



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sebeobsluha jako součást socializace u jedinců s Downovým syndromem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA**

Autor: Kateřina Petřů

Vedoucí práce: Mgr. Bohdana BŘÍZOVÁ, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Sebeobsluha jako součást socializace u jedinců s Downovým syndromem“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2017

.....

Kateřina Petrů

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Bohdaně Břízové, Ph.D. za odborné metodické vedení bakalářské práce a za poskytování rad. Také bych chtěla poděkovat Domovu Kopretina Černovice, že jsem tam mohla udělat praktickou část této bakalářské práce.

Sebeobsluha jako součást socializace u jedinců s Downovým syndromem

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je popsat schopnost sebeobsluhy u jedinců s Downovým syndromem a analyzovat její rozvoj. Na základě stanoveného cíle jsou stanoveny 3 výzkumné otázky.

K dosažení cíle byl zvolen kvalitativní výzkum. Data pro vznik případových studií, které jsou popsány v praktické části, jsem získala formou dotazování, metodou polořízeného rozhovoru. Klientky a vychovatelky, s kterými probíhal rozhovor, jsou z Domova Kopretina Černovice.

Teoretická část se zabývá Downovým syndromem, jeho formami, diagnostikou, charakteristickými příznaky, nejčastějšími přidruženými onemocněními a životem jedince s Downovým syndromem. Další kapitolou je vymezení mentálního postižení a socializace, speciálně sebeobsluhy.

V praktické části je vymezen cíl, výzkumné otázky a metody sběru dat kvalitativního výzkumu. Praktická část obsahuje 3 případové studie klientek Domova Kopretina Černovice.

Z případových studií bylo zjištěno, že největší problém mají lidé s Downovým syndromem v sebeobsluze s vařením a s péčí o své zdraví.

Klíčová slova

Downův syndrom; mentální postižení; socializace; sebeobsluha

Self-care as a part of socialization by people with Down syndrome

Abstract

The purpose of this bachelor thesis is to describe abilities of self-care of people with Down syndrome and analyze its development. On the basis of the stated objective there are 3 research questions.

The qualitative research techniques were used to achieve the goal of the bachelor thesis. Data for the case studies, which are in the practical part, were acquired through the semi-structured interviews. Clients and educators who gave the information stay in Domov Kopretina Černovice.

The theoretical part deals with Down syndrome, forms of Down syndrome, diagnostics, characteristic symptoms, the most frequent associated illnesses and life of people with Down syndrome. Next chapter deals with definition of mental disabilities and socialization, especially self-care.

The objective, research questions and methods of collecting qualitative research data is defined in the practical part. The practical part includes 3 case studies of clients from Domov Kopretina Černovice.

Case studies have found that people with Down syndrome have the biggest problems in self-care with cooking and taking care of their health.

Key words

Down syndrome; mental disabilities; socialization; self-care

Obsah

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
1.1 Downův syndrom	9
1.1.1 Formy Downova syndromu	10
1.1.2 Diagnostika	11
1.1.3 Charakteristické příznaky Downova syndromu	12
1.1.4 Nejčastější choroby	14
1.1.5 Život jedince s Downovým syndromem	16
1.2 Mentální postižení	24
1.3 Socializace	26
1.3.1 Sebeobsluha	27
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 Výzkumné otázky	31
2.2 Operacionalizace pojmů	31
3 METODIKA VÝZKUMU	32
3.1 Výzkumný soubor	32
3.2 Domov Kopretina Černovice	33
3.3 Realizace výzkumu a charakteristika místa šetření	34
3.4 Způsob vyhodnocení výsledků	34
3.5 Etika výzkumu	35
4 VÝSLEDKY	36

4.1	Případová studie č. 1 – Jana	36
4.2	Případová studie č. 2 – Alena.....	38
4.3	Případová studie č. 3 – Lenka	39
4.4	Metody a techniky.....	41
5	DISKUSE.....	42
6	ZÁVĚR	43
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	44
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	49
8.1	Příloha 1	50
8.2	Příloha 2	51
8.3	Příloha 3	52
	Seznam zkratk.....	53

ÚVOD

Téma práce „Sebeobsluha jako součást socializace u jedinců s Downovým syndromem“ jsem si vybrala proto, že jsem se chtěla dozvědět něco více o lidech s Downovým syndromem. Podle statistik se ročně v České republice narodí asi 70 dětí s tímto syndromem. A protože dnes je trendem integrace a inkluze, tak se s těmito lidmi budeme více a více setkávat. Proto mi přišlo toto téma pro současnou dobu vhodné. Dalším důvodem proč jsem si práci vybrala je to, že jsem chtěla vědět, jak člověk s Downovým syndromem sebeobsluhu zvládá, protože sebeobsluha poukazuje podle Petráše (2012) na samostatnost a soběstačnost, která je důležitá pro určení kvality života každého člověka a také pro určení stupně socializace.

Získané poznatky z literatury jsou popsány v teoretické části, kde si čtenáři budou moci přečíst základní informace o Downově syndromu, jaké jsou jeho formy, jak se tento syndrom diagnostikuje, jaké má nejčastější přidružené choroby. Dále se v teoretické části čtenáři dozví, jaká sociální a školská zařízení mohou navštěvovat, kam mohou chodit do školy a následně také, jaké mají lidé s Downovým syndromem pracovní možnosti. V teoretické části také najdete kapitolu o mentálním postižení, které se k Downovu syndromu vždycky váže, podle Černé (2008) hlavně lehké a středně těžké, ale někdy se může objevit i těžké nebo hluboké mentální postižení (Rachidi, 2007). Poslední kapitola v teoretické části bude pojednávat o socializaci a podkapitolou bude sebeobsluha, kterou Petráš (2012) rozděluje do 4 následujících kategorií: hygiena, oblékání a obouvání, stravování a péče o své zdraví.

V praktické části budou vytvořeny 3 případové studie, na které budu získávat data metodou dotazování, konkrétně technikou polořízených rozhovorů.

Cílem bakalářské práce je popsat schopnost sebeobsluhy u lidí s Downovým syndromem a zanalyzovat její rozvoj.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Downův syndrom

Downův syndrom je jedno z nejčastějších genetických onemocnění způsobených změnou počtu chromozomů, tzv. chromosomální aberací (Černá, 2008). Selikowitz (2011) uvádí, že syndrom je nejčastěji způsobený trisomií 21. páru chromozomů (to znamená, že má o 1 chromozom navíc), ale má ještě další formy (viz níže). Campbell (2006) tvrdí, že 21. chromozom je nejmenší chromozom v lidském těle, ale jeho ztrojení výrazně změní fenotyp člověka = to jak člověk vypadá.

Švarcová (2006) uvádí, že Downův syndrom tvoří až 10 % všech lidí s mentálním postižením. U Downova syndromu se podle Černé (2008) nejčastěji jedná o lehké až střední mentální postižení. S autorkou Černou (2008) souhlasí i Rachidi (2007), který říká, že těžké a hluboké mentální postižení se u lidí s Downovým syndromem objevuje pouze zřídka. Podle Šípka (© 2008 – 2016) autora stránky Vrozených vývojových vad je Downův syndrom „nejčastější vrozenou příčinou mentální retardace“.

Selikowitz (2011) říká, že Downův syndrom je nazýván syndromem, protože má mnoho symptomů (= příznaků), které jsou charakteristické pro daný typ postižení, ale žádná osoba s Downovým syndromem nemusí mít tyto příznaky všechny. Dále uvádí, že tento syndrom je viditelný pouhým okem už po narození.

Selikowitz (2011) udává, že se Downův syndrom vyskytuje u 1 ze 700 narozených dětí. V České republice to podle Valenty (2012) vychází na 70 narozených dětí ročně. Podle Selikowitze (2011) se rodí o něco více chlapců, ale důvod je neznámý. Podle statistiky ÚZIS Vrozených vad u narozených z roku 2012 dostupné z: www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu vyplývá, že více se narodilo chlapců s Downovým syndromem, ale procentuální zastoupení je větší u dívek (chlapců se rodí víc).

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (2014) Downův syndrom zařazuje mezi vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality a rozděluje ho na:

- „Q90 Downův syndrom,
 - Q90.0 Trisomie 21, meiotická nondisjunkce
 - Q90.1 Trisomie 21, mozaika (mitotická nondisjunkce)

- Q90.2 Trisomie 21, translokace
- Q90.9 Downův syndrom NS (nespecifikovaný)“

1.1.1 *Formy Downova syndromu*

Selikowitz (2011) uvádí, že Downův syndrom je způsobený chromozomální poruchou na 21. páru chromozomu, kvůli tomuto genu se v buňkách vytváří bílkoviny, které narušují normální růst plodu, ale bohužel nevíme, které bílkoviny toto způsobují, a nevíme ani kde působí.

Podle Selikowitze (2011) rozlišujeme 3 formy Downova syndromu:

1. Nondisjunkce (nebo trizomie 21. páru).
2. Mozaicismus.
3. Translokace.

Nondisjunkce (také trizomie 21. páru) je podle Selikowitze (2011) nejčastější typ. Švarcová (2006) udává 93 % z celkového počtu případů, naproti tomu Selikowitz (2011) až 95 % případů. Trizomii 21. páru autor popisuje tak, že se jedná o to, že v každé buňce těla je nadbytečný celý 21. chromozom. Dále říká, že děti s touto formou DS se mohou narodit matkám různého věku. Postižení podle něj vznikne tak, že matka nebo otec předají dva chromozomy číslo 21, které by se měly rozdělit a vytvořit tak 2 nové buňky. Ovšem při tomto typu se buňky neoddělí a proto se také tento typ jmenuje nondisjunkce, což znamená neoddělení (Selikowitz, 2011).

Nejdůležitějším faktorem je podle Selikowitze (2011) věk matky, ale není to faktor jediný, ostatní příčiny ale bohužel nejsou známy. Podle něj je ve 20 % případů nadbytečný chromozom ze spermie. Autor dále říká, že zjistit odkud nadbytečný chromozom je, se může pouze pomocí speciálního testu, který je ale velmi technicky náročný.

Mozaicismus se podle Selikowitze (2011) vyskytuje v 1 % případů, Švarcová (2006) říká, že ve 3 % případů. Selikowitz (2011) mozaicismus popisuje tak, že nadbytečný 21. chromozom se vyskytuje jen v některých buňkách. Autor dále říká, že z tohoto důvodů jsou poté menší příznaky, protože jsou v těle obsaženy i normální buňky. Děti postižené touto formou nemají tak výrazné fyzické rysy Downova syndromu, ale úroveň intelektu obvykle v normě není (Selikowitz, 2011).

Translokace se vyskytuje podle Selikowitze (2011) ve 4 % případů. U tohoto typu se nejedná o celý nadbytečný 21. chromozom, ale pouze o jeho část. „*K této poruše dochází v případě, že se odlomí malé vrcholky 21. chromozomu a jiného chromozomu a zbývající části obou chromozomů se spojí*“ (Selikowitz, 2011, str. 51-52). Podle něho, nemá věk rodičů u translokace žádný význam. Oponuje mu Chomiak (2014), který tvrdí, že se častěji objevuje u matek mladších 30 let.

Selikowitz (2011) říká, že nejvhodnější chromozomy k translokaci jsou chromozomy 13, 14, 15 a 22, nejčastěji se však vyskytuje mezi chromozomem 14 a 21.

Selikowitz (2011) dále uvádí, že děti s trizomií a translokací mají rozsah postižení stejný, akorát u translokace má jeden chromozom nadbytečnou horní část, která ovšem není geneticky důležitá.

1.1.2 Diagnostika

V těhotenství žena podle Bartoňové et al. (2007) prochází různými vyšetřeními, mezi které jsou začleněny i testy na odhalení vrozených vývojových vad, mezi které Downův syndrom patří. Autorka testy dělí na invazivní (zasahují do těla matky) a neinvazivní.

Vyhledávání plodu s vrozenými vývojovými vadami se nazývá **screening**, speciálně pro vyhledání plodu s Downovým syndromem se podle Bartoňové et al. (2007, str. 111) využívá **neinvazivní** diagnostika a to hlavně ultrazvukové vyšetření nebo tzv. triple test (zda jsou v krvi v pozmeněné koncentraci objeveny 3 látky, které Downův syndrom produkuje a to: „*snížená hladina alfafetoproteinu, snížená hladina volného estriolu a zvýšená hladina lidského choriového gonadotropinu*“.)

Od roku 2011 je možnost provedení nového neinvazivního testu v České republice, který se nazývá Harmony test (© 2017) a je určen všem ženám, které mají větší riziko narození postiženého plodu. Tento test se provádí jako běžný odběr krve matky (Harmony prenatal test, © 2017) a měl by mít 99% pravdivost v určování Downova syndromu.

Mezi **invazivní**, tedy zasahující do těla matky, Bartoňová et al. (2007) uvádí aminocentézu (odběr plodové vody), biopsii choriových klků (odběr vzorku z budoucí placenty plodu) a kordocentézu (odběr krve plodu z pupečnickové cévy).

1.1.3 Charakteristické příznaky Downova syndromu

Švarcová (2006) říká, že fyzické rysy dítěte s Downovým syndromem jsou ovlivněny, jako u ostatních dětí, jejich genetickou výbavou, to znamená, že polovinu svých genů získalo dítě od matky a druhou polovinu od otce. Autorka zmiňuje, že tímto předáním genů je zajištěno, že dítě je podobné svým rodičům, ale kvůli trisomii 21. páru chromozomů má některé rysy odlišné. Tyto fyzické rysy jsou podle ní důležité hlavně pro lékařskou diagnostiku. Vágnerová (2004) tvrdí, že člověk s Downovým syndromem vypadá odlišně a to může u lidí vyvolat odmítavou reakci.

Selikowitz (2011) uvádí, že **hlava** dítěte je oproti ostatním dětem menší, některé děti mají hlavu vzadu plochou (říká se tomu brachycephalia).

Campbell (2006) tvrdí, že Downův syndrom se na první pohled projevuje odlišnými rysy v obličeji. Selikowitz (2006) ho zpřesňuje tak, že **obličej** je podle jeho popisu následný: pokud se díváme zepředu, zdá se být kulatý (z důvodu zploštění hlavy), pokud se díváme z boku, tak je zploštělý z důvodu nedostatečného vyvinutí obličejových kostí a malého nosu.

Oči jsou podle Selikowitze (2011) šikmé, ale Švarcová (2006) říká, že mají normální tvar. S tím souhlasí i Pueschel (1997). Šikmost očí Švarcová (2006) vysvětluje tím, že děti mají úzká a šikmá oční víčka a navíc se u nich objevuje kožní řasa, tzv. epikantus, vedoucí mezi vnitřním koutkem oka a kořenem nosu. Selikowitz (2011) navíc tvrdí, že tato řasa je někdy vidět i u novorozenců bez Downova syndromu. U všech dětí, u kterých se tato řasa objevila, se může podle autora postupně zmenšovat nebo se ztratit úplně. Děti s Downovým syndromem mají v očních duhovkách zvláštní černé skvrny (Šmarda, 2013).

Uši jsou u diagnózy Downův syndrom o něco menší než u dětí bez postižení Downovým syndromem a jsou posazené níž, než bychom předpokládali (Šmarda, 2013). Už v roce 1997 Pueschell uváděl, že horní okraj může být někdy přehnutý. Dále říkal, že ucho má jinou stavbu než je běžné a také, že v uších jsou úzké kanálky, které podle Selikowitze (2006) způsobují častější ucpaní uší.

Podle Selikowitze (2011) je **ústní dutina** menší než obvykle. Švarcová (2006) říká, že diagnóza Downův syndrom má nižší patro a spolu s menší ústní dutinou má za následek chybné postavení některých zubů, jejichž růst je opožděný. **Jazyk** je podle

Selikowitz (2011) o něco větší než obvykle, Šmarda (2013) dodává, že je rozbrázděný a Pastieriková (2016) říká, že je příčně pruhovaný. Kvůli velkému jazyku mohou děti špatně dýchat a sát (Leifer, 2004). Dítě může kvůli svalové hypotonii (sníženému napětí) jazyk vystrkovat ven (Švarcová, 2006).

Krk je podle Švarcové (2003) obvykle širší a silnější. Pueschel (1997) i Selikowitz (2011) říkají, že novorozenci mohou mít volnou kůži vzadu na krku, která se postupem věku vyhlazuje.

Švarcová (2006) říká, že **končetiny** mají normální tvar, ale jsou širší než obvykle. Prsty na rukách jsou krátké se zakřivenými prsty (Černá, 2008). Šmarda (2013) to upřesňuje tak, že malíčky jsou rohličkovitě ohnuté. Některým dětem se přes dlaň táhne rýha, která se nazývá „opičí“, ale nevyskytuje se u všech dětí (Bartoňová et al., 2007). Selikowitz (2011) říká, že na dlani můžeme vidět tyto rýhy i dvě a táhnou se přes celou dlaň. Děti s Downovým syndromem mají specifické otisky prstů, které se od ostatních dětí liší (Bendl, 2015). Zajímavé je, že mohou mít na malíčku pouze jeden kloub, místo dvou a to zapříčiňuje, že mohou lépe malíček ohnout k ostatním prstům (Selikowitz, 2011). Na nohách mohou být mezery mezi palcem a ukazováčkem, kterým se říká sandálové (Černá, 2008).

Nízké svalové napětí (hypotonie) je podle Selikowitz (2011) nejvíce zřetelné na končetinách a krku dítěte s Downovým syndromem, postupně s věkem dítěte se ale napětí zvyšuje. Dále uvádí, že na svalovou sílu nemá napětí vliv, děti mají obvykle sílu normální i přesto, že mohou být svaly ochablé.

Velikost člověka s Downovým syndromem je podle Švarcové (2006) malá. Podle Selikowitz (2011) kolísá na dolní hranici průměru: dospělí muži podle něj dorůstají výšky 145 až 168 cm a dospělé ženy 132 až 155 cm. Udaná velikost se u každého autora mírně liší (porov. Švarcová, 2006).

Váha závisí podle Švarcové (2006) na způsobu výživy. Někteří rodiče podle ní svým dětem neadekvátně podstrojují sladkosti. Podle Bazalové (2006) děti obvykle trpí obezitou.

Věk lidí s Downovým syndromem se podle Khatri (2016) prodloužil z 28 let na 60 let.

Podle Vágnerové (2004) jsou jedinci s Downovým syndromem klidní, a emocionálně dobře ladění. Oponuje jí Selikowitz (2011), který říká, že mohou být i tvrdohlaví a mohou mít problémové chování. Dále říká, že z toho vyplývá, že každý člověk s Downovým syndromem je originální a chová se jinak.

1.1.4 Nejčastější choroby

Nemoci a zdravotní komplikace, kterými děti s Downovým syndromem trpí, jsou běžné nemoci dětského věku, ale také se vyskytují takové, které jsou u dětí s Downovým syndromem častější než u dětí bez postižení tímto syndromem (Selikowitz, 2011). Valenta (2012, s. 57) říká, že Downův syndrom je často „*spojen s poruchou vývoje některých vnitřních orgánů (např. kardiovaskulárního systému), neurologickým postižením (epileptické záchvaty a poruchy řeči)*“. Podle autorky Černé (2008) mezi ně patří například: vrozené srdeční vady, smyslové vady zrakové a sluchové, poruchy štítné žlázy nebo žaludeční a střevní abnormality.

Selikowitz (2011, str. 82) říká, že „*choroby, kterými děti s Downovým syndromem trpí častěji, bývají mírné a snadno se léčí.*“ Autor do nich zařazuje například zácpu nebo suchou pokožku těla. Závažnější choroby jsou podle něho méně časté a trpí jimi jen jedno ze sta dětí s Downovým syndromem.

Bartoňová et al. (2007) ve své knize vymezuje zdravotní obtíže, mezi které zařazuje například srdeční vady (40 %), sluchové vady (60–80 %), zrakové vady (šedý zákal asi 3 %, krátkozrakost 50 %, dalekozrakost 20 %, strabismus 23–44 %, nystagmus 3–5 %), leukémie, u které je pravděpodobné riziko výskytu 10–18krát vyšší než u běžné populace. S Bartoňovou et al. (2007) souhlasí Dressler (2015), který říká, že lidé s Downovým syndromem častěji trpí srdečními chorobami, a doplňuje, že trpí také hypotyreózou (nedostatkem tyroxinu v krvi), celiakií (nesnášenlivostí lepku) a leukemií, ale nejhlavnější problémy podle něho jsou mentální postižení a epilepsie. Barca (2014) říká, že epilepsie u jedinců s Downovým syndromem se vyskytuje asi v 1,4–17 % případů a mění se s věkem. Dále tvrdí, že v porovnání s běžnou populací se epilepsie vyskytuje častěji.

Jedna z nejčastějších vad je vada srdeční, kterou je podle Selikowitze (2011) postižena jedna třetina dětí s Downovým syndromem. Oponuje mu Fuster (2010), který tvrdí, že srdeční vadu má až jedna polovina jedinců s Downovým syndromem. Selikowitz (2011)

dále říká, že dítě se s touto vadou již narodí, ale lze ji odhalit ultrazvukem. Pokud se vada objeví, může mít podle autora několik možných podob:

- Defekt předsíňokomorové přepážky.
- Částečný defekt předsíňokomorové přepážky.
- Úplný defekt předsíňokomorové přepážky.
- Defekt mezikomorové přepážky.
- Otevřená Botallova dučej.
- Eisenmenferův komplex.
- Fallotova tetralogie (Selikowitz, 2011).

Selikowitz (2011) mezi další vady uvádí vady zrakové, mezi které patří:

- Dalekozrakost – je mírnější než krátkozrakost, jedinec špatně vidí předměty, které má blízko.
- Krátkozrakost – je méně častá, než dalekozrakost, ale obě se korigují brýlemi.
- Strabismus (šilhání) – častější je konvergentní (sbíhavé) kdy obě oči směřují k nosu, ale může objevit i divergentní (rozbíhavé).
- Nystagmus – je vada, při které oči nejsou v klidu, ale pohybují se rychle sem a tam. Ke zlepšení může dojít, pokud bude dítě nosit brýle, ale k úplnému vyléčení nedojde. Tyto pohyby omezují schopnost vidět, ale ne natolik, jak by se nám mohlo zdát.
- Katarakta (šedý zákal) – jsou zrnka na očních čočkách. Pokud jsou velká, zabraňují člověku vidět. Musí dojít k operaci, při které je možné nahradit čočku, čočkou umělou.
- Keratokonus – rohovka je kuželovitě zakřivená a to zhoršuje vidění. Lze vyléčit brýlemi nebo tvrdými čočkami. Onemocnění se v době rané dospělosti může zhoršit, poté dochází ke stabilizaci.

Podle Dresslera (2015) lidé s Downovým syndromem často trpí refrakčními vadami. Dále říká, že děti mají nízkou svalovou ostrost oproti normě a říká, že oční vady zabraňují kognitivnímu učení a motorickým schopnostem.

1.1.5 Život jedince s Downovým syndromem

Raná péče, speciálně pedagogické centrum

Raná péče je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální služba terénní, která je poskytována od narození do 7 let věku dítěte. Včasné zahájení odborné péče je podle Bartoňové et al. (2007) velmi důležité. Selikowitz (2011) včasnou péči popisuje jako rozvoj všech schopností dětí, kam zařazuje rozumové, senzomotorické, jazykové a sociální schopnosti. Autor dále říká, že dětem, kterým se dostávalo rané péče, mohou dosahovat až o 20 % lepších výsledků v inteligenčních testech. Raná péče se podle Švarcové (2006) zaměřuje nejenom na dítě s Downovým syndromem, ale i na rodiče a sourozence. Pro rodiče těchto dětí, jsou podle Selikowitze (2011) rané programy důležité v tom, že mohou získat pozitivnější přístup ke svému dítěti (raná péče vyzdvihne, co dítě může zvládnout), sejít se s dalšími rodiči a vyměnit si zkušenosti (Selikowitz, 2011).

Poté od 3 let věku dítěte, může rodič využít i služeb **Speciálně pedagogického centra** (Metodický portál, 2012).

Speciálněpedagogické centrum

Hanák et al. (2011) říká, že speciálně pedagogické centrum je školské poradenské zařízení, které je zřizováno pro klienty s různým druhem zdravotního postižení. Dítě s Downovým syndromem může podle autora navštěvovat speciálněpedagogické centrum pro žáky s mentálním postižením, se sluchovým postižením, se zrakovým postižením nebo s vadami řeči. Podle Hanáka et al (2011) má několik okruhů, kterými se zabývá:

1. Vyhledávání žáků se zdravotním postižením.
2. Komplexní diagnostika (speciálně pedagogická a psychologická).
3. Tvorba plánu péče o žáka (strategie komplexní podpory žáka, pedagogicko-psychologické vedení, apod.)
4. Přímá práce s žákem (individuální a skupinová).
5. Včasná intervence.
6. Konzultace pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení.
7. Sociálně právní poradenství (sociální dávky, příspěvky, apod.).

8. Krizová intervence.
9. Metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy (podpora při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu).
10. Kariérní poradenství pro žáky se zdravotním postižením.
11. Zapůjčování odborné literatury.
12. Zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáků.
13. Ucelená rehabilitace pedagogicko-psychologickými prostředky.
14. Pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a střední škol, instruktáž a úprava prostředí.
15. Všestranná podpora optimálního psychomotorického a sociálního vývoje žáků se zdravotním postižením v duchu tzv. ucelené rehabilitace (využívání prostředků pedagogicko – psychologických, léčebných, sociálních a pracovních), tj. zajištění komplexní péče zaměřené nejen na žáka s postižením, ale na celou jeho rodinu.
16. Vedení dokumentace centra a příprava dokumentů pro správní řízení.
17. Koordinace činností s poradenskými pracovníky škol, s poradnami a středisky výchovné péče.
18. Zpracování návrhů k zařazení do režimu vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.
19. Zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů.
20. Tvorba, návrhy a nabídka speciálních pomůcek podle individuálních potřeb žáků.

V České republice se dětem s Downovým syndromem poprvé věnovalo speciálně pedagogické centrum (SPC) při mateřské škole v Praze 8 na adrese Štíbrova 1691 (Švarcová, 2006). Činnost speciálně pedagogického centra se řídí vyhláškou č. 116/2011 Sb., kterou byla novelizována vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Vzdělávání

Děti s Downovým syndromem se podle zákona 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v platném znění se mohou vzdělávat formou individuální integrace, skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením nebo jejich kombinací.

Předškolní vzdělávání podle Bartoňové et al. (2007) mohou děti s Downovým syndromem realizovat v běžné mateřské škole, ve speciální třídě při mateřské škole nebo v mateřské škole speciální.

V období povinné školní docházky mohou podle Bartoňové et al. (2007) navštěvovat základní školu, základní školu praktickou, základní školu speciální nebo speciální třídu při základní škole. Výběr školy podle autorů vymezuje právě stupeň mentálního postižení (srov. Bartoňová et al. (2007), Selikowitz (2011). Slowík (2016) říká, že navštěvovat třídu běžné školy mohou žáci s přihlédnutím do legislativy až od roku 2005, kdy začal platit nový školský zákon č. 561/2004 Sb.

Základní školu praktickou navštěvují žáci v pásmu lehkého mentálního postižení (Bazalová, 2006). Podle autorky tato škola připravuje žáky na zapojení do běžného života, Švarcová (2006) dodává, že s přihlédnutím k jejich individuálním možnostem by mělo být dosaženo největší možné úrovně znalostí a dovedností. Valenta (2014) říká, že žáci plní povinnou školní docházku převážně praktickou výukou, například dílnami (textilními, dřevařskými, kovářskými), zahradami, výtvarnými ateliéry.

Základní škola speciální podle Bazalové (2006) vzdělává žáky se středně těžkým mentálním postižením, těžkým mentálním postižením i hlubokým mentálním postižením. Podle Valenty (2014) se rozvíjejí hlavně komunikativní, sociálně personální a pracovní kompetence. Švarcová (2006) říká, že škola se zaměřuje na základní vědomosti a dovednosti, které by poté měli žáci uplatnit v praktickém životě, dále by škola měla rozvíjet tělesné schopnosti těchto žáků. Tomu také napomáhá materiální a prostorové vybavení, mezi které bychom mohli zařadit například různé rehabilitační pomůcky, místa pro individuální práci, dále snížený počet žáků ve třídě nebo nonverbální komunikaci (Bazalová, 2006).

Podle Slowíka (2016) je integrace do třídy běžné základní školy smysluplná u jedinců s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením, kteří se do této doby vzdělávali v základní škole praktické. Od září 2016 by podle Slowíka (2016, str. 118) měli být žáci s lehkým mentálním postižením integrováni do běžných škol, *„pokud individuální míra jejich speciálních vzdělávacích potřeb při využití dostupných podpůrných opatření bude dostatečně kvalitní vzdělávání v běžné škole umožňovat“*. Dále autor říká, že žáci s těžkým mentálním postižením nebo s postižením kombinovaným a žáci s autismem se vzdělávají v základní škole speciální.

Vzdělávání v rámci profesní přípravy může být podle Švarcové (2006) realizováno v odborných učilištích nebo v praktických školách. Bazalová (2006) doplňuje ještě střední odborné učiliště, ale žák musí splnit požadavky přijímacího řízení.

Odborné učiliště podle Švarcové (2006) navazuje na základní školu praktickou, ale učivo prohlubuje a doplňuje. Důraz je podle autorky kladen hlavně na předávání praktických dovedností. Bazalová (2006) uvádí, že odborné učiliště je dvouleté nebo tříleté, pro žáky, kteří potřebují trvalý dohled jiné osoby je odborné učiliště jednoleté. Po jednom roce podle autorky žák nedostává výuční list, ale pouze vysvědčení.

Praktická škola dvouletá je podle Švarcové (2006) pro žáky se sníženou rozumovou schopností, nebo pro žáky s více vadami, kteří navštěvovali základní školu praktickou nebo základní školu speciální a skončili dříve než v devátém ročníku. Dále autorka říká, že v některých případech je možné, aby praktickou školu navštěvovali i žáci základních škol. Bazalová (2006) říká, že škola žákům rozšiřuje vědomosti z předchozího vzdělání a dále učí základy odborného vzdělávání a manuální činnosti, které se váží k vybranému oboru.

Praktickou školu jednoletou navštěvují podle Švarcové (2006) žáci s těžkým zdravotním postižením, podle autorky hlavně s těžkým stupněm mentálního postižení a žáci s více vadami. Tito žáci dokončili povinnou školní docházku v základní škole speciální, nebo v základní škole praktické. Praktická škola jednoletá připravuje své žáky hlavně na práci v chráněných pracovištích, nebo na práci v sociálních a zdravotnických službách, kde vykonávají pomocné práce a úklid (Bazalová, 2006). Nejdůležitější je podle autorky možnost odborného výcviku.

Další možností vzdělávání osob s Downovým syndromem jsou večerní školy a kurzy k doplnění vzdělání (Bartoňová et al., 2007).

Večerní školy jsou podle Bartoňové et al. (2007) důležité v tom, že opakují a prohlubují již naučené vědomosti a dovednosti. Dále podle autorky vyplňují volný čas a podle ní přispívají i k socializaci, protože se tyto lidé setkávají s lidmi se stejným nebo podobným postižením. Bazalová (2006) říká, že večerní školy obvykle zřizují občanská sdružení z požadavků rodičů. Dále autorka doporučuje, aby se večerní školy nekonaly v domovech pro osoby se zdravotním postižením, ale někde ve škole. Podle Švarcové (2006) je to obvykle v základních školách praktických nebo základních školách

speciálních, aby klienti opustili prostředí, ve kterém jsou většinu života. Dále říká, že vyučování je spíše odpoledne, většinou dvakrát týdně po 3–4 hodinách.

Kurzy k doplnění vzdělání podle Bazalové (2006) poskytují základní školy praktické nebo základní školy speciální, často pro lidi, kteří jsou klienty domovů pro osoby se zdravotním postižením. Dále autorka říká, že základní škola speciální nabízí tyto kurzy pro lidi, kteří byli osvobozeni od povinné školní docházky.

Práce:

Lidé s Downovým syndromem jsou schopni pracovního zařazení, vhodné je podporované zaměstnávání nebo práce v chráněných dílnách (Bartoňová et al., 2007). Dnes se již podle zákona č. 367/2011 Sb., kterým se aktualizoval zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. nejmenuje chráněná dílna, ale **chráněné pracovní místo**. Podle Švarcové (2006) ještě není v České republice dostatek příležitostí, kde zaměstnávat lidi s mentálním postižením. Selikowitz (2011) říká, že člověk by měl mít ze své práce uspokojení bez ohledu na své schopnosti. Vágnerová (2004) říká, že všechny pracovní schopnosti, které lidé s mentálním postižením mají a tuto práci zvládají, tak dávají náplň jejich životu. Při volbě povolání musíme zohlednit intelektuální schopnosti jedince, jeho povahu, koníčky, a také schopnost dojíždění do zaměstnání (Selikowitz, 2011).

Podle zákona číslo 367/2001 Sb., kterým se mění zákon číslo 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, může být člověk zaměstnán na otevřeném nebo chráněném trhu práce.

Podle Černé (2008) se mezi obdobím mezi školou a nástupem do pracovního procesu organizují pro mládež s mentálním postižením přípravné kurzy nebo **tranzitní programy**. Tranzitní programy mají podle autorky uvádět mladé lidi do oblasti práce, posouvat nabyté dovednosti a schopnosti do výrobního procesu a také pomáhají s vytvářením vztahů na pracovišti. Podle Kozákové (in Hanáková, 2016) se zaměřují na dovednosti spojené s dopravou do zaměstnání, sebeobsluhou, komunikací mezi spolupracovníky a nadřízenými, ale také se zaměřují na trávení volného času. Dále autorka říká, že k určení konkrétního pracoviště se provádí několik konzultací s klientem, podle kterých se poté místo určuje a na něm je podporována klientova samostatnost a zodpovědnost nad svou budoucností. Cílem tranzitních programů je

podle Gargiula (in Černá, 2008, str. 181) „*propojení vzdělávacího obsahu s požadavky života a práce člověka v komunitě jako nezávislého dospělého jedince*“.

Otevřené pracoviště a práce na něm závisí na pečlivém výběru práce, kterou by měl daný člověk vykonávat (Selikowitz, 2011). Dále autor říká, že lidé s Downovým syndromem potřebují praktickou přípravu, kterou by měli mít v posledních letech školy.

Podporované zaměstnávání je sociální služba, která je časově omezená a je poskytována lidem, jejichž schopnosti najít a udržet si práci na otevřeném trhu práce jsou omezeny (Dobromysl, © 2002-2012). Podpora vychází z individuálních schopností a potřeb konkrétního člověka, tato podpora je dlouhodobá a probíhá přímo na pracovišti (Dobromysl, © 2002-2012). U podporovaného zaměstnávání se vychází ze stávajících možností jedince, podle kterých se vyhledává pracovní místo, na kterém poté dochází k učení se dovednostem (Dobromysl, © 2002-2012).

Podle Šišky (in Černá, 2008, str. 199) se definice podporovaného zaměstnávání různí, ale v následujícím se shoduje:

- *„jde o smysluplnou, placenou a konkurenceschopnou práci,*
- *pracovní náplň je sestavena z pomocných, nekvalifikovaných činností,*
- *člověk s postižením pracuje na běžném pracovišti a je v kontaktu se spolupracovníky bez postižení,*
- *pro pracovníka je ze strany zprostředkovatelské agentury zajištěna dlouhodobá podpora, nejčastěji jde o pracovní asistenci a průběžné sledování pracovního poměru“.*

Dobromysl (© 2002-2012) uvádí několik charakteristik podporovaného zaměstnávání:

- Trénink pracovníka se provádí přímo na daném pracovišti – to, znamená, že člověk se učí přesně požadované dovednosti, nenastává situace, že by pracovník musel měnit místo. Tento trénink má výhodu v tom, že ostatní pracovníci si více zvykají pracovat s lidmi s postižením, čímž dochází k sociální integraci.
- Jde o konkurenci schopnou práci – člověk s postižením dostává stejné finanční ohodnocení, jako lidé bez postižení, také má možnost pracovat na částečný nebo celý úvazek.

- Jde o zaměstnávání v běžném pracovním prostředí – při kterém také dochází k sociální integraci, protože všichni pracovníci spolu komunikují a mají stejný pracovní prostor.
- Podpora je průběžná – pro úspěšné zapojení člověka s postižením se podpora poskytuje až 3 roky, tato doba je určena potřebami daného člověka. Pokud podporu potřebuje déle, musí se vyřešit jinou sociální službou, například osobní asistencí.
- Podpora je individuální – vychází se z toho, co člověk s postižením zvládá. Může se k tomu využít úprava pracovního prostředí a náplně práce.

Podle Černé (2008) se podpora poskytuje zaměstnanci i zaměstnavateli. Podle Slowíka (2016) jde o to, aby si člověk zaměstnání našel, poté se naučil komunikovat s ostatními pracovníky a zaměstnání si udržel. Černá (2008) říká, že člověk se také učí vyjadřovat své pocity, učí se dodržovat řád dne, je nucen být dochvilný, a v neposlední řadě se mu tím zvyšuje sebedůvěra.

Někdy je ale vhodnější zvolit práci na chráněném trhu práce, protože na otevřeném pracovišti může být člověk s mentálním postižením izolován od ostatních, nebo přetěžován a v případě chyby může o práci přijít (Selikowitz, 2011).

Chráněné pracoviště by mělo podle Selikowitze (2011, str. 166) „*udělat kompromis mezi ideálními pracovními podmínkami a produktivitou práce*“. Pracoviště by podle něj mělo být světlé, dostatečně prostorné a mělo by pořádat školení pro zaměstnance a nabízet potřebnou podporu.

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., v aktuální znění, vymezuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením v § 67 – 83. Tento zákon vymezuje **chráněné pracovní místo** (§ 75), které je na základě písemné dohody s Úřadem práce zřízené zaměstnavatelem, Úřad práce může zaměstnavateli poskytnout příspěvek. Dále podle zákona musí být dohoda na práci na tomto místě uzavřena minimálně na 3 roky.

Sociální služby:

Sociální služby se řídí podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. Tento zákon zahrnuje mezi sociální služby:

- Sociální poradenství.

- Služby sociální péče.
- Služby sociální prevence.

Z hlediska místa poskytování těchto sociálních služeb je dále dělí na:

- Pobytové.
- Ambulantní.
- Terénní.

Sociální poradenství dělí Michalík (2012) na poradenství základní a odborné, oba tyto typy jsou pro osoby bezplatné. Odborné poradenství podle něj poskytují poradny, které jsou zaměřené na určitou cílovou skupinu.

Služby sociální péče reagují na již vzniklé sociální události (například v oblasti bydlení, stravování, asistence) a nabízejí služby, které tyto události pomáhají řešit (Michalík, 2012). Bartoňová et al. (2007) říká, že tyto služby pomáhají člověku v jeho běžném životě a snaží se podporovat člověka v soběstačnosti. Autorka sem zařazuje například osobní asistenci, pečovatelskou službu, odlehčovací službu, nebo denní a týdenní stacionáře. Tyto služby si člověk z příspěvků financuje sám (Michalík, 2012).

Služby sociální prevence pomáhají předejít sociálnímu vyloučení osob s postižením, a dále chrání společnost před šířením nežádoucích jevů (Michalík, 2012).

Pro osoby s mentálním postižením vymezuje Michalík (2012) tyto sociální služby:

- Centra denních služeb.
- Denní stacionáře.
- Týdenní stacionáře.
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením.
- Domovy pro seniory.
- Domovy se zvláštním režimem.
- Chráněné bydlení.
- Azylové domy.
- Domy na půl cesty.
- Zařízení pro krizovou pomoc.
- Nízkoprahová denní centra.
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež.

- Noclehárny.
- Terapeutické komunity.
- Sociální poradny, zařízení následné péče.

1.2 Mentální postižení

Bazalová (2014, s. 15) mentální postižení definuje jako „*snížení intelektu*“ projevující se v „*kognitivní, řečové, motorické a sociální složce osobnosti*“. Valenta (2012) tuto definici doplňuje o to, že se může jednat o různou etiologii a to prenatální, perinatální nebo časně postnatální (do 2 let věku dítěte).

Valenta (2014, s. 24) považuje pojem mentální postižení za nadřazený nad pojmem mentální retardace. Sám mentální retardaci definuje takto: „*Jde o vývojovou poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních dovedností*“. Do kategorie mentálního postižení zařazuje všechny jedince s IQ nižším než 85.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (2014) mentální retardaci zařazuje do duševních poruch a poruch chování. Podle této klasifikace je mentální retardace rozdělena na:

- Lehkou (F70).
- Středně těžkou (F71).
- Těžkou (F72).
- Hlubokou (F73).
- Jinou mentální retardaci (F78).
- Neurčenou mentální retardaci (F79).

Lehká mentální retardace je podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize určena inteligenčním kvocientem (IQ) 50–69. Krejčířová (2006) o ní říká, že se obvykle rozpozná až v předškolním věku, někdy až v 1. třídě, když začne dítě v určitých oblastech selhávat. Autorka to popisuje tak, že od dítěte očekáváme vyřešení složitějších úkolů, které není schopno zvládnout. Vágnerová už v roce 2004 říká, že lidé s lehkou mentální retardací jsou schopni myslet pouze konkrétně (chybí jim schopnost abstrakce), a jejich verbální projev je jednodušší. Ovšem Švarcová (2006) říká, že řeč umí používat tak, aby se domluvili v běžném životě. V dospělosti mohou být podle

Krejčířové (2006) úplně samostatní, ovšem ve složitějších situacích jsou rádi za menší pomoc. Vágnerová (2004) tvrdí, že se mohou zapojit do pracovního procesu, ale potřebují nad sebou dohled.

Středně těžká mentální retardace je podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize určena inteligenčním kvocientem 35–49. Krejčířová (2006) tvrdí, že se rozpozná už v kojeneckém, nejpozději v batolecím období. Vágnerová (2004) říká, že myšlení je na úrovni předškolního dítěte, mluvená řeč je chudá s častými agramatismy, se špatnou artikulací. Švarcová (2006) říká, že komunikace je značně omezená, stejně jako schopnost soběstačnosti a zručnosti. Dále autorka říká, že lidé s tímto stupněm mentálního postižení jsou schopni jednoduché manuální práce, pokud mají odborný dohled a přesně vědí, jak mají postupovat. Podle Krejčířové (2006) se mohou dobře uplatnit na chráněných pracovních místech nebo v podporovaném zaměstnávání.

Těžká mentální retardace je podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize ohraničena inteligenčním kvocientem 20–34. Podle Krejčířové (2006) ji lze rozpoznat již od raného věku. Dále říká, že se často objevuje s přidruženým pohybových postiženími, nebo poruchami zraku a sluchu. Úroveň chápání je podle Vágnerové (2004) na úrovni batolete. Podle ní se naučí říkat jen několik slov, která špatně používají, nebo nedokáží mluvit vůbec. Při stimulaci těchto jedinců je kladen důraz hlavně na zvládnutí komunikace, která může být i neverbální a dále na porozumění běžným situacím (Krejčířová, 2006).

Hluboká mentální retardace je podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize určena inteligenčním kvocientem pod 20. Švarcová (2006) uvádí, že inteligenční kvocient nejde přesně změřit, jde pouze odhadnut. Krejčířová (2006) říká, že s hlubokou mentální retardací se pojí i těžké pohybové postižení. Také by se dalo říci kombinované postižení (Vágnerová, 2004). Komunikaci si podle Krejčířové (2006) neosvojí, dokáží vyjádřit pouze libost a nelibost, ale velmi dobře dokáží reagovat na taktilní podněty.

Jiná mentální retardace je podle Švarcové (2006) diagnostikována pouze pokud nelze určit stupeň intelektu obvyklými metodami kvůli přidruženým poškozením, například: smyslovým postižením, tělesným postižením, autismu.

Nespecifikovaná mentální retardace se používá, pokud je mentální postižení potvrzené, ale nelze určit jeho stupeň (Švarcová, 2006).

1.3 Socializace

Socializace má několik definic. Podle Novotné (2008, str. 115) je „*socializace proces učení žít spolu s ostatními*“. Montoussé (2005, str. 109) definici doplňuje takto: „*je to proces, který společnosti umožňuje předávat její kulturní modely z generace na generaci. Proces tohoto předávání ovšem není mechanický, nesmíme zapomínat, že významnou roli v něm hraje jedinec samotný*“. Dále autor tvrdí, že se odehrává mezi lidmi, pokud jsou spolu v sociální interakci. Jako další bych ráda uvedla definici Mareše (2013, str. 41): „*Socializací rozumíme složitý a dlouhodobý proces, v němž se jedinec postupně včleňuje do společnosti. Proměňuje se z bytosti, v níž na počátku dominují aspekty biologické, v bytost společenskou a kulturní. Učí se fungovat nejprve v rodině, pak v malých sociálních skupinách a nakonec ve společnosti. Učí se řídit své jednání a odpovídat za ně. Osvojuje si jazyk, různé sociální role, kulturní návyky, znalosti předchozích generací, společenské normy a hodnoty*“.

Nakonečný (2011) říká, že socializace je proces celoživotní a začíná už v novorozeneckém období. Tuto první fázi označuje jako **primární socializaci** a její složkou je rodinná výchova. Dítě by se podle něho mělo naučit základní kulturní návyky (kam patří sebeobsluha, oblékání, hygiena), schopnosti komunikace, naplňování rolí svého pohlaví, chování v souladu s očekáváními, orientaci v základních hodnotách kultury (co je dobré a co zlé). Jandourek (2008) dodává, že primární socializace probíhá hlavně emoční cestou.

Další fází je **sekundární socializace**, ke které dochází v dospělosti (Nakonečný, 2011). Oponuje mu Mareš (2013), který říká, že do sekundární socializace patří hlavně škola, ve které se dítě setkává s vrstevníky, se kterými má možnost se porovnávat. Podle Valenty (2012) mají rodiče v sekundární fázi hlavně funkci motivační a vytvářejí podmínky ke vzdělávání.

Jandourek (2008) dodává, že existuje **terciální socializace**, do které podle něho spadá celý zbytek života. Podle něho v této fázi člověk řeší požadavky, které jsou pro něho nové, a setkává se s nimi v nových situacích.

Kozáková (2005) říká, že socializace u dítěte s mentálním postižením je jiná, než u dítěte bez postižení z důvodu přítomnosti postižení. Podle ní je proces socializace ovlivněn postoji společnosti, která mívá vůči lidem s mentálním postižením různé

předsudky, které ovlivňují rodinu a ta tak snižuje požadavky na dítě s mentálním postižením. Dále říká, že socializaci ovlivňují vnitřní a vnější faktory, kam zařazuje například negativní sebepojetí, způsob podpory vzdělávání, nebo využívání volného času a možnosti bydlení.

Valenta (2012) říká, že jedinci s Downovým syndromem mohou dosáhnout vysoké úrovně socializace, pokud se jim bude věnovat včasná odborná pomoc.

1.3.1 Sebeobsluha

Sebeobsluha je podle Petráše (2012) důležitá pro určení kvality života a stupně socializace. Dále říká, že sebeobslužné dovednosti jsou pro člověka důležité z hlediska samostatnosti a nezávislosti. Autor dále přidává, že dovednosti sebeobsluhy jsou zapsané v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF d510–599, d610–699), nejčastěji se uvádí hygiena, oblékání a obouvání, stravování a v souvislosti s dospělými ještě péče o své zdraví.

Podle motorických schopností, které ukazují na mentální úroveň, lze snadno odvodit schopnost sebeobsluhy (Petráš, 2012). Ale musíme se dívat i na další schopnosti dítěte jako je například vnímání, vizuomotorika, temperament (Bednářová, 2011). Marchal (2016) hodnotí socializaci jako nejlepší schopnost lidí s Downovým syndromem v porovnání s jazykovými dovednostmi a dovednostmi každodenního života.

Sebeobsluha se podle Petráše (2012) odvíjí i od stupně mentálního postižení. Podle něj není u osob s **lehkou mentální retardací** sebeobsluha výrazněji narušená. Dále uvádí, že v péči o vlastní osobu jsou nezávislí, v praktických domácích dovednostech jsou pomalejší, ale také samostatní. Švarcová (2006) s Petrášem souhlasí, ale dodává, že vývoj sebeobsluhy je pomalejší, než je obvykle v normě.

U osob se **středně těžkou mentální retardací** se sebeobsluha podle Petráše (2012) výrazněji zpomaluje, ale běžné a jednoduché dovednosti zvládají. Valenta (2007) mu oponuje, že osoby se středně těžkou mentální retardací mají výrazně omezené schopnosti sebeobsluhy.

Petráš (2012) uvádí, že jedinci s **těžkou mentální retardací** jsou v sebeobsluze odkázáni na pomoc jiné osoby, protože úroveň jejich sebeobslužných dovedností je na velmi nízké úrovni. Valenta (2007) říká, že tyto jedinci mají výrazně snížené schopnosti

sebeobsluhy, nebo jí nejsou schopni vůbec. Dále upřesňuje, že jejich strava musí být speciálně upravená.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví MKN (2001) do sebeobsluhy zařazuje péči o sebe a život v domácnosti. Péči o sebe dále MKN dělí na:

- Mytí sebe sama.
- Péči o části těla.
- Používání toalety.
- Oblékání.
- Jídlo.
- Pití.
- Péče o své zdraví.

A život v domácnosti rozděluje na:

- Získání nezbytných životních potřeb.
- Domácí úkony.
- Starost o domácnost a pomoc ostatním.

Petráš (2012) do sebeobsluhy zařazuje hygienu, oblékání a obouvání, stravování a péči o zdraví (tab.1).

Tabulka 1 Možnosti dosažení dovedností v sebeobsluze vzhledem k stupni mentálního postižení

		Hygiena	Oblékání, obouvání	Stravování	Péče o své zdraví
LMP	Plní většinou samostatně.	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám).	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám).	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám).	Většinou jsou schopni v rámci svých možností dodržovat zásady péče o své zdraví.
STMP	Některé činnosti zvládnou sami, u některých potřebují pomoc.	Někdy si samostatně myjí ruce (před jídlem, po použití WC) a obličej. Používají ručník, mýdlo, hřebínek.	Převážně s dopomocí: Oblékání, svlékání. Zapínání (zipy, knoflíky).	Převážně s dopomocí: Prostírání stolu, chystání talířků a příboru, úklid, mytí nádobí.	Reagují na zákazy. Částečně mohou rozpoznat nebezpečnou situaci, upozornit blízkou osobu, nejsou však schopni poskytnout první pomoc.

		<p>Pouštějí vodu.</p> <p>Uklízejí pracovní místo a pomůcky.</p> <p>Čistí si zuby s pomocí.</p> <p>Upozorní na nutnost vykonání potřeby.</p> <p>Na upozornění používají kapesník, ale nesmrkají.</p>	<p>Ukládání oblečení a bot na určené místo v šatně.</p> <p>Zavazování bot.</p> <p>Rozpoznání částí oblečení (svého oblečení).</p> <p>Složení a uložení věcí.</p>	<p>Pití z hrnečku, jezení příborem, popř. vidličkou.</p> <p>Správné sezení u stolu.</p> <p>Zásady slušného chování (poprosit, poděkovat).</p>	<p>Dle svých možností a na základě instrukce jsou schopni dodržovat zásady správné výživy.</p> <p>Řídí se pokyny odpovědných osob, většinou však nejsou schopni hlásit jim ohrožení sociálně-patologickými jevy.</p> <p>Při správném vedení jsou schopni překonávat strach a cítit se jistěji.</p>
TMP	Plní převážně s dopomocí.	<p>Přivykání na vodu, omývání rukou a obličej vlhkou žinkou.</p> <p>Nejsou schopni upozornit na vykonanou potřebu a nutnost přebalení.</p>	<p>Zraková pozornost při oblékání.</p> <p>Nastavování končetin.</p>	<p>Krmení ve vhodné poloze.</p> <p>Individuální příjem polotuhé potravy lžičkou.</p> <p>Kladení soust na různá místa v ústech.</p> <p>Napomáhání polykání masáží pod bradou.</p> <p>Pití z láhve, hrnečku, popř. lžičky.</p>	<p>Ne vždy reagují na zákazy.</p> <p>Většinou nerozpoznají nebezpečnou situaci.</p> <p>Nejsou schopni dodržovat zásady správné výživy.</p> <p>Odkázání na pomoc druhých.</p> <p>Snadno manipulovatelní.</p> <p>Ohrožení sociálně-patologickými jevy.</p>
HMP	Nesamostatnost, odkázání na pomoc jiných.	Nesamostatnost.	Nesamostatnost.	Zasondování, odkázání na pomoc druhých.	Odkázání na pomoc druhých.

Zdroj: Petráš, 2012, str. 268

Selikowitz (2011) sebeobslužné dovednosti u jedinců s Downovým syndromem a u jedinců bez tohoto postižení porovnává v následující tabulce (tab.2):

Tabulka 2 Vývojová stádia v sebeobslužných dovednostech

Sebeobslužné dovednosti	Downův syndrom		Normální vývoj	
	Průměrný věk	Věkové rozmezí	Průměrný věk	Věkové rozmezí
Opětuje úsměv	3 měsíce	1,5–5 měsíců	1,5 měsíce	1–3 měsíce
Jí rukama	18 měsíců	10–24 měsíců	10 měsíců	7–14 měsíců
Pije ze šálku (bez pomoci)	23 měsíců	12–32 měsíců	13 měsíců	9–17 měsíců
Používá lžiči	29 měsíců	13–39 měsíců	14 měsíců	12–20 měsíců
Chodí na nočník	3,25 roku	2–7 let	19 měsíců	16–42 měsíců
Obléká se (bez zapínání)	7,25 roku	3,5–8,25 roku	4 roky	3,25–5 let

Zdroj: Selikowitz, 2011, str. 61

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem bakalářské práce je popsat schopnost sebeobsluhy u lidí s Downovým syndromem a zanalyzovat její rozvoj.

Na základě stanoveného cíle, byly stanoveny 3 výzkumné otázky.

2.1 *Výzkumné otázky*

1. Jak probíhá socializace v oblasti sebeobsluhy u člověka s Downovým syndromem?
2. Co vše jedinec s Downovým syndromem v rámci sebeobsluhy zvládne?
3. Jaké metody a techniky mohou být využity pro rozvíjení sebeobsluhy u člověka s Downovým syndromem?

2.2 *Operacionalizace pojmů*

Kromě pojmů již popsaných v rámci teoretické části bakalářské práce jsou pro výzkumné účely operacionalizovány ještě následující pojmy:

Sebeobsluha – sebeobsluhou je myšlena hygiena, oblékání a obouvání, stravování a péče o své zdraví.

Metody a techniky (využité pro rozvoj sebeobsluhy) – Hlavní metodou je myšlen individuální přístup ke klientům. Protože sebeobslužné dovednosti se také velmi pojí s motorikou, tak zda je zahrnuto nějaké cvičení.

3 METODIKA VÝZKUMU

V rámci svého kvalitativního výzkumu jsem použila metodu dotazování, konkrétně jsem použila techniku polořízeného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum podle Hendla (2005) chápou někteří pouze jako doplněk k výzkumu kvantitativnímu, ale Švaříček et al. (2007) oba výzkumy rozděluje tak, že se v kvalitativním výzkumu využívá rozhovor, a naopak v kvantitativním výzkumu dotazník. Hendl (2005) dále říká, že na začátku si výzkumník musí určit téma a výzkumné otázky, které může ale během výzkumu doplňovat nebo měnit.

Reichel (2009) **dotazování** popisuje jako výzkum sociální, při kterém se dostáváme do kontaktu se živými osobami. Podle něj může být ve formě rozhovoru nebo dotazníku.

Švaříček (2007) říká, že rozhovor je nejčastější metoda pro získávání dat v kvalitativním designu. Autor říká, že **polořízený rozhovor** je jednou z možností hloubkového rozhovoru. Dále říká, že tazatel musí mít připravený seznam otázek a témat. Podle Reichela (2009) může měnit pořadí otázek podle situace nebo otázky přidávat. Dále tvrdí, že u této formy rozhovoru se promítá prostředí, ve kterém se rozhovor koná.

3.1 Výzkumný soubor

V rámci mé bakalářské práce byly zvoleny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvoří pracovníci Domova Kopretina Černovice a druhý výzkumný soubor tvoří klienti s Downovým syndromem z tohoto Domova Kopretina, kteří navštěvují Domov pro osoby se zdravotním postižením. Klienti byli vybráni záměrně přes instituci Domov Kopretina Černovice, příspěvková organizace.

Pro výzkum byla použita fiktivní jména klientek: Jana, Alena a Lenka. Pracovníci byli vedoucí oddělení, v kterých jsou klientky ubytované.

Nejdříve jsem se sešla s vedoucím odborného úseku, kterému jsem popsala, co budu dělat a k čemu to potřebuji a on mi doporučil klientky, které jsou schopné komunikace a rozumí otázkám. S těmito klientkami a jejich vedoucími oddělení jsem poté vedla polořízené rozhovory.

3.2 Domov Kopretina Černovice

Domov Kopretina Černovice je příspěvková organizace, která podle Registru poskytovatelů sociálních služeb (© 2006-2017) poskytuje následující sociální služby:

- Chráněné bydlení.
- Denní stacionář.
- Týdenní stacionář.
- Domov pro osoby se zdravotním postižením.
- Sociálně terapeutické dílny.
- Odlehčovací služby.

Chráněné bydlení je určeno pro osoby s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením. Domov Kopretina má kapacitu pro 5 klientů. Klientům je nabízená celá řada terapií, různé zájmové činnosti a samozřejmě podpora při stravování, hygieně a při zvládání sebeobslužných činností.

Denní stacionář má kapacitu 5 klientů, kteří jsou s různým typem mentálního postižení, ale mohou mít i další přidružené onemocnění.

Týdenní stacionář má kapacitu 12 lůžek, klientům je poskytována podpora při sebeobsluze a vzdělávání. Je využíváno různých terapií a zájmových činností.

Domov pro osoby se zdravotním postižením je rozdělen podle pohlaví, věku a podle podpory, kterou klienti potřebují. Kapacita je 147 lůžek. Klientům je poskytnuto trvalé ubytování.

Sociálně terapeutické dílny pomáhají klientům ve zdokonalování pracovních návyků a dovedností, které by jim měly pomoci při uplatnění na trhu práce. Celkem je v sociálně terapeutických dílnách 40 pracovních míst.

Odlehčovací služby nabízí domov Kopretina rodinám starajícím se o děti, mládež i dospělé s různým typem mentálního postižení s možným přidruženým smyslovým nebo tělesným postižením. Kapacita je 10 lůžek, a klienti tam mohou být maximálně 3 dny za sebou.

3.3 Realizace výzkumu a charakteristika místa šetření

Výzkum byl realizován o prázdninách v roce 2017. V rámci výzkumného šetření jsem použila techniku polořízeného rozhovoru. Rozhovor jsem dělala s klientem a s pracovníkem, který s klientem pracuje.

Před začátkem rozhovoru jsem si připravila otázky, na které jsem se během rozhovoru ptala. Stěžejní oblasti byly rozděleny na hygienu, oblékání a obouvání, stravování a péče o své zdraví. Každý rozhovor trval přibližně 20 minut, byl zaznamenáván na diktafon a následně použit jako zdroj pro případové studie.

Nejdříve jsem dělala rozhovor s klientkami a poté s pracovníky Domova Kopretina Černovice. Nejdříve jsem mluvila s Janou a Alenou, rozhovor probíhal v jejich pokoji. Nejdříve jsem se ptala jedné a poté druhé klientky. S jejich pracovníci jsem mluvila na pokoji samostatně. S Lenkou a její pracovníci jsem mluvila na společenské místnosti. Když jsem se ptala Lenky a nerozuměla jsem jí, tak mi pracovnice řekla, co klientka říká. Poté jsem se ptala pracovnice, Lenka byla u rozhovoru také.

Výzkumné šetření probíhalo v Domově Kopretina Černovice, právní forma je příspěvková organizace. Hlavním cílem Domova Kopretina je vytvořit domov dětem, mládeži a dospělým se zdravotním postižením, kteří vzhledem ke své sociální situaci nemohou žít v přirozeném prostředí. Organizace má za cíl rozvíjet přirozené vazby s okolím a s rodinou (Domov Kopretina Černovice, 2015).

3.4 Způsob vyhodnocení výsledků

Data sesbíraná technikou polořízeného rozhovoru byly zpracovány do 3 případových studií. V každé je popsán současný stav sebeobsluhy každého klienta.

Případovou studii Sedláček (2007) popisuje jako jednu ze základních výzkumných desingů. Podle něj se případová studie zabývá jedním nebo několika málo případy, které napomáhají porozumění složitým sociálním jevům. Dále autor tvrdí, že jednotlivé definice se mohou v literatuře lišit. Hendl (2005) popisuje případovou studii tak, že sbírá mnoho informací od několika mála případů, aby vznikl podrobný a celistvý případ. Dále autor píše, že díky vzniklé případové studii můžeme lépe chápat podobné případy. Případová studie musí být pružná, aby pokryla množství dat, která mohou být převzatá z rozhovorů, pozorování nebo dokumentů (Hendl, 2005).

Sedláček (2007) uvádí, že případové studie se mohou dále dělit. Autor uvádí rozdělení podle Yina, který říká, že případová studie může být deskriptivní (vyprávěcí zprávy), explorativní (výzkum případu a jeho struktury), explanatorní (poskytující kompletní vysvětlení i s příčinami a kontextem případu) a evaluační studie (zhodnocení celého případu).

3.5 Etika výzkumu

Podle Švaříčka (2007) musíme v téměř každém výzkumu řešit etické otázky, které jsou psány obecně v rovině principů. Základní principy jsou podle něj důvěrnost, poučený souhlas a zpřístupnění práce účastníkům výzkumu.

Důvěrnost podle Švaříčka (2007) znamená, že nesmíme zveřejnit žádná data, která by mohla vést k identifikaci účastníků výzkumu. Důležité také je, aby nedošlo k žádné újmě či poškození účastníků. Získaná data by neměl výzkumník nechávat na volně přístupném místě, autor doporučuje mít zaheslovaný počítač.

Poučený souhlas je podle Švaříčka (2007) dalším základním principem. Tento souhlas podle autora musí mít výzkumník zdokumentovaný písemně, nebo ústně například nahraný na diktafonu.

O **zpřístupnění práce účastníkům výzkumu** se podle Švaříčka (2007) vedou velké debaty. Podle autora by měl výzkumník, pokud zpřístupnění respondentům slíbil, dát svůj výzkum k přečtení. Jinak by podle něj mohl zkomplikovat vstup dalším výzkumníkům do daného prostředí

Daná pravidla jsem ve své práci použila.

Oslovenému vedoucímu odborného úseku jsem popsala svůj koncept bakalářské práce včetně výzkumu. Před zahájením jsem mu dala podepsat informovaný souhlas (Příloha 3) a on mi doporučil klientky vhodné k rozhovoru. Pracovníci na oddělení a klientky také získali základní informace o mé bakalářské práci a s rozhovorem souhlasili. Souhlas mám nahraný v diktafonu. Všechna získaná data z položených rozhovorů jsou v archivu autorky práce.

4 VÝSLEDKY

Na základě dat získaných v polořízených rozhovorech s klientkami Domova Kopretina a s pracovníky tohoto domova, byly vytvořeny tři případové studie. V případových studiích jsou okrajově zmíněny základní informace, které jsem se dozvěděla. Některé informace jsem v rámci ochrany osobních údajů klientů získat nemohla.

4.1 Případová studie č. 1 – Jana

Jana je krásná a upovídaná dáma, která se ráda směje. Narodila se v roce 1976. V listopadu jí bude 41 let. Narodila se se zdravotním postižením, s diagnózou Downův syndrom. Jana je na rozhraní lehkého až středně těžkého mentálního postižení.

Vyrůstala v dobře fungující rodině, rodiče jí brali stejně jako její sourozence. Neměla žádná zvláštní. Navštěvovala běžnou mateřskou školu, poté základní školu praktickou (dříve s názvem zvláštní). Ve své dětské roli je spokojená, ale má tendence k pohodlnosti.

Její zálibou jsou ruční práce. Má dobrou jemnou motoriku, ve svém volném čase se věnuje malování. Nejradši maluje zvířata, například zajíce nebo srnky. Dále se věnuje vyšívání, nebo pracuje s papírem, z kterého tvoří ozdoby (květiny a zvířata). Vyšívání se naučila ještě ve škole, něco odkoukala od pracovníků na oddělení. V domově chodí na výtvarný kroužek.

Jana je ráda středem pozornosti, snaží se navazovat kontakty s různými lidmi, je přátelská a ve společnosti se chová podle pravidel slušného chování.

Po prázdninách se bude v rámci zařízení stěhovat do chráněného bydlení, kam se těší. Přeje si, aby byla více samostatná. Hlavně aby se mohla zapojit do příprav vaření.

Sebeobsluha: Jana má podle pracovníce v rámci sebeobsluhy jen dohled. (Další formy mohou být úplná samostatnost, dozor nebo nesamostatnost.)

Hygienu: Hygienu Jana zvládá dobře, je orientovaná v čase, takže ví, že ráno a večer si má jít vyčistit zuby. Je schopna rozpoznat, pokud se jí chce na záchod, kam si také sama dojde. Je schopná se sama učešat a umýt si vlasy. Pokud se jde umýt, připraví si sprchový šampon, mycí houbu, ručník a věci na spaní. Nehty na rukách si umí také

sama ostříhat, ale na nohách si nehty stříhala do kulata, takže jí zarůstaly a proto teď chodí na pedikúru.

Oblékání a obouvání: Jana je schopná se samostatně oblékat i svlékat. Oblečení si vybírá sama podle počasí, podle jejích slov se každé ráno koukne na počasí z okna a poté na teploměr, který má ve skříni v pokoji a podle toho se rozhodne, jaké oblečení bude vhodné. Sama o sobě říká, že umí zavázat tkaničky, rozepínat a zapínat zipy i knoflíky. Její slova potvrdila i pracovnice, která Janu chválila, že opravdu v rozepínání a zapínání nemá žádný problém. Doma dříve podle svých slov prala, žehlila. V domově třídí vyprané věci z prádelny podle jména, protože umí číst.

Stravování: Jana jí samostatně, používá vidličku a nůž. Jí čistě. Umí se napít z hrnečku. V pokoji má hrnek s čajem a skleničku se šťávou. Podle svých slov umí uvařit čaj.

Pokud má službu v kuchyni tak připravuje stůl, kam připraví lžíce a příbory (jak sama říká na polévku a na hlavní chod), a talíře podle počtu lidí na oddělení. Jednoduché jídlo by podle svých slov zvládla, říká, že umí uvařit párky, ale musí si ohlídat, aby nepopraskaly. Některé středy si vaří jídlo na odděleních sami, jinak se vozí jídlo z jídelny. Pokud si připravují jídlo sami, tak umí oloupat cibuli, nebo brambory, také umí nakrájet zeleninu na kostky. Sama o sobě říká, že ráda vaří. Vajíčka s cibulkou by prý zvládla. Jednoduché jídlo podle jejích slov stačí umět uvařit, proč by měla vařit něco těžkého. Polévku jim nalévají pracovníci, hlavní jídlo jim také připravují. Po obědě pokud má službu v kuchyni, tak dává nádobí do myčky na nádobí a poté ho vyndává.

Péče o své zdraví: Jana podle svých slov dodržuje správnou výživu. Umí si připravit papriku nebo jablko, které si umyje a nakrájí. Má ráda ovoce i zeleninu. Na oběd si dává malé porce, ale pokud jí jídlo chutná, tak si přidá. Podle pracovnice si uvědomuje, že by neměla jíst mnoho, ale touha na jídlo je silnější než ona, protože jí to chutná. Pokud by jí nikdo neovlivňoval, tak by jedla víc.

Když je nemocná, tak leží v posteli a bere léky. Podle pracovnice o své zdraví pečuje až moc. Nebezpečné situace si ráda vymýšlí, pořád se bojí, že se něco stane.

4.2 Případová studie č. 2 – Alena

Alena je menší veselá dívka s brýlemi. Narodila se v roce 1979, v současné době jí je 38 let.

Alena se narodila starším rodičům, vyrůstala jako jedináček. Stupeň mentálního postižení byl diagnostikován na středně těžký. Do svých 32 let vyrůstala v rodině, po smrti obou rodičů se dostala do Domova Kopretina Černovice.

Alena vyžaduje respekt, obává se sporů a konfliktů, ale nebojí se ozvat, pokud to je v její prospěch. Ví, že se nemá žalovat, ale ráda řekne, co si o ostatních myslí.

Mezi její zájmy patří poslech dechové hudby, tanec a zpěv. Ve volném čase si pouští rádio, kazety nebo televizi Šlágr, kde zpívají její oblíbené lidové písničky. Ráda navštěvuje koncerty dechových kapel. Mezi její nejoblíbenější kapelu patří Babouci. V domově chodí na kroužek náboženství a v neděli chodí do kostela.

Navštěvuje sociální službu sociálně terapeutické dílny, kde stříhá molitan do polštářů a hraček, které se v dílnách vyrábí. V dílnách také uklízí.

Po prázdninách se bude v rámci zařízení stěhovat do chráněného bydlení spolu s Janou, kam se obě těší. Alena se těší na to, že bude moct vařit, žehlit a prát.

Sebeobsluha:

Hygiena: Alena se zvládne sama umýt, ráno a večer si čistí zuby, na sprchování si připraví sprchový gel a šampon. S těmito prostředky podle slov pracovnice neumí hospodařit, proto mýdlo nemá tekuté, ale v kostce. Tyto kostky vymydlí klidně dvě až tři za týden. Šampon má na týden. Vlasy si ale sama dokáže umýt i učesat. Vlasy nosí v culíku, nebo si vezme čelenku. Nehty si umí ostříhat na rukách, na nohách jí stříhá nehty pedikérka. Protože si okusovala nehty, tak ji byly udělány nehty umělé, ty pomohly k tomu, aby si je již nekousala. Od té doby si nehty lakuje lakem. Podle pracovnice je poté lak i na prstech a na stole, kde si Alena nehty lakovala, ale účel toho, aby si nekousala nehty, to splňuje. Na záchod si umí dojít sama, ale v Domově Kopretina ji museli naučit, jak se používá toaletní papír, z domova byla zvyklá používat žínku. Také dlouho trvalo, než jí odnaučili prskat do vody, když si myla obličej. Pokud uklízí, tak neumí hospodařit s čistícími prostředky. Pracovnice ji to proto vždycky připraví a poučí ji o správném množství.

Oblékání a obouvání: V oblékání nemá problém, při výběru oblečení se řídí počasím. Pokud neví, co by si měla vzít na sebe, tak se poradí se spolubydlící. Zvládne se obléknout sama. Podle svých slov, říká, že někdy potřebuje s něčím poradit. Myslí to tak, že pokud jede někam na delší dobu, tak potřebuje poradit s tím, co si má zabalit s sebou. S tkaničkami nemá problém, ty ji naučila zavazovat ještě její mamka. Podle pracovnice se jde převléknout i několikrát za den, pokud se zašpiní a prádlo nese do prádelny.

Říká, že ráda žehlí, když bydlela s rodiči, tak prý tatškovi žehlila košile. Dále říká, že by zvládla zapnout pračku a pověsit prádlo.

Stravování: Umí jíst čistě příborem a umí pít z hrnku. Pokud má službu v kuchyni, tak připravuje stůl, kam připraví talíře, lžice a příbory pro všechny. Jak sama říká, při obědech pomáhá tak, že nosí termosy s jídlem. Sama ještě nic nevařila, ale umí udělat zmrzlinové poháry. Sama na ně nakrájí jahody, jiná klientka spočítá klienty na oddělení a podle toho nakrájí porce zmrzliny. Když jsem se ptala podruhé, co umí uvařit, tak řekla, že by zvládla udělat bramborovou kaši a ohřát párky nebo klobásu. Je ráda, pokud ji s tím někdo radí, ale podle svých slov by to zvládla sama. Podle pracovnice by se jí musel opakovat každý krok. Sama by to podle ní nezvládla. Z domova byla zvyklá na to, že se každý den došlo pro hotová jídla.

V současné době se učí dělat chlebičky a jednohubky. Pomáhá při přípravě pomazánek, krájení veky. Chtěla by se naučit více vařit.

Podle pracovnice, když bydlela ještě s rodiči, tak chodila samostatně nakupovat.

Péče o své zdraví: O své zdraví pečuje tak, že jí ovoce a zeleninu. Když se řízne, tak si dá rychle prst do studené vody a potom si to zalepí, nebo zaváže. Když je nemocná, tak leží v posteli, bere léky a starají se o ni pracovnice.

4.3 Případová studie č. 3 – Lenka

Lenka je štíhlá, milá, usměvavá dívka, která na první pohled vypadá jako panenka. Narodila se v roce 1991. V současné době jí je 26 let. Byl jí diagnostikován Downův syndrom, se středně těžkým mentálním postižením.

Lenka má dvě sestry, které za ní spolu s matkou dojíždí několikrát za rok na návštěvy. Někdy společně jedou navštívit babičku.

Lenka má základní vzdělání, poté pokračovala na praktickou školu. Od září nastupuje do chráněného pracoviště.

Má velmi jemné ruce a ráda masíruje, dále ráda sleduje televizi nebo si prohlíží fotografie.

Sebeobsluha:

Hygiena: Lenka říká, že se zvládne sama umýt, ale podle pracovnice musí mít dohled. Potřebuje vědět, že ji mohou dojit zkontrolovat, aby mytí neodbyla. Jinak v mytí je velmi pečlivá, dokáže se důkladně umýt. Ví, že k tomu potřebuje šampon, sprchový gel a mycí houbu. Zuby si zvládne vyčistit sama, ví, že má použít pastu a kartáček. Po vyčištění si ještě vypláchne pusou vodou z kelímku, kterou si před čišněním připravila. Vlasy si sama umýt nedokáže, takže ji je myjí pracovníci. Nehty si také sama nedokáže ostříhat. Při menstruaci si dokáže vložku nandat sama, ale potřebuje dohled při výměně. Potřebuje upozornit na začátek a konec.

Oblékání a obouvání: Lenka se zvládne sama obléknout, umí rozpoznat své oblečení. Oblečení si umí připravit sama, ale je potřeba, aby pracovnice dohlédli na to, zda je to vzhledem k počasí vhodné. U bot má někdy problém s výběrem, vybere si raději sandály, i když je venku chladno. Po upozornění pracovníci si je ale přezuje, je nutná kontrola. Pokud se během dne změní počasí, dokáže se sama dojit převléct, aby jí nebyla zima nebo naopak horko. Umí zavázat i tkaničku, ale má volný uzel, takže pracovnice ji ho poté musí opravit. U některých zipů má problém s nasazením, ale když ho nasadí, tak si ho zapne dobře.

Stravování: Lenka umí jíst velmi hezky příborem a napít se z hrnku. Pokud připravuje stůl, tak se někdy splete, na jakou stranu má dát příbor a lžíci. Sama ještě nic nevařila. Vzhledem ke svým potížím nesmí jíst smažená jídla, ale podle pracovnice není schopná si tohle sama ohlídat. Pokud si na oddělení připravují večeři, tak je Lenka schopná připravit stůl, nebo nalít čaj do hrnečků. Snaží se škrábat brambory nebo se snaží nakrájet zeleninu.

Péče o své zdraví: Protože má velmi suchou pokožku, hlavně na obličej, tak si musí každý večer chodit pro krém, aby si obličej namazala. Podle pracovnice na to docela často zapomíná, tak je ji to třeba připomínat. Ostatní krémy, třeba na nohy, u kterých

není nutná kontrola, má Lenka na pokoji. Nebezpečné situace neumí rozpoznat, tím pádem jim nedokáže ani předejít. Vědomě nedokáže dodržovat zásady správné výživy.

4.4 *Metody a techniky*

Metody a techniky, které jsou v Domově Kopretina využívány pro rozvoj sebeobsluhy, jsou následující: motivační rozhovory, názorné ukázky, slovní instrukce nebo například při čištění zubů i dopomoc společně se slovními instrukcemi. Ke každému klientovi přistupují pracovníci individuálně.

Na odděleních mají metodiku návykových činností, podle které všichni pracovníci pracují a klienti se poté lépe orientují v režimu dne i v příslušných úkonech. Úkony, které jsou spojené se sebeobsluhou, jsou osobní hygiena, oblékání, úkony spojené s jídlem a úklid.

5 DISKUSE

Předkládaná práce se věnuje lidem s Downovým syndromem, hlavně v oblasti sebeobsluhy, která je součástí socializace. Výzkumné šetření bylo provedeno v Domově Kopretina Černovice. Přátelské prostředí a snaha o komunikaci všech zúčastněných pracovníků i klientů mi velmi pomohla v průběhu výzkumu.

Častým problémem, s kterým jsem se potýkala při psaní teoretické části, byl nedostatek literatury na téma sebeobsluha. Myslela jsem si také, že téma Downův syndrom bude lehké napsat, ale informace jsou zastaralé, nebo jsou v knihách přebírány jen od několika mála autorů. V mnoha knihách je Downův syndrom popsán jen několika základními informacemi, které se poté v knihách opakují.

Dalším zdánlivým problémem pro mě byla komunikace s lidmi s Downovým syndromem, ale v praxi měl rozhovor hladký průběh. Lidé s Downovým syndromem, s kterými jsem se mohla setkat při rozhovoru, byli kamarádští a povídaví, takže po představení sebe a toho o čem je má práce se se mnou dali do povídání. Každá klientka odpovídala na mé otázky. Po rozhovoru mi jedna z klientek ještě řekla, co ráda dělá a ukázala mi své výrobky.

První dvě klientky mi samy sdělily, že jsou na rozhovory zvyklé. Ale bylo vidět, že se u každé otázky velmi soustředí a snaží se odpovědět co nejlépe.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala sebeobsluhou u jedinců s Downovým syndromem. Hlavním cílem bylo popsat schopnost sebeobsluhy u lidí s Downovým syndromem a analyzovat její rozvoj.

Práce byla členěna do dvou částí, na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se je popsán Downův syndrom, jeho formy a nejčastější přidružená onemocnění. Také se práce zabývala životem těchto jedinců od rané péče, přes školství až k zaměstnávání těchto osob. Dále jsem popisovala mentální postižení, které se k Downovu syndromu váže a v neposlední řadě jsem se věnovala také socializaci, zvláště pak sebeobsluze.

Praktická část byla realizována v Domově Kopretina Černovice. Výzkumný soubor tvořili klientky s Downovým syndromem a pracovníci Domova Kopretina. Dívky byly vybrány záměrně přes instituci, protože jsou schopné komunikace a rozumí otázkám. S těmito dívkami a jejich pracovníky jsem provedla polořízené rozhovory. Z těchto rozhovorů poté byly vypracovány případové studie.

V rámci výzkumného šetření byl zvolen cíl práce a to popsat schopnost sebeobsluhy u lidí s Downovým syndromem a zanalyzovat její rozvoj. Z případových studií vyplynulo, že dívky, s kterými byl proveden rozhovor, jsou se sebeobsluhou každá na trochu jiné úrovni. Největší problém byl zjištěn ve vaření, nebo v péči o své zdraví. Protože jsou již dívky ve starším věku, tak rozvoj již neprobíhá tak zřetelně. V tomto věku jde hlavně o upevňování již získaných dovedností, které se dívky naučily v mladším věku.

Tato práce by mohla posloužit jako materiál pro rodiče či pečující osoby o jedince s Downovým syndromem hlavně v oblasti sebeobsluhy. Dále by mohla posloužit pobytovým zařízením pro klienty s Downovým syndromem. Dalšími možnými čtenáři práce jsou studenti speciální pedagogiky, kteří se mohou dozvědět mnoho informací o Downově syndromu na jednom místě.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARCA, D., 2014. *Intellectual Disability and Epilepsy in Down Syndrome* [databáze]. Romania: Meadica. [cit. 2017-04-18]. ISSN 1841-9038. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d5663dc5-6684-4b85-8015-a3f3d4ecaa5f%40sessionmgr103&vid=9&hid=104>
2. BARTOŇOVÁ, M. et al., 2007. *Psychopedie*. 2. vydání. Brno: Paido. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
3. BAZALOVÁ, B., 2006. *Psychopedie*. In: PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání. Brno: Paido. s. 269–287. ISBN 80-7315-120-0.
4. BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě a mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
5. BEDNÁŘOVÁ, J., 2011. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Computer Press. 217 s. ISBN 978-80-251-1829-0.
6. BENDL, S. et al., 2015. *Vychovatelství*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4248-9.
7. CAMPBELL, N. et al., 2006. *Biologie*. Brno: Computer Press. 1332 s. ISBN 80-251-1178-4.
8. ČERNÁ, M. et al., 2008. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
9. *Domov Kopretina Černovice*, 2015. [online]. Domov Kopretina Černovice. [cit. 2017-4-19]. Dostupné z: <http://www.domovkopretina.cz/>
10. DRESSLER, A., 2015. *Vision problems in Down syndrome adults do not hamper communication, daily living skills and socialisation* [databáze]. New York: Springer [cit. 2017-04-18]. ISSN 1613-7671. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00508-015-0750-6>
11. FROESCHL, M., 2010. Kardiovaskulární onemocnění způsobená genetickými poruchami. In: FUSTER, V. et al., 2010. *Kardiologie*. 12. vydání. Havlíčkův Brod: Grada. s. 543–559. ISBN 978-80-247-3175-9.
12. HANÁKOVÁ, A. et al., 2016. *Vzdělávání pohledem žáka se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 154 s. ISBN 978-80-244-5000-1.
13. *Harmony prenatal test*, © 2017. [online]. Harmony prenatal test. [cit. 2017-6-25]. Dostupné z: <http://www.harmony-test.cz/>

14. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
15. CHOMIAK, J., 2014. Vrozené vady končetin a systémové vady skeletu. In: DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 187–252. ISBN 978-80-247-4357-8.
16. JANDOUREK, J., 2008. *Průvodce sociologií*. Havlíčkův Brod: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2397-6.
17. KHATRI, S., 2016. *Down syndrome: Primary physicians and parents partner in care* [databáze]. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1814346638/fulltext/E89698DFDABB4052PQ/15?accountid=9646>
18. KOZÁKOVÁ, Z., 2005. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 76 s. ISBN 80-244-0991-7.
19. KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy. In: ŘÍČAN, P. et al., *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. s. 195–223. ISBN 978-80-247-1049-5.
20. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
21. MAREŠ, J., 2013. *Pedagogická psychologie*. Praha: Portál. 704 s. ISBN 978-80-262-0174-8.
22. MARCHAL, J., 2016. *Growing up with Down syndrome: Development from 6 months to 10.7 years*. [databáze]. New York: Pergamon Press [cit. 2017-04-18]. ISSN 1873-3379. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422216302165>
23. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*, 2001. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2017-4-7]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-_1982_3.html
24. *Mezinárodní klasifikace nemocí*, 2014. [online]. ÚZIS. [cit. 2017-4-13]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>
25. MICHALÍK, J., 2012. Systém sociálních služeb. In: VALENTA, M. et al., *Mentální postižení*. Pardubice: Grada. s. 101–114. ISBN 978-80-247-3829-1.

26. MONTOUSSÉ, M., 2005. *Přehled sociologie*. Praha: Portál. 335 s. ISBN 80-7178-976-3.
27. NAKONEČNÝ, M., 2011. *Psychologie*. Praha: Triton. 863 s. ISBN 978-80-7387-443-8.
28. NOVOTNÁ, E., 2008. *Základy sociologie*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-2396-9.
29. PASTIERIKOVÁ, L., 2016. Terminologie z oblasti speciální pedagogiky osob s mentálním postižením. In: KROUPOVÁ, K., Slovník speciálněpedagogické terminologie. Praha: Grada. s. 189. ISBN 978-80-247-5264-8.
30. PETRÁŠ, P., 2012. Sebeobsluha. In: VALENTA, M. et al., *Mentální postižení*. Pardubice: Grada. s. 266–279. ISBN 978-80-247-3829-1.
31. *Podporované zaměstnávání*, © 2002-2012. [online]. Dobromysl.cz. [cit. 2017-7-15]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=198>
32. *Poskytované služby*, 2015. [online]. Domov Kopretina Černovice. [cit. 2017-4-19]. Dostupné z: <http://www.domovkopretina.cz/poskytovane-sluzby/>
33. PUESCHEL, S., 1997. *Downův syndrom pro lepší budoucnost*. Praha: Tech-Market. 130 s. ISBN 80-86114-15-5.
34. RACHIDI, M., 2007. *Mental Retardation and Associated Neurological Dysfunctions in Down Syndrome: Consequence of Dysregulation in Critical Chromosome 21 Genes and Associated Molecular Pathways* [databáze]. Paris: Elsevier. [cit. 2016-12-07]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090379807001535>
35. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, © 2006-2017. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2017-4-19]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/detail_poskytovatele.do?706f=22dc7220ec5d4cb3&SUBSESSION_ID=1492602407588_11
36. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
37. SEDLÁČEK, M., 2007. Případová studie. In: ŠVARŤÍČEK, R. et al., Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. s. 96–112. ISBN 978-80-7367-313-0.
38. SELIKOWITZ, M., 2011. *Downův syndrom*. 2. vydání. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-882-1.

39. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vydání. Havlíčkův Brad: Grada. 168 s. ISBN: 978-80-271-0095-8.
40. *Speciálněpedagogické centrum*, 2011. [online]. HANÁK, P. et al. [cit. 2017-8-8]. Dostupné z: http://www.inkluze.upol.cz/portal/Download/publikace/Petr_Hanak__Jan_Michalík_a_kol__Informacni_brozura_o_cinnosti_specialne_pedagogickych_center.pdf
41. *Speciálně pedagogické centrum*, 2012. [online]. Metodický portál. [cit. 2017-7-15]. Dostupné z: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/S/Speci%C3%A1ln%C4%9B_pedagogick%C3%A9_centrum
42. ŠMARDA, J., 2013. Downův syndrom – jeho obraz z lékařského hlediska. *Speciální pedagogika*. 23(4), 306–317. ISSN 1211-2720.
43. ŠVARCOVÁ, I., 2006. *Mentální retardace*. 3. vydání. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
44. ŠVAŘÍČEK, R., 2007. Kritéria kvality kvalitativního výzkumu. In: ŠVAŘÍČEK, R. et al., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. s. 28–50. ISBN 978-80-7367-313-0.
45. ŠVAŘÍČEK, R., 2007. Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska. In: ŠVAŘÍČEK, R. et al., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. s. 12–27. ISBN 978-80-7367-313-0.
46. ŠVAŘÍČEK, R., 2007. Hlubkový rozhovor. In: ŠVAŘÍČEK, R. et al., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. s. 159–184. ISBN 978-80-7367-313-0.
47. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
48. VALENTA, M. et al., 2007. *Psychopedie*. 3. Vydání. Praha: Parta. 378 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
49. VALENTA, M. et al., 2012. *Mentální postižení*. Pardubice: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
50. VALENTA, M., 2014. Psychopedie. In: VALENTA, M. et al., *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál. s. 21–42. ISBN 978-80-262-0602-6.

51. *Vrozené vývojové vady – Downův syndrom*, © 2008 – 2016. [on-line]. Vrozené vývojové vady. [cit. 2017-4-13]. Dostupné z: http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=downuv_syndrom
52. *Vrozené vady u narozených*, 2012. [online]. ÚZIS. [cit. 2017-4-7]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/vrozene-vady-narozenych-roce-2012>
53. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257–1289. ISSN 1211-1244.
54. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 103, s. 4843. ISSN 1211-1244.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru s pracovníky

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s klientkami

Příloha 3 – Vzor informovaného souhlasu

8.1 Příloha 1

Otázky k rozhovoru s pracovníky

1.
 - a) Probíhá v rámci sebeobsluhy nějaká výuka? Jak?
 - b) Ví, kdy se má umýt? Používá toaletu?
 - c) Jak se obléká? Umí si vybrat oblečení podle počasí?
 - d) Čím jí? Uměl by uvařit jednoduché jídlo?
 - e) Rozpozná nebezpečné situace? Dokáže jim předcházet?
 - f) Jak se stará o své zdraví?

2.
 - a) Co všechno v rámci hygieny zvládne sám? (mytí, česání, zuby, toaleta) Co s dopomocí? Je něco co nezvládne vůbec?
 - b) Co zvládne v oblékání? (tkaničky, zipy, druh oblečení, oblečení k příležitostem) se obléknout a obout sám, nebo potřebuje pomoc (dohled)?
 - c) Jak vypadá kultura stravování? Čím jí? (vidličkou a nožem) Napije se s hrnku? Umí připravit stůl?
 - d) Jak pečuje o své zdraví? Jak je schopen dodržovat zásady správné výživy?

3.
 - a) Jaké metody a techniky používáte pro rozvoj sebeobsluhy u člověka s Downovým syndromem?

8.2 Příloha 2

Otázky k rozhovoru s klientkami

Hygiena:

- a) Zvládneš se sám umýt? Co k tomu potřebuješ?
- b) Čistíš si zuby? Čím?

Oblékání a obouvání:

- a) Umíš se obléknout sám? Víš, co máš dnes na sobě? Vybral sis to sám?
- b) Potřebuješ při oblékání s něčím pomoci? Například: Umíš zavázat tkaničku?

Stravování:

- a) Umíš připravit stůl před obědem? Co tam připravíš?
- b) Vařil jsi už něco sám? Co to bylo? Kdo ti pomáhal?

Péče o své zdraví:

- a) Znáš nějaké nebezpečné situace? Co bys dělal? (například i říznutí nožem)
- b) Co děláš, když jsi nemocný?

Co tě pracovníci učí?

V čem ti pomáhají?

Je něco co ti nejde?

Co by ses chtěla ještě naučit?

8.3 Příloha 3

Vzor informovaného souhlasu

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Petřů a studuji obor Speciální pedagogika – vychovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současné době píši bakalářskou práci na téma Sebeobsluha jako součást socializace u jedinců s Downovým syndromem.

Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o souhlas, zda mohla za Vaší klientkou do Domova Kopretina Černovice přijít a udělat s ní polořízený rozhovor, který bych následně zpracovala jako data do případové studie.

Informace, které v průběhu výzkumu získám, budou použity pouze pro účely této bakalářské práce a údaje ohledně identity budou anonymní.

Moc děkuji za ochotu a spolupráci.

Souhlasím s výše uvedeným / Nesouhlasím s výše uvedeným

Podpis

Datum a místo podpisu

Informovaný souhlas, zdroj: vlastní

Seznam zkratk

- IQ – inteligenční kvocient
- LMP – lehké mentální postižení
- STMP – středně těžké mentální postižení
- TMP – těžké mentální postižení
- HMP – hluboké mentální postižení