

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury

MOŽNOSTI POHYBOVÉ AKTIVITY PRO DOSPĚLÉ OSOBY S MENTÁLNÍM  
POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICE

Diplomová práce  
(bakalářská)

Autor: Barbora Kristová, Rekreatologie  
Vedoucí práce: PaedDr. Zbyněk Janečka, Ph.D.  
Olomouc 2013

## **Bibliografická identifikace**

**Jméno a příjmení autora:** Barbora Kristová

**Název diplomové práce:** Možnosti pohybové aktivity pro dospělé osoby s mentálním postižením v České republice

**Pracoviště:** FTK UP, Katedra rekreologie

**Vedoucí diplomové práce:** PaedDr. Zbyněk Janečka, Ph.D.

**Rok obhajoby diplomové práce:** 2013

**Abstrakt:** Tato bakalářská práce je zaměřena na možnosti pohybové aktivity pro dospělé osoby s mentálním postižením. Práce je rozdělena do tří základních kapitol. Nejprve práce řeší dospělost a její specifika, přičemž navazuje na část druhou, zabývající se mentálním postižením. V této kapitole vymezuje základní pojmy, charakteristiku, dělení, etiologii a prevenci vzniku mentálního postižení. Třetí a hlavní část práce je zaměřena na vliv pohybové aktivity na osoby s MP a výběr několika organizací, které řeší problematiku dospělých osob s MP a pohybové aktivity pro tyto jedince v České republice. Vzhledem k pozitivnímu vlivu pohybové aktivity na jedince ať už ve směru biologickém, psychologickém či sociálním, je pohyb důležitou součástí života i osob s mentálním postižením, které jsou již dospělé, nejen jako rehabilitace, rozvoj motoriky a koordinace, ale také jako prevence úrazů, zdravotních obtíží a dalších komplikací. Pohybová aktivita má dopad na celkovou kvalitu života jedince a tím i schopnost jeho zařazení do společnosti či lepší možnosti uplatnění na trhu práce.

**Klíčová slova:** mentální postižení, dospělost, pohybová aktivita

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

## **Bibliographical identification**

**Author's first name and surname:** Barbora Kristova

**Title of master thesis:** Possibilities of physical activity for adults with learning disabilities in the Czech Republic

**Department:** FTK UP, department rekreologie

**Supervisor:** PaedDr. Zbynek Janecka, Ph.D.

**The year of presentation:** 2013

**Abstract:** This thesis is focused on possibilities in physical activities for adult persons with learning disability (LD). Thesis is divided into three basic parts. First part of the thesis is focused on adulthood and their specifics. Second part is focused on learning disabilities. In this chapter we define basic concept, characteristics, division, etology and prevention of formation learning disability. Third and main part of this thesis is focused on effect of physical activity for persons with LD and selection of few organisations which solve issue of persons with LD and physical activities for this individuals in Czech Republic. Physical activity is very important part of life for persons with LD in view of biology, sociology and psychical sciences. Physical activities serves as rehabilitation, development of motorics and coordination, but also like injure prevention, health problems and another complications. Physical activities has impact on quality of life for the persons with LD and their ability to incorporation into society and better use in labor market.

**Keywords:** learning disability, adulthood, physical aktivty

I agree with lending of this thesis in library range.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením PaedDr. Zbyňka Janečky, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje, dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 30. června 2013

.....

*„Život je pohyb.“*

Aristotelés

Děkuji PaedDr. Zbyňku Janečkovi, Ph.D. a Mgr. et Mgr. Petře Křížkové, za motivaci a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

# OBSAH

1	ÚVOD .....	9
2	PŘEHLED POZNATKŮ .....	10
2.1	Dospělost .....	10
2.1.1	Členění dospělosti .....	10
2.1.2	Modely dospělosti .....	14
2.1.3	Specifika dospělosti osob s mentálním postižením .....	17
2.2	Mentální postižení .....	18
2.2.1	Charakteristika mentálního postižení .....	18
2.2.2	Klasifikace mentální retardace .....	22
2.2.3	Etiologie .....	26
2.2.4	Možnosti prevence .....	29
2.3	Pohybová aktivita .....	31
2.3.1	Pohybová aktivita v dospělosti .....	32
2.3.2	Specifika provozování pohybové aktivity v dospělosti u osob s mentálním postižením .....	35
3	CÍLE A ÚKOLY .....	38
3.1	Hlavní cíl .....	38
3.1.1	Dílčí cíle .....	38
3.2	Úkoly .....	38
4	METODIKA .....	39
4.1	Metody .....	39
5	VÝSLEDKY .....	41
5.1	Možnosti pohybové aktivity pro dospělé osoby s mentálním postižením v České republice .....	41
5.1.1	České hnutí speciálních olympiád .....	42
5.1.2	Český svaz mentálně postižených sportovců .....	43
5.1.3	Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit (ČAAPA) .....	43
5.1.4	Katedra aplikovaných pohybových aktivit FTK UP .....	43
5.1.5	Centrum aplikovaných pohybových aktivit (Centrum APA) .....	44
5.1.6	SPOLU Olomouc .....	44

5.1.7	Kinezioterapie.....	45
5.1.8	Obecně zařízení sociálních služeb .....	46
5.2	Doporučení pro praxi.....	48
6	ZÁVĚR .....	49
7	SOUHRN.....	51
8	SUMMARY.....	52
9	REFERENČNÍ SEZNAM .....	53
10	PŘÍLOHY .....	60

## SEZNAM ZKRATEK

AAMR	American Association on Mental Retardation (Americká asociace pro mentální retardaci)
APA	Aplikované pohybové aktivity
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centra pro kontrolu a prevenci nemocí)
ČAAPA	Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit
ČSMPS	Český svaz mentálně postižených sportovců
ILSMH	International League of Societies for Persons with Mental Handicap (Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené)
IQ	intelligenční kvocient
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. revize
MP	mentální postižení
MR	mentální retardace
PA	pohybová aktivita
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



# 1 ÚVOD

Problematika osob s postižením byla v minulosti naprosté tabu a moc se o těchto lidech nehovořilo, bylo k nim vybudováno velké množství předsudků a tak kolem nich vyrostla zeď, za kterou si žijí „ti jiní“. S posunem vývoje společnosti, se začalo toto téma otevírat a stávalo se mnohem více debatované. Velkou roli hrála a stále hraje neinformovanost celé společnosti, jak se k těmto lidem chovat, přistupovat k nim a co si o nich vůbec myslet. Velké výsledky například aktuálně dokazuje projekt Chodící lidé, který má odbourat komunikační bariéry a podpořit interakci osob se zdravotním postižením a většinovou populací.

Lidé mají k těmto jedincům rozpolcený postoj, pokud s nimi sami nemají konkrétní zkušenost. Osoba s postižením v nich může vyvolávat dvojí emoce a to soucit nebo odpor. S narůstající osvětou se ale tento postoj mění k lepšímu a velký kus společnosti už tuto skupinu lidí nestaví za zeď a nevyznačuje se už tak obrovskými předsudky. Typickým předsudkem je vnímat všechny osoby se zdravotním postižením jako příslušníky stejné kategorie, bez ohledu na jejich individuální schopnosti, dovednosti a stupeň jejich postižení.

K občanům se zdravotním postižením je vlivem proměn společnosti přistupováno otevřeněji, ale tento posun bude dlouhodobý a bude trvat, než se celý proces integrace (a posléze v odborné literatuře uváděný proces inkluze) stane plně funkční. Přispívá mu celá řada menších i celorepublikových projektů, vzdělávacích programů a vysokoškolských oborů budujících dobrou základnu lektorů, pedagogů, speciálních pedagogů, vychovatelů či sociálních pracovníků, kteří by měli být tou správnou oporou celého systému a výrazně tak pomoci jedincům s postižením se zařadit do běžného chodu života. „Každý mentálně postižený jedinec je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vlastními vývojovými potencialitami, které je nutné podporovat a rozvíjet“ (Švarcová, 2011, 27)

Tato bakalářská práce vznikla za podpory projektu Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením. Petra Křížkovská, Petra Tomalová a kolektiv. ISBN 978-80\_244-3375-2. Specifická grantová soutěž PdF\_2012\_049.

## 2 PŘEHLED POZNATKŮ

*„Kdo nechce, hledá důvody, kdo chce, hledá způsoby“.*

české přísloví

### 2.1 Dospělost

Pojem dospělost není ve všeobecném pojetí nijak pevně vymezen a není žádná hranice, kdy jedinec přechází do statutu dospělého definována. Z právního hlediska je za dospělého považován ten, který dosáhne zletilosti. „Zletilosti se nabývá dovršením osmnáctého roku. Před dosažením tohoto věku se zletilosti nabývá jen uzavřením manželství. Takto nabytá zletilost se neztrácí ani zánikem manželství ani prohlášením manželství za neplatné“ (Business Center, 2013). Tou se ale nijak zásadně role jedince nemění. U psychologické dospělosti zde hraje roli velké množství faktorů. U různých lidí probíhá v odlišnou dobu, a proto ji nelze konkrétně určit.

Mezi nejvýznamnější znaky dospělosti lze zařadit samostatnost, vyšší sebejistota, sebedůvěra, schopnost přijmout zodpovědnost, které nabývá s právní zletilostí a psychologickou dospělostí, svoboda vlastního rozhodování a následné činy těchto rozhodnutí, ustálení psychického prožívání, převzetí nových sociálních rolí, udržování formálních i neformálních vztahů.

#### 2.1.1 Členění dospělosti

„Prosadila se myšlenka, že pro každý životní úsek existují určité normy a sociální role. Tyto sociální role obsahují věku přiměřené chování zároveň kontrolní mechanismy tohoto chování... vývojové fáze jsou dané a nezvratné“ (Beneš, 2003).

Dospělost je spojena také změnou v různých oblastech jako například osamostatnění, změnou vztahu s rodiči a k vrstevníkům, sexuální zralostí i ekonomickou samostatností (Vágnerová, 2000).

Dospělost je rozdělena do tří základních skupin podle věku:

- Období mladé dospělosti - 20-35 let.
- Období střední dospělosti - 35-45 let.
- Období starší dospělosti - 45-60 let.

Období mladé dospělosti je podle Vágnerové (2000) dobou naděje a jejího naplňování. Prvními kroky, signalizujícími toto období jsou výběr profesní role, stabilní partnerství a rodičovství. Jedná se o období získávání zkušeností a mladý dospělý jedinec je otevřený novým zážitkům, které považuje za nezbytné pro získání dalších zkušeností. Mimo biologickou zralost je i zkušenost předpokladem dobrého zrání a dosažení tohoto vývojového období. Pokud jedinec vyrůstá v nestandardním prostředí, může se u něj zkruslit vnímání jeho vlastní dospělosti, která poté v uvedených oblastech vývoje může selhávat. Důležitým faktorem je vybudování si jakéhosi vzoru dospělosti již v dětství. Utváření vzorů, které jsou pro jedince významné, jej mohou ovlivnit i po dvacátém roce života. Dochází ke stabilizaci osobnostních vlastností, postojů, hodnot i životního stylu.

Rozhodnutí rané dospělosti mají své důsledky i pro následující vývojové fáze, protože nastartují změny, které mohou být nevratné (např. rodičovství). Závažnost volby v rané dospělosti je značná, avšak většina mladých je chráněna svou nezkušeností, optimismem a atraktivitou nových zážitků (Vágnerová, 2000).

Dnešní trend vývoje společnosti se sice mění, ale stále je toto období časovým úsekem v životě člověka, který začíná poznávat skutečné role dospělosti. Současnost poukazuje na posun zodpovědnosti do pozdějšího věku například v rodičovství, budování kariéry, zázemí a upevňování sociálního a pracovního postu ve společnosti. Ten chápe každé pohlaví trochu odlišně. Důraz je kladem na nezávislost, která je chápána jako výhoda i například ve volbě přátelských a partnerských vztahů. Tento postoj formuje mladého člověka prostřednictvím rolí, kterými prochází.

Střední dospělost je obdobím vývojově významného mezníku pro daného dospělého jedince. Někteří autoři mluví o krizi středního věku, období bilancování a otázky, co dál?

„Čím víc se člověk blíží středu života a čím víc se mu podařilo pevně zakotvit ve svém osobním postoji a v sociálním postavení, tím víc se mu bude zdát, že odhalil správný běh života, správné ideály a principy chování... V této životní fázi, právě mezi pětácti a pětácti, se totiž připravuje významná proměna lidské duše“ (Jung, 1994, 99).

Podle Vágnerové (2000) kvůli nezbytné potřebě korekce a hodnocení dosavadního směřování může docházet k pocitům tísně, nedostatku energie, deprese.

Člověk si svých prožitků všímá stále častěji, snaží se k nim zaujmout nějaký postoj. Stává se tak introvertnější a roste u něj potřeba zabývat se sám sebou. Začíná bilancovat na dvou rovinách. V minulosti posuzuje svůj dosavadní život, zkušenosti, pozici, rodinu, zdraví, zevnějšek a srovnává je s dřívějšími ideály, hodnotí jejich naplnění. Svě představy o budoucnosti zakládá na aktuálních možnostech a jeho rozhodování je zaměřeno i na hledání smyslu života. Vzdává se jakýchkoli iluzí a přizpůsobuje své další plány realitě. Dostává se kvůli krizi středního věku do pocitu, že toto je poslední možnost něco změnit a tato volba je pro něj omezená. Dochází k proměně profesní role, partnerského vztahu, rodičovské role, postavení k vlastním rodičům i tělesné konstituce.

Všeobecně se dá mezi hlavní úkoly tohoto období zařadit stabilizace rodiny, dosažení a udržení dobré profesní pozice. Rodina, která je stabilizovaná, slouží jako útočiště před okolním světem a poskytuje bezpečí, ale také dává jedinci možnost usilovat o dosahování profesních cílů. Střední dospělost je obdobím, kdy je jedinec připraven a schopen přijímat velký nárůst zodpovědnosti. Toto období tvoří významný mezník v životě člověka. Většina lidí se plně věnuje budování profesní kariéry a ujímá se odpovědnosti za řízení vlastního života spolu s péčí o vlastní potomky. Člověk se ujímá plné odpovědnosti za dění v rodině a za výchovu dětí. Střední dospělost lze charakterizovat jako období ustálení, při kterém dochází k vytrvalému sledování vlastních cílů. Je to životní etapa, která je velmi náročná na výdej životní energie a síly. Tato životní etapa člověka je charakteristická i tím, že se dostavuje pozvolné psychické, ale i tělesné stárnutí. Projevem těchto změn je snižování výkonnosti a také tělesné atraktivnosti. Problém s poklesem tělesné atraktivnosti postihuje spíše ženy než muže. Pokud je však člověk nejen intelektuálně, ale i fyzicky aktivní, je podle odborné veřejnosti zřejmé, že kognitivní schopnosti nemusejí v dospělosti klesat, a to až do poměrně vysokého věku (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V České republice se konceptem dospělosti zabývali především psychologové Macek et al. v Evropském sociálním výzkumu z roku 2007. Jejich studie potvrzují, že velká část mladých lidí ve věku mezi 18 a 27 lety se subjektivně považuje již ne za dospívající, ale ještě se nepovažuje za dospělé. Data z třetí vlny výzkumu obsahovala modul Časování života: organizace životní dráhy v Evropě a v rámci něj byla respondentům a respondentkám v téměř dvou desítkách evropských zemí položena série otázek. Zatímco v subjektivním vnímání je dospělost často spojována se vstupem do

rodičovství, data výzkumu ukazují, že sociální definice dospělosti souvisí silněji se získáním práce na plný úvazek a s odstěhováním se od rodičů, než se založením rodiny. Dosažení nezávislosti a autonomie na původní rodině je při tom důležitější pro sociální dospělost mužů než žen. Podrobnější analýza dokládá, že existují rozdíly v definici dospělosti v jednotlivých evropských zemích. Ve skandinávských zemích je největší důraz kladen na odstěhování se od rodičů, ve většině zemí západní i střední Evropy je na prvním místě vstup do zaměstnání (Sociologický ústav AV ČR, 2010).

Dle Vágnerové (2000) je „... věk padesát let považován za jakýsi mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí.“ Člověk se dostává do pozice, kdy se musí vyrovnat s postupným úbytkem svých kompetencí a dokázat odhadnout své momentální možnosti. Se zhoršením některých funkcí dochází ke zvýšení nejistoty a obav ze selhání, což narušuje vlastní sebehodnocení a mění postoj k sobě samému.

S tímto obdobím jsou spojeny i další změny týkající se tělesné konstituce jedince a dochází k pozvolnému úpadku veškerých fyziologických funkcí. Zhoršují se základní smyslové funkce jako zrak a sluch, klesá celková tělesná síla, pohybová koordinace, zpomaluje se pohotovost a rychlost reakcí. Začínají se stále častěji projevovat různé zdravotní potíže a jedinec si uvědomuje svoji zranitelnost. Dochází ke změně žebříčku hodnot a mění se tak postoj k vlastnímu tělu a jeho funkcím.

„Postupné snižování významu individualistických hodnot a zvyšování významu kolektivistických hodnot tak může napomáhat nejen k vyšší integraci jedince a společnosti, ale rovněž k dosažení vyšší úrovně osobní integrace, k redukci vnitřních konfliktů hodnot a ke sledování stále nižšího počtu vzájemně se vylučujících cílů“ (Hnilica, 2007, 457).

S tím souvisí i přijetí reality tělesného úpadku, jehož tempo je individuálně různé. U žen je změna somatických funkcí těla ovlivněna také fází klimakteria mezi čtyřicátým pátým a padesátým pátým rokem života, která je spojena s definitivní ztrátou plodnosti a dalšími tělesnými i psychickými změnami. Významnou roli hrají v tomto období faktory jako dobré rodinné zázemí, životní styl, flexibilita, stabilita či celkové zdraví.

Specifickou rolí tohoto období je role prarodiče, která má trvalý charakter a potvrzuje jedinci vlastní stárnutí. Tím posouvá generační příslušnost jedince, přináší dílčí nepřímou zodpovědnost za vnouče a tím splňuje určitá sociální očekávání. Mění se také vztah k vlastním dětem, které se staly rodiči. Dochází k uspokojení mnohých

psychických potřeb prarodiče. Vnouče přináší mnoho podnětů, kterým se musí prarodič přizpůsobit a změnit některé dosavadní vztahy, nabízí možnost citového vztahu, který dokáže oplácet, dokazuje kvalitu a návaznost rodiny a je chápáno jako pokračování vlastního života prarodiče.

### **2.1.2 Modely dospělosti**

Díky rozvoji úsilí o integraci a inkluzi, tím zařazení lidí s mentální retardací do běžné společnosti, je třeba také změnit systémy a způsoby, jak k lidem s mentální retardací přistupovat.

Valenta, Michalík a Lečbych (2013) uvádí tři základní modely mentální retardace - limitační, popisný a ekologický.

Limitační model je nejrozšířenější, který definuje mentální retardaci zejména z hlediska podprůměrného obecného intelektového fungování a nedostatečného adaptačního chování. Tento model má dlouhou tradici ve zdravotnictví a rozvíjí se již od počátku minulého století. Vychází zejména z lékařsko-legislativních názorů na lidi s mentální retardací, které podle Dolejšího (1978) ve vztahu k těmto osobám zdůrazňují péči, celoživotní společenskou nedostatečnost a závislost na druhých osobách. Diagnostika je postavena především na zjišťování IQ a posuzování adaptivního chování vzhledem k prostředí. Hranice mentální retardace je stanovena hodnotou IQ pod 70 bodů a jednotlivé stupně mentální retardace jsou vyjádřené určitým intervalem hodnoty IQ. Mentální retardace je vymezena jedincem a popisují se zejména jeho omezení (limity), nedostatky a zpomalení jeho vývoje vzhledem k normě určitého věku. Tento model měl svůj význam v minulosti, pokud však uznáme právo lidí s mentální retardací žít v prostředí, které je přirozené pro jejich vrstevníky, pozbývá již tento model do značné míry smyslu. Nevýhodou tohoto modelu je, že často svádí společnost k vnímání a hodnocení lidí s mentální retardací jako dětí, nehledě na jejich pokročilý věk a přirozené vývojové potřeby a dále, že popis omezení a nedostatků podporuje soustrastný, litující přístup k lidem s mentální retardací, který vede až k jejich choulostivému opečovávání.

Druhým modelem je popisný model, který se snaží předcházet negativním jevům. Tyto přístupy se cíleně vyhýbají užívání pojmu „mentální retardace“, mluví raději o lidech s mentální retardací, než o „mentálně retardovaných“, aby zdůraznili, že na prvním místě je nutno vidět lidskou bytost. Tento model není a stěží může být někde

systematicky zachycen, ale můžeme jej vysledovat v různých definicích mentální retardace, které se zpravidla opírají o anglický termín „learning disability“ či „learning difficulty“, který můžeme volně přeložit jako „nepružnost učení“ a který se v anglicky hovořících zemích mnohdy používá zástupně k termínu „mentální retardace“. Osoba s mentální retardací by podle tohoto modelu mohla být popsána jako osoba s tendencí k pomalejšímu učení a mohou pro ni být obtížné úkoly jako zacházení s penězi, čtení, psaní, oblékání nebo hovoření o vlastním názoru. Proto může tato osoba postrádat sebevědomí, některé sociální dovednosti a mít potíže přizpůsobovat se změnám. Definice spojuje snaha vidět na prvním místě člověka v kontextu běžného života a běžných činností. Výhoda tohoto modelu spočívá zejména v osvětové činnosti a boji proti předsudkům a stigmatizaci lidí s mentální retardací. S ohledem na jeho nesystematičnost a tendenčnost je však v rámci integrace jeho využití mimo osvětovou činnost do značné míry omezené. Člověk s mentální retardací nemá jiné potřeby, než člověk bez postižení, neboť základní lidské potřeby jsou univerzální. Nemůžeme však vyloučit fakt, že se lidé mohou lišit ve způsobu, jakým své potřeby uspokojují.

Vzhledem k integraci lidí s mentální retardací se jako nejvhodnější model jeví ekologický model, který se odráží v pojetí mentální retardace, jak jej prosazuje Americká asociace pro mentální retardaci (American Association on Mental Retardation – AAMR). V tomto pojetí není mentální retardace absolutním znakem, který je vymezen jednotlivcem, ale je dána dynamickou interakcí mezi charakteristikou jedince a charakterem prostředí, ve kterém se tento jedinec pohybuje.

Tento model je podle Huanga (1997) postaven na třech pilířích, jejichž popis je nutný k pochopení konkrétního člověka s mentální retardací. Prvním z těchto pilířů jsou kompetence, které tento člověk má a které jsou popisem toho, co jedinec dokáže, co umí a zejména toho, jaké jsou možnosti jeho budoucího rozvoje. Druhým pilířem je prostředí, které určuje podmínky, ve kterých člověk s mentální retardací bude žít, učit se, pracovat a setkávat se s ostatními lidmi. Třetím pilířem je pak fungování, které je definováno jako stupeň podpory, kterou člověk s mentální retardací potřebuje, aby mohl ve výše definovaném prostředí úspěšně žít a tedy „fungovat“. V nedávné době byla Americkou asociací pro mentální retardaci vydána standardizovaná škála („Support Intensity Scale“), která měří míru podpory, kterou člověk potřebuje, aby mohl žít v běžném prostředí. Diagnostika mentální retardace může být tedy kromě měření

inteligence a posuzování adaptivního chování obohacena ještě o měření a popsání potřebné míry podpory, která je velmi dobře prakticky využitelná.

Výhodou tohoto modelu je podle Lečbycha (2012) kromě praktické využitelnosti s ohledem na integrační tendence také to, že zdůrazňuje interakční povahu mentální retardace mezi jedincem a prostředím. Z tohoto úhlu pohledu získávají tíživé a často se objevující otázky typu „Mohou tito lidé pracovat na běžném pracovišti?“, „Mohou žít samostatně?“, „Mohou žít sexuálně?“, „Mohou mít děti?“, novou dimenzi a předmětem úvah je za jakých podmínek a v jakém prostředí mohou své možnosti naplnit, jakou podporu jim k tomu musíme poskytnout a jak dlouho jim ji bude nutné poskytovat.

Všichni lidé, kteří se na integraci lidí s mentálním postižením podílí, jistě velmi dobře ví, jaký je právě tohle složitý a těžký úkol. Nikdo však nikdy netvrdil, že integrace či inkluze je záležitostí snadnou a bezbolestnou. Pokud se však přikloníme k tomuto modelu mentální retardace, zjistíme, že se člověk s mentální retardací může hodnotně podílet s ostatními občany na široké paletě lidských činností v běžném prostředí a zjistíme také, že řada věcí, které dělat nemůže, nesouvisí ani tak s jeho omezením intelektu či adaptivním chováním, ale s tím, že mu nedokážeme vytvořit vhodné prostředí, ve kterém by své možnosti mohl realizovat a poskytnout mu dostatečnou podporu, kterou k tomu potřebuje (Lečbych, 2012).

Müller (In Křížková & Tomalová, 2012) vymezuje několik dalších možných dimenzí dospělosti jako biologická dimenze, která představuje v sobě především fyzickou zralost jedince. Dále právní, pojatá jako legislativní potřeby. Souvisí s nabytím plných práv a povinností. Sociologická, kde je dospělost charakterizována převzetím nových sociálních rolí, které souvisí se sociálními rolmi dospělého člověka, jenž úzce souvisí s dimenzí psychologickou představující vyzrálost a stabilizaci chování, myšlení a prožívání jedince. Rovněž ekonomická umožňující dospělému člověku ekonomickou soběstačnost. Pro pedagogickou dimenzi v tomto pojetí dospělost neexistuje, člověk se permanentně vzdělává s cílem podpory celoživotního vzdělávání a celoživotního učení. Tyto aspekty jsou zakotveny v Národním programu rozvoje vzdělávání (Bílá kniha), kterou přijalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v roce 2001. Dále je celoživotní vzdělání součástí Rámcových vzdělávacích programů v klíčových kompetencích, konkrétně v kompetenci k učení.



Beneš (2003) vymezuje ještě obecně andragogický model, který popisuje dospělého člověka, jenž ukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému a současně si osvojil sociální chování dospělého člověka.

Speciálně andragogický model popisuje dospělého člověka, který ukončil vzdělávání ve vzdělávacím systému vymezením příslušnými právními normami, převzal sociální role a nabyl plných práv a povinností nebo neukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému, ale převzal některé sociální role dospělého a nabyl práv a povinností (Müller In Křížkovská & Tomalová, 2012).

### **2.1.3 Specifika dospělosti osob s mentálním postižením**

Dospělost osob s mentálním postižením je nezvratně spojena s několika mýty, které se obecně šíří a vytváří tak předsudky o těchto lidech. Jedním z nich je například ten, že dospělé osoby s mentálním postižením jsou „přerostlé“ děti a proto se tak s nimi musí jednat. Často je kladen důraz pouze na „mentální věk“ člověka, bez ohledu na jeho individualitu. Dalším příkladem obecného mínění je, že tito jedinci jsou nepředvídatelní, agresivní a až nebezpeční pro okolí. Většinou je ale takto přehnaná reakce vyvolána právě z důvodu nevhodného přístupu ze strany veřejnosti. Nebo například předsudky o nemožnosti samostatného života, nezvládání sebe sama či neschopnost vlastního rozhodování. Velmi často je diskutován názor, že osoby s mentálním postižením nevnímají svoji odlišnost a cítí se nejlépe mezi sobě rovnými. Přitom si svoji jinakost často uvědomují, umí o ní mluvit, vnímají postoje okolí, mají své přátele či partnery (Pastieriková, Regec, 2013).

Během práce s dospělými lidmi s mentálním postižením je třeba dodržovat některé důležité zásady, jako například zachování respektu a vhodné oslovování. Je nepřípustné automaticky těmto osobám tykat. Tuto osobnost akceptovat jako partnera a také s ním takto jednat. Důležitou roli hraje komunikace, otevřenost, trpělivost, empatie a hlavně osobní přístup. Je třeba mít na paměti, že vše, co se člověk s mentálním postižením učí, je třeba orientovat na reálné životní situace, které jsou významné pro jejich další rozvoj (Tichý, Milíčová, 2013).

Významnou hodnotu má pro dospělé osoby s mentálním postižením zaměstnání, zároveň je ale samozřejmě limitováno diagnózou. Práce je rozvojový prvek, který obohacuje osobní kompetence a zároveň poskytuje zkušenost, samostatnost a zodpovědnost (Lečbých, 2008).

Zaměstnání a práce jsou důležitým znakem dospělosti a Jan Pavel II. ve své encyklice O lidské práci píše o potřebě života, v němž by handicapovaný člověk cítil, že není odstrčený na okraj světa práce ani závislý na společnosti, ale že je plnoprávným podmětem práce, užitečným a respektovaným pro svou lidskou důstojnost, a že je také povolán, aby přispíval k rozvoji a dobru vlastní rodiny a společnosti podle svých schopností. Postižená osoba je jedním z nás a plně se podílí na našem lidství. (Laborem exercens, 1991).

Problematiku zaměstnanosti řeší také Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (2004), kdy je osoba s mentálním postižením chápána jako částečně nebo plně invalidní z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nebo je schopna pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Při určování poklesu schopností soustavné výdělečné činnosti pojištěnce se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopností vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem.

Výše příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením činí měsíčně 0,66 násobku průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku za každou zaměstnanou osobu s těžším zdravotním postižením, to je dvojnásobek oproti předcházející úpravě a proti výši příspěvku při zaměstnání osoby zdravotně znevýhodněné nebo osoby, která byla uznána částečně invalidní (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013).

## **2.2 Mentální postižení**

*„My usmrcujeme mrzáky a topíme ty děti, které přicházejí na svět neduživé a znetvořené. Nejednáme tak z hněvu, ale řídíme se zásadami rozumu – oddělit tak špatné od dobrého.“*

Lucius Annaeus Seneca

### **2.2.1 Charakteristika mentálního postižení**

Vymezení pojmu mentální postižení není podle literatury jednotné. Můžeme se setkat s názvy mentální postižení, mentální retardace či mentální handicap. Autoři se

v pojetí prvních dvou uvedených termínech neshodují a někteří je považují za synonyma a žádný rozdíl v nich proto neuvádějí.

Podle Valenty a Müllera (2004, 14-15) představuje handicap „znevýhodnění jedince v porovnání s vrstevníky a to hlavně ze sociokulturního pohledu“. Mentální postižení je „zastřešující pojem, který sdružuje všechny jedince s IQ pod 85“. Zároveň jde o pojem širší než mentální retardace.

„Mentální retardace může být charakterizována jako stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojových období, přispívající k všeobecné úrovni inteligence, to je pohybových, řečových, poznávacích a sociálních schopností“ (WHO).

Termín mentální retardace (Vašek, 1994) se oficiálně začal používat po konferenci WHO v Miláně v roce 1959. Je jako jediná uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revizi, proto je jasně definovatelná. Mentální retardace je vnímána jako diagnóza s negativním názvem a právě z toho důvodu bývá často nahrazován slovním spojením mentální postižením.

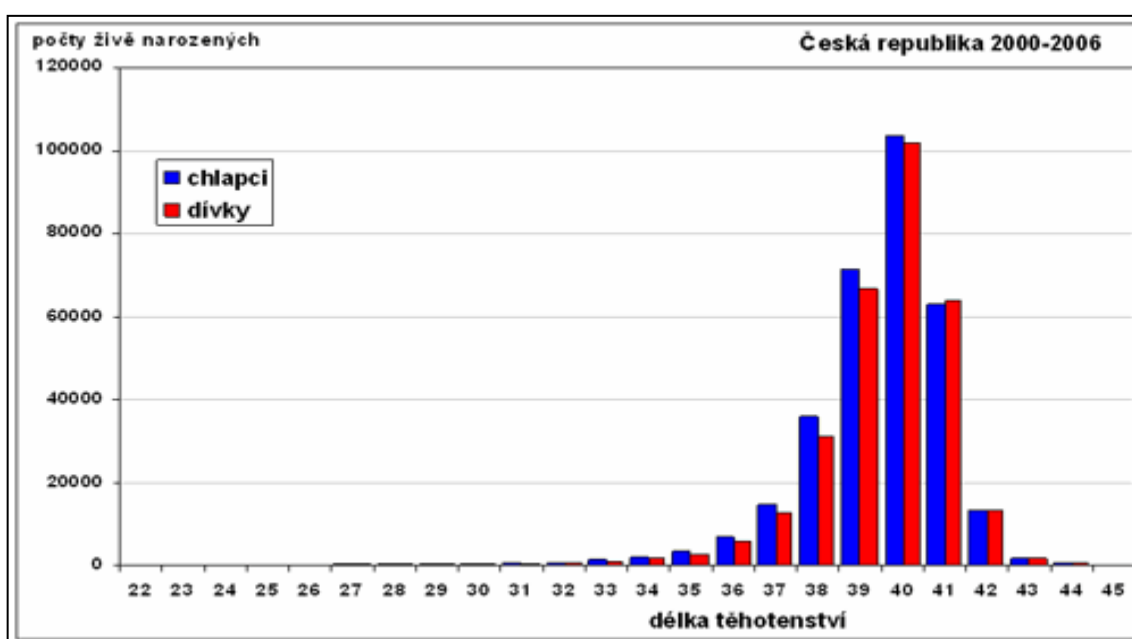
Švarcová (2011, 28-29) považuje za „mentálně retardovaného takového jedince, u kterého dochází k zaostávání rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačních schopností“ a mentální postižení jako „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy“.

Dále může být mentální retardace definována jako retardace definována jako „závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí“ (Říčan, Krejčířová et al., 1997, 151).

Veřejnost, jak uvádí Slowík (2007), se k vymezení pojmu mentální postižení staví chladně až krutě. V očích běžné společnosti jsou tito jedinci nazýváni jako „duševně nemocní“ či „blázni“. Jen málo kdo se umí do situace mentálního postižení vžít a dokáže si ho představit. Je to z velké části zapříčiněno tím, že nelze simulovat. Člověk si může vyzkoušet nevidomost, pozici neslyšícího či se posadit na ortopedický vozík. U mentálního postižení toto nelze.

Uvádí se, že počet osob s mentálním postižením v populaci je 2-3%. V České republice se tedy jedná přibližně o 300 000 osob. Nejznámější klasifikace je podle stupně na základě inteligenčního kvocientu (IQ). Jde o členění podle desáté revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993 (Pastieriková, Regec, 2013). „Mentální retardace není rovnoměrně zastoupená v jednotlivých věkových skupinách, největší procento osob s mentální retardací je podchyceno ve školním věku“ (Pipeková, 2006, 59).

„Význam stanovení inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštностech inteligence konkrétní osoby“ (Švarcová, 2006, 32–33).



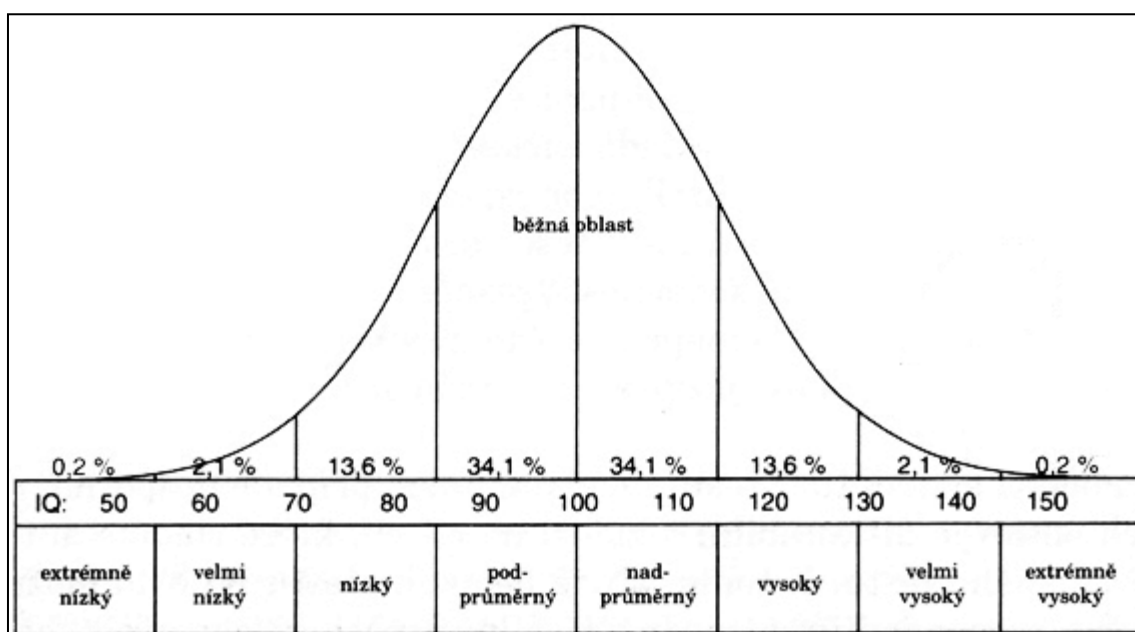
Obrázek 1. Rozložení počtu živě narozených dětí bez vrozené vady z jednočetných porodů v letech 2000 – 2006, zdroj: <http://www.vrozene-vady.cz/hypotrofie/>

Mentální postižení je zastřešující pojem, který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85 (tj. jedince v pásmu současně chápané mentální retardace s pásmem dříve používaného pojmu slaboduchost), proto je často nahrazováno termínem mentální retardace. Jedná-li se o mentální retardaci vrozenou či získanou do dvou let života, hovoříme o primárním mentálním postižení zvaném oligofrenie (slabomyslnost), což už se nepoužívá, protože je v posledních letech nahrazován nadřazenějším termínem mentální retardace. Pokud k poruše inteligence došlo po druhém roce života, nazýváme jej sekundární postižení – demenci. Té je v populaci v porovnání s mentální retardací

čtyřikrát méně, ale i tak je třeba oba tyto termíny rozlišit, protože takto postižení klienti se liší nejen psychickou výbavou, osobními rysy, prognózou i prostředky edukace. (Valenta, Müller, 2009).

„Přibližně každých 20 sekund, se někde na světě narodí mentálně postižené dítě a takovéto dítě se může narodit každému. Kterýkoli člověk může onemocnět nebo se poranit tak, že začne ztrácet svou mentální kapacitu“ (Bajo, Vašek, 1994, 1).

Stupně mentálního postižení jsou určovány na základě stanovení stupně inteligence. „Inteligence je všeobecná schopnost individua vědomě orientovat vlastní myšlení na nové požadavky, je to všeobecná duchovní schopnost přizpůsobit se novým životním úkolům a podmínkám“ (Stern, 2013). Rozložení inteligence v populaci lze znázornit Gaussovou křivkou (Obr. 1) pomocí měření IQ. Z grafu vyplývá, že 68,2 % populace se pohybuje v průměru mezi podprůměrnou a nadprůměrnou inteligencí (Mensa ČR, 2008).



Obrázek 2. Rozložení inteligence v populaci podle Gaussovy křivky, zdroj:

[http://casopis.mensa.cz/veda/inteligence\\_a\\_jeji\\_mereni.html](http://casopis.mensa.cz/veda/inteligence_a_jeji_mereni.html)

K prvním pokusům o měření inteligence se objevují již v 19. století. Původní metody se domnívaly, že inteligence přímo souvisí s velikostí mozku. Proto se měřila velikost lebek či se vážily mozky mrtvých velikánů tehdejší doby. Další experimenty se

odvíjely od měření lidských rozměrů, které měly korespondovat s inteligencí jedince. První testy se objevily až v roce 1904, které využil psycholog A. Binet při vyšetřování duševně zaostalých dětí. Vytvořil stupnici, která měla za úkol zjistit mentální věk jedince. Ale psychologové se podle Svobody (1999) neshodují, zda je inteligence jednotná vlastnost, kterou nelze už dál analyzovat nebo se jedná o komplex jednodušších schopností. Úroveň intelektu probanda byla pak charakterizována rozdílem fyzického a mentálního věku (Mensa ČR, 2008).

$$\text{IQ} = \frac{\text{Mentální věk}}{\text{Fyzilogický věk}} \times 100$$

Obrázek 3. Výpočet IQ

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

Chronologický věk – fyzický věk (Pipeková, 1998).

Určení IQ jedince zařazuje do skupiny s určitým bodovým rozmezím a předpokládá u něj schopnosti odlišné od jiných skupin. Bodová škála je v rozmezí 0 až 140 a výše, přičemž největší množství populace se pohybuje mezi 90 a 110 body.

### 2.2.2 Klasifikace mentální retardace

Systémů klasifikace mentální retardace je několik a nejsou zcela jednotné. Nejčastějšími kritérii pro vytvoření klasifikace jsou etiologická, symptomatologická, vývojová a podle stupně postižení. Úplně přesný ale není ani jeden ze systémů, protože neber v potaz všechna tato kritéria společně (Müller, 2002).

Podle klasifikace Světové zdravotnické organizace zpracoval a vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS, 2013) Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. revize (MKN-10). Podle ní, mentální retardace spadá do kapitoly F70 – F79 a dělí ji do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.

**Klasifikace mentální retardace podle IQ** (MKN-10, 2013; Švarcová, 2011; Pastieriková, Regec, 2013):

### ***Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)***

Charakteristika uvádí, že osoby s lehkou mentální retardací většinou dokážou užívat řeč účelně ve svém každodenním životě, udržet konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když k osvojení mluvy dochází opožděně. Tento stupeň nemusí působit žádné vážnější problémy. Většina z nich dosáhne také úplné nezávislosti v osobní péči a praktických domácích dovednostech. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy. Největší potíže nastávají při teoretické práci, mají specifické problémy čtení a psaní. Rozvoj je zaměřen na dovednosti a tím kompenzování nedostatků. Motorický, neuropsychický vývoj a psychické procesy jsou kvalitativně a kvantitativně odlišné od normy. Většinu jedinců při horní hranici lze zaměstnat prací manuální a zaměřenou na praktické dovednosti. Mohou se individuálně u některých jedinců projevit i přidružené nemoci, jako je porucha autistického spektra další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Do této diagnózy se dříve zahrnovalo:

- lehká slabomyslnost,
- lehká mentální subnormalita,
- debilita.

### ***Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71)***

V této kategorii je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Ta se vyvíjí opožděně a dosahuje roviny konkretizace, vyjadřování je na úrovni jednoslovných vět a úroveň je variabilní. Podobně je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Pomocí speciálních vzdělávacích programů a pod kvalifikovaným vedením si mohou osvojit základy čtení, psaní a počítání; získat základní vědomosti a dovednosti; mnozí dosáhnou k určité hranici nezávislosti, soběstačnosti a dosáhnou přiměřené komunikace. Dospělí potřebují různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti. Jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže mají úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. Úplně samostatný život v dospělosti je možný jen zřídka. Bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Většina prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktů, komunikaci s druhými lidmi a jednoduchých

sociálních aktivit. Rozdíly v povaze schopností jsou obvykle podstatné. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v senzorio-motorických dovednostech než úkonech závislých na verbálních. U velké části je přítomen dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, epilepsie či tělesná postižení. Je možné zjistit psychiatrická onemocnění, ale vzhledem k omezené verbální komunikaci pacienta je diagnóza obtížná.

Do této diagnózy se dříve zahrnovalo:

- středně těžká mentální subnormalita,
- středně těžká slabomyslnost,
- imbecilita.

### ***Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72)***

Charakteristické je výrazné opoždění psychického a motorického vývoje a tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci. Řeč je na velmi jednoduché úrovni, bez chápání obsahu, častá je echolálie (opakování slov pronesených druhou osobou bez pochopení významu). Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují poškození či nedokonalý vývoj ústředního nervového systému. Včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může výrazně k vývoji motoriky, rozumových schopností, komunikaci, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality života přispět. Jedinci potřebují trvalejší podporu.

Do této diagnózy se dříve zahrnovalo:

- těžká mentální subnormalita,
- těžká slabomyslnost,
- idioimbecilita.

### ***Hluboká mentální retardace, IQ 20 a nižší (F73)***

Jde o celkové omezení neuropsychického a významné zaostání motorického vývoje. Jedinci jsou těžce omezeni ve schopnostech porozumění požadavků a instrukcí nebo vyhovět jim. Vyžadují stálou pomoc a neustálý dohled, potřebují pomoc při hygieně, komunikaci a pohybování (většina je imobilní nebo velmi omezená v pohybu). IQ nelze přesně změřit a je pouze odhadováno na úrovni 20 a nižší. Charakteristické jsou i stereotypní pohyby, řeč se projevuje na úrovni hlasových projevů, pudových



a afektivních reakcí. Běžné jsou neurologické nebo tělesné nedostatky ovlivňující hybnost jedince, epilepsie, poškození zrakového a sluchového analyzátoru.

Do této diagnózy se dříve zahrnovalo:

- těžká mentální subnormalita,
- hluboká slabomyslnost,
- idiocie.

### ***Jiná mentální retardace (F78)***

Tento stupeň by měl být použit, pokud stanovení IQ pomocí obvyklých metod je zvláště obtížné nebo není vůbec možné, kvůli přidruženým smyslovým a tělesným postižením, poruchám chování a poruchy autistického spektra.

### ***Nespecifikovaná mentální retardace (F79)***

Je určeno, že se jedná o mentální postižení, ale nelze jedince zařadit pro nedostatek znaků do výše uvedených kategorií.

Do této diagnózy se dříve zahrnovalo:

- mentální deficit NS,
- mentální subnormalita NS,
- oligofrenie NS.

Uvedená klasifikace už neuvádí kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85-69), která bývá ve starších klasifikacích uváděna a v praxi se ještě někdy užívá. Rovněž zde není uveden mentální věk jedinců, protože není možné říct, že u dospělého člověka s mentální retardací odpovídá úroveň jeho kognitivních schopností mentálnímu věku dítěte (Křížková & Tomalová et al., 2012).

Speciální problematikou v rámci přidružených duševních poruch u osob s mentálním postižením jsou poruchy chování, zvláště pak agresivní chování. Stejně jako v případě ostatních přidružených psychických poruch u osob s mentálním postižením je toto téma v české odborné literatuře až na výjimky opomíjeno (Tulcová, 2008).

Tyto poruchy se značí za již udanou diagnózu v rozmezí F70-F79 pro mentální retardaci na čtvrtém místě, pro upřesnění, současných poruch chování, například F70.9 označuje lehkou mentální retardaci bez zmínky o poruchách chování.

- .0 Bez poruchy chování
- .1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu
- .8 Jiné poruchy chování
- .9 Bez zmínky o poruchách chování (ÚZIS, 2013).

Došen a Day (2001) uvádějí, že v minulosti proběhlo mnoho bezúspěšných pokusů o rozlišení mezi poruchami chování a duševními poruchami. Mezi poruchy chování řadí zmínění autoři agresivní chování, sebezraňování, destruktivní chování, nepokojné a ničivé chování, maladaptivní a antisociální chování. Durecová (2005) rozděluje agresivní chování na verbální agresi, fyzickou agresi, agresi proti věcem a agresi proti sobě (což by odpovídalo definici sebezraňování).

Dolejší (1978) vyjmenovává další determinanty, které se mohou vyskytovat v nejrůznější hierarchii a variabilitě: zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilita a rigidity chování, nedostatky v osobní identifikaci, a ve vývoji „já“, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováha aspirace a výkonu, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace.

### **2.2.3 Etiologie**

Bylo objeveno několik stovek příčin mentálního postižení. Mezi tři hlavní známé patří Downův syndrom, fetální alkoholový syndrom a syndrom fragilního chromozomu X. ve třetině případů se příčinu nedaří zjistit. Dělení může být na základě vnějších a vnitřních vlivů a to genetických podmínek, problémů během těhotenství, komplikací při porodu, problémů v dětství, chudobě a kulturních omezení (Dobromysl, 2012).

Podle AAMR byl u padesáti procent lidí s mentální retardací nalezen více než jeden příčinný faktor (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, o.s. 2013).

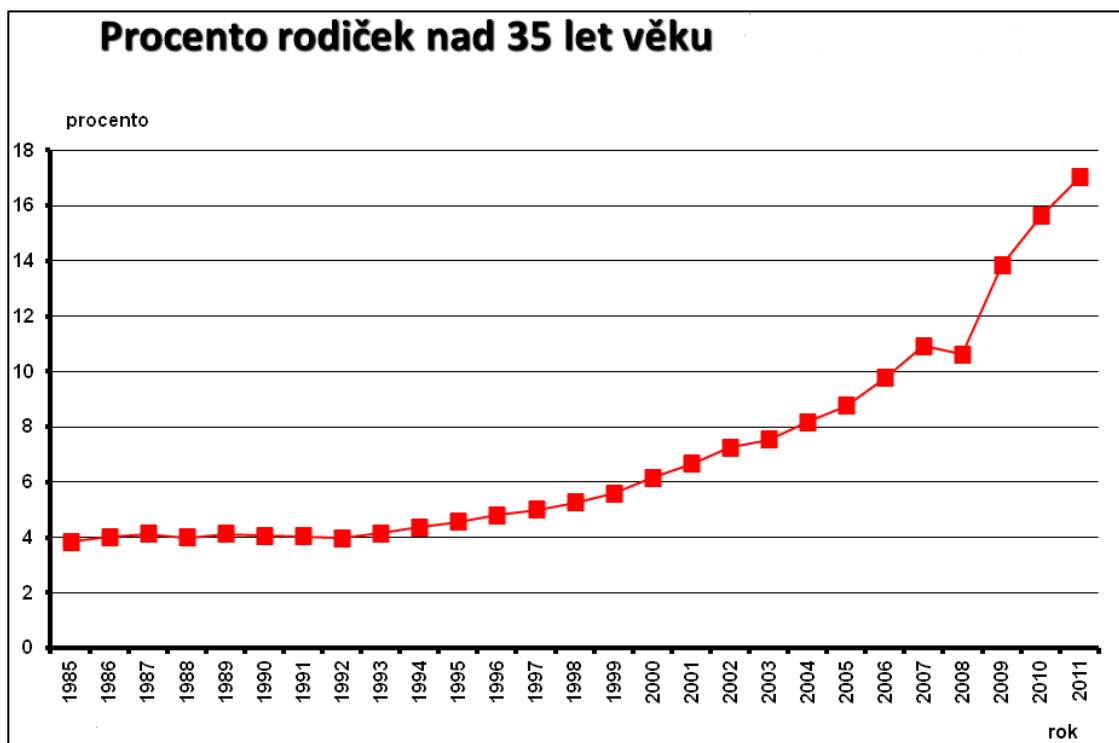
Jak uvádí The Arc (2011) **genetické podmínky** jsou následkem abnormality genů zděděných po rodičích, odchylek při spojování genů nebo jiných genových poruchách způsobených během těhotenství infekcemi, příliš velkým osvitem rentgenovými paprsky nebo jinými faktory. S mentální retardací se pojí více než 500 genetických chorob. Jde například o fenylketonurii, ojedinělou genovou poruchu, někdy také zmiňovanou jako vrozenou poruchu metabolismu, protože je způsobena vadným enzymem. Downův syndrom je příkladem poruchy chromozomů. K chromozomálním poruchám dochází sporadicky a jsou způsobeny přílišným množstvím nebo přílišným nedostatkem chromozomů, případně změnou struktury chromozomu. Syndrom fragilního X je ojedinělá genová porucha nalézající se na pohlavním chromozomu a je hlavní zděděnou příčinou mentální retardace. **Problémy během těhotenství** jako je požívání alkoholu nebo drog může způsobit mentální retardaci dítěte. Poslední výzkumy prokázaly, že i kouření zvyšuje nebezpečí mentální retardace. Mezi další nebezpečí patří podvýživa, některé látky znečišťující prostředí a některá onemocnění matky během těhotenství, jako například toxoplazmóza, cytomegalovirus, zarděnky a syfilis. Těhotné ženy nakažené virem HIV mohou přenést virus na dítě, což může vést k budoucím nervovým poškozením. **Komplikace při porodu** mohou poškodit mozek dítěte, nedonošenost a nízká porodní váha předpovídají vážné problémy častěji než jakékoli jiné podmínky. **Problémy po porodu** objevující se jako dětské nemoci, například černý kašel, plané neštovice, spalničky či získaná meningitida a encefalitida, mohou poškodit mozek. Poškození mozku nastává také při úrazech, například úderem do hlavy či při tonutí. Nenapravitelné narušení mozku a nervové soustavy může způsobit olovo, rtuť a jiné toxiny v životním prostředí. Mentální retardace potkává i děti ze sociálně slabých vrstev následkem **chudoby**, podvýživy, nedostatečné hygieny, nedostatkem lékařské péče. Děti ze znevýhodněných oblastí mohou být také omezeny v mnoha společenských a každodenních zkušenostech, kterých se dostává jejich vrstevníkům. Výzkumy ukazují, že tento nedostatek stimulace může vést k trvalému poškození a může se stát příčinou mentální retardace.

Další dělení říká, že mentální opoždění má dvě příčiny, které jej způsobují. Endogenní faktory a exogenní faktory, které jsou dál rozdělovány na 3 části podle období působení a to prenatální, perinatální a postnatální (Švarcová, 2011).

V prenatálním období hrají významnou úlohu dědičné faktory. Nejčastějšími příčinami vzniku postižení patří onemocnění matky (zarděnky, toxoplazmóza, syfilis), nezdravý životní styl a životospráva v těhotenství (alkohol, kouření, požívání návykových látek) nebo chromozomální aberace (trizomie). Perinatální příčiny vnikají v době porodu nebo krátce po něm. Můžeme hovořit o mechanickém poškození mozku, předčasném narození dítěte a s tím spojenou nízkou porodní hmotností či asfyxií plodu (nedostatek kyslíku). Mezi rizikové jsou porody žen po 35 roku věku. Postnatální příčiny se můžou vyskytnout v průběhu celého dalšího života (úrazy hlavy, klíšťová encefalitida, krvácení do mozku). (Valenta, Müller, 2009).

Dítě, jak uvádí The Arc (2011), může zdědit genetickou nebo chromozomální poruchu, protože:

- pro ni má specifické podmínky v rodině,
- předchozí dítě jednoho z partnerů se narodilo s genetickou poruchou, nevysvětlitelnou duševní či vrozenou vadou,
- matka prodělala dva a více potratů nebo se jí narodilo dítě, které v dětství zemřelo,
- matka má více než třicet pět let a více,
- jeden z partnerů přísluší rase nebo etnické skupině s vysokým výskytem genetických poruch,
- partneři jsou pokrevní příbuzní.



Obrázek 4. Procento rodiček nad 35 let věku v ČR v letech 1985-2011, zdroj: <http://www.gate2biotech.cz/proc-se-zvysuje-cetnost-downova-syndromu/>

#### 2.2.4 Možnosti prevence

Prevencí je popisován ucelený proces, který zahrnuje péči o své zdraví a sebe sama. Na vznik mentálního postižení má vliv velké množství faktorů jak v prenatálním, perinatálním a postnatálním vývoji jedince. Proto není jednoduché určit konkrétní specifický program, který bude účinně předcházet tomuto onemocnění.

Během posledních třiceti let byl zaznamenán významný pokrok ve výzkumu, který zabránil mnoha případům mentálního postižení. Například každoročně Spojené státy preventivně zamezují vzniku mentálního postižení, a to:

- 250 případů v důsledku fenylyketonurií novorozeneckým screeningem a dietní léčbou,
- 1000 případů v důsledku vrozené hypotyreózy díky novorozeneckému screeningu a substituční terapie hormonů štítné žlázy,
- 1000 případů použitím anti-Rh imunoglobulinu, aby se zabránilo Rh nemoci a žloutence u novorozenců,
- 5000 případů způsobené nemocí Hib (*Haemophilus influenzae*) pomocí vakcíny proti Hib,

- 4000 případů kvůli spalničkám encefalitidě díky vakcíně proti spalničkám,
- nesčetné množství případů mentálního postižení způsobené zarděnkami během těhotenství (Alexander, 1998).

Švarcová (2011) uvádí desatero preventivních kroků primární prevence, při jehož dodržování lze vznik mentálního postižení redukovat, které zformulovala Mezinárodní liga společnosti pro mentálně postižené (International League of Societies for Persons with Mental Handicap - ILSMH): Žena by měla navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním.

1. Nastávající matky by měly věnovat pozornost své výživě. Strava by měla být pestrá, bohatá na vitamíny a minerály.
2. V průběhu těhotenství je přísný zákaz pití alkoholických nápojů.
3. Důležitá je prevence v očkování. (hepatitida typu B, zarděnky popř. přeočkování proti spalničkám).
4. Pokud žena kouří, měla by s tím přestat. Kouření může oslabit imunitu dítěte a po porodu je ohrožen mnohými infekcemi.
5. Navštívit genetickou poradnu vždy, když má žena nad 35 let, nebo objevila-li se v rodině nějaká genetická vada.
6. Vyvarovat se užívání léků, kromě těch, které nám předepsal lékař.
7. Dávat si pozor na RTG záření.
8. Vyhýbat se infekčním nemocem. Sexuálním stykem přenosné choroby mohou vážně poškodit mozek dítěte nebo zapříčinit jeho smrt.
9. Pravidelně chodit na kontroly ke svému lékaři.

Sekundární prevence je již zaměřena na ohroženou skupinu lidí. Zaměření je soustředěno na genetické vady či ohrožující sociální prostředí. V této prevenci jsou prováděny genetické testy, kdy se stanovuje pravděpodobnost výskytu postižení u dítěte. Valenta, Müller (2009) uvádějí, že pokud je riziko větší než 10 %, reprodukce se partnerům nedoporučuje.

Mentálnímu postižení může být zabráněno v dětství tím, že jsou známy jeho příčiny a jsou podniknuty kroky, aby děti žily v bezpečném prostředí a byly zdravé. Tyto kroky zahrnují v dětství očkování před nejméně šesti nemocemi, které

mohou vést k poškození mozku. Patří k nim spalničky, příušnice, černý kašel, Hib onemocnění, varicella (plané neštovice) a pneumokoková onemocnění. Důležitá je i prevence úrazů, aby bylo zabráněno jakémukoli poškození mozku, jako je například používání cyklistické přilby, autosedačky, bezpečnostních pásů v automobilech, prevence utonutí, prevence pádů a ochrana dětí před těžkými otřesy. Snížení výskytu Reyova syndromu způsobeného léky obsahujícími salicylát (aspirin), místo toho používat léky obsahující paracetamol ke snížení poškození mozku. Důležité je snížení výskytu olova, rtuti a dalších toxinů v prostředí, kde se dítě nachází, protože taktéž způsobují poškození mozku a ochránit je před výrobky určené pro domácnost, které jsou jedovaté.

Terciární prevence řeší konkrétní socializaci již postiženého jedince a snížení dopadu handicapu na něj i okolí. Česká republika spolupracuje s programem Centers for Disease Control and Prevention (CDC), který využívá svých klíčových silných stránek k dosažení celosvětových zdravotních cílů:

1. zlepšení zdraví a blaha lidí na celém světě,
2. zlepšení připravenosti a reakce na infekční onemocnění a vznikající ohrožení zdraví,
3. budování kapacity zdravotnictví daného státu,
4. maximalizace organizační kapacity.

Globální programy CDC jsou řízeny světovými lidry v epidemiologii, kontrole, informatice, laboratorních systémech a dalších důležitých oborech. Díky partnerství s ministerstvy zdravotnictví jiných zemí se zlepšuje kvantita a kvalita veřejných zdravotních služeb. V současné době do globálního programu spadá více než 400 onemocnění a možností ohrožení zdraví, které jsou hlavní příčinou úmrtí, onemocnění a zdravotního postižení (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

### **2.3 Pohybová aktivita**

Pohybová aktivita je jakákoli činnost provozovaná kosterním svalstvem, při které se spotřebovává energie. Lze ale definovat různými způsoby, například Frömel, Novosad a Svozil (1999, 132) chápou pohybovou aktivitu jako „komplex lidského

chování, které zahrnuje všechny pohybové činnosti člověka. Je uskutečňována zapojením kosterního svalstva při současné spotřebě energie“.

Pod tento nadřazený pojem můžeme zařadit termíny jako tanec, aktivní doprava, tělesná výchova, tělocvičná rekreace, sport, aktivní hra či manuální práce. Světová zdravotnická organizace už ale opouští od označení pohybová aktivita a nahrazuje jej termínem sport.

Pohybová aktivita je „veškerý motorický projev člověka zahrnující pohybové úkoly každodenního života, lokomoční, pracovní a další účelové pohyby, tělesnou výchovu, sport a pohybovou rekreaci“ (Čelikovský, 1988, 37).

Rada Evropy zavedla definici sportu jako „veškeré formy tělesné aktivity, které, provozovány příležitostně nebo organizovaně, usilují o vyjádření nebo vylepšení fyzické kondice a duševní pohody, utvoření společenských vztahů či dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních“ (Bílá kniha, 2007, 2).

Podpora pohybové aktivity může dle Kalmana, Hamříka a Pavelky (2009) zahrnovat následující:

- Aktivity zaměřené na edukaci společnosti o významu a přínosech pohybové aktivity. Jedná se o vytváření a realizaci vzdělávacích a motivačních akcí pro odbornou (lékaři, učitelé, architekti, tvůrci veřejných politik) i laickou veřejnost a zástupce veřejného i soukromého sektoru.
- Aktivity zaměřené na vytváření podmínek a zvýšení dostupnosti venkovních i vnitřních prostředí, ve kterých je možné být aktivní (vykonávat pohybovou aktivitu). Jedná se o budování a udržování parků, otevřených veřejných prostranství, cyklostezek a chodníků, volně přístupných hřišť, sportovních hal, sportovně-rekreačních areálů apod.
- Informační a marketingové intervence s celonárodní, regionální či místní působností s cílem zvyšování motivace obyvatel k aktivnímu životnímu stylu.

### **2.3.1 Pohybová aktivita v dospělosti**

„Cvičit v dětství znamená mít pevné kosti v dospělosti“ (MeDitorial, 2013).



Pohyb je neodmyslitelná součást aktivního životního stylu. Různé výzkumy a doporučení vycházejí z předpokladu, že dospělý jedinec se bude hýbat hned z několika důvodů, které můžeme rozdělit na dvě složky.

Biologická složka životního stylu vychází z jeho lidské podstaty a člověk je geneticky vybavený a předpokládá se, že se pohybovat bude a to pravidelně. Vývojem a pokrokem technologií ale jedinec zlenivěl, už nepotřebuje vyvíjet velké úsilí, aby si zajistil potravu nebo se transportoval do jiných lokalit. Náš sedavý život, ke kterému jsme se dobrovolně uchýlili, abychom si zjednodušili naši existenci, nás přivádí ke druhému aspektu a to kompenzace právě tohoto neaktivního životního stylu. Každý si jistě dokáže představit, jak naše tělo reaguje na tuto pasivitu a počínaje nezdravou životosprávou, nedostatečným spalováním živin, ukládá energii do nehezkých útvarů pod naší kůží. To má za následek celkový dopad na kardiovaskulární a pohybový aparát, který je nadměrně přetěžován a způsobuje riziko vzniku tzv. neinfekčních onemocnění neboli civilizačních chorob jako například obezita, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění a mnoho dalších. Proto je v neposlední řadě pohyb důležitou a nedílnou součástí preventivních programů zabývajících se životními a stravovacími návyky a tím předcházějících tyto obtíže, i když nemusí vždy stoprocentně zamezit vzniku těchto onemocnění. Je ale dokázáno, že aktivní životní styl spolu s pravidelnou pohybovou aktivitou riziko vzniku snižuje, oddaluje nástup onemocnění a zlepšuje tím kvalitu života.

Součástí druhé psychosociální složky jsou podle Valjenty (2008) osvětová, kulturní, vzdělávací a ideová činnost. Je asi jasné, že aby jednotlivec či skupina žila aktivním životním stylem, musí se o něm nějakým způsobem dozvědět. Člověk má k tomu mnoho možností. U kulturně zaostalejších jedinců má pak v tomto ohledu velké osvětové možnosti především škola. Další částí je duševní rovnováha. Je zde nutno připomenout, že velkou roli v navození psychické spokojenosti má pravidelné vykonávání pohybové činnosti. Vytváří se tím subjektivní pohoda, spokojenost a pozitivní sebehodnocení. Neméně je důležitý rozvoj tzv. morálně-volních vlastností jako vůle, zarputilosti, cílevědomosti apod. K celkové duševní rovnováze přispívá také rozšíření životního obzoru v podobě dalších koníčků a zájmů. Poslední dobou lze sledovat větší oblíbenost meditace, především v návaznosti na východní náboženství (jóga, buddhismus). Třetí část sociálního prostředí je z velké části ovlivněna rodinou,

společenskou skupinou, výchovou a názory přátel. Vliv má i životní úroveň v závislosti ne ekonomických podmínkách, ale i člověk finančně zcela nezabezpečený si vždy může vybrat z některých pohybových aktivit. Čtvrtá část technického pokroku má velice pozitivní účinky na aktivní životní styl zjednodušováním a zrychlováním života celé společnosti. Funguje to jak v oblasti sportu v podobě nových a modernějších sportovních pomůcek či v oblasti výživy. Poslední součástí psychosociální složky je preventivní zdravotní péče. Ta je velice důležitým faktorem pro zabezpečení aktivního životního stylu. Každý člověk by měl využívat možnosti našeho zdravotního systému a chodit na preventivní zdravotní prohlídky. Nezbytné je i další využití možností u jednotlivých zdravotních pojišťoven. Patří sem i testy na rakovinu děložního čípku, rakoviny prsu, rakovinu prostaty, rakovinu tlustého střeva a konečníku. Aktivní lidé si pro své zdraví preventivně upravují i pracovní prostředí. Například zdravotně orientované sezení u počítače, střídání poloh těla, každou hodinu se projít po místnosti, protáhnout se.

Faktorů, které ale ovlivňují naše rozhodnutí, zda se aktivně hýbat budeme, je celá řada (Obr. 5). Ukazuje se, že úroveň pohybové aktivity obyvatel se liší v závislosti na prostředí, ve kterém lidé žijí jako například velikost sídla, druh a způsob bydlení; na přírodním prostředí, které je obklopuje; socioekonomickém statusu obyvatelstva; individuálních determinantech jako věku, pohlaví a dalších (Mitáš & Frömel, 2007).



Obrázek 5. Faktory ovlivňující úroveň pohybové aktivity v komunitě, zdroj: <http://library.upol.cz/knihy/Jesina,%20Hamrik%20-%20Podpora%20APA%20-%20tisk.pdf>

### 2.3.2 Specifika provozování pohybové aktivity v dospělosti u osob s mentálním postižením

Dnešní doba chápe osobu s MP jako jedince, který má svá lidská práva. Proto je tento člověk nositelem základních práv a svobod, které jsou nezadatelné, nezczitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné (Parlament ČR, 1992).

Při provozování jakékoli aktivity, je třeba mít na paměti, že komunikace s osobou s mentálním postižením má svá specifika a ovlivňuje ji řada faktorů. Velký vliv hraje naše zkušenost. Pokud žádnou nemáme, měli bychom se držet jakých si pravidel, která by nám měla pomoci v navázání kontaktu a efektivní komunikaci. Pastieriková, Regec (2013) vytvořili tyto základní opěrné body:

- Udržujte očního kontaktu, ale zároveň možnost pro osobu s postižením tento kontakt přerušit.
- Používejte krátká slova, krátké věty, jednoduchá souvětí. Svoje myšlenky vyjadřujte jasně bez cizích slov. V případě, že chcete povědět více informací najednou, rozdělte je do několika vět.
- Vyhýbejte se abstraktním pojmům. V případě, že to není možné, objasněte je konkrétními příklady.
- Mluvte pomalu. Dopřejte partnerovi dostatek času na odpověď. Nebojte se pomalé tempo doplnit výraznou gestikulací.
- Mimika a řeč těla jsou velmi důležitým doprovodným prvkem.
- Ověřujte si, zda vám člověk s postižením rozumí, jestli s tím, co říkáte, souhlasí nebo ne.
- Lidé s mentálním postižením jsou většinou velmi sugestibilní, proto je možné velmi lehko člověka s mentálním postižením ovlivnit a manipulovat s ním.
- Jednejte s velkou mírou empatie, trpělivosti a respektu k jejich osobnosti.
- Dospělého člověka s postižením oslovujte přímo. Pokud má s sebou asistenta nebo doprovod obračete se jen v tom případě, pokud je to nutné.
- Při komunikaci používejte řeč dospělých a osobě s postižením mu vykejte.
- Lidé s mentálním postižením se v neznámém prostředí orientují s velkými těžkostmi, proto je vždy lepší, když je doprovodíme.
- Při písemném projevu respektujte pomalé tempo i nejistotu.

Co se týče myšlení podle Pipekové (2006) u MP jedinců, musíme počítat s jistou odlišností od intaktní populace. Problém nastává kvůli nízké schopnosti abstrakce. Proto si tito jedinci špatně osvojují a pamatují pravidla, kolísá jejich psychická aktivita a trpí výkyvy pozornosti. Roli hraje i reálný pohled na sebehodnocení, které je většinou zkreslené kvůli projevu celkové nezralosti a nedostatečnému rozvoji intelektu. A také odchylky ve volných vlastnostech u osob s mentálním postižením, jenž jsou tzv. hypobulie až abulie, ale neprojevují se vždy stejně. Objevuje se nedostatek iniciativy a jedinci nejsou schopni oddálit své aktuální potřeby či se jich úplně vzdát. Takováto osobnost je ovlivněna podřízeností, nedostatkem samostatnosti, tvrdohlavostí a sugestibilitou.

Také smyslová percepce je pomalá a probíhá s určitými odchylkami. Rubištejnová (1975) uvádí tyto zvláštnosti percepce osob s mentálním postižením, které lze poměrně úspěšně překonávat speciálně pedagogickými metodami a přístupy:

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání,
- nediferencovanost počitků a vjemů – tvarů, předmětů, barev, zvláště silně je porušena diskriminace figury a pozadí,
- intaktivita vnímání – jedinec není schopen prohlédnout si materiál podrobně a vnímat všechny detaily,
- nedostatečné prostorové vnímání,
- snížená citlivost hmatových vjemů
- nedostatečný proces analýzy korové části proprioreceptivního analyzátoru vede ke špatné koordinaci pohybu,
- pro akustický analyzátor je charakteristická opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení,
- nedokonalé vnímání času a prostoru.

U paměti mluvíme o geneticky uložených informacích a paměti individuální, která je z hlediska vzdělávacího procesu podstatnější. Je selektivní, proto obsahuje schopnost pochopit látku, vybrat z ní základní prvky, zjistit vztah mezi nimi a vřadit je do určité soustavy představ. Osoby s mentálním postižením si nové osvojují pomaleji a po mnohonásobném opakování, naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi (Valenta, Müller, 2009).

Pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáním a lze ji členit na bezděčnou a záměrnou. Záměrná pozornost osob s mentálním postižením vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, krátkou udržitelnost, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Je pro ni charakteristické, že s nárůstem kvantity se zvyšuje i počet chyb (Kysučan, 1982).

Po emoční stránce, jak uvádí Dolejší (1978), je jedinec s mentálním postižením vybaven nižší schopností ovládat se v porovnání s intaktními jedinci jeho věku. Citová otevřenost tak souvisí s malou řídicí funkcí rozumu, kterým lze prožitky tlumit či dokonce přehodnocovat. Protože se osoba s MP mnoho situací zvládnout nenaučila, mohou se u ní objevit neurotické či psychopatické symptomy jakožto poruchy citového vývoje. Intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem.

Sugerman (2001) navrhuje modifikace volnočasových programů v pěti krocích:

1. sběr informací, pomoc odborníků - nejdříve by se měl organizátor programu spojit s organizacemi, institucemi či odborníky v dané oblasti,
2. volba instruktorů, dalšího personálu a jejich příprava - je nutné zjistit, jaké jsou zkušenosti a celkový přístup instruktorů, personálu ubytovacího zařízení, sportovišť, vleku aj.
3. Sběr informací o zdravotním stavu a možnostech postižených klientů
4. Úprava aktivit, prostředí - je nutné si uvědomit, že zde bude potřeba modifikovat prostředí, pomůcky, pravidla a charakter družstev při soutěživých aktivitách.
5. Implementace a evaluace programu – kvalitní zhodnocení může přispívat k lepšímu plánování dalších integrovaných projektů.

## **3 CÍLE A ÚKOLY**

### **3.1 Hlavní cíl**

Cílem práce je analýza aktuálních teoretických poznatků s ohledem na problematiku mentálního postižení osob v dospělosti a návaznosti na pohybovou aktivitu.

#### **3.1.1 Dílčí cíle**

- Charakteristika mentálního postižení v dospělosti,
- propojení pozitivního vlivu pohybové aktivity na dospělé osoby s mentálním postižením,
- souhrn možností pohybových aktivit určených dospělým osobám s mentálním postižením v České republice.

### **3.2 Úkoly**

Pro dosažení stanovených cílů jsme si vytýčili tyto úkoly:

- prostudovat dostupnou převážně českou odbornou literaturu, případně jiné zdroje o této problematice,
- provést analýzu a syntézu získaných informací,
- vytvořit seznam zařízení pro dospělé osoby s mentálním postižením dle krajů v ČR (viz. Přílohy).

## 4 METODIKA

### 4.1 Metody

#### 1. Analýza

Analýza je systematické rozkládání celku na dílčí části, umožňuje hlouběji proniknout do podstaty zkoumaného jevu a postihnout hlavní články. Cílem analýzy je vymezit a klasifikovat jednodušší prvky složitého celku, zjistit a prozkoumat jejich vztahy a souvislosti uvnitř celku a také ve vztahu k jeho okolí. Při posuzování vzájemných vztahů používáme postup od celku k částem, což umožňuje blíže se orientovat a nalézt hlavní články a postup od výsledku k příčinám, což umožňuje vymezit obsah a míru působení jednotlivých příčin.

Pro kompletní zhodnocení dané problematiky bylo potřebné načerpat informace z mnoha různých zdrojů, jako jsou informace z odborné literatury, periodik, internetových stránek. Získané poznatky jsou v práci rozděleny do jednotlivých kapitol.

2. Syntéza je myšlenkové sloučení částí předmětu nebo jevů (znaků, vlastností) prostřednictvím shrnutí a zobecnění získaných poznatků. Při posuzování vzájemných vztahů používáme postup od od části k celku. Je to systematické skládání jednotlivých jevů v organický celek. Syntéza musí vést k hlubšímu poznání a zhodnocení faktorů ovlivňujících zkoumaný jev, k poznání, které faktory jsou rozhodující, jak na daný jev působí a v jakých podmínkách působí. Smyslem syntézy je vytipovat při uplatnění zásady hlavního článku omezený počet faktorů, na které je potřeba se zaměřit.

#### 3. Srovnávání (komparace)

Princip metody srovnávání spočívá v tom, že skutečný jev srovnáváme vždy s určitou srovnávací základnou. Tuto základnu bereme za normu pro hodnocení. Tak můžeme posoudit zkoumané jevy v jiném časovém období nebo v jiném ekonomickém objektu. Při srovnávání zjišťujeme shodné či rozdílné stránky u dvou či více různých předmětů či jevů. Srovnávání samo vyjadřuje rozdíly určitých jevů, nevyjadřuje však závislost a vztahy. Ke zjištění závislosti mezi jednotlivými jevy je na základě srovnání

nutná analýza srovnávaných, jevů a jejich znaku. Srovnávání tedy na jedné straně vyplývá z předchozí analýzy.

Komparace byla využita pro objasnění pojmů dospělost, mentální postižení a pohybová aktivita a jejich vzájemné propojení z různých úhlů pohledu včetně organizací, které se pohybové aktivitě osob s mentálním postižením věnují v České republice.



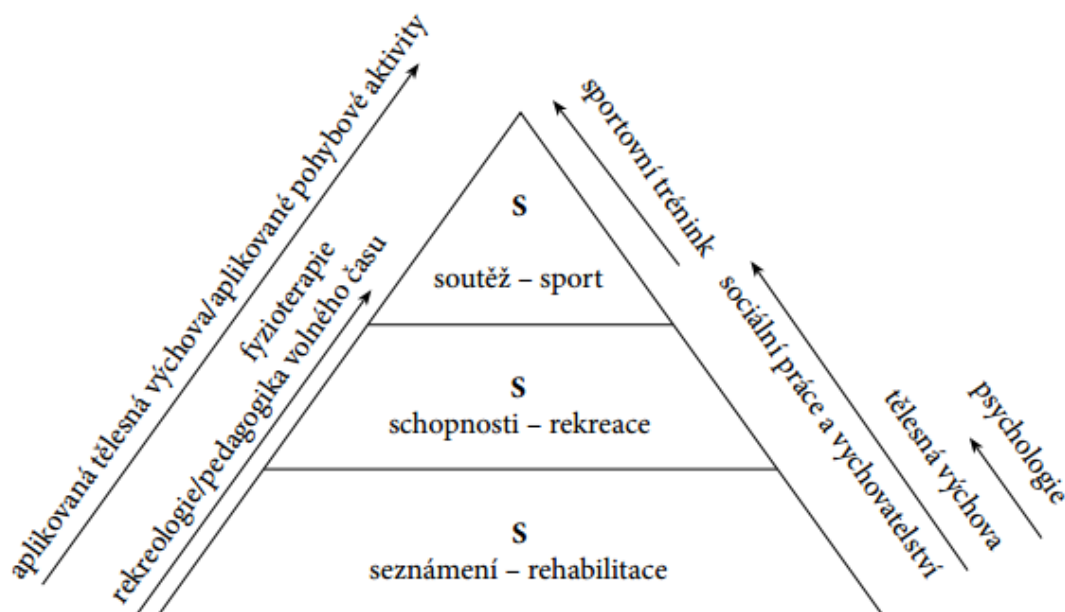
## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Možnosti pohybové aktivity pro dospělé osoby s mentálním postižením v České republice

“We believe that athletes with an intellectual disability should have the opportunity to compete at the highest level in sport” (Inas, 2010).

Válková (2010) popisuje „pyramidu rovin 3S“ (Obr. 6). Pedagog se při seznamování se schopnostmi daného klienta musí orientovat na jeho zkušenosti s pohybovou aktivitou, případně i jinými aktivitami, které mohou výsledek diagnostiky ovlivnit. Na základě zjištění, zda se klient nachází na úrovni seznámení, schopnosti nebo soutěže, může pedagog optimalizovat obsah i intenzitu činností. Širokou základnou pyramidy je rovina seznámení, která zachycuje období seznamování s dostupnými a vhodnými aktivitami, ale i období rehabilitace a stabilizace chronického stavu. V rovině schopností jedinec objevuje a zdokonaluje své schopnosti a setkává se s jedinci podobné úrovně v rámci komunity osob se speciálními potřebami. Většinou zůstává v rovině druhého S v rámci volnočasových pohybových aktivit, ale nezdědka se „odrazí“ do vyšší úrovně soutěžení a věnuje se sportu, sportovnímu tréninku a soutěžím.

Výsledky práce potvrdily, že v České republice není příliš velká základna organizací, které by se přímo věnovaly volnočasovým aktivitám osob s mentálním postižením v dospělosti. Pokud se dospělá osoba s mentálním postižením rozhodne věnovat ve svém volném čase pohybu, může se zapojit do hlavních organizací v České republice, které zastřešují sport mentálně postižených nebo využít omezeného množství veřejných organizací, které nabízí volnočasové aktivity pohybového typu pro dospělé osoby s mentálním postižením. V rámci sociální péče je sice součástí stanov jednotlivých organizací pohybová aktivita jako rozvojová a rehabilitační činnost, míra její aplikace je však zanedbatelná jednak kvůli motivaci klientů.



Obrázek 6. Pyramida 3S, zdroj: <http://library.upol.cz/knihy/Jesina,%20Hamrik%20-%20Podpora%20APA%20-%20tisk.pdf>

### 5.1.1 České hnutí speciálních olympiád

Cílem speciálních olympiád je umožnit co největšímu počtu lidí s mentálním postižením pravidelně sportovat a účastnit se sportovních soutěží bez ohledu na absolutní výkonnost. Výkon je individuální, sportovci jsou při sportovních soutěžích rozděleni zásadně do skupin podle své výkonnosti a každému z nich se nakonec dostane ocenění a uznání. Vyhrát tak mohou i sportovci s těžkým stupněm mentálního postižení. Program je otevřen všem lidem s mentálním postižením, kteří dovršili 8 let a jejichž IQ není vyšší než 80. Tato pravidelná odborně vedená sportovní aktivita mentálně postižených tvoří vlastní speciální olympijský program a může v současnosti zahrnovat 19 letních (atletika, plavání, gymnastika, badminton, košíková, volejbal, kopaná, házená, kuželky, bocce, vzpírání, jezdectví, bruslení na kolečkových bruslích, cyklistika, jachting, softball, tenis, stolní tenis, golf) a 5 zimních (sjezdové lyžování, běžecké lyžování, krasobruslení, rychlobruslení, halový hokej) sportů. Celý program má i velký význam sociální, přispívá i k obohacení života mentálně postižených sportovců a jejich rodičů, kteří mnohdy poprvé v životě mohou se svým dítětem prožít pocit úspěchu a radosti (Středová, 2012).

### **5.1.2 Český svaz mentálně postižených sportovců**

Český svaz mentálně postižených sportovců (ČSMPS) je druhou organizací, zabývající se sportovními aktivitami osob s MP v České republice. U zrodu tohoto svazu stál Dr. Josef Kvapilík, který v roce 1992, na základě kontaktů se světovým sportovním hnutím mentálně postižených zaregistroval ČSMPS jakožto občanské sdružení. Založení svazu umožnilo připravit takový strategický rozvoj sportu MP, který zpřístupnil sport všem zájemcům, a to na různých úrovních. Samostatnou kapitolu pro ty skutečně nejlepší představuje reprezentace České republiky na mezinárodních soutěžích. Již v roce 1992 se naši sportovci zúčastnili 1. paralympiády mentálně postižených v Madridu, do té doby pro nás nejrozsáhlejší akce. V současnosti jsou otevřené pro neregistrované účastníky pouze regionální soutěže, na mistrovstvích České republiky je již vyžadována svazová registrace (Tilinger & Svoboda, 2012).

### **5.1.3 Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit (ČAAPA)**

Sdružení je národní organizací, která propaguje a rozšiřuje vědomosti, zkušenosti a výsledky vědeckého bádání v oblasti aplikovaných pohybových aktivit a kinantropologie a jejich praktické aplikace ku prospěchu všech osob. Sídlem tohoto národního sdružení, otevřeného i zahraničním členům, je Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Mezi hlavní cíle patří propagovat, podporovat a koordinovat odborná šetření ve spojení s uplatněním zkušeností z oblasti aplikovaných pohybových aktivit v praxi v České republice i Evropě a podporovat aplikace výzkumů v různých praktických oblastech: výchova a vzdělání, inkluze, trénink, rekreace, volný čas. Dále zpřístupňovat informace a poznatky oblasti aplikovaných pohybových aktivit a praktické zkušenosti všem zainteresovaným jednotlivcům, organizacím či zařízením a podporovat národní i mezinárodní spolupráci v oblasti aplikovaných pohybových aktivit (ČAAPA, 2009).

### **5.1.4 Katedra aplikovaných pohybových aktivit FTK UP**

Katedra aplikovaných pohybových aktivit (Katedra APA) jakožto pracoviště Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci vznikla v roce 1991. Aplikované pohybové aktivity jsou pohybové aktivity, v nichž se mj. vytváří prostor pro osoby s postižením, a to v souladu s jejich zájmy a schopnostmi. Jsou určeny pro široké spektrum věkových kategorií osob s postižením různého charakteru a intenzity. APA se

zabývají aplikovanou tělesnou výchovou na školách všech typů, rekreačními pohybovými aktivitami a sportem pro osoby s různými typy postižení. Hned od založení katedry se její pracovníci snažili propojovat teorii s praxí. V 90. letech se hlavní praktické činnosti zaměřovaly na podporu sportu a volnočasových aktivit osob s MP. Realizovaly se jednodenní programy pro žáky (tehdy) zvláštních škol, sportovní aktivity ve spojení s Českým hnutím speciálních olympiád a sportovní aktivity osob s tělesným postižením. Výrazné zvýšení podpory volnočasových aktivit se pak pojí se zřízením oddělení s názvem Centrum aplikovaných pohybových aktivit (Katedra APA, 2012; Ješina & Bartoňová, 2011).

### **5.1.5 Centrum aplikovaných pohybových aktivit (Centrum APA)**

Hlavním smyslem Centra APA je snaha o podporu celospolečenské integrace osob se speciálními vzdělávacími potřebami do majoritní společnosti s cílem jejich socializace s využitím sportu, tělesné výchovy a volnočasových aktivit.

Inspirací pro založení CARA centrum v Irsku. Prvotním záměrem bylo již od počátku vytvořit koordinační jednotku, která bude mít za cíl podporovat pohybové aktivity osob se speciálními vzdělávacími potřebami s akcentem na děti, žáky a studenty; sdružovat organizace zabývající se aplikovanými pohybovými aktivitami na úrovni školských i neškolských zařízení; ve spolupráci s Českou asociací aplikovaných pohybových aktivit podporovat vědu a výzkum v oblasti tělesné výchovy, sportu a pohybové rekreace osob speciálními potřebami a v neposlední řadě realizovat a podporovat formální i neformální celoživotní vzdělávání pracovníků v kontextu aplikovaných pohybových aktivit.

Ve spolupráci s ČAAPA je cílem Centra APA působit na vytváření standardů a dokumentů pro rozvoj APA na úrovni regionální i národní a spoluvytvářet tak strategie a metodiku v oblasti školní tělesné výchovy a pohybové rekreace; spolupracovat se zahraničními subjekty, především Evropskou federací aplikovaných pohybových aktivit (EUFAPA) a snažit se o podporu rozvoje sportu, tělesné výchovy a rekreace osob se speciálními potřebami (Ješina, 2012).

### **5.1.6 SPOLU Olomouc**

Posláním SPOLU Olomouc je podporovat lidi se zdravotním, primárně s mentálním postižením v olomouckém regionu, aby mohli žít a seberealizovat se

v běžných životních podmínkách obvyklých pro jejich vrstevníky. Mezi hlavní princip této organizace patří inkluze, protože každý má právo účastnit se každodenního společenského života, obohacovat jej a být jím obohacován. Přijímat rozmanitost jako neodmyslitelnou složku naší práce i života obecně a poskytovat služby v prostředí přirozeném pro uživatele. Provozuje Agenturu podporovaného zaměstnávání a mimo osobní asistenci nabízí také aktivizační a rozvojové programy v pravidelných skupinových programech, jednodenních a pobytových programech a individuální službou (SPOLU Olomouc, 2008).

### **5.1.7 Kinezioterapie**

Kinezioterapie je obor, který se zabývá léčbou psychických poruch pomocí pohybových cvičení v léčbě duševních poruch a chorob. Pohybové cvičení je již samo o sobě součástí každodenního režimu psychiatrických pacientů, za terapii však může být považováno až tehdy, je-li cíleně modelováno a zaměřeno na somatopsychické ovlivňování psychických poruch a chorob. Základním předpokladem pro léčebné využití pohybové terapie je navázání důvěry mezi klientem a terapeutem a výběr bezpečného prostředí. Kinezioterapii lze využívat jako podpůrnou metodu při léčbě schizofrenie, demencí, neuróz, poruch osobnosti a chování, syndromu závislosti a dalších psychických onemocnění. Kromě aktivního provádění cíleného pohybového programu se kinezioterapie soustřeďuje na:

- neverbální formy chování,
- podněcování emocí,
- interakci ve skupině,
- vytvoření terapeutického vztahu (Hátlová, 2003).

V České republice je tento obor vyučován jakou součástí vysokoškolského kurikula studentů oboru fyzioterapie na většině vysokých škol, proto také z velké míry spadá pod praxi fyzioterapeutů provozovanou a není ordinována specialisty pouze samostatně.

### **Tanečně-pohybová terapie**

Tanečně-pohybová terapie je formou psychoterapie, při které se využívá pohybu a tance jako prostředků podporujících proces osobní integrace a růstu. V terapii se nebere ohled na estetickou stránku tance, ale tanec je vnímán jako pohyb a jako terapie

má své jasné základy a systematický přístup při zpracování zkušenosti v rámci psychoterapie (Payne, 1999).

Základem jsou tvořivé taneční improvizace a nevědomé spontánní pohyby, se kterými terapeut dále pracuje. Tanec je také způsob neverbální komunikace prostřednictvím pohybů těla. Klienti mohou prostřednictvím tance a pohybu snáze vyjádřit své pocity, potřeby a přání a sdělit to, co nedokáží prostřednictvím slov (Čížková, 2005).

Tanečně pohybová terapie vznikla v USA po druhé světové válce a propojovala v sobě poznatky psychoterapie a zkušenost moderního tance. V roce 1965 taneční terapeutka Marian Chace založila Asociaci americké taneční terapie (A.D.T.A. - American Dance Therapy Association). Brzy se začala americká tanečně-pohybová terapie rozvíjet i v Evropě, zejména ve Velké Británii a Francii. V roce 1993 vznikla Evropská asociace taneční terapie (AEDT), která sdružuje národní asociace z Francie, Itálie, Řecka a Belgie. V České republice v současnosti působí několik tanečních terapeutů, kteří absolvovali kurzy a semináře pod vedením terapeutů ze zahraničí. V roce 1992 byla založena Česká tanečně-terapeutická asociace (Čížková, 2005; Blížkovská 1999).

#### **5.1.8 Obecně zařízení sociálních služeb**

Zařízení sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením jsou zřizovány v jednotlivých krajích snad i díky poptávce dané klientely popř. potřebám daného regionu. Tato zařízení mají za úkol poskytování dlouhodobé či krátkodobé pobytové, ambulantní nebo terénní služby osobám se zdravotním postižením, osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Do sociálních zařízení patří chráněná bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, osobní asistence, pečovatelská služba, podporované bydlení, denní a týdenní stacionáře a další. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů atd. a většina z nich je zpoplatněna. (Křížkovská, P., & Tomalová, P. et al. 2012).

Tato zařízení mají širokou škálu poskytovaných služeb, ale alespoň v malé míře část z nich nabízí aktivity, které se s pohybem prolínají nebo jsou alespoň jakousi přípravou pro motoriku, koordinaci a rehabilitaci. Podle praxe je už ale velmi individuální jestli tyto stanovy dodržují či ne.

### **Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením**

Toto občanské sdružení, které má působnost ve všech krajích České republiky, bylo založeno v říjnu 1991 jako okresní organizace s hlavním sídlem v Trutnově. Po krátké době svojí činnost přerušilo a obnovilo ji na mimořádné členské schůzi v prosinci 1997. Od té doby se plně věnuje své činnosti, kterou se snaží stále zkvalitňovat a rozšiřovat. Pořádá nejen velké množství kulturních akcí pro osoby s mentálním postižením, ale také řadu sportovních, rehabilitačních či relaxačních programů od společenských plesů, přes návštěvy aquaparků až po bowlingové turnaje.

### **POHODA o.s.**

Občanské sdružení POHODA umožňuje dospělým lidem s mentálním postižením v maximální možné míře prožívat dospělost a přijímat odpovědnost za svá rozhodnutí. Usiluje o to, aby řada mentálně postižených mohla žít samostatně s přiměřenou mírou podpory a nemuseli tak tito lidé žít v institucionálních zařízeních. Služby jsou standardizované s využitím nejnovějších poznatků a postupů, o individuální formě podpory vždy spolurozhoduje klient. Poskytuje svým klientům služby chráněného bydlení, denního stacionáře a osobní asistence, které mimo jiné nabízejí rozvoj využívání volného času, výlety či doprovod asistenta na sportoviště (POHODA, 2013).

### **Společenství Dobromysl**

Cílem stacionáře pro dospělé osoby od devatenácti let je rozvoj všech článků lidské bytosti (fyzických, duševních a duchovních) s ohledem na porozumění individuálního osudu každého jednotlivce. Podporuje rozvoj schopností a dovedností klientů, posilování jejich zodpovědnosti a schopnosti rozhodování, učení se aktivnímu způsobu života například praktickým cvičením jógy, která je pevně zařazena v harmonogramu celého roku prostřednictvím přímého a otevřeného způsobu komunikace a individuálního přístupu (Dobromysl, 2013).

## **5.2 Doporučení pro praxi**

Z uvedené syntézy poznatků vyplývá, že možnosti pohybových aktivit pro osoby s mentálním postižením v dospělosti se na trhu práce objevují velice málo. Velkou větev tvoří sport osob s mentálním postižením, který si za posledních dvacet let vybudoval strukturu, systém klubů a soutěží. Náplň volného času pohybem pro osoby s MP, které se sportu nevěnují na vyšší úrovni, už je nízká, i když většina zařízení poskytujících sociální služby ve svých stanovách uvádí i pohybovou náplň volného času, málo kdy se tak opravdu děje. Na trhu práce se objevují studenti vysokých škol, které jsou na pohybovou aktivitu osob s MP zaměřeni a jejich uplatnění je široké, ale většinou se jejich cesta končí v lepším případě u jiného druhu postižení nebo naopak úplně mimo obor. Nejčastěji jsou navštěvovány sporty a pohybové aktivity jako tanec, atletika, plavání, kopaná, kuželky či stolní tenis.



## 6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá propojením pohybové aktivity s dospělými osobami spadajícími dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů do kategorie mentálního postižení.

V první řadě se práce zabývá dospělostí a různými pohledy na ni. Dospělost je v tomto případě pojata jako věkové rozmezí 20 – 60 let. Jedním z úhlů pohledu je členění dospělosti podle různých autorů, kteří uvádějí dospělého člověka do pozice, jako zodpovědnou osobu, která již ukončila povinné vzdělání a má proto možnost pracovat. Také zastává několik dalších rolí, jednou z nejhlavnějších je role rodiče a partnera. Dospělý jedinec se svobodně rozhoduje, ale má za své činy plnou zodpovědnost.

Mezi hlavní tři modely dospělosti řadíme limitační, jenž je v České republice nejvíce rozšířený a má nejdelší tradici vztahu a přístupu k osobám s mentálním postižením. Hlavním faktorem je pro něj inteligenční kvocient a nedostatečná míra adaptace. Popisným modelem se pokouší dosáhnout jiného úhlu pohledu a to na osoby s mentálním postižením v první řadě jako na lidské bytosti a až poté se zabývá jejich kvalitami. Důležitou součástí tohoto modelu je boj proti předsudkům vycházejících ze společnosti. Třetím modelem a to ekologickým je osoba s mentálním postižením stavěna do opozice a interakce s přírodním prostředím.

Mezi specifika dospělosti osob s mentálním postižením patří především mýty, které vznikají ze špatné informovanosti a osvěty intaktní populace. Proto je také důležité, aby zaměstnavatel, který chce dospělého jedince s mentálním postižením zaměstnat, byl dobře připraven. Literatura udává základní kroky, jak správně komunikovat, připravit pracovní prostředí či zajistit správný průběh náplně práce.

Mentální postižení a jeho charakteristika není v české literatuře shodná. Autoři se rozcházejí u základní definice toho sousloví na dvě části. Jedna považuje mentální postižení za zastřešující a nadřazený pojem i pro mentální retardaci. Druhá skupina se přiklání spíše k názoru, že mentální postižení a mentální retardace jsou shodná sousloví, proto není třeba je rozlišovat a definovat odlišně. Od toho se také odvíjí klasifikace mentální retardace, která stanovuje šest základních skupin mentální retardace a dále je upřesňuje.

Etiologii mentálního postižení se v dnešní době zabývá velké množství odborníků shodujících se na základních faktorech ovlivňujících jeho vznik. Na základě těchto zjištění jsou postaveny plány možnosti prevence. Během období před, během a po porodu jsou mezi základní body řazeny do primární prevence především správná a zdravá životospráva; pravidelná kontrola a dohled lékaře; zamezení negativních vlivů na matku jako jsou cigarety, alkohol a jiné návykové látky. Sekundární prevence klade důraz na zdravé a vhodné prostředí pro vývoj dítěte a nezbytná očkování pro jeho ochranu před závažnými onemocněními. Předmětem terciární prevence je již samotná socializace osoby s mentálním postižením.

Pohybová aktivita je důležitou součástí každodenního života každé dospělé osoby ať vědomě a cíleně či mimovolně, protože pod tento nadřazený pojem můžeme zařadit termíny jako tanec, aktivní doprava, tělesná výchova, tělocvičná rekreace, sport, aktivní hra či manuální práce. Rámec pohybové aktivity lze rozdělit na základní složky. Biologickou, která je nám geneticky dána, ale sedavý způsob života směřuje společnost spíše opačným směrem k „nepohybu“. Z toho vyplývá rozšíření neinfekčních hromadných chorob (kardiovaskulární onemocnění, obezita, vysoký krevní tlak, atd.), které jsou dnes celosvětovým problémem. Vliv pohybové aktivity na psychiku a sociální pohodu jedince je také významný. Především se jedná o duševní rovnováhu, rozvoj morálně volných vlastností, koníčky a zájmy nebo socializaci ve skupině. Velký vliv na provozování pohybových aktivit má také pokrok techniky a s tím zlepšování kvality výzbroje a výstroje nebo také neustálé zvyšování nabídky.

Hlavním cílem práce je charakteristika mentálního postižení u dospělých osob a možnosti pohybových aktivit přímo pro tuto cílovou skupinu pomocí výzkumných metod analýzy, syntézy a komparace aktuálních teoretických poznatků s ohledem na problematiku mentálního postižení osob v dospělosti a návaznosti na pohybovou aktivitu. Pohybové aktivity nabízené těmto klientům a výsledky jsou rozděleny do dvou částí. V první jsou organizace pokrývající celou Českou republiku a patří k nejznámějším a nejvíce propagovaným a druhou část tvoří organizace převážně krajské, městské či neziskové uvedené v přílohách této práce rozdělené dle krajů České republiky.

## 7 SOUHRN

Má bakalářská práce se zabývá osobami s mentálním postižením a možnostmi pohybové aktivity v České republice.

Bakalářská práce osahuje teoretické poznatky rozdělené do tří kapitol. Úvodní část popisuje dospělost, její dělení na základě daných kritérií, mentální postižení z pohledu psychologie, speciální pedagogiky, speciálně pedagogické andragogiky a dalších vědních disciplín. Česká literatura a další zdroje tvoří širokou základnu informací, týkajících se mentálního postižení a specifikace v dospělosti. Rovněž jsou také dostupné zdroje týkající se pohybové aktivity a vlivu na daného jedince. Už méně je ale popisováno propojení obou těchto rovin do společných poznatků. Žádné zařízení nezaměstnává osobu vyškolenou přímo na přípravu volnočasových aktivit, která by vytvářela pohybový program.

Hlavní částí je přehled možností pohybových aktivit pro osoby s mentálním postižením v České republice. Vzhledem k pozitivnímu vlivu pohybové aktivity na jedince ať už ve směru biologické, psychologické či sociálního, je pohyb důležitou součástí života i osob s mentálním postižením, které jsou již dospělé, nejen jako rehabilitace, rozvoj motoriky a koordinace, ale také jako prevence úrazů, zdravotních obtíží a dalších komplikací. Pohybová aktivita má dopad na celkovou kvalitu života jedince a tím i schopnost jeho zařazení do společnosti či lepší možnosti uplatnění na trhu práce.

## **8 SUMMARY**

My bacheor thesis is focused on persons with learning disability and their ability to make physical activities in Czech Republic.

This thesis is devided into three parts. First part describes adulthood, division of adulthood by criteria, learning disability by psychology, special education, andragogycs and other sciences. Czech literature and another sources makes large source of information concerned on learning disability and criteria of adulthood. Another source are focused on physical activity and and his effect on the individual. Lesser volume of information was found about link of these two subjects. No institute has a person which makes program for learing disability focused on physical activity.

Main part of this thesis is focused on possibilities for persons with learing disability in the field of physical activities in Czech Republic. Physical activity is very important part of life for persons with learing disability in view of biology, sociology and psychical sciences. Physical activities serves as rehabilitation, development of motorics and coordination, but also like injure prevention, health problems and another complications. Physical activities has impact on quality of life for the persons with learing disability, and their ability to incorporation into society and better use in labor market.

## 9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Alexander, D. (1998). *Prevention of Mental Retardation: Four Decades of Research*. Retrieved 13. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.thearc.org/page.aspx?pid=2453>
- Bajo, I., & Vašek, Š. (1994). *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia.
- Beneš, M. (2003). *Andragogika*. Praha: Eurolex Bohemia.
- Beneš, M. (2003). *Andragogika*. Praha: Eurolex Bohemia.
- Bílá kniha (2007). *Bílá kniha o sportu*. Retrieved 8. 5. 2013, from the World Wide Web: [http://ec.europa.eu/sport/documents/wp\\_on\\_sport\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/sport/documents/wp_on_sport_cs.pdf)
- Blížkovská, J. (1999). *Úvod do taneční terapie*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Business Center (1998). *Občanský zákoník*. Retrieved 28. 4. 2013, from the World Wide Web: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcanzak/cast1.aspx>
- Centers for Disease Control and Prevention (2013). *Global health*. Retrieved 18. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.cdc.gov/globalhealth/what/default.htm>
- Čelikovský, S. (1988). *Encyklopedie tělesné kultury*. Praha: Olympia.
- Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit (2009). Stanovy sdružení ČAAPA. Retrieved 16. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.caapa.cz/>
- Čížková, K. (2005). *Tanečně – pohybová terapie*. Praha: Triton.
- Dobromysl (2013). *Příčiny a prevence mentálního postižení*. Retrieved 14. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=252>
- Dolejší, M. (1978). *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum.
- Došen, A., & Day, K. (2001). Epidemiology, Etiology and Presentation of Mental Illness and Behavior Disorders in Persons With Mental Retardation. In A. Došen, &

- K. Day (Eds.), *Treating Mental Illness and Behavior Disorders in Children and Adults With Mental Retardation* (pp. 3-24). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Durecová, K. (2005). Vymezení základních pojmů a problémů. In R. Netušil (Ed.), *Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením*. Praha: Modrý klíč.
- Frömel, K., Novosad, J., & Svozil, Z. (1999). *Pohybová aktivita a sportovní zájmy mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hátlová, B. (2003). *Kinezioterapie*. Praha: Karolinum.
- Hnilica, K. (2007). Vývoj a změny hodnot v dospělosti. *Československá Psychologie*, 51 (5). Retrieved 17. 6. 2013, from PROQUEST Database on World Wide Web: <http://search.proquest.com/docview/235712552/13EB78F6C01675F4FD8/5?accountid=16730>
- Huang, W. (1997). Equal access to employment opportunities for people with mental retardation: an obligation of society. *Journal of Rehabilitation*. Retrieved 26. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=665>
- Inas (2010). *Our Mission*. Retrieved 18. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.inas.org/about-us/who-we-are/>
- Ješina, O. (2012). *Centrum APA*. Retrieved 16. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.apa.upol.cz/web/index.php/sluby-pro-koly/397-centrum-apa.html>
- Ješina, O., & Bartoňová, R. (2011). Příklady dobré praxe na národních i komunitních úrovních. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Retrieved 20. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://library.upol.cz/knihy/Jesina,%20Hamrik%20-%20Podpora%20APA%20-%20tisk.pdf>
- Jung, C. G. (1994). *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis.

- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Katedra APA (2012). *Úvod*. Retrieved 20. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://ftk.upol.cz/menu/struktura-ftk/katedry-a-institut/katedra-aplikovanych-pohybovych-aktivit/uvod/>
- Křížkovská, P., & Tomalová, P. et al. (2012). *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kysučan, J. (1982). *Úvod do psychopedie*. Olomouc: VUP.
- Laborem exercens, (1991). Encyklika Jana Pavla II. O Lidské práci. Praha: Zvon.
- Lečbych, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Lečbych, M. (2012). *Modely mentální retardace*. Retrieved 6. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=665>
- MeDitorial (2013). *Osteoporóza*. Retrieved 12. 5. 2013, from the World Wide Web: <http://www.osteoporozaz.cz/novinky/cvicit-v-detstvi-znamena-mit-pevne-kosti-v-dospelosti-1030>
- Mensa ČR (2008). *Intelligence a její měření*. Retrieved 18. 5. 2013, from the World Wide Web: [http://casopis.mensa.cz/veda/intelligence\\_a\\_jeji\\_mereni.html](http://casopis.mensa.cz/veda/intelligence_a_jeji_mereni.html)
- Mitáš, J., & Frömmel, K. (2007). Vliv faktorů prostředí a socioekonomického statutu na životní styl obyvatel České republiky. *Tělesná kultura*, 30(1), 66–77.
- Müller, O. (2002). *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Parlament ČR (1992). *Listina základních práv a svobod*. Retrieved 10. 5. 2013 from the World Wide Web: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

- Pastieriková, L., & Regec, V. (2013). *Komunikace a lidé s mentálním postižením*. [Metodický materiál]. Retrieved 1. 6. 2013, from the World Wide Web:  
<http://posit.upol.cz/materials/komunikace-1.pdf>
- Payne, H. (1999). *Kreativní pohyb a tanec - ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál.
- Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD spol.s.r.o.
- Pipeková, J. et al. (1998). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- POHODA o.s. (2013). *Poslání a vize*. Retrieved 20. 6. 2013 from the World Wide Web:  
<http://pohoda-help.cz/menu/o-nas/poslani-a-vize/>
- Portál Ministerstva práce a sociálních věcí (2013). *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti*. Retrieved 28. 4. 2013, from the World Wide Web:  
[http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav\\_predpisy/vyklady/vyklad\\_435\\_2004\\_p67](http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/vyklady/vyklad_435_2004_p67)
- Portál veřejné správy Ministerstva vnitra (2013). *Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění*. Retrieved 28. 4. 2013, from the World Wide Web:  
<http://www.mvcr.cz/soubor/sb016-10-pdf.aspx>
- Rubištejnová, S. J. (1973). *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. et al. (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.
- Sociologický ústav AV ČR (2010). *Vstup do dospělosti – co znamená být dospělý podle Evropského sociálního výzkumu 2006*. Retrieved 10. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=366&lst=121>
- Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, o.s. (2013). *Genetické příčiny mentální retardace*. Retrieved 2. 6. 2013 from the World Wide Web:  
<http://www.spmp.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129140>



- SPOLU Olomouc (2008). Základní informace. Retrieved 15. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.spoluolomouc.cz/zakladni-informace>
- Štředová, M. (2012). *České hnutí speciálních olympiád – O nás*. Retrieved 18. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.specialolympics.cz/o-nas/>
- Sugerman, D. (2001). Inclusive outdoor education: Facilitating groups that include people with disabilities. *Journal of Experimental Education*, 24(3), 166–172.
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Švarcová, I. (2011). *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- The Arc (2011). *What Are the Causes of Intellectual Disability?* Retrieved 13. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.thearc.org/page.aspx?pid=2453>
- Tichý, J., & Miličová, L. (2012). *Jak jednat s kolegou s mentálním postižením*. Retrieved 30. 4. 2013, from the World Wide Web: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1722>
- Tilinger, P. & Svoboda, P. (2012). *Historie organizace sportu MP v České republice*. Retrieved 20. 6. 2013 from the World Wide Web: <http://www.csmps.cz/o-sportu-intelektov%C4%9B-posti%C5%BEen%C3%BDch/historie-organizace-sportu-mp-v-%C4%8Desk%C3%A9-republice-%C4%8Dsmmps>
- Tulcová, Z. (2008). *Péče o duševní zdraví v životě dospělých osob s mentálním postižením a přidruženou duševní poruchou*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Brno.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2013). *Mezinárodní klasifikace nemocí - Instrukční příručka*. Retrieved 18. 5. 2013 from the World Wide Web: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Valenta, M., & Müller, O. (2009). *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta.

- Valenta, M., Michalík, J. & Lečbych, M. (2013). Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada.
- Valjent, Z. (2008). *Pokus o vymezení pojmu aktivní životní styl*. Retrieved 6. 5. 2013 from the World Wide Web: [http://www.utvs.cvut.cz/lectors/zv\\_zivotni\\_styl.pdf](http://www.utvs.cvut.cz/lectors/zv_zivotni_styl.pdf)
- Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Válková, H. (2010). Teoretické vymezení APA jako kinantropologické disciplíny: Co to je, když se řekne APA (aplikované pohybové aktivity). *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 1(1), 25–32.
- Vašek, Š. (1994). *Špeciálna pedgogika*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.

## SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek 1. Rozložení počtu živě narozených dětí bez vrozené vady (2000 – 2006).....	20
Obrázek 2. Rozložení inteligence v populaci podle Gaussovy křivky .....	21
Obrázek 3. Výpočet IQ .....	22
Obrázek 4. Procento rodiček nad 35 let věku v ČR (1985-2011).....	29
Obrázek 5. Faktory ovlivňující úroveň pohybové aktivity v komunitě.....	34
Obrázek 6. Pyramida 3S .....	42

## 10 PŘÍLOHY

Seznam zařízení pro dospělé osoby s mentálním postižením dle krajů v ČR:

### **Praha:**

Horizont - penzion pro seniory, středisko Diakonie a misie Církve československé husitské, Praha 6

[www.domovhorizont.cz](http://www.domovhorizont.cz)

Domov sociálních služeb Vlašská, Praha 1

[www.dssv-vlasska.cz](http://www.dssv-vlasska.cz)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická, Praha 4

[www.domovsulicka.cz](http://www.domovsulicka.cz)

Domov sociálních služeb Vlašská, Praha 1

[www.dssv-vlasska.cz](http://www.dssv-vlasska.cz)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická, Praha 4

[www.domovsulicka.cz](http://www.domovsulicka.cz)

Obvodní ústav sociálně-zdravotnických služeb, Praha 8

[www.ouss8.cz](http://www.ouss8.cz)

Sluneční domov - místní organizace SPMP, Praha 9

[www.spmpr.cz](http://www.spmpr.cz)

### **Jihočeský kraj:**

Bobelovka - centrum pobytových a ambulantních sociálních služeb, Jindřichův Hradec

[www.bobelovka.cz](http://www.bobelovka.cz)

Denní a týdenní stacionář Klíček, Tábor-Záluží

[www.stacionarklicek.cz](http://www.stacionarklicek.cz)

Domov Rakovice, Rakovice

[www.domovrakovice.cz](http://www.domovrakovice.cz)

Domov Kunšov, s.r.o., Kunšov

[www.domovkunsov.cz](http://www.domovkunsov.cz)

Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie, Libníč

[www.domovlibnic.cz](http://www.domovlibnic.cz)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky, Zběšičky

[www.domovzbesicky.cz](http://www.domovzbesicky.cz)

**Jihomoravský kraj:**

Centrum sociálních služeb Znojmo, Znojmo

[www.cssznojmo.ic.cz](http://www.cssznojmo.ic.cz)

Domov Horizont, Kyjov

[www.horizontkyjov.cz](http://www.horizontkyjov.cz)

Diecézní charita Brno - Charitní pečovatelská služba, Šardice

[www.hodonin.charita.cz](http://www.hodonin.charita.cz)

Hnutí humanitární pomoci, Blansko

[www.hhp.cz](http://www.hhp.cz)

Charita Veselí nad Moravou - Denní stacionář Toník, Veselí nad Moravou

[www.veselinm.caritas.cz](http://www.veselinm.caritas.cz)

Oblastní charita Vyškov - Chráněné bydlení Ostrov jistoty, Vyškov

[www.charita-vyskov.cz](http://www.charita-vyskov.cz)

Paprsek, Velké Opatovice

[www.uspvo.net](http://www.uspvo.net)

Remedia Plus, o.p.s., Břeclav

[www.remediaplus.cz](http://www.remediaplus.cz)

Sociální služby Vyškov, Vyškov-Brňany

[www.socialnisluzbyvyskov.info](http://www.socialnisluzbyvyskov.info)

Sociální služby Šebetov, Šebetov

[www.socialnisluzbysebetov.cz](http://www.socialnisluzbysebetov.cz)

Zámek Břežany, Břežany

[www.zamekbrezany.cz](http://www.zamekbrezany.cz)

Zdislava Veselí, o.p.s., Veselí nad Moravou

[www.domacipecezdislava.w1.cz](http://www.domacipecezdislava.w1.cz)

Zámeček Střelice, Střelice

[www.zamecekstrelice.cz](http://www.zamecekstrelice.cz)

### **Karlovarský kraj:**

Domov pro osoby se zdravotním postižením Pramen v Mnichově, Mnichov

[www.kr-karlovarsky.cz/obce/MNICHOV](http://www.kr-karlovarsky.cz/obce/MNICHOV)

Domov se zvláštním režimem Matyáš v Nejdku, Nejdeč

[www.ddnejdek.cz](http://www.ddnejdek.cz)

Domov pro osoby se zdravotním postižením v Radošově, Kyselka-Radošov

[www.usp-radosov.cz](http://www.usp-radosov.cz)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Pata v Hazlově, Hazlov-Skalka

[www.usp-pata.cz](http://www.usp-pata.cz)

Sociální služby - Domov pro osoby se zdravotním postižením Sokolík, Sokolov  
[usp-sokolik@volny.cz](mailto:usp-sokolik@volny.cz)\*

Sociální služby - Domov pro osoby se zdravotním postižením, Habartov  
[usp-habartov@volny.cz](mailto:usp-habartov@volny.cz)\*

**Královéhradecký kraj:**

Barevné domky Hajnice, Hajnice  
[www.barevnedomky.cz](http://www.barevnedomky.cz)

Domov sociálních služeb Skřivany, Skřivany  
[www.usp-skrivany.cz](http://www.usp-skrivany.cz)

DUHA, o.p.s., Nový Bydžov  
[www.pomocseniorum.cz](http://www.pomocseniorum.cz)

Hewer - občanské sdružení, Hradec Králové  
[www.pecovatel.cz](http://www.pecovatel.cz)

Sociální služby města Rychnov nad Kněžnou, o.p.s., Rychnov nad Kněžnou  
[www.pecovatelkyrk.cz](http://www.pecovatelkyrk.cz)

Ústav sociálních služeb Milíčeves, Slatiny-Milíčeves  
[www.dd-miliceves.cz](http://www.dd-miliceves.cz)

**Liberecký kraj:**

APOSS Liberec, Liberec  
[www.aposs.cz](http://www.aposs.cz)

Denní a pobytové sociální služby, Česká Lípa  
[www.nadeje-cl.cz](http://www.nadeje-cl.cz)

DH Liberec, o.p.s., Liberec  
[www.domov-harcov.cz](http://www.domov-harcov.cz)

Domov a Centrum denních služeb Jablonec nad Nisou, Jablonec nad Nisou  
[www.uspjbc.cz](http://www.uspjbc.cz)

Domov Sluneční dvůr, Jestřebí  
[www.domovslunecnidvur.cz](http://www.domovslunecnidvur.cz)

Domov a Centrum aktivity, Hodkovice nad Mohelkou  
[www.dca-hodkovice.webnode.cz](http://www.dca-hodkovice.webnode.cz)

Sociální služby města České Lípy, Česká Lípa  
[www.ssmcl.cz](http://www.ssmcl.cz)

Sociální služby Semily, Semily-Podmoklice  
[www.ddsemily.cz](http://www.ddsemily.cz)

Zdravotně sociální služby Turnov, Trutnov  
[www.zsst.cz](http://www.zsst.cz)

**Moravskoslezský kraj:**

Harmonie, Krnov  
[www.usp-harmonie.cz](http://www.usp-harmonie.cz)

Charita Hlučín, Hlučín  
[www.charitahlucin.cz](http://www.charitahlucin.cz)

Marianum, Opava  
[www.marianum-opava.cz](http://www.marianum-opava.cz)

Sociální služby Karviná, Karviná-Nové Město  
[www.socsluzbykarvina.cz](http://www.socsluzbykarvina.cz)



Středisko sociálních služeb města Kopřivnice, Kopřivnice  
[www.sssmk.cz](http://www.sssmk.cz)

SANTÉ - centrum ambulantních a pobytových sociálních služeb, Havířov-Podlesí  
[www.sante-havirov.cz](http://www.sante-havirov.cz)

Slezská diakonie, Nový Jičín, Široká Niva, Komorní Lhotka  
[www.slezskadiakonie.cz](http://www.slezskadiakonie.cz)

Sociální služby města Třince, Třinec  
[www.ssmc.cz](http://www.ssmc.cz)

Zámek Nová Horka, Studénka-Nová Horka  
[www.zameknovahorka.cz](http://www.zameknovahorka.cz)

**Olomoucký kraj:**

Denní stacionář Domino (Součást USP Klíč), Olomouc  
[www.klic-css.cz](http://www.klic-css.cz)

Občanské sdružení LIPKA, Prostějov  
[www.oslipka.cz](http://www.oslipka.cz)

Okýnko Centrum denních služeb, Mohelnice  
[www.zabreh.caritas.cz](http://www.zabreh.caritas.cz)

SPOLU Olomouc, Olomouc  
[www.spoluolomouc.cz/](http://www.spoluolomouc.cz/)

UPS Klíč, Olomouc  
[www.klic-css.cz/](http://www.klic-css.cz/)

Vincentinum, Šternberk

[www.vincentinum.cz/](http://www.vincentinum.cz/)

**Pardubický kraj:**

Domov na hradě Rychmburk, Předhradí

[www.rychmburk.cz](http://www.rychmburk.cz)

Domov sociálních služeb Slatiňany, Slatiňany

[www.dss.cz](http://www.dss.cz)

Domov na zámku Bystré, Bystré

[dnzbystre@dnzbystre.cz\\*](mailto:dnzbystre@dnzbystre.cz)

Oblastní charita Moravská Třebová, Moravská Třebová

[www.ochmt.cz](http://www.ochmt.cz)

Sociální služby města Pardubic - Denní stacionář Slunečnice, Pardubice

[www.ssmpe.cz](http://www.ssmpe.cz)

Stacionář Ústí nad Orlicí, Ústí nad Orlicí

[www.stacionar-uo.cz](http://www.stacionar-uo.cz)

**Plzeňský kraj:**

Domov pro osoby se zdravotním postižením Bystřice nad Úhlavou

[www.dozpbystrice.cz](http://www.dozpbystrice.cz)

Sdružení občanů Exodus

[www.exodus.cz](http://www.exodus.cz)

**Středočeský kraj:**

Centrum služeb Slunce všem, o.p.s., Unhošť

[www.slunce.info](http://www.slunce.info)

Diakonie ČCE - středisko v Libici nad Cidlinou, Libice nad Cidlinou  
[www.libice.diakoniecce.cz](http://www.libice.diakoniecce.cz)

Domov Barbora Kutná Hora, Kutná Hora  
[www.domov-barbora.cz](http://www.domov-barbora.cz)

Domov Buda, poskytovatel sociálních služeb, Zásmyky-Nesměň  
[www.domovbuda.cz](http://www.domovbuda.cz)

Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb, Svatý Jan  
[www.domovsvatyjan.cz](http://www.domovsvatyjan.cz)

Handicap centrum Srdce, o.p.s., Poděbrady  
[www.hcsrdce.cz](http://www.hcsrdce.cz)

Integrované centrum sociálních služeb Odlochovice, Jankov-Odlochovice  
[www.ror.cz](http://www.ror.cz)

Rybka, poskytovatel sociálních služeb, Neratovice  
[www.rybka-neratovice.cz](http://www.rybka-neratovice.cz)

Speciální domov mládeže SPMP Hvozdy, Štěchovice-Masečín  
[sdm-hvozdy@centrum.cz](mailto:sdm-hvozdy@centrum.cz)\*

**Vysočina:**

Denní a týdenní stacionář Jihlava, Jihlava  
[www.stacionar-jihlava.cz](http://www.stacionar-jihlava.cz)

Domov Jeřabina, Těchobuz  
[uspm-techobuz@mybox.cz](mailto:uspm-techobuz@mybox.cz)\*

Domov bez zámku, Náměšť nad oslavou  
[www.domovbezzamku.cz](http://www.domovbezzamku.cz)

Městská správa sociálních služeb v Mostě, Most  
[www.msss-most.cz](http://www.msss-most.cz)

Sociální služby města Žďár nad Sázavou - Denní stacionář pro mentálně postižené osoby, Žďár nad Sázavou  
[www.socsluzby.sattnet.cz](http://www.socsluzby.sattnet.cz)

Ústav sociální péče Křižanov, Křižanov  
[www.uspkrižanov.cz](http://www.uspkrižanov.cz)

**Ústecký kraj:**

Domov se zvláštním režimem Krásná Lípa, Krásná Lípa  
[www.dzrkrasnalipa.cz](http://www.dzrkrasnalipa.cz)

Domovy sociálních služeb Litvínov, Litvínov  
[www.dsslitvinov.cz](http://www.dsslitvinov.cz)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením Oleška - Kamenice, Huntířov-Stará Oleška  
[www.uspoleska.cz](http://www.uspoleska.cz)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Brtníky, Staré Křečany-Brtníky  
[www.dozpbrtniky.cz](http://www.dozpbrtniky.cz)

Domov Bez zámků Tuchořice, Tuchořice  
[www.usptuchořice.estranky.cz](http://www.usptuchořice.estranky.cz)

Kamarád - LORM, Žatec  
[www.kamarad-lorm.cz](http://www.kamarad-lorm.cz)

Městská správa sociálních služeb v Mostě, Most

[www.msss-most.cz](http://www.msss-most.cz)

Ústav sociální péče Háj u Duchcova, Háj u Duchcova

[www.usp-haj.eu](http://www.usp-haj.eu)

Ústav sociální péče Jiříkov, Jiříkov

[www.uspjirikov.cz](http://www.uspjirikov.cz)

**Zlínský kraj:**

Hrádek, domov pro osoby se zdravotním postižením, Fryšták

[www.hradek-frystak.cz](http://www.hradek-frystak.cz)

Domov na Dubíčku, Hrobice

[www.nadubicku.cz](http://www.nadubicku.cz)

Radost, domov pro osoby se zdravotním postižením, Zlín

[www.radostzlin.cz](http://www.radostzlin.cz)

*pozn.: \* Uvedené zařízení nemá internetové stránky, proto je poskytnut oficiální email.*