syndromem.

3. Enviromentální faktory – Valenta, Müller (2003) uvádějí, že v tomto případě platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější následky na projevují se na zdraví dítěte. Patří sem celá řada onemocnění, jako jsou na příklad matky zarděnkami, kognitivní syfilis, onemocnění toxoplazmózu (onemocnění matky parazitní chorobou zvířat, ve většině případů se jedná o nemoc koček, která je přenosná na člověka). Dále pak jsou to na příklad otravy olovem, nebo přímá intoxikace embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), nedostatečná výživa nebo závažné úrazy matky.

4. Vývojové anomálie lebky a CNS

Hydrocefalie – v tomto případě se jedná o poruchy cirkulace mozkomíšního moku. Jde o chorobné nahromadění mozkomíšního moku v lebce dítěte. Ten je patologicky zmnožen či je nedostatečně vstřebáván. Hlavová část lebky se zvětší a tím způsobené zvětšení nitrolebního tlaku má za následek křeče, bolesti hlavy, poruchy vidění, inteligence a chování. V těchto případech je nutné včasné nasazení chirurgické léčby. Mikrocefalie často vzniká hlavně z důvodu patologicky nedostatečného růstu mozku. Mozek je nedostatečně diferencován, jeho závitky jsou nedostatečně vyvinuté a ploché, počet buněk kůry mozkové je menší. Anomálie se stanou patrnější v průběhu prvního roku života dítěte, kdy se fontanely předčasně uzavírají a hlava roste neúměrně.

Perinatální příčiny

K perinatálním faktorům patří na příklad mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie či asfyxie (což je na příklad nedostatečné zásobené mozku kyslíkem), předčasný porod a tím zapříčiněná nízká porodní váha dítěte, nebo naopak dlouhodobé přenášení dítěte. *Valenta (20003) uvádí perinatální encefalopatii, což je organické poškození mozku, které bývá udáváno jako hlavní příčina lehké mozkové dysfunkce (LMD), dětské mozkové obrny (DMO), které asi ve třetině až čtvrtině případů způsobují mentální retardaci.* V dalším neméně hlavním případě sem patří též nefyziologická těžká

novorozenecká žloutenka (hyperbilirubinémie), při které bilirubin není schopen odejít z těla ven a působí velmi toxicky na nervovou soustavu dítěte.

Postnatální příčiny

V době po narození dítěte, může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů. Záněty mozku, které způsobují mikroorganismy, klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida (mechanické vlivy jako jsou na příklad traumata), mozkové léze při nádorových onemocněních a krvácení do mozku. *Podle Vágnerové (1999) se do diagnostické skupiny mentálních retardací zahrnují hlavně taková postižení, která vznikají v průběhu prvních 18ti měsíců.*

Postnatálně působící příčiny mohou též vést k rozvoji získaného mentálního postižení – demenci. Demence je úbytek inteligence, získaný až po dosažení určitého stupně rozumového vývoje. Jde o postižení, které vzniká v důsledku poškození mozku z různých příčin po druhém roce života jedince. Dochází k procesu zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje a k nerovnoměrnému intelektu. Nejčastější příčinou jsou právě již zmiňované encefalitidy, meningitidy, úrazy mozku, poruchy metabolismu, intoxikace, degenerativní onemocnění mozku atd. Tento proces může mít progresivní tendenci, kdy stav jedince se zhoršuje nebo se proces může zastavit a nedochází k dalšímu zhoršování stavu. K nejčastějším příznakům získané mentální retardace patří zvýšená dráždivost, únava, citová labilita, poruchy paměti a učení, bezohlednost, necitelnost atd.

Mezi postnatálně působící negativní vlivy patří i nedostatečné a nepřiměřené výchovné působení, které vede ke vzniku tzv. pseudooligofrenie (někdy označována jako sociální debilita, sociálně podmíněná mentální retardace nebo zdánlivá mentální retardace).

Vágnerová (2003, str. 138) charakterizuje pseudooligofrenii jako „souhrnné označení retardace rozumového vývoje, která není způsobena nedostatečností centrálního nervového systému, ale nedostatečnou stimulací“. Odlišnost od mentální retardace je dána:

1. etiologií – jde o stav získaný

2. prognózou – jde o stav, který nemusí být trvalý, je v závislosti na zlepšení kvality výchovného prostředí do značné míry nenapravitelný. Pseudooligofrenie vzniká výchovnou zanedbaností, sociokulturním znevýhodněním jedince, psychickou deprivací. Sociální faktory se mohou podílet na inteligenčním kvocientu v rozmezí 10ti až 20ti bodů. V důsledku těchto faktorů nedochází u dítěte k rozvoji rozumových schopností odpovídajících jeho věku. Tyto příčiny bývají většinou příčinou lehké mentální retardace. Pseudooligofrenie se projevuje výrazným opožděním vývoje řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace. U těchto dětí můžeme pozorovat i poruchy v oblasti chování, například negativismus, apatie a odmítání kontaktu s další osobou.

1.2 Symptomatologie mentálního postižení

Mentální postižení je trvalá, vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti, duševní, sociální i tělesné. Nejvýraznějším rysem je trvale narušená poznávací schopnost. Švarcová (2006) označuje mentální postižení jako „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku“. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení. Mentální postižení je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností. *U lidí s mentálním postižením dochází ve většině případů k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Jedná se o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo částečně získaný (Pipeková, 2010).*

Podle vývojového období, ve kterém k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje oligofrenie a demence.

- Oligofrenie je chápána jako opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním.
- Demence je proces zastavení či rozpadu normálního mentálního vývoje po druhém roce života. Demence se někdy nazývá získaná mentální retardace.

K demenci může dojít v důsledku různých onemocnění a úrazu mozku, což vede k narušení, zastavení nebo zvrácení doposud normálně probíhajícího vývoje. Rozlišujeme dva druhy demenci: dětskou (detrrioraci, tj zhoršení, úbytek) a stařeckou. (Švarcová, 2006).

Zastaralý název pro mentální postižení (mentální retardaci) je oligofrenie nebo slabomyslnost. V současné době se často setkáváme s pojmenováním „člověk s mentálním postižením“ (Švarcová, 2006)

1.3 Druhy mentálního postižení

Ve shodě s novou verzí Mezinárodní klasifikací nemocí – 10. revizí, která je vydaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, se mentální retardace člení do následujících kategorií:

F 70 Lehká mentální retardace, IQ 69 – 50

- *Do 3 let lze u dítěte pozorovat jen lehké opoždění psychomotorického vývoje. Hlavní problémy ve vývoji dítěte se objevují až s nástupem do školy a v prvních letech jeho školní docházky. Myšlení bývá velmi jednoduché, konkrétní a velmi stereotypní. Myšlenkové operace (analýza a syntéza) jsou dost neplnohodnotné. Většina jedinců nepotřebuje jakoukoli pomoc, je úplně nezávislá v sebeobsluze, v domácích i praktických dovednostech. Je zde nutnost vzdělávání na základní škole. V dospělosti, tak mohou jedinci vykonávat jednoduchá zaměstnání, která vyžadují spíše praktické než teoretické schopnosti v sociálně nenáročném prostředí. (Pipeková, 1998)*

Velký význam pro socializaci jedince s takovým stupněm mentálního postižení má v nejvyšší míře výchovné působení a rodinné prostředí. Sociální a emoční zralost spolu s vrozenými rysy osobnosti významně ovlivňují jejich uplatnění ve

společnosti. V sociálním a kulturním kontextu, kde není kladen důraz na teoretické znalosti, jsou tyto osoby schopny najít si práci, udržovat a vést partnerský vztah a nemá vážnější problémy. Dokáže naplňovat svůj život.

F 71 středně těžká mentální retardace IQ 49 – 35

- U jedinců zařazených do této kategorie je rozvoj myšlenkových schopností i řeči výrazně opožděn. Do dospělosti nedosáhne postižený jedinec v této oblasti obecné normy. *Lechta (2012) uvádí, že hranice mezi střední a těžkou retardací vymezují poměrně jednoznačně právě rozdíly v mluvních výkonech. Celková neobratnost je typická i pro vývoj motoriky. Je omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. V dospělosti najdou uplatnění při jednoduchých manuálních činnostech vykonávaných často pouze pod dohledem.*

Středně těžce mentálně retardovaní jsou zařazováni do speciálních škol. Pokroky ve školním vzdělávání jsou limitované a omezují se na osvojení základů čtení, psaní počítání a jednoduchých činností. Retardace psychického vývoje je často kombinována epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. Etiologie tohoto stupně postižení bývá ve většině případech organického původu. (Lechta, 2002).

Tito jedinci jsou částečně limitováni i v oblasti socializace. Jejich pokroky s dostatečným začleněním do společnosti jsou pomalé a velmi opatrné. Většina z nich dokáže navázat kontakt, komunikuje a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. Pracují pod neustálým dohledem na chráněných pracovištích. Dokáží se plně realizovat v jednoduchých činnostech, které jsou jim jasně zadány. Realizace jim dává pocit radosti a naplnění.

F72 Těžká mentální retardace IQ 34 – 20

- *Skutečnost, že tito jedinci nedosáhnou vyšší nervové soustavy se velmi nápadně projeví i na jejich řečovém vývoji. Řečový projev se omezuje na jednotlivá slova, slabiky, někteří se nenaučí mluvit vůbec. Hlavními životními projevy jsou pudové reakce. Těžce mentálně retardovaní jedinci jsou zcela odkázáni na péči druhých osob, často se přidružují motorické poruchy s příznaky celkového poškození*

centrální nervové soustavy. Velmi časté jsou poruchy chování v podobě pohybů, doprovázené afektem a agresí. (Valenta, Müller, 2003).

Dlouhodobým tréninkem si může jedinec osvojit základní hygienické návyky sebeobsluhy. Poznává blízké osoby a při soustavné výchovné péči dokáže vykonávat jednoduché úkony. I když u této skupiny postižení jsou možnosti vývoje značně omezené, vzdělávání ve speciální škole má své opodstatnění. Každá změna je pro ně obohacením.

F73 Hluboká mentální retardace IQ maximálně 20

- Řeč u hluboké mentální retardace zcela chybí, tito jedinci nejsou vůbec schopni se vyjadřovat artikulovanou řečí. *Váagnerová (1999) konstatuje, že poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, postižení reagují libostí či nelibostí na známé či neznámé podněty. Hluboká mentální retardace bývá zpravidla doprovázena sensorickým a motorickým postižením, ke kterým se přidružují neurologické poruchy. Naprostá většina takto postižených není schopna sebeobsluhy. Jsou celoživotně odkázáni na péči druhých osob. Nedožívají se vyššího věku. Ve výchově těchto jedinců se používá takových forem, které rozvíjejí bazální reakce organismu. Intenzivním působením na jednotlivé smyslové orgány se rozvíjí a utváří nové vjemy a počitky, které jsou spojeny s libostí. (Váagnerová, 1999).*

F78 Jiná mentální retardace

- Tato kategorie se používá, jestliže je nesnadné nebo nemožné určit stupeň mentálního retardace pro přidružený defekt nebo se u handicapovaných osob projevují těžké poruchy chování, autismus či závažné somatické postižení.

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

- Používá se u osob, u nichž byla mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací pro zařazení do některého z uvedených stupňů mentální retardace. Často se jedná o kombinace s dalšími postiženími jako je slepota, hluchota atd.

Typy mentálního postižení

V návaznosti na výše uvedené je potřeba doplnit, že psychopedická terminologie diferencuje typy mentálního postižení z hlediska chování jedince na:

- Typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný)
Pro tento typ je příznačná zvýšená dráždivost, celkový neklid a nesoustředěnost ústící často v agresivitu. *Lechta (2002) konstatuje, že pokud jde o komunikaci, děti jsou příliš hlučné, často vykřikují, zasahují do rozhovoru druhých. Jedinci zařazení do tohoto typu mentální retardace jsou vysoce hyperaktivní.*
- Typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný)
Tento typ je opakem předchozího typu. Charakteristická je nízká aktivita, malá pohyblivost, lhostejnost a nezájem o komunikaci. Takto postižené děti mluví pomaleji a s nápadnou dysprozídi. *Často se objevují stereotypní, zautomatizované pohyby (kývavé pohyby hlavou, trupem i celým tělem). Lechta (2002)*

Pipeková (1998) uvádí k těmto dvěma typům mentální retardace navíc:

- Typ nevyhraněný – kdy proces vzruchu a útlumu jsou v relativní rovnováze nebo je zde možnost, že jeden z nich mírně převládá

Psychický vývoj je specifický jev dětského věku a bylo prokázáno, že probíhá i u nejtěžších patologických stavů. Psycholog Vygotskij (sec. Cit. Švarcová, 2003) dokázal, že i *duševní vývoj mentálně postiženého dítěte probíhá podle stejných základních zákonitostí jako vývoj zdravého dítěte, i když jsou zde zřejmé některé zvláštnosti, které ovlivňují další proces zrání a učení. Proces učení a zrání jsou činitelé, kteří přinášejí mnoho změn ve vývoji jedince a výrazně zasahují oblast psychiky a chování. (Švarcová, 2006)*

2. Kognitivní dovednosti

Psychický vývoj probíhá u všech jedinců a to bez ohledu na to, zda jsou mentálně postižení či nikoli. Samotný vývoj u mentálně postižených má svá samozřejmá specifika a neprobíhá ve stejné rychlosti jako u zdravého dítěte, ale i přes to v dané míře probíhá a to s ohledem na druh a náročnost mentálního postižení. Učení je pro všechny jedince základní podmínkou psychického vývoje (Švarcová, 2011). Učení je proces, který je nezbytně nutný pro vývoj dítěte a probíhá ve všech vývojových stupních jedince. Společně s učním ovšem dochází k psychickému zrání jedince. Oba tyto procesy společně ovlivňují psychický i fyzický vývoj jedince. Mentální poškození se dotýká poznávacích procesů, zasahuje emocionální a volní sféru, ovlivňuje adaptabilitu i chování, projevuje se i ve zvláštnostech motoriky. (Vítková, 2004).

U mentálně postižených dětí je potřeba dbát na dostatečnou a včasnou péči v rozvoji osobnosti. Potřeba poznávat okolní svět, která ovlivňuje psychický vývoj dítěte je u mentálně postiženého dítěte výrazně potlačena a to je způsobeno nedostatečně rozvinutou mozkovou kůrou. Omezená potřeba poznávání ovlivňuje mentálně postiženého na všech úrovních jeho vývoje, jak už psychických, tak i sociálních.

V případě lehké a střední mentální retardace lze u postižených pozorovat jisté společné znaky v psychické struktuře osobnosti, jako jsou na příklad:

- Porušení poznávací činnosti – jedná se o jednu z nejzákladnějších schopností člověka, která ovlivňuje kompletní psychomotorický vývoj člověka
- Nízká úroveň rozvoje myšlení – způsobuje v hlavní míře nedostatečný rozvoj řeči
- Zpomalená chápavost
- Omezená logická paměť – používání pouze obecných pojmů v popisu věcí či zvířat
- Neschopnost udržet pozornost – ve většině případů spojeno s rychle se dostavující únavou
- Neschopnost konkrétního myšlení

2.1 Paměť

Dítě s mentální retardací si osvojuje nové dovednosti pomaleji, než dítě zdravé. Typickým znakem jejich paměti je dále nestálost uchovávání nových poznatků spojená s nepřesností vybavování, což bývá označováno jako „zapomnětlivost“ (Švarcová, 2006). Mají tendence zapamatovat si učivo mechanicky a nesnaží se mu porozumět. Jejich paměť je jen pasívní schopností, hromadí se v ní představy bez výběru, neutříděné podle významu, důležitosti a potřebnosti. Získané vědomosti a dovednosti nedokáží včas využít v praxi (Vítková, 2004).

2.2 Myšlení

Charakteristickými znaky myšlení mentálně postižených jsou stereotypnost, rigidita a ulpívání na určitém způsobu řešení. Mentálně postižení se dokáží mechanicky naučit určitá pravidla, ale nejsou schopni je v praxi účelně aplikovat, protože nechápou rozdíly mezi různými situacemi. Jejich postoj bývá pasivní, obvykle očekávají řešení od někoho jiného nebo na něj zcela rezignují. (Vágnerová, 2004)

Základním nedostatkem myšlení je slabá schopnost zobecňování, přičemž zobecňování je nejvyšší, nejsložitější produkt lidského mozku. *Děti s mentální retardací si špatně osvojují obecné pojmy. (Vítková, 2004)*

Mezi některé další zvláštnosti myšlení patří nesoustavnost, která se projevuje zejména u malých dětí, kteří trpí snadnou unavitelností. Výkyvy pozornosti a neustále kolísající tonus psychické aktivity znemožňují dítěti déle soustředěněji řešit zadaný úkol. Velmi závažným nedostatkem je slabá řídicí úloha myšlení, kdy dítě zpravidla nepromýšlí své jednání a nepředvídá jeho důsledek. V případě potřeby nedovede použít již osvojené rozumové operace. *Charakteristická je tzv. nekritičnost myšlení, kdy mentálně postižené děti nepochybují o správnosti okamžitých rozhodnutí, zřídka odhalí svou chybu, a nebo chyby v myšlení ostatních lidí a naprosto nepředpokládají, že by jejich výroky nebo poznatky mohly být chybné. Chybí jim kvalita myšlení označovaná jako tzv. sekvenční myšlení, což znamená chápání sledu věcí a jevů, správné vnímání jejich logické souvislosti časové následnosti. (Švarcová, 2006)*

2.3 Vůle

Vůle je soubor psychických procesů a vlastností směřující k dosažení vědomě vytčeného cíle, zejména v situacích, kdy je nutné překonávat překážky.

Volní vlastnosti se utvářejí a formují po dobu celého života jedince. Utváří se vlivem výchovy, vzdělání, rozvoje osobnosti a sebevýchovy každého jedince. Mezi volní vlastnosti můžeme zařadit například: spolehlivost, čínorodost, rozhodnost, vytrvalost, svědomitost a sebekázeň.

Volní jednání je cílevědomě řízená činnost, zvýšené úsilí k překonání překážek a dosažení cíle. Může probíhat v jednodušší formě, kdy je stanovený konkrétní, jednoznačný cíl. Nebo probíhá ve složitější formě, kdy cíl není stanoven, jedinec volí mezi více možnostmi.

Fáze volního jednání:

- vytýčení cíle – zvažování cíle, kterého chce jedinec dosáhnout
- posuzování motivů – dochází v okamžiku, pokud je střet dvou nebo více motivů
- rozhodnutí – pokud dojde ke zhodnocení motivů a vytýčení jednoho cíle
- realizace – dochází ke kontrole činnosti, překonávání překážek a dosažení vytýčeného cíle. V této fázi může dojít k selhání vůle. Pokud se tato skutečnost opakuje, může oslabovat charakter jedince v rámci vážnějších rozhodnutí a následně ovlivnit i realizaci.

2.4 Emoce

Jedná se o psychické a sociální procesy prožívání kladných či záporných zážitků. Ve většině případů jsou doprovázeny fyziologickými změnami, jako je například změna srdečního tepu a intenzita dýchání a motorickými změnami jako jsou například změna způsobu gestikulace a projevované mimiky.

Charakteristické rysy provázející emoce jsou:

- subjektivita – každý člověk reaguje v dané situaci odlišně a s rozdílnou intenzitou
- spontánnost – emoce, které jsou těžce ovlivnitelné rozumem a spouštějí se zcela samovolně
- aktuálnost – emoce, které se dostávají ihned po prožitku
- předmětnost – emoce vztahující se k dané konkrétní situaci či zážitku nebo vzpomínce

Emoce jsou vždy ovlivněny nějakou konkrétní událostí, zážitkem či vzpomínkou. Přípravují každého člověka k adekvátní reakci na konkrétní podnět a díky tomu dochází k jisté seberegulaci a rozdělení hodnot.

Emoce můžeme rozdělit dle intenzity a délky trvání:

- afekt – jedná se o krátkodobou emoci, která je velmi intenzivní, ale krátkodobá a vyznačuje se spontánním vznikem, aktivním průběhem a doprovází ji nedostatek racionální kontroly jednání člověka
- nálada – ovlivňuje paměť, pozornost a motivaci, její průběh je velmi intenzivní
- vášně - velmi intenzivní a dlouhodobá emoce, často ovlivňuje celého člověka a jeho jednání, váže se ke konkrétní bytosti (láska k určitému člověku, domácímu mazlíčkovi), věci (oblíbený plyšák), ideji (náboženství) či aktivitě (filatelie, fotbal,...).

Dále můžeme emoce dělit dle charakteru či kvality:

- **Vyšší emoce** (city) - souvisejí s etikou, morálkou, intelektem či estetikou, nejsou vrozené a jsou ovlivňovány společností: cit pro spravedlnost, pravdu, čest, stud, zvědavost, altruismus, empatie, smysl pro krásu
- **Nižší emoce** (city) - též označovány jako základní emoce - jsou spojovány s instinkty a pudy, většina autorů rozlišuje 8 základních emocí, ostatní jsou jejich odvozeninami: hněv, strach, radost, přijetí (důvěra), nechuť (znechucení), anticipace (očekávání), překvapení, smutek

Způsob komunikace s mentálně postiženým:

- V komunikaci s mentálně postiženým je nutné dodržovat jednoduchou řeč – komunikovat jednoslovnými výrazy, používat krátké věty, nepoužívat cizích výrazů a frází
- Mluvené slovo by mělo být pomalé a srozumitelné. Je zde nutná trpělivost a čas na odpověď mentálně postiženého
- Při komunikaci s mentálně postiženým je nutné dodržovat oční kontakt a zároveň věnovat postiženému maximální možnou míru pozornosti

3. Poradenství

Systém pedagogicko – psychologického poradenství tvoří v České republice školská poradenská zařízení (tj. pedagogicko – psychologické poradny a speciálně pedagogická centra) a školní poradenská pracoviště. Tato zařízení jsou zřizována dle § 116 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

3.1 Pediatr

Pediatr je lékař – odborník zaměřující se na péči o kojence, děti a mladistvé (v České republice do 19ti let věku dítěte). Atestovaný dětský lékař by měl mít teoretické znalosti a praktické dovednosti z dětského lékařství, které jsou nezbytné k samostatné práci na dětských odděleních nebo klinikách poskytující péči dětem a mladistvým hospitalizovaným nebo léčeným na ambulancích nemocnic. Předatestační příprava dětského lékaře trvá minimálně 5 let, během kterých lékař kromě dětských oddělení absolvuje praxi na ORL, chirurgii, ortopedii, traumatologii, dermatologii, oddělení ARO, infektologii a psychiatrii.

Absolvování specializovaného vzdělávání v oboru dětské lékařství je předpokladem pro vstup do specializovaného vzdělávání v oboru neonatologie, dorostové lékařství, dětská gastroenterologie a hepatologie, dětská kardiologie, dětská pneumologie, dětská revmatologie, dětská nefrologie, dětská onkologie a hematologie.

Atestovaný lékař pro děti a dorost získává způsobilost k samostatnému vykonávání praxe praktického lékaře pro děti a dorost. Jde o práci v primární péči, tedy o zajištění prvního kontaktu pacienta se zdravotnickým systémem. Charakteristickým rysem primární péče v pediatrii je důraz kladený na prevenci. Preventivní charakter oboru podtrhuje klíčová úloha pravidelných prohlídek a očkování. Praktický lékař může včas zachytit některé choroby, které se zpočátku mohou projevit jen zpomalením fyziologického vývoje dítěte. Primární péči o děti a dorost se může zabývat i lékař s atestací z oboru rodinného lékařství. (Lébl, Provazník, Hejčmanová, 2007).

Diagnostická činnost pediatra je souhrn postupů, operací a technik, jejichž cílem je stanovit diagnózu (psychický stav) daného jedince. Základními předpoklady jsou:

- určení stupně vývoje daného jedince s mentálním postižením
- zjištění možných odlišností a odchylek od věkové normy pozorovaného dítěte
- zjištění individualit osobnosti dítěte s mentální retardací
- zjištění podmínek, podstaty a příčin individuálních rozdílů dítěte s mentální retardací

3.2 Střediska rané péče

Raná péče je soustava služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem a dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám.

Hlavní úkoly Středisek rané péče je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými.

Raná péče spadá dle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) mezi takzvané terénní služby, popřípadě doplněná ambulantní formou, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu.

Úkolem středisek rané péče je vyhledávání potřebných dětí (depistáž), speciálně – pedagogická diagnostika, poskytování poradenství rodině postiženého dítěte, poradenství při jeho výchově a výběru vhodného výchovně – vzdělávacího zařízení.

Pojem raná péče se začal používat v České republice od roku 1993. Služba se rozvinula kolem 60. let ve Spojených státech amerických. Přispěly k tomu nové bio – sociální poznatky v oblasti vývoje dítěte, zejména uvědomění si důležitosti prvních tří let věku

dítěte. „*Pokud se právě toto období zanedbá, možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech se mohou zcela uzavřít nebo extrémně snížit. Přestože mozek je schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, člověk se nejrychleji rozvíjí a nejlépe přizpůsobuje změnám v raném dětství.*“ (Hradílková, 2018)

Jak již bylo řečeno, zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky života. Právě v období do tří let věku dítěte jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. Pojem „raná péče“ se začal v České republice používat roku 1993 (zahraniční zdroje užívají spíše pojem včasná intervence).

Raná péče má preventivní charakter, protože snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného. Raná péče posiluje rodinu a pomáhá jí překonávat prvotní šok a zoufalství, které provází zjištění, že milované dítě je nějakým způsobem postižené. Dále je raná péče poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte. Základním přirozeným prostředím je právě rodina. Láskyplná a stimulující interakce mezi rodičem a dítětem s postižením je podle posledních výzkumů podstatným faktorem rozvoje nejen jeho psychických, ale i fyziologických funkcí. (Šándorová, 2018)

3.2 Speciálně pedagogická centra

Speciálně pedagogická centra pak poskytují především poradenské služby klientům (dětem, žákům a studentům), jejichž speciální vzdělávací potřeby jsou důsledkem mentálního, tělesného, zrakového či sluchového postižení nebo vznikají na základě narušené komunikační schopnosti (vady řeči), kombinovaných postižení a poruch autistického spektra (autismus, §6 vyhlášky č. 197/2016).

Speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník tvoří základní odborný tým speciálně pedagogického centra. Dle druhu a stupně zdravotního postižení klientů jednotlivých Speciálně pedagogických center může být tým doplněn dalšími odbornými pracovníky. Obsahem činnosti tohoto týmu je zabezpečovat speciálně pedagogickou, psychologickou a další potřebnou podpůrnou péči klientům se zdravotním postižením a poskytovat jim odbornou pomoc v procesu pedagogické a sociální integrace ve spolupráci s rodinou, školami, školskými a dalšími zařízeními a odborníky. Činnost je zaměřena

zejména na podporu klientů v předškolním věku v péči rodičů (zákonných zástupců), na podporu klientů s těžkým a kombinovaným zdravotním postižením, kteří nemohou docházet do školy, zpravidla ve věku od 3 do 19 let.

V rámci komplexní odborné poradenské péče tým SPC zabezpečuje zejména:

- depistáž klientů se zdravotním postižením (dle specializace SPC) ve spádové oblasti stanovené zřizovatelem
- speciálně pedagogickou, psychologickou a sociální diagnostiku klientů se zdravotním postižením
- poradenské, konzultační, terapeutické a metodické činnosti pro klienty, jejich rodiče nebo osoby odpovědné za výchovu a pro pedagogické pracovníky
- speciálně pedagogické stimulační a vzdělávací činnost u integrovaných klientů se zdravotním postižením a u klientů s těžkým a kombinovaným postižením
- participaci při přípravě a zpracování individuálních výchovně – vzdělávacích a stimulačních programů pro děti a žáky integrované do běžných škol
- zpracovávání odborných podkladů a posudků pro potřeby správních rozhodnutí a zařazení do systému vzdělávání a pro potřeby dalších správních řízení
- Poradenství k volbě vzdělávací cesty (kariérová poradenství) pro klienty se zdravotním postižením
- Odborné činnosti v rámci prevence sociálně patologických jevů ohrožujících klienty se zdravotním postižením
- Informační činnosti a propagaci služeb SPC v širší veřejnosti

Služby jsou odbornými pracovníky poskytovány v Speciálně pedagogických centrech ambulantně nebo v terénu během návštěv v prostředí, kde klient žije (rodina, instituce), ve škole, kde je integrován a vzděláván, popřípadě při diagnostickém pobytu klienta ve speciální škole či zařízení.

Historie vzniku SPC

První ucelená koncepce poradenských služeb v českém školství vycházela z pedagogicko psychologického zaměření této služby a z jejího začlenění do školské soustavy. První počátky poradenské činnosti ve školství u nás sahají až do 60. let minulého století, kdy bylo zahájeno budování pozdějších okresních pedagogicko psychologických poraden. V roce 1978 bylo pedagogicko psychologické poradenství výslovně uvedeno v tehdejší školské zákonu, ovšem v souladu s tehdejšími prioritami jako systém tzv. výchovného poradenství. Po roce 1989 došlo k řadě organizačních a institucionálních změn v oblasti pedagogicko psychologického poradenství. Vedle pedagogicko psychologických poraden vznikla nová poradenská pracoviště se zaměřením na klienty se zdravotním postižením – speciálně pedagogická centra a na klienty s poruchami chování – střediska výchovné péče.

Služby SPC pro mentálně postižené:

- Kompletní pedagogická a psychologická diagnostika
- Vytvoření odborného posudku v souvislosti se zařazením dítěte do speciálního školství
- Metodickou pomoc pro sestavení individuálního plánu pro mentálně postižené dítě
- Nastavení individuální logopedické péče
- Speciálně pedagogické poradenství
- Možnost rodinné terapie
- Návrh spolupráce s ústavu sociální péče
- Návrh speciálně pedagogické pomoci při profesní orientaci a uplatnění
- odborná speciálně pedagogická a psychologická posouzení pro účely správního řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád,

3.3 Pedagogicko – psychologické poradny (PPP)

Tyto instituce školních poradenských služeb jsou zřizovány v každém správním celku našeho státu. Hlavní součástí pedagogicko - psychologické poradny je přímá práce s dětmi a žáky škol a školských zařízení ve věku od 3 let do ukončeného středního, respektive vyššího odborného vzdělání a s jejich rodiči, a to zejména formou individuální péče, ale i formou skupinové práce. Na základě doporučení pedagogicko – psychologické poradny je volena nebo upravována vzdělávací cesta žáků. Při vedení dětí a žáků PPP aktivně ovlivňují proces přijímání a upevňování poznatků, postojů a hodnotové orientace (volba vhodného učebního stylu, rodinná terapie apod.) Poskytují kariérové poradenství, participují na činnostech v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže, napomáhají při rozvoji pedagogicko – psychologických kompetencí učitelů. (Opekarová, 2010)

Pedagogickými pracovníky PPP jsou psychologové speciální pedagogové, kromě nich se na odborných činnostech podílejí také sociální pracovníci. Činnost PPP se uskutečňuje zejména ambulantně a návštěvami pracovníků ve školách a školských zařízeních.

Pedagogicko psychologické poradny jsou zřizovány podle §116 zákona č. 561/2004 Sb, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších změn. Podrobně jsou pak vymezeny ve vyhlášce č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních.

Při poskytování služeb PPP je kladen důraz na ochranu práv jejich uživatelů (zejména informovaný souhlas je podmínkou poskytnutí služby) a na ochranu osobních údajů. Pracovníci PPP jsou povinni postupovat v souladu se zákonem č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to zejména při předávání informací o dětech, žácích a jejich zákonných zástupcích, kterým jsou poskytovány poradenské služby třetím osobám a při zpracování důvěrných a citlivých údajů o těchto uživatelích poradenských služeb.

Základní úkoly poraden:

- zjišťování připravenosti dětí na povinnou školní docházku z psychologického a vývojového hlediska
- doporučování rodičům a následně řediteli vzdělávacího zařízení vřazení žáka do příslušné školy a třídy
- spolupráce při přijímacím a výběrovém řízení žáků do škol
- provádění psychologického a speciálně pedagogického vyšetření
- zjišťování speciálně vzdělávacích potřeb žáků
- vypracování odborných posudků a návrhů opatření pro školy a školská zařízení
- poskytování poradenských služeb
- metodická pomoc
- zjišťování prevence sociálně patologických jevů (Opekarová, 2010)

Základní funkce poraden

1. komplexní psychologická a speciálně pedagogická diagnostika
2. psychologická a speciálně pedagogická intervence
3. informační a metodická činnost (Opekarová, 2012)

Pedagogicko psychologická poradna služby také dětem, žákům a studentům, kteří jsou uvedeni v §16 odst. 9, a to zejména těm, kteří mají speciální vzdělávací potřeby v důsledku specifických poruch učení (včetně vývojových poruch učení) a poruch chování (§5 vyhlášky).

Typy center

Jednotlivá speciálně pedagogická centra jsou zřizována pro klienty s různými druhy zdravotního postižení. Buď mohou zabezpečovat poradenské služby pouze pro klienty s jedním zdravotním postižením anebo s více druhy postižení.

Speciálně pedagogické centrum pro žáky s mentálním postižením

SPC pro mentálně postižené je centru poskytující služby žákům s mentálním postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky.

Speciálně pedagogické centrum pro žáky s PAS

Speciálně pedagogická centra pro PAS je centrum poskytující služby žákům s poruchami autistického spektra, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky.

Speciálně pedagogické centrum pro žáky s tělesným postižením

Speciálně pedagogická centra pro tělesně postižené je centrum poskytující služby žákům s tělesným postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávající tyto žáky

Speciálně pedagogické centrum pro žáky se sluchovým postižením

Speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené je centrum poskytující služby žákům se sluchovým postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávající tyto žáky

Speciálně pedagogické centrum pro žáky s vícečetným postižením

SPC pro žáky s více vadami je centrum poskytující služby žákům s kombinovaným zdravotním postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávající tyto žáky.

Speciálně pedagogické centrum pro žáky se zrakovým postižením

Speciálně pedagogická centra pro zrakově postižené je centrum poskytující služby žákům se sluchovým postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávající tyto žáky

Speciálně pedagogická centra pro žáky s vadami řeči

Speciálně pedagogická centra pro vady řeči je centrum poskytující služby žákům se sluchovým postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávající tyto žáky (Opekarová, 2010)

3.5 Orgán sociálně právní ochrany dětí

Zákon o Sociálně právní ochraně definuje se v souladu s Úmluvou o právech dítěte tak, že dítětem je osoba nezletilá. Podle článku 1 se úmluvy se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší 18ti let, podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve. Podle § 8 občanského zákoníku se zletilosti nabývá dovršením osmnáctého roku věku. Před dosažením tohoto věku lze zletilosti nabýt jen uzavřením manželství, ale to jen nejdříve od 16ti let věku.

Sociálně právní ochrana dětí náleží bez ohledu na státní občanství všem dětem, které se nacházejí na území České republiky. Rozdíl spočívá pouze v rozsahu služeb, v jakém se sociálně právní ochrana poskytuje.

Podle § 2 odstavce 2 zákona o Sociálně právní ochraně náleží sociálně právní ochrana dítěti, které:

- *má na území České republiky trvalý pobyt*
- *dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, má povolen trvalý pobyt nebo je nahlášeno k pobytu na území České republiky to po dobu nejméně 90ti dní*

- *dítě, které podalo návrh na zahájení řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky (tzn. O udělení azylu nebo doplňkové ochrany podle zákona č. 325/1999 Sb., o azylu, ve znění pozdějších předpisů*
- *dítě, které je oprávněno na území České republiky trvale pobývat*
- *dítě, které pobývá na území České republiky s rodičem, který podal žádost o udělení oprávnění k pobytu za účelem poskytnutí dočasné ochrany na území České republiky nebo, které již pobývá na základě uděleného oprávnění k pobytu za účelem dočasné ochrany na území České republiky podle zákona č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců, ve znění pozdějších předpisů.*

To odpovídá článku 2 Úmluvy o právech dítěte, podle kterého se smluvní státy zavazují respektovat a zabezpečit práva stanovená v této Úmluvě každému dítěti, které se nachází pod jejich jurisdikcí bez jakékoli diskriminace podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního, etnického nebo sociálního původu. Vedle dítěte s trvalým pobytem je to i dítě přechodným pobytem, které bude na území České republiky pobývat ode dne hlášení alespoň po dobu 90ti dnů, ale i dítě které podalo návrh na zahájení řízení o udělení mezinárodní ochrany ve smyslu zákona č. 325/1999 Sb., o azylu, ve znění pozdějších předpisů, a také dítě, které je oprávněno na území České republiky trvale pobývat ve smyslu § 87 zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tímto ustanovením se řeší situace dětí cizinců, svěřených do náhradní výchovy rozhodnutím příslušného orgánu, za předpokladu, že alespoň jedna fyzická osoba, již je dítě svěřeno, je přihlášená k trvalému pobytu na území České republiky, nebo sena území České republiky nachází ústav, ve kterém je dítě umístěno. Vedle těchto forem pobytu je to i pobyt na základě uděleného oprávnění k pobytu za účelem poskytnutí dočasné ochrany na území České republiky.

Zákon o Sociálně právní ochraně v § 2 odstavce 3 ukládá povinnost poskytovat sociálně právní ochranu i dětem, které výše uvedené podmínky nesplňují, s tím rozdílem, že sociálně právní ochrana se poskytne jen v nezbytném rozsahu, vymezeném přímo v § 37 zákona o Sociálně právní ochraně. Poskytnutí sociálně právní ochrany v tomto ustanovení je uloženo obchodnímu úřadu i obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností (městskému úřadu, v Praze úřadu příslušné městské části) a spočívá v přijetí opatření

k ochraně života a zdraví a zajištění uspokojování základních potřeb v nejnütnějších rozsahu včetně zdravotní péče.

Pro poskytnutí sociálně právní ochrany je důležitá situace, v jaké se dítě nachází, kdy důvod poskytnutí spočívá v řešení věcného problému.

Pro poskytnutí sociálně právní ochrany jsou typické situace, kdy:

- *rodiče dětí zemřeli, neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, nebo nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti*
- *děti byly svěřeny do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, a tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy*
- *děti vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají povinnou školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, žíví se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, děti mladší 15ti let spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky nebo jinak narušují občanské soužití*
- *opakovaně se dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte*
- *děti na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezřeni ze spáchání takového činu*
- *děti, které jsou na základě žádosti rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců*
- *děti, které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami*
- *děti, které jsou žadateli o azyl odloučenými od svých rodičů, popřípadě jiných osob odpovědných za jejich výchovu*

pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou, anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.

Zákon o Sociálně právní ochraně tedy k poskytnutí sociálně právní ochrany nepředpokládá jednorázovou událost či krátkodobé působení, ale naopak předpokládá, že tyto skutečnosti trvají takovou dobu, že je třeba situaci vhodným způsobem řešit. Pokud by se jednalo o jednorázovou záležitost, musela by být takové intenzity, že by mohla nepříznivě ovlivnit vývoj dítěte. (Matoušek, Pazlarová, 2016)

Speciálně právní ochranu zajišťují:

- obecní úřady s rozšířenou působností (městské úřady, ve statutárních městech magistráty a úřady městských obvodů, v Praze úřady pověřených městských částí)
- obecní úřady
- krajské úřady (v Praze Magistrát Hlavního města Prahy)
- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí

Především obecní úřady obcí s rozšířenou působností a obecní úřady mají možnost z bezprostřední blízkosti sledovat ochranu práv dítěte a včas činit potřebná opatření. Zákon těmto institucím ukládá nejvíce povinností i vzhledem k jejich znalosti dané problematiky a možné dostupné pomoci rodičům.

Do působnosti krajských úřadů vedle kontrolní a metodické činnosti patří téměř celý proces zprostředkování náhradní rodinné péče, rozhodování o udělení pověření k výkonu sociálně právní ochrany dětí fyzickými a právníckými osobami a rozhodování o státním příspěvku pro zřizovatele zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Ve vztahu k obecním úřadům a obecním úřadům s rozšířenou působností plní krajské úřady funkci nadřízeného kontrolního orgánu a funkci odvolacího orgánu příslušného pro přezkum rozhodnutí vydaných obecními úřady a obecními úřady s rozšířenou působností ve správním řízení.

Dalším orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí, do jehož působnosti patří obecně péče o rodinu a ohrožené děti. Ministerstvo pečuje i náležitou právní úpravu v této oblasti a v rámci zákona řídí výkon státní správy na úseku sociálně právní ochrany dětí vydáváním právních předpisů a směrnic (§ 92 zákona č. 129/2000 Sb., o krajích) Ministerstvo rovněž vykonává funkci kontrolního a odvolacího orgánu ve

vztahu ke krajským úřadům, zajišťuje na druhém stupni agendu zprostředkování náhradní péče a vede celostátní evidenci fyzických a právnických osob pověřených výkonem sociálně právní ochrany dětí.

Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně je správním úřadem s celostátní působností, jemuž přísluší řešení otázek ochrany dětí ve vztahu k cizině. Úřad byl zřízen zákonem o sociálně právní ochraně a je podřízen ministerstvu (§ 3) (MPSV)

3.6 Neziskové organizace

Nezisková organizace je organizace (právnická osoba), která nevytváří zisk k přerozdělení mezi své vlastníky, správce nebo zakladatele. Zisk sice může vytvořit, ale musí ho zase vložit zpět do rozvoje organizace a plnění jejího poslání. Neziskové organizace tedy nejsou obchodní společnosti ani jiným podnikatelským subjektem. Zakládají se za účelem uspokojení konkrétních potřeb občanů a komunit. Prostor pro neziskové organizace je proto značně široký, patří sem jak různé organizační složky státu, občanská sdružení a spolky nebo neziskové organizace typu obchodních společností (družstva, společenství vlastníků jednotek). (Šimková Eva, 2009).

V praxi rozlišujeme rozdělení na dvě hlavní skupiny neziskových organizací:

- **Nestátní (nevládní) neziskové organizace (NNO)**

První slovo označení je kalkem anglického slova „non – governmental“, které znamená, že organizace není zřízena nejen státem, ale ani lokálním governmentem, tedy lokálním veřejnoprávním subjektem (např. obcí, krajem, zemí, župou atd.). V politickém kontextu se používá zejména pro občanská sdružení aktivně zasahující do veřejných záležitostí, ale zahrnuje samozřejmě i občanská sdružení (spolky) sloužící k soukromé realizaci skupinových zájmů a kromě občanských sdružení i další nepodnikatelské právní formy, například obecně prospěšné společnosti, nadace, nadační fondy, církve a jiné náboženské společnosti atd.

- Příspěvkové organizace státu a jiných veřejnoprávních korporací (obcí, krajů atd.)

NNO jsou právníckými osobami soukromého práva a patří mezi formalizované struktury občanské společnosti. Typické NNO naplňují znaky mezinárodně sdílené definice NNO, jejímiž autory jsou americký sociolog L.M. Salamon a německý sociolog H.K. Anheier

- Organizovanost (stálá, formalizovaná struktury)
- Soukromý charakter a nezávislost na státu
- Nerozdělování zisku (mezi členy a rozhodující osoby)
- Samosprávnost (vnitřní struktura)
- Dobrovolnost (ve smyslu „s účastí dobrovolníků“)

Vymezení NNO, zpracované Radou vlády pro nestátní neziskové organizace (RVNNO) a používané pro účely této státní politiky, vychází z právních forem typických pro NNO. Toto vymezení nepolemizuje s mezinárodním vymezením, ale zužuje okruh právních forem, které ji naplňují. Podle této definice jsou za NNO považovány tyto právní formy soukromého práva:

- **Spolky a pobočné spolky** (nově podle NOZ), dříve občanská sdružení a jejich organizační jednotky (podle zákona číslo 83/1990 Sb., o sdružování občanů)
- **Nadace a nadační fondy** (dříve podle zákona číslo 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech, nyní podle NOZ)
- **Účelová zařízení církví** zřizované církevními a náboženskými společnostmi podle zákona číslo 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností, v platném znění (dříve církevní právnícké osoby)
- **Obecně prospěšné společnosti** podle zákona číslo 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech (nyní již zrušený, existující obecně prospěšné společnosti však podle něj stále fungují)
- **Ústavy** (podle NOZ)
- **Školské právnícké osoby** registrované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a zahrnující ve významné převaze také školy církevní

Tuto definici doplňuje členění NNO do několika typů podle jejich funkce. Podle funkce jde o:

- Servisní nevládní neziskové organizace
- Advokační nevládní neziskové organizace
- Zájmové nevládní neziskové organizace
- Filantropické nevládní neziskové organizace

Servisní nevládní neziskové organizace

Poskytují přímé služby svým klientům, tedy přímo řeší veřejné problémy. Typicky do této skupiny patří NNO poskytující sociální služby, NNO v oblasti zdravotnictví a sociálního začleňování nebo v oblasti rozvojové spolupráce a humanitární pomoci. Jde většinou o nečlenské NNO, které usilují o svoji profesionalizaci nebo jí již dosáhly. Servisní a advokační funkce NNO často v jednotlivém případě splývají, tedy konkrétní NNO plní obě uvedené funkce zároveň, a to v určitém poměru svých činností.

Advokační nevládní neziskové organizace

Bojují za práva vymezených skupin či vybraných veřejných zájmů. Jejich činnost spočívá v prosazování změn nebo naopak bránění změnám vůči veřejným nebo soukromým institucím. Mají významnou roli v prosazování principu rovnosti a nediskriminace, v ochraně menšinových zájmů a veřejného zájmu, jako je ochrana zdraví, životního prostředí nebo práv spotřebitelů. Tyto NNO jsou z hlediska struktury jak členskými organizacemi (občanská sdružení, nyní spolky), tak nečlenskými (obecně prospěšné společnosti, nadace a nadační fondy).

Filantropické nevládní neziskové organizace

Podporují finančně i hmotně veřejně prospěšné aktivity. Typicky se jedná o nadace a nadační fondy.

Zájmové nevládní neziskové organizace

Jsou vůbec nejpočetnější skupinou NNO v českém neziskovém sektoru. Zaměřují se na organizování zájmové činnosti buď výhradně pro své členy, nebo s přesahem do širší veřejnosti, kdy se jejich aktivity blíží službám poskytovaným určitým skupinám. Typicky do této skupiny patří NNO v oblasti sportu a kultury či tradiční venkovské zájmové spolky (například Sokol, včelařské svazy, dobrovolní hasiči, apod.). Zájmové NNO jsou postaveny výhradně na členském principu.

Typologie NNO v ČR podle funkcí

Funkce	Hlavní činnost	Vnitřní struktura
Servisní	Sociální, zdravotní péče Vzdělávání a výzkum Humanitární pomoc a charita Kultura Rozvojová spolupráce a humanitární pomoc	Převážně nečlenské
Advokační	Ochrana životního prostředí Ochrana lidských práv Prosazování rovnosti a nediskriminace Ochrana práv menšin Ochrana zvířat Ochrana práv spotřebitelů Boj proti korupci apod. Kulturní aktivity	Členské i nečlenské
Zájmové	Sport Volný čas Včelaři, myslivci, zahrádkáři Komunitní spolky Další	Členské
Filantropické	Poskytující granty a dary	Převážně nečlenské

NEZISKOVÉ ORGANIZACE. Sekretariát RVNNO na základě usnesení vlády ČR č.608/2015 [online, cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://www.neziskovky.cz/tiskc/692/>

3.7 Práva lidí s mentálním postižením

Dne 20. prosince 1971 byla vyhlášena Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením. Valné shromáždění vyhlásilo tuto deklaraci o mentálně postižených a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

- Mentálně postižený má mít v co možná nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti
- Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzickou terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti
- Mentálně postižený má právo na vhodné ekonomické zabezpečení, které by zajišťovalo postiženému vhodnou a dostačující životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností
- Pokud je to možné, měl by mentálně postižený žít v kruhu své rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení nezbytně nutné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
- Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného ošetřovatele, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů
- Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním fyzickým či psychickým, nebo ponižujícím zacházením. Je-li postižený soudně stíhaný, má právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu
- Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrn svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití.

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

Každý člověk s mentálním postižením je ve velké míře závislý na okolní společnosti. Hlavním důrazem by mělo být kladeno to, aby tito lidé nebyli kladeni na okraji společnosti. I oni touží žít normálním životem, věnovat se dostupné kulturní, sportovní a zájmové činnosti, připravovat se na profesní uplatnění a v dospělosti mít odpovídající zaměstnání. To vše dává jejich životu náplň. Je proto věcí každé vyspělé společnosti, aby výchovným působením a cílevědomým vzděláváním umožnila takto postiženým jedincům maximálně rozvinout jejich schopnosti, a tím usnadnila jejich integraci mezi ostatní občany naší společnosti.

4. Praktická část

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu v praktické části bakalářské práce je zjištění, zda je sociální poradenství a podpora rodinám s mentálně postiženým dítětem dostatečná a přínosná. Do jaké míry tuto pomoc rodiče využívají a pokud ano, zda je pro ně prospěšná a v jaké oblasti shledávají tuto pomoc obzvláště prospěšnou pro své dítě a jeho fungování ve vzdělávacích zařízeních.

4.2 Stanovení výzkumných otázek

- Jaká bude adaptace dítěte s lehkým mozkovým postižením do kolektivu jiných dětí bez účasti rodičů?
- Jaké bude osvojování dovedností, spolupráce a komunikace mentálně postiženého dítěte s kolektivem?

4.3 Kvalitativní výzkumné šetření

Hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzita a podrobný zápis. Typickými metodami kvalitativního výzkumu jsou pozorování, interview a metoda životní historie. Pozorovatel si během výzkumu dělá poznámky, ze kterých následně skládá celkový obraz o zkoumaném prostředí, přitom se snaží vysvětlit jevy očima zkoumaných osob. (Gavora, 2000) Jak postupuje výzkumník od prvního momentu až do konce výzkumu? Jako postup si výzkumník může zvolit analytikou indukci, a nebo konstantní komparaci. U analytické indukce si stanoví výzkumný problém, následně se vydá do terénu a sbírá údaje o jednom, tzv. prvotním případě. Jedná se jednoho člověka nebo např. jednu školu apod. Na základě těchto údajů zformuje hypotézu.

Charakteristika přímého pozorování

Jednání a chování lidí jsou cílem prakticky každého zkoumání, jež se týká jedince nebo skupiny. Pozorování představuje snahu zjistit, co se skutečně děje. V mnoha případech se nejedná pouze o vizuální pozorování, ale často o sluchové, čichové a pocitové vjemy. Pozorování nám pomáhá doplnit naši zprávu například o prostředí ve kterém se pozorovaný jedinec či skupina nachází. (Hendl, 2005)

Konkrétní pozorování je zaměřeno na schopnost adaptace dítěte s lehkým mentálním postižením do kolektivu a jeho osvojování si dovedností a schopností komunikace s daným kolektivem.

Přímé pozorování

Pozorování skupiny dětí s lehkým mentálním postižením probíhal v době letních prázdnin a to od 13.8.2018 do 28.8.2018 a v následných malých táborových výjezdech, které probíhají například v konání podzimních prázdnin, či jiného volna, které děti mají v průběhu školní docházky. Pozorovanou skupinou byly děti ve věku od 6ti do 7mi let, které se účastní táborových aktivit a to jak v samostatných oddílech, které jsou složeny z jejich vrstevníků, ale i v průběhu celotáborové hry, kdy jsou zařazeni do skupin, složených z různých věkových kategorií.

Charakteristika řízeného rozhovoru

Vedení rozhovoru vyžaduje citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu. Je nutné dopředu zvážit obsah otázek, jejich formulaci a pořadí a také délku rozhovoru. Tyto záležitosti se řeší buď před rozhovorem, nebo až v jeho průběhu. Důležité části rozhovoru jsou především začátek a konec. Na začátku dotazování musí tazatel prolomit respondentovy případné psychické bariéry a získat souhlas s nahráváním. Na konci rozhovoru nebo při loučení je vysoká pravděpodobnost získání důležitých

informací. Tazatel by měl dotazovanému nabídnout možnost dodatečného kontaktu, kdyby chtěl doplnit ještě nějaké další informace. (Hendl, 2005).

Do pozorování bylo zahrnuto celkem 6 dětí s lehkým mentálním postižením a rozhovory byly vedeny s jejich rodiči, prarodiči či pěstouny,

4.4 Popis přímého pozorování

Pozorování skupiny dětí s lehkým mentálním postižením na dětském táboře Sdružení DUHA, který se nachází nedaleko řeky Sázavy. Pozorovanou skupinu dětí s lehkým mentálním postižením tvořilo 6 dětí. Celkově se na Letním dětském táboře Sdružení DUHA vyskytuje přes 100 dětí různých věkových kategorií. Jezdí sem pravidelně děti ve věku od 5ti do 18ti let věku. Děti jsou rozděleny do samostatných oddílů a to podle věkových kategorií, kdy jsou do stejné skupiny začleněny chlapci i dívky stejného, nebo alespoň co možná nejbližšího možného věku

Výzkumnou skupinu tvořily děti ve věku 6 – 7 let. Většina z těchto dětí již navštěvovala povinnou školní docházku a to první třídu Základní školy, pouze 2 z pozorovaných dětí v minulém roce absolvovala přípravný ročník před nástupem na Základní školu. Většina těchto dětí byla umístěna v pěstounské péči. V mnoha případech se u dětí v pěstounské péči setkáváme s naprosto důslednou a intenzivní péčí pěstounů, což obzvláště u dětí s lehkým mentálním postižením celkově ulehčuje následnou práci s dítětem a jeho schopnost poznávat a učit se nové věci je v průběhu jeho života rozvíjena. Stejně tak je tato péče patrná i na adaptaci dítěte do kolektivu. Setkáváme se i s opačnou stranou, kdy je patrné, že se pěstouni svěřeným dětem nevěnují, ba naopak je patrné, že je starost o dítě pro ně obtěžující.

Základní soubor

- Sociální poradenství rodinám s mentálně postiženými dětmi v České republice

Výběrový soubor

- Letní dětský tábor Sdružení DUHA, Sedliště u Sázavy

Výběr respondentů

- Respondenti byli vybráni náhodně a to z řad frekventantů Letního dětského tábora Sdružení DUHA

Konkrétní pozorování:

- **Aktivní oslovení dětí stejného věku a navázání komunikace**

Jan	Chlapec je velmi uzavřený a nekomunikativní. Navázání samostatného rozhovoru je pro něj v tuto chvíli nemožné. Nezúčastňuje se kolektivních her a vždy se drží v blízkosti a s nadšením sleduje průběh her a aktivit.
Milan	Projevuje se velmi přátelsky a komunikativně a to i se zcela neznámými lidmi, kteří projeví pozornost. Je vděčný za možnost normální komunikace. Jeho zapojení do jakékoli aktivity je maximální.
Karolína	Děvče je i přes drobnou vadu řeči velmi aktivní v komunikaci s okolím. Oslovenou osobu již nenechá promluvit, ani odejít. Společných aktivit se zúčastňuje s lehkým odstupem. Její projev nedůvěry starším je značný.
Michal	Chlapec je velmi zanedbaný a verbálně na úrovni 2. letého dítěte. Je velmi kontaktní, ale jeho chování je naprosto nevhodné.
Viktorie	Viktorie je lehce obézní, nekomunikativní a uzavřená. Není schopná prvotního kontaktu, ale pokud ji někdo kontaktuje, je velmi vstřícná.
Tomáš	Chlapec je velmi samotářský a komunikace s okolím je omezena pouze na nucené odpovědi. Aktivita při společných aktivitách je minimální.

- **Aktivní komunikace dětí s okolím po 4 dnech pobytu**

Jan	Chlapec je stále velmi uzavřený a k oslovení okolí z jeho strany nedochází. Pokud je osloven, je za kontakt vděčný a je schopen jej udržet. Při společných hrách se účastní veškerých aktivit, ale nekomunikuje.
Milan	Jeho komunikace s okolím je až přehnaná. Je vděčný za každého posluchače, které má.
Karolína	Komunikace je zcela standardní a samostatná. Stále přetrvává projev nedůvěry ke starším a dospělým.
Michal	Spolupráce s chlapcem je nemožná bez ohledu na velikost kolektivu. Pro jeho zanedbání a naprostou absenci jakýchkoli návyků či dovedností, je jeho pobyt předčasně ukončen.
Viktorie	Dívka si našla malou skupinu přátel, se kterou schopnost její komunikace naprosto bezchybná. Ve větším, neznámém kolektivu, je její komunikace omezena pouze na odpovědi. Zapojení do společných aktivit je minimální.
Tomáš	Chlapec je velice kolektivní a vzdělaný vzhledem ke svému věku. Často je vídán o samotě s knihou, nebo s jedním přítelem, kterého si v kolektivu vybral.

- **Aktivní komunikace dětí s okolím po 10ti dnech**

Jan	Chlapcův stav je téměř neměnný. Účastní se her, je velmi aktivní, ale komunikace s ostatními členy skupiny je minimální. Odpovídá pouze v případě, že je tázán.
Milan	Chlapcova komunikace s kýmkoli nikdy nepřestává a vždy najde téma, k vyprávění. Podle jeho slov s ním doma nikdy nikdo nemluví. Je vděčný za jakýkoli projev náklonosti.
Karolína	Děvče si po 10ti dnech pobytu našlo své kamarádky, které nemají žádnou mentální retardaci. Zcela se přizpůsobila kolektivu a je velmi komunikativní.
Viktorie	Přes prvotní potíže by v dívce nikdo neshledával to samé děvče, které před 10ti dny přijelo. Zcela zapadla do kolektivu, dokonce se zdá být vedoucím členem skupiny. Společných aktivit se účastní s nadšením.
Tomáš	Chlapec se stále straní velkému kolektivu. Našel si blízké přátele a v jejich společnosti tráví čas. Zapojení při společných hrách a aktivitách je omezené.

Průběh řízeného rozhovoru

K přímému rozhovoru byli vyzváni rodiče a pěstouni pozorovaných dětí. Všichni zúčastnění se rozhovoru zúčastnili dobrovolně. Rozhovor probíhal s každým osloveným samostatně. Celkem se rozhovoru zúčastnilo 6 matek dětí s lehkou mentální poruchou. Tento rozhovor trval 30 minut a jeho snahou bylo získat informace o využití sociálního poradenství pro rodiny s dětmi, které trpí lehkou mozkovou retardací, jejich informovanost a využívání pomocných poradenských služeb, stejně jako jejich dostupnost v dané lokalitě.

Rozhovor č. 1 – Jan, 6 let je umístěn v pěstounské péči. Rodina má celkem 3 děti v pěstounské péči.

- **Využíváte v rámci sociální péče služeb Speciálně pedagogických center nebo Pedagogicko psychologických poraden?**

Žádnou takovou službu nevyužíváme, není potřebná. Komunikujeme pouze se sociálním odborem, protože musíme, když jsme pěstouni.

- **V čem konkrétně je pro vás tato spolupráce přínosem?**

S nikým nespolupracujeme, proto nemůžeme posoudit.

- **Pociťujete pomoc ve vzdělávacím zařízení, které navštěvuje vaše dítě?**

Chlapec chodí do státní základní školy a žádné výhody nepotřebuje.

- **Jakou formu poradenství ve svém okolí postrádáte?**

V pěstounské péči jsou u nás umístěny 3 děti a u žádného z nich nepociťujeme potřebu jakéhokoli poradenství.

- **Byli jste informováni, na jaké příspěvky máte pro dítě nárok?**

O příspěvcích jsme informováni a pobíráme je.

- **Byla vám v poradenském zařízení, které jste navštívili pomoc s vyřizováním příspěvků a sociálních dávek poskytnuta?**

Při umístění prvního dítěte do pěstounské péče jsme byli o všem informováni a sami jsme si o vše dostupné zažádali.

Rozhovor č. 2 – Tomáš, 6 let je umístěn v pěstounské péči vysokoškolsky vzdělaných rodičů, kteří neměli žádné vlastní dítě

- **Využíváte v rámci sociální péče služeb Speciálně pedagogických center nebo Pedagogicko psychologických poraden?**

Ano, využíváme všech možných dostupných služeb a to hlavně z důvodu možného rozvoje a pomoci chlapci. Bylo by bezohledné, jakoukoli spolupráci a pomoc zatracovat.

- **V čem konkrétně je pro vás tato spolupráce přínosem?**

Pomáhá hlavně nám svěřenému chlapci, který si díky tomu co prožil veškerou možnou dostupnou péči a podporu. Pomáhá nám s konkrétním rozvojem a zaměřením na konkrétní oblasti, které jsou v daném věku a situaci potřebné. Po radách, které jsme obdrželi, si dokážeme snadněji poradit se zadanými úkoly a rozvoj chlapce je patrný od první návštěvy odborníků.

- **Pocit'ujete pomoc ve vzdělávacím zařízení, které navštěvuje vaše dítě?**

Chlapec chodí do standardní základní školy, kde je patrná pomoc a podpora ať už učitelky, nebo výchovné poradkyně. Sama škola nabídla individuální studijní plán, který vzhledem k lehkému mozkovému postižení chlapce evidentní výhodou pro jeho

- **Jakou formu poradenství ve svém okolí postrádáte?**

Před nástupem na základní školu jsme navštívili pedagogicko psychologickou poradnu i speciálně pedagogické centrum, protože bychom chtěli zajistit chlapci co

možná největší podporu a pomoc, aby mohl do budoucna. V našem okolí jsou dostupné veškeré formy pomoci. Pokud by tato možnost v našem okolí nebyla, dojížděli bychom za pomocí chlapci kamkoli.

- **Byli jste informováni, na jaké příspěvky máte pro dítě nárok?**

O možných příspěvcích nás informoval sociální odbor a přidělená sociální pracovnice, která se nám velmi aktivně věnuje.

- **Byla vám v poradenském zařízení, které jste navštívili pomoc s vyřizováním příspěvků a sociálních dávek poskytnuta?**

Při návštěvách ve všech pomocných zařízeních nám byly poskytnuty veškeré informace i pomoc, které si velmi ceníme. Veškeré příspěvky, které jsou nám poskytnuty, investujeme do pomoci chlapci a hlavně jeho rozvoje.

Rozhovor č. 3 – Michal, 6 let je ve velmi zanedbaném stavu a byl umístěn do péče babičky a to z důvodu drogové závislosti své matky

- **Využíváte v rámci sociální péče služeb Speciálně pedagogických center nebo Pedagogicko psychologických poraden?**

Chlapec je mým vnukem, proto si myslím, že nejlepší možnou pomoc jsem mu schopna poskytnout sama. Jeho stav je v současné době velmi vážný a jeho chování je nepřizpůsobivé. Vzhledem k mým vlastním zdravotním problémům není v mých silách docházet do speciálních zařízení. Navštěvujeme pouze předepsaná setkání.

- **V čem konkrétně je pro vás tato spolupráce přínosem?**

Díky získanému psychologickému posudku má chlapec jisté výhody ve vzdělání, jako je odklad základní školní docházky.

- **Pociťujete pomoc ve vzdělávacím zařízení, které navštěvuje vaše dítě?**

Žádná vzdělávací zařízení nenavštěvujeme díky odkladu školní docházky. Milan zatím není ve stavu, kdy by se mohl účastnit skupinového vzdělávání.

- **Jakou formu poradenství ve svém okolí postrádáte?**

Vzhledem k tomu, že jsou v mé péči umístěna má vnoučata a obě do mé péče přišla ve velmi zanedbaném stavu. Absolvovali jsme návštěvu jak pedagogicko psychologické poradny, tak i speciálně pedagogického centra. Nadále ovšem tato centra nenavštěvujeme.

- **Byli jste informováni, na jaké příspěvky máte pro dítě nárok?**

Vzhledem k tomu, že se nacházím v důchodovém věku, jsem za možné příspěvky vděčná a pobírám je.

- **Byla vám v poradenském zařízení, které jste navštívili pomoc s vyřizováním příspěvků a sociálních dávek poskytnuta?**

Poskytnuté informace jsem obdržela a pro mou špatnou pohyblivost mi poradenská zařízení velmi pomohla a veškeré možné příspěvky a pomoc za mne vyřídili. Sociální pracovnice dochází do naší domácnosti pravidelně. Se vším mi pro mou nepohyblivost pomohla.

Rozhovor č. 4 – Karolína 7 let, ve velmi zanedbaném stavu byla umístěna ve 4 letech do péče babičky. Je sestrou Michala.

- **Využíváte v rámci sociální péče služeb Speciálně pedagogických center nebo Pedagogicko psychologických poraden?**

Ano, Karolína navštěvuje základní školu, kam dochází pracovnice Pedagogicko psychologické poradny. Její aktivita při těchto setkáních se výrazně zlepšila a i její studijní výsledky jsou stále lepší. Přišla ke mně stejně zanedbaná, jako je v současné chvíli její bratr a ve všech oblastech se velmi zlepšila.

- **V čem konkrétně je pro vás tato spolupráce přínosem?**

Díky stanoveným návštěvám má děvče speciální program ve volnočasových aktivitách, které jsou hrazeny v plné výši státem.

- **Pociťujete pomoc ve vzdělávacím zařízení, které navštěvuje vaše dítě?**

Základní škola umožnila mít individuální studijní plán a dívce byl přidělen asistent.

- **Jakou formu poradenství ve svém okolí postrádáte?**

Vzhledem k tomu, že jsou v mé péči umístěna má vnoučata a obě do mé péče přišla ve velmi zanedbaném stavu. Absolvovali jsme návštěvu jak pedagogicko psychologické poradny, tak i speciálně pedagogického centra. Nadále ovšem tato centra nenavštěvujeme.

- **Byli jste informováni, na jaké příspěvky máte pro dítě nárok?**

Vzhledem k tomu, že se nacházím v důchodovém věku, jsem za možné příspěvky vděčná a pobírám je.

- **Byla vám v poradenském zařízení, které jste navštívili pomoc s vyřizováním příspěvků a sociálních dávek poskytnuta?**

Poskytnuté informace jsem obdržela a pro mou špatnou pohyblivost mi poradenská zařízení velmi pomohla a veškeré možné příspěvky a pomoc za mne vyřídili. Sociální pracovnice dochází do naší domácnosti pravidelně. Se vším mi pro mou nepohyblivost pomohla.

Rozhovor č. 5 – Viktorie 6 let, umístěna v pěstounské péči

- **Využíváte v rámci sociální péče služeb Speciálně pedagogických center nebo Pedagogicko psychologických poraden?**

Veškerá dostupná centra, která nám byla doporučena, navštěvujeme a jejich služeb se snažíme využít v maximální možné míře.

- **V čem konkrétně je pro vás tato spolupráce přínosem?**

Po návštěvách těchto center a po pomoci odborníků, kteří se nám věnovali, je naprosto evidentní posun v chování Viktorie. Byla nám vysvětlena péče, která je nezbytně nutná k posunu. Není to jen o návštěvách dostupných zařízení, ale také o práci doma a neustálém procvičování.

- **Pociťujete pomoc ve vzdělávacím zařízení, které navštěvuje vaše dítě?**

Základní škola, kterou Viktorie navštěvuje, umožnila její individuální studijní plán. Intenzivní spoluprací s třídní učitelkou se nám daří dosahovat znatelných postupů ve vzdělání, stejně jako ve fungování Viktorie v kolektivu.

- **Jakou formu poradenství ve svém okolí postrádáte?**

Poradenské služby využíváme kompletní. Jediné čeho pociťujeme absenci je fyzická aktivita Viktorie a to ať už ve škole, nebo při jiných volnočasových aktivitách. Viktorie má problém s nadváhou, se kterým k nám již přišla a její averze k jakémukoli pohybu je zarážející.

- **Byli jste informováni, na jaké příspěvky máte pro dítě nárok?**

Příspěvky na péči o dítě pobíráme a dostali jsme veškeré dostupné informace o jejich možnostech a jak jich dosáhnout. Byla to práce postupná, protože jsme v první fázi bojovali s přístupem sociální pracovnice. Její přístup byl nulový, až negativní. Po stížnosti nám byla určena jiná z pracovnic a vše teď funguje jak má.

- **Byla vám v poradenském zařízení, které jste navštívili pomoc s vyřizováním příspěvků a sociálních dávek poskytnuta?**

Po změně sociální pracovnice si nemáme na co stěžovat. Informace, které dostáváme jsou potřebné a vždy naprosto vyčerpávající.

Rozhovor č. 6 – Milan 6 let, umístěn v dětském domově

- **Využíváte v rámci sociální péče služeb Speciálně pedagogických center nebo Pedagogicko psychologických poraden?**

Dětský domov využívá veškeré dostupné péče, která je poskytována.

- **V čem konkrétně je pro vás tato spolupráce přínosem?**

Přínos je to hlavně pro chlapce. Dětský domov je s touto problematikou obeznámen a není to jeho jediná komunikace s organizacemi sociálního poradenství a péče o dítě.

- **Pociťujete pomoc ve vzdělávacím zařízení, které navštěvuje vaše dítě?**

Pomoc je to pro každé dítě, které tuto možnost dostane a není podmínkou, že je umístěno ve výchovném zařízení. Pomoc je to pro každí dítě, nejen to, kterému je diagnostikováno lehké mozkové postižení.

- **Jakou formu poradenství ve svém okolí postrádáte?**

Jsme výchovné zařízení, ve kterém je veškerá potřebná pomoc zajištěna.

- **Byli jste informováni, na jaké příspěvky máte pro dítě nárok?**

Dětský domov jako takový je zcela informován o možnostech příspěvků, které mohou pobírat pěstouni, či přímo rodiče.

- **Byla vám v poradenském zařízení, které jste navštívili pomoc s vyřizováním příspěvků a sociálních dávek poskytnuta?**

Tato otázka se týká hlavně rodičů, kteří mají dítě ve vlastní péči. Popřípadě pěstounů. V případě dětského domova je zcela irelevantní. O veškerých možných příspěvcích jsme jako organizace informována.

4.5 Diskuze

- **Využívání sociální péče služeb Speciálně pedagogických center nebo Pedagogicko psychologických poraden?**

Většina z dotázaných přiznává, že sociální péče Speciálně pedagogických center nebo Pedagogicko psychologických poraden, považuje pro dítě za důležitou až nezbytnou. Není v silách, schopnostech ani vzdělání, poskytovat dětem péči v těchto odvětvích a to i přes snahu se dítěti s lehkým mentálním postižením, maximálně věnovat. Ve dvou oslovených případech je tato pomoc využívána jen z části. U velmi zanedbaného chlapce Michala je dle předložených informací přístup k sociální pomoci využíváný, ale pouze s ohledem na chlapcův zdravotní a mentální stav. Další problematickou situací je fyzická neschopnost pohybu osoby, do jejíž péče byl chlapec svěřen. Dalším případem, kdy není sociální péče a pomoc využívána je chlapec Jan. S ohledem na jeho lehké mentální postižení a umístění do pěstounské péče, bychom považovali využívání služeb sociální podpory jako pomoc chlapci. Pěstouni, do jejichž péče byl chlapec svěřen, jsou ovšem k problémům dítěte laxní.

- **V čem konkrétně je tato spolupráce přínosem?**

Dle vyjádření rodičů, je veškerá nabízená pomoc pro svěřené, či vlastní děti pouze přínosem. Podporuje rozvoj dětí a jejich adaptaci do kolektivu základní školy a schopnosti zvládat povinnou školní docházku. Přínosem je hlavně proto, že se vždy jedná o komunikaci s odborníky, kteří jsou schopni posoudit oblast, ve které je pomoc pro dítě nejvíce přínosná. Z výsledků dotazování je patrné, že děti navštěvující Pedagogicko psychologické poradny či Speciálně pedagogická centra, jsou schopny adaptace do kolektivu bez větších problémů a jejich komunikace se díky této pomoci rozvíjí a prosperují. Z výsledků řízeného pozorování je patrné, že děti dokáží být samostatně schopné komunikace s okolím a jejich adaptace do neznámého prostředí nemusí být pro dítě stresující.

- **Pocitujete pomoc ve vzdělávacím zařízení, které navštěvuje vaše dítě?**

Pomoc vzdělávacích zařízení je zcela nezanedbatelná a to obzvláště pro děti, kterým je diagnostikována lehká mozková disfunkce. Povinná školní docházka může být v mnoha případech pro tyto děti stresující a může negativně ovlivňovat jejich rozvoj a vzdělání. Ve všech dotázaných případech je pomoc vzdělávacího zařízení parná. Právě v tomto případě je zcela nezbytná součinnost rodičů se vzdělávacím zařízením.

- **Jakou formu poradenství ve svém okolí postrádáte?**

Přístup rodičů, či pěstounů ke svěřenému dítěti je zcela individuální dle potřeb dítěte. Ve 4 případech z 6ti dotázaných se projevilo, že jsou rodiče/ pěstouni schopni za jakoukoli dostupnou péčí dojíždět a to jen z důvodu kladného rozvoje dítěte a možné pomoci, které mu toto poradenství může poskytnout. Babička starající se o své děti je v takovém zdravotním stavu, že i v případě absence jakéhokoli poradenského či vzdělávacího zařízení, není schopna této možnosti využít. Dle přístupu k chlapci Janovi je patrné, že není prioritou pěstounů, kterým byl chlapec svěřen, jeho možný rozvoj a vzdělání.

- **Byli jste informováni, na jaké příspěvky máte pro dítě nárok?**

Dostupných příspěvků na svěřené dítě využívají všichni z dotázaných rodičů/ pěstounů.. Ve většině z dotázaných případů, jsou obdržené příspěvky věnovány na rozvoj a vzdělání dítěte.

- **Byla vám v poradenském zařízení, které jste navštívili pomoc s vyřizováním příspěvků a sociálních dávek poskytnuta?**

Z výsledků dotazování je patrné, že informovanost o možnosti příspěvků na svěřené dítě je hlavně díky pomoci ze strany navštěvovaných sociálních zařízení. Bez této pomoci a podpory, by informovanost rodičů či pěstounů byla zcela minimální.

Děti s lehkým mozkovým postižením se ve společnosti ostatních dětí stávají sebevědomějšími a samostatnějšími. Jejich aktivita v kolektivu se stává samozřejmou a navazování vztahů a přátelství se jeví jako zcela normální.

Rodiče dětí s lehkým mozkovým postižením volí klasické tábory s běžnými dětmi zcela záměrně a to z důvodu adaptace svých dětí do kolektivu, která je pro ně přínosná i při příchodu dítěte do školy, či jiného kolektivu.

S každým rodičem je před přijetím dítěte s lehkým mozkovým postižením vedena diskuze ohledně fungování letního tábora a začleňování jejich dítěte do kolektivu, možnosti a schopnosti jejich dítěte s lehkým mozkovým postižením akceptovat režim a chod tábora, popřípadě jak velké je nebezpečí, že tento stav nenastane a bude nezbytně nutné hledat alternativy ve fungování dítěte, nebo zda jej bude nutné odeslat zpět domů, pro jeho naprostou nepřizpůsobivost a problémové chování.

Dětem s lehkým mentálním postižením bylo v období letních prázdnin 6 – 7 let a po ukončení prázdnin je čekal nástup do první třídy základní školy. Adaptace dětí s lehkým mozkovým postižením, proto měla být pojata jako pomoc se začleněním dítěte do kolektivu (třídy)

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjištění, jak složité je začlenění dítěte s lehkým mozkovým postižením do relativně neznámého kolektivu. Obzvláště dětí, které pocházejí ze znevýhodněných oblastí či skupin. Jejich adaptace, která probíhá bez účasti či přímého kontaktu s rodiči. Jejich situace je v danou chvíli znevýhodněná, jelikož se nacházejí na neznámé půdě v neznámém kolektivu. Možná právě proto proběhla adaptace do kolektivu zcela samovolně a bez evidentních obtíží, či jakkoli násilných projevů nespokojenosti. Je třeba podotknout, že je radostí pozorovat vzájemné souznění těchto dětí s okolním prostředím a to nejen se svými vrstevníky, tak i s mnohem staršími dětmi, kteří si nehrají na rádoby „dospělé“, ale jsou schopni a ochotni naslouchat mladším a být jim oporou. Je zapotřebí přiznat, že na to má vliv i absence elektroniky, mobilních telefonů i sociálních sítí, protože v tomto prostředí a kolektivu jsou děti nuceni hovořit spolu a jsou si vědomy toho, že jinak společný čas trávit nemohou. Neexistuje zde porovnávání kvality a ceny mobilního zařízení, které dítě vlastní, ale ani předvádění svých interaktivních dovedností. Je hezké vzdáleně pozorovat všechny děti například v době poledního klidu, kdy je čas na odpočinek a krásné počasí. Děti jsou jako záchranné čluny rozházeny po celé ploše tábora. Leží na dekách a povídají si, čtou, vzájemně spolu komunikují. Jen při podrobnějším pozorování zjistíme, že malé děti tráví čas s velkými a jejich kooperace je nenásilná, plnohodnotná a dobrovolná. Vzájemná spolupráce dle mého názoru obohacuje všechny děti a to bez ohledu na to, zda jsou zdraví, nebo mají lehkou vrozené postižení.

Za zarážející ovšem považuji přístup některých rodičů, či lidí, kterým byly děti svěřeny do osobní a velmi důvěrné péče. Doufejme tedy, že se ve svém životě nesetkáme s případem, kdy máme pocit, že jejich nabízená pomoc pěstounů malému dítěti nebyla myšlena zcela bez postranních úmyslů a peníze, které jsou jim na dítě přispívány, jsou hlavním důvodem, proč se o tuto pozici uchází. Samozřejmě nemůžeme křivdit všem pěstounům a pečovatelům, ale i jeden případ z miliónu, kdy to tak je, je zcela špatně. Naopak velmi povzbuzující je vidět postupy znevýhodněných dětí a jejich snaha o dosažení vyšších cílů. Podporu jejich okolí a přátel a vzájemná radost z dosaženého.

Poskytovaná péče pedagogicko psychologických poraden a speciálně pedagogických center, je dle získaných informací nezbytná a pro jejich rozvoj zcela nezbytná. Rodič či

pěstoun není sám schopen poskytnout dítěti odbornou péči, která by odpovídala jeho potřebám a jeho budoucímu rozvoji.

Seznam použité literatury:

ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-463-X, strana 153

ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. Praha: Univerzita Karlova, 2015. ISBN 978-80-2463-0717.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6, strana 142-162

HENDL, Jan., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2, strana 408

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5

MATOUŠEK, O., PALZAROVÁ H., *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí*. Praha. Karolinum, 2016 ISBN 978-80-2463-3367

NOVOTNÝ, Jiří., LUKEŠ, Martin a kol. *Faktory úspěchu nestátních neziskových organizací*. Praha: Oeconomica, 2008, 223 s. ISBN 978-80-245-1473-4.

NOVOTÝ, Jiří., BOUKAL, Petr. *Ekonomika a řízení neziskových organizací (zejména nevládních)*. Praha, Oeconomica, 2004, 156 s. ISBN není k dispozici.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vydání. Brno: Paido, s 289, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0

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

PLAMÍNEK, Jiří., SVATOŠ, Vladimír a kol. *Řízení neziskových organizací*. Praha: Nadace Lotos 1996, 181 s. ISBN není k dispozici

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, ISBN 978-80-2710-095-8

ŠIMKOVÁ, Eva., Management a marketing v praxi neziskových organizací. 4. vyd
Hradec Králové: Gaudeamus Univerzita Hradec Králové, 2009 ISBN 978-80-7435-012-
2

ŠVARCOVÁ, I. 2011. *Mentální retardace*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-889-0

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999. ISBN
80-7178-678-0

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M, a kol., 2018. Mentální postižení Praha:
Grada, ISBN 978-80-2710-378-2

VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopodie – teoretické základy a metodika. Praha:
Portál, 2003. ISBN 80-7320-039-ě, strana 14

ZVOLSKÝ, P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha. UK Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-
203-6.