

Sociální pomoc státu rodinám s dítětem s mentálním postižením

Adriana Zpěvácová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adriana Zpěváková**
Osobní číslo: **H160387**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální pomoc státu rodinám s dítětem s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování:

Rešerše literatury.

Studium odborné literatury.

Vypracování osnovy teoretické části bakalářské práce.

Příprava metodiky praktické části bakalářské práce.

Realizace kvantitativního výzkumu pomocí techniky dotazníku.

Analýza a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Diskuse a závěr bakalářské práce.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BAZALOVÁ, Barbora. Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

KŘIVÁKOVÁ, Marcela a Zuzana ČÍKOVÁ. Pečovatelství: Péče o zdravé a nemocné děti. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-263-3.

MARTIN, Vivien a Anita ROGERS. Leading Interprofessional Teams in Health and Social Care. Abingdon: Routledge, 2004. ISBN 0-415-30793-7.

NOVOSAD, Libor. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva a Marie VÍTKOVÁ. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením. Právo na vzdělávání, Kurikulární aspekty podpory. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

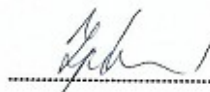
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2018

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být už nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užívá-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Opírá-li autor takového díla užití svolení bez vázného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdětku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přiměřeně k větší výdětku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku sociální pomoci státu pro rodiny s dítětem s mentálním postižením. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnována definici mentálního postižení a sociální pomoci státu, dále se zabývá podporou vývoje dítěte s mentálním postižením, která úzce souvisí se sociální pomocí. Praktická část je realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Technikou dotazníku zjišťuje využití a spokojenost se sociální pomocí u pečujících rodin o dítě s mentálním postižením.

Klíčová slova: sociální pomoc státu, dítě s mentálním postižením, rodina, sociální dávky, sociální služby, vzdělávání

ABSTRACT

The bachelor thesis is focussed on social help of state for families with child with intellectual disability. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with definition of intellectual disability, support of evolution of child with intellectual disability and the main chapter is social help of state to families with this child. The practical part is realised by a quantitative research. As technique is used questionnaire, which finds utilisation and satisfaction of parents of child with an intellectual disability.

Keywords: social help of state, child with an intellectual disability, family, allowances, social services, education

Touto cestou srdečně děkuji doc. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, CSc., za její odborné vedení, ochotu, pomoc a cenné rady, pro mě nezbytné k vypracování mé bakalářské práce. Velké díky patří mé rodině a partnerovi za podporu při studiu, ostatním pedagogům za konzultace a spolupracujícím zařízením a respondentům, kteří mi umožnili zrealizovat praktickou část bakalářské práce

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

At' se zdá život jakkoliv těžký, vždy existuje něco, co můžeme dělat a uspět v tom.

Stephen Hawking, 2018

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	11
1.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	12
1.2 TYPOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	13
1.3 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA A SYNDROMY SPOJENÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	16
1.4 DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A JEHO RODINA.....	18
2 PODPORA VÝVOJE DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	19
2.1 TERAPIE	19
2.2 FYZIOTERAPIE JAKO LÉČEBNÁ REHABILITACE.....	20
2.3 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	21
3 SOCIÁLNÍ POMOC STÁTU RODINÁM S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	24
3.1 DÁVKY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	24
3.2 DÁVKY STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPORY.....	25
3.3 PRŮKAZ OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	27
3.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	28
3.4.1 Sociální poradenství	29
3.4.2 Služby sociální péče	29
3.4.3 Služby sociální prevence.....	31
3.4.4 Příspěvek na péči.....	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 METODIKA VÝZKUMU	35
4.1 CÍL VÝZKUM.....	35
4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	36
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	36
4.4 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	36
4.5 EVALUACE VÝZKUMU	63
4.6 DISKUZE.....	64
4.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
SEZNAM TABULEK.....	73
SEZNAM GRAFŮ	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Bakalářská práce je věnována problematice sociální pomoci státu rodinám s dítětem s mentálním postižením. Práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a praktickou. V teoretické části představujeme pojem mentální postižení společně s dalšími přidruženými poruchami a syndromy, včetně podpory vývoje dítěte s mentálním postižením. Součástí teoretické části je klíčová kapitola o sociální pomoci státu rodinám s dítětem s mentálním postižením. Kapitola zahrnuje dávky pro osoby se zdravotním postižením, dávky státní sociální podpory, průkaz pro osoby se zdravotním postižením a nabízené sociální služby. Problematika sociální pomoci státu rodinám s dítětem s mentálním postižením se opírá o platnou legislativu, což představuje zákon o státní sociální podpoře, č. 117/1995 Sb., zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, č. 329/2011 Sb. a zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb.

Všechny okruhy vnímáme jako součást tématu, z tohoto důvodu je jim také věnována pozornost. Všechny zmíněné prostředky, ať už spadající či nespádající do kapitoly o sociální pomoci, jsou vysoce přínosné k ulehčení těžké životní situace námi řešené sociální skupiny. Téma bylo zvoleno z důvodu jeho stálé aktuálnosti a důležitosti. Autorka problematiku zajímá a chce poukázat na její vážnost. Do této doby nebyly ve vědě vynalezeny takové nástroje, které by mohly plně zamezit nepříznivému vývoji plodu, nebo by alespoň včas diagnostikovaly vývojovou poruchu, či jakékoliv postižení plodu již v prvních týdnech těhotenství. V případě, že by byla porucha plodu zjištěna včas, rodina by měla nějaký čas k rozmyšlení, zda se matka rozhodne dítě porodit nebo nikoli. Pokud by porucha byla zjištěna v pokročilém stádiu těhotenství, měla by rodina čas k vyrovnání se s tak závažným problémem. I partneři by měli možnost vyhledat množství informací ve spojitosti s postižením, kontaktovat odbornou pomoc či rodiny v podobné situaci. V současné době bohužel nastávají i situace, kdy je poškození dítěte zjištěno až po jeho narození. Tyto skutečnosti nepřispívají k pozitivnímu soužití v rodině. Vzniká předpoklad ke krizi mezi partnery. Aby mohlo být téma opomíjeno, muselo by dojít k dostatečnému pokroku medicíny a výzkumu, kterým by se mohlo předejít narození jedinců nejen s mentálním postižením. Sociální pomoc státu je v případě narození dítěte s postižením důležitá. Psychická i fyzická stránka pečujících rodičů je neustále vypjata. Dítě s mentálním, nebo s kombinovaným postižením společně s mentálním, ve většině případů vyžaduje celodenní dohled druhé fyzické osoby. Pokud se pečovatelem stává jeden z rodičů dítěte, přichází rodina i o jeden

výdělek. Finanční stránka je tak oslabena a veškeré zaopatření zůstává na jednom z rodičů, nejčastěji na otci. Jako částečnou kompenzaci může rodič žádat o příspěvek na péči o dítě. Jeho výše se odvíjí od stupně závislosti dítěte na druhé osobě. Možné je i požádat o již výše zmíněné sociální dávky. Veškerý čas a chod rodiny je soustředěn na dítě. Rodiče většinou ztrácí svůj osobní čas pro volnočasové aktivity a odpočinek, omezen je i kontakt s vnějším okolím. Jejich fyzický i psychický stav je stále zatěžován. Je tedy nezbytné, aby stát podporoval tyto cílové sociální skupiny a napomáhal jim tak zvládnout trvale nepříznivou sociální situaci v rodině. Pod pojmem dítě máme na mysli dítě nezaopatřené do 18. věku; po dovršení zletilosti je možnost zařídit pro dítě invalidní důchod. Pokud však dítě důchod nepobírá, hovoříme o něm, jako o nezaopatřeném dítěti, i když již dosáhl plnoletosti.

V současné době, jak je uvedeno níže, se často užívá namísto pojmu mentální postižení, pojem mentální retardace. Rozhodli jsme se, podle vlastního uvážení, a také za použití patřičných odborných zdrojů, jak uvádí Valenta (2012), Bazalová (2014), zvolit k užívání mentální postižení, které považujeme za více etické.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení je označováno jako trvalá porucha intelektu a rozumového vývoje, a to buď vrozená, nebo získaná. Dle inteligenčního kvocientu (dále jen IQ) vymezujeme stupeň a vážnost poruchy, je dána hranice od 69 IQ bodů a méně. Při diagnostikování mentálního postižení však nelze vycházet pouze z IQ hladiny, ale společně z dalších několika faktorů. V současnosti se setkáváme se dvěma termíny, mentálním postižením nebo mentální retardací. Pojmy jsou používány jako synonyma. Existuje několik definic, stupňů, syndromů a stavů. Při oslovování osob s postižením by se mělo při slovosledu vyzdvihnout na prvním místě slovo osoba, jako člověk, a poté k tomu přidat charakteristiku této osoby, nebo její označení, například osoba se zdravotním postižením. (Bazalová, 2014, s. 12-15)

Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení definuje mentální postižení následovně: „Intelektuální postižení je postižení charakterizované významnými omezeními jak v intelektuálním fungování, tak v adaptivním chování, které pokrývá mnoho každodenních společenských a praktických dovedností. Toto postižení vzniká před dovršením věku 18 let.“ (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 2010)

Valenta (2012, s. 31) ve své publikaci definuje mentální postižení jako „*Vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatálním, perinatálním a časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.*“

Bazalová (2014, s. 13) ve své publikaci uvádí, že „*Termín retardace nese ve společnosti spíše hanlivý nádech, a tedy za vhodnější termín považuje mentální postižení.*“ Také Valenta a Müller (2013, In Bazalová, 2014, s. 13) označuje termín mentální postižení za širší. Pro Českou republiku se více ve slovníku vyskytuje pojem postižení a nahradil často užívané slovo handicap. Dále je používán termín porucha intelektu, upřednostňována v anglicky mluvících zemích. (Bazalová, 2014, s. 13)

Při hodnocení stupně mentálního postižení může být využito kvantitativních nebo kvalitativních metod. Při kvantitativním hodnocení je základním kritériem kvantita úbytku rozumových schopností, měřený je inteligenční kvocient. Kvalitativní metoda zachází do struktury rozumových a kognitivních schopností a hodnotí individuální zvláštnosti jedince. Výsledkem je posouzení míry využitelnosti zachované inteligence a kognitivních funkcí osoby s mentálním postižením. Při hodnocení využitelnosti je pozornost u vyšetřované věno-

vána na přístup k problémům a jejich řešení, úroveň osobního tempa, paměti, zátěži. Záleží také na příčině postižení. (Fischer a Škoda, 2008, s. 93-94)

Mezi typické znaky a projevy jedinců s mentálním postižením patří odlišnosti v myšlení. Jedinci bývají obvykle pasivní a stereotypní, myšlení je celkově zjednodušeno. Svět a jeho vzájemné interakce jsou pro ně hůře pochopitelné a místy proto i ohrožující. Uvažování je ovlivněno aktuálním děním v jeho přítomnosti, řeší pouze to, jak se mu vzniklá situace jeví, nikoli však její příčiny. Další odlišnosti jsou v ústním projevu z hlediska obsahu formální stránky. Jedinec má nižší schopnost porozumět, nepřesně artikuluje, potíže mu dělají složitější slovní obraty. Schopnost učení je omezena v různé míře. Podstatným prvkem v učení těchto osob je motivace, nezbytné je využívání odměn, např. v podobě sladkostí. Vzhledem k tomu, že jedinec není schopný ovládat svůj emoční stav, často nastávají nápadnosti v jeho chování, ovlivněny také nedostatečnou sebekontrolou. Afektivní reakce, křik a sebepoškozování jsou běžným příkladem. Ty vznikají v případě, že se jedinec dostane do situace, které nerozumí nebo se cítí ohrožen. Vlastní potřeby uspokojují ihned, bez omezení. Všechny odlišnosti a jejich míra jsou podmíněny stupněm mentálního postižení. (Fischer a Škoda, 2008, s. 95-97)

1.1 Etiologie mentálního postižení

Etiologie se zabývá příčinami vzniku mentálního postižení. Příčiny mentálního postižení se dělí na vnitřní a vnější. Za vnitřní příčiny pokládáme dědičnost a genetickou dispozici. Geneticky vadnou vlastnost si nesou pohlavní buňky, díky jejichž spojení vzniká plod. Tak vzniká chromozomální nebo genové postižení. Rizikovou skupinou vůči tomuto postižení jsou ženy starší 35 let. Dnes je v České republice největší pozornost soustředěna na prenatální péči o plod a matku, tzv. prenatální diagnostika, kdy se začíná biochemickým podrobným rozbořením odebrané krve ženy a ultrazvukem. V případě podezření na patologii následuje hlubší genetické vyšetření plodu, při kterém se odebírá plodová voda, buňky placenty nebo krev z pupečníku menším vpichem do břišní stěny matky. Vnější příčiny a faktory působí v průběhu celého těhotenství a porodu, přes dětství i v dospělosti. V těhotenství dělíme příčiny zejména dle období vzniku postižení dítěte. Prenatální období, před narozením dítěte, perinatální období, tj. čas porodu a ihned po něm, a posledním obdobím je postnatální, trvající do dvou let dítěte. (Franiok, 2008, s. 32-34)

V prenatálním období může mentální postižení vzniknout dědičně, kdy plod zdědí rodinnou poruchu, nízkou hladinu IQ, nebo na něho může být přeneseno infekční onemocnění

matky během těhotenství. Dále může získat poruchu působením záření, úrazem matky, nebo působením negativních patologických návyků matky dítěte, jako je alkoholismus, drogy, špatná výživa matky. V období perinatálním může vzniknout mentální postižení díky komplikovanému porodu, při přidušení nebo poranění hlavy dítěte. V postnatálním období hrají roli genetika, infekční onemocnění vedoucí k závažným chorobám, špatná výživa, nebo úrazy novorozence. Jeden ze zásadních faktorů je také vliv vnějšího sociálního prostředí na jedince. (Bazalová, 2014, s. 15-16)

1.2 Typologie mentálního postižení

Typologie dělení mentálního postižení je v České republice publikována Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí, která vyšla pod záštitou Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO). Rozlišuje šest základních kategorií, které jsou rozděleny podle hladiny inteligentního kvocientu (dále jen IQ). (Fischer, Škoda, 2008, s. 93-94)

Pojem inteligence charakterizuje schopnost myslet a učit se. Významnou roli sehrává při řešení problémů. Snížená hladina inteligence je měřitelná. (Černá a kol., 2008, s. 77)

Průměrná hodnota IQ je v rozmezí 90-110 bodů. Pokud je hladina pod 69 bodů, mluvíme o mentálním postižením. (Bazalová, 2014, s. 15)

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk} \times 100}$$

Fischer a Škoda (2008, s. 94) uvádí rozdělení mentálního postižení následovně (viz tabulka 1).

Tabulka 1: Rozdělení mentálního postižení

Kód dle MKN- 10	Označení	Pásmo IQ
F70	Lehká mentální retardace	50-69
F71	Středně těžká mentální retardace	35-49
F72	Těžká mentální retardace	20-34
F73	Hluboká mentální retardace	0-19
F78	Jiná mentální retardace	-
F79	Neurčená mentální retardace	-

Zdroj: Upraveno podle Fischer, Škoda, 2008

Sociálně podmíněné mentální postižení

Příčinou sociálně podmíněného mentálního postižení je vliv vnějšího prostředí, tedy vnějších příčin. Jedná se o výchovné a sociální zanedbání dítěte ze strany rodiny nebo zařízení. Hodnoty IQ jsou obvykle o 10 až 20 bodů sniženy, než je průměrná hladina. Znaky jsou téměř totožné s mentálním postižením, např. opožděný vývoj řeči, narušené mechanické a logické myšlení, snížená schopnost adaptace, apatie, jemná motorika může a nemusí být narušena. Učení a ujasnění učiva trvá delší čas a je nezbytné časté a pravidelné opakování. Při včasné nápravě nebo změně prostředí může dojít ke zlepšení. (Bazalová, 2014, s. 16-17)

Lehké mentální postižení F70

Hodnota IQ u lehkého mentálního postižení je v rozmezí od 50 do 69 bodů. Obrovskou roli zde hraje dědičnost, nebo zanedbání důležitých psychických nebo fyzických potřeb dítěte. Příznaky zde propukají pomalu. Do tří let se objevuje lehké opoždění psychomotorického vývoje, do šesti let nastává opoždění řeči, nedostatečná slovní zásoba, malá zvědavost dítěte a mnoho dalších. Proto je nejvíce dětí diagnostikováno právě u zápisu do základní školy nebo poté v průběhu prvního školního roku. (Bazalová, 2014, s. 19)

Dítě je na první pohled zdravé. Rozumové nedostatky jsou viditelné až při složitějších myšlenkových operacích, neboť jsou méně chápavé, hůře se zapojují do her. Výkony dítěte s lehkým mentálním postižením jsou do jisté míry závislé na rodinném prostředí, nižší výkony jsou tak očekávány od dítěte z nepodněující rodiny a naopak. Rozvoj mechanických schopností je závislý na rodinném prostředí, na vedení a organizaci rodiny a motivaci dítěte. Důležité však je dítě nepřeceňovat a zatěžovat ho opravdu přiměřeně k jeho míře postižení. Tento jedinec je však schopen naučit se v určitém rozpětí číst, porozumět textu, psát i počítat. Dokonce je schopen jednoduchému abstraktnímu myšlení. Řeč se vyvíjí pomalu a je tak opožděná. (Franiok, 2008, s. 38-39)

Děti s lehkým stupněm mentálního postižení nejčastěji navštěvují základní školy praktické a následně jsou vzdělávány na odborných učilištích. V dospělém věku jsou schopni fungovat téměř na běžné úrovni, dovedou zakládat rodiny a společně s tím udržovat sociální či partnerské vztahy, také být zaměstnaní. (Bazalová, 2014, s. 19)

Středně těžké mentální postižení F71

Středně těžké mentální postižení se vymezuje inteligenčním kvocientem od 35 do 49, kdy se jedná o omezení neuropsychického vývoje. Dítě je zaostávající v pohybu ihned od prvních měsíců, začíná později sedět i chodit. Z celkového pohledu je neobratné, schází mu koordinace pohybů. Vývojové centrum řeči i myšlení je značně opožděný. Slovní zásoba je chudá, a proto se tito jedinci často vyjadřují jednoduchými a holými větami. Jsou schopni však udržovat sebezpečí a rozpoznat osoby ze svého blízkého okolí. Může zde nastat afektivnost a výbušnost v chování osobnosti. Vzdělávání těchto dětí je zprostředkováno na speciálních, pomocných školách, či zvláštních školách. (Franiok, 2008, s. 39)

Při kvalitním kvalifikovaném pedagogickém vedení jsou tito žáci schopni osvojit si základy čtení, psaní i počítání v omezené míře. Zavedené speciální programy jsou zaměřené na podporu rozvoje omezeného potenciálu. I když bývají jedinci zaostávající v pohybu, jsou plně mobilní a fyzicky aktivní. U dětí se středně těžkým mentálním postižením mohou být diagnostikovány další poruchy, autismus, tělesné postižení, či neurologická onemocnění a další. (Bendová, Zikl, 2011, s. 13-14)

Těžké mentální postižení F72

Rozhraní inteligenčního kvocientu se pohybuje od 20 do 34. Dochází k celkovému omezení neuropsychického vývoje, stejně tak i motorického vývoje, který je vyznačován značně vysokou neobratností. Řeč se vyvíjí minimálně nebo vůbec. Tito jedinci jsou schopni plnit jisté základní návyky sebezpečí trávající krátký časový interval a pod stálým dohledem. Také zvládají běžné, základní stereotypy v chování, může však nastat nestabilita nálad, impulzivita v chování. (Franiok, 2008, s. 40-41)

V podstatě se tento stupeň opravdu dost podobá středně těžkému mentálnímu postižení, pouze jsou projevy a klinický obraz mnohem výraznější. Možnosti vzdělávání dětí s těžkým mentálním postižením jsou omezeny. Každá péče, ať už ve vzdělávacím, výchovném nebo rehabilitačním sektoru, má na dítě příznivý dopad a může ho posunout vpřed. (Bendová, Zikl, 2011, s. 14-15)

Hluboké mentální postižení F73

Hranice inteligenčního kvocientu hluboké mentální postižení je pod 20. Zde je neuropsychický vývoj omezen vysoce po celý život. Jedince doprovázejí také další poruchy celého vývoje. Úroveň, jak paměti, tak myšlení je úplně minimální nebo vůbec žádná. Řeč nahrazují pou-

hé výkřiky, maximálně slova, opakující pořad dokola. Typické jsou výrazné opakující se pohyby celého trupu. Rozsáhlost vad organismu tyto jedince upoutává často na lůžku. Závislost na druhé osobě, či sociálním okolí je pro tento typ retardace příznačný. (Franiok, 2008, s. 41-42)

Jiné mentální postižení F78

Jiné mentální postižení je používáno v situacích, kdy je u jedince zřejmá mentální retardace, neboť jsou jeho intelektové schopnosti značně sníženy, nicméně vzhledem k jeho kombinovanému postižení, či více vadám, ho není možné důkladně vyšetřit a diagnostikovat stupeň mentální retardace. (Bendová, Zikl, 2011, s. 16)

Nespecifické mentální postižení F79

Jedinci s nespecifickou mentální retardací mají také prokazatelně omezené intelektové funkce, ale pro nedostatek informací jej není možné zařadit do žádného stupně mentální retardace. (Bendová, Zikl, 2011, s. 16)

1.3 Poruchy autistického spektra a syndromy spojené s mentálním postižením

Mentální postižení je často spojené s mnoha přidruženými specifickými syndromy a poruchami. V následující kapitole jsou představeny právě ty nejznámější z nich.

Poruchy autistického spektra (dále jen PAS)

PAS se řadí k nejzávažnějším a trvalým poruchám dětského mentálního vývoje. Jde o onemocnění neurologického vývoje v různém rozsahu. Mozek jedince není propojen stejně jako při běžném vývoji. Některé děti mají mimořádné vizuálně prostorové schopnosti, které jim umožňují působit v aktivitách, jejichž zátěž odpovídá pro mnohem starší děti, než je právě dítě s PAS. Mnohé mají speciální talent v oblasti hudby a umění. Dalšími charakteristickými znaky jsou stereotypní chování, omezené zájmy, stavy úzkosti a strachu, alergie na jídlo, porucha spánku, špatná reakce na pokyny, či oslovení, problémy v komunikaci a jejím vývoji nebo odmítání změn. (Leach, 2012, s. 4-8)

Dětský autismus se projevuje před třetím rokem dítěte mnoha různými symptomy, které se s narůstajícím věkem mění. Typickými projevy jsou poruchy v sociální interakci a komunikaci, opakující se stereotypní chování a zájmy. V některých případech nastávají abnormální a bizarní stavy v chování jedince. (Thorová, 2016, s. 179-180)

Atypický autismus je diagnostikován tehdy, když jedinec, či dítě splňuje pouze část kritérií, která jsou daná pro dětský autismus. (Thorová, 2016, s. 184)

Aspergerův syndrom má mnoho různorodých forem. Může být označován jako projev sociální dyslexie. Problematické je hned určení, zda se jedná o Aspergerův syndrom nebo pouze o sociální neobratnost. Má však i své specifické problémy a situace, kdy se jeho vážnost může dostat na stejnou hladinu jako PAS. U tohoto syndromu však nedochází k poruše řeči. (Thorová, 2016, s. 188-189)

Downův syndrom

Syndrom způsobený trizomií 21. chromozomu. Jedinec má vyvinutých místo obvyklých 46 chromozomů 47. Mezi typické rysy patří opožděný vývoj, vzhledu jsou kulaté a ploché tváře, menší vzrůst, širší a mohutnější krk s kulatou hlavou, kratší končetiny, malý nos. (Pokrivčák, 2009, s. 50)

Osoby s Downovým syndromem mají většinou snížené rozumové schopnosti, jedná se tedy ve většině případů o středně těžký stupeň mentální retardace. Po sociální a vnitřní emoční stránce jsou v pořádku. Děti bývají usměvavé, přátelské, společenské, často nadané v umění, zpěvu, kresbě. Důležitými faktory jsou vliv přirozeného sociálního prostředí nebo podpora rodiny dítěte, která ho může posunout ve vývoji. (Bazalová, 2014, s. 28-29)

Prader-Willi syndrom

Prader-Willi syndrom je nevratná genetická porucha 15. chromozomu. Příznaky se mění věkem, objevuje se obezita a přehnaná chuť k jídlu, kůže má světlejší pigment, poruchy spánku, mírné sebepoškozování. Může být narušen sexuální vývoj. Syndrom je spojený s podprůměrnou inteligencí až lehkým mentálním postižením. U dětí je narušen jejich psychický i fyzický vývoj, problémy mají s krátkodobou pamětí a matematickými úlohami. (Bazalová, 2014, s. 31)

Angelmanův syndrom

Angelmanův syndrom, označován jako syndrom šťastného dítěte, neboť mají tito jedinci veselý výraz v obličeji. Vyskytuje se společně s těžkou mentální retardací a narušením vývoje. Charakteristickými rysy jsou křečovité a bezúčelné pohyby. (Pokrivčák, 2009, s. 13)

Mezi projevy patří neschopnost řeči, opožděný vývoj chůze, dítě začíná chodit kolem 5. až 6. roku. Celková koordinace a stabilita pohybu je značně omezená. Děti mají rády společ-

nost a mívají dobrou náladu, mohou být hyperaktivní, vyskytnout se může i epilepsie. (Bazalová, 2014, s. 32)

Syndrom fragilního X

Syndrom fragilního X je považovaný za druhou nejčastější poruchu spojenou s mentální retardací, ihned po Downově syndromu. Postihuje pouze mužská pohlaví. Hlavními znaky těchto mužů jsou odstávající uši, protáhlý a úzký obličej, čelo i čelist jsou vystouplé. Charakteristickými projevy v chování jsou netradiční reakce na okolí a řeč, plácání rukama, vyhýbání se očnímu kontaktu. V mnohých případech jsou projevy totožné s PAS. Jejich kombinace také není neobvyklá. (Bazalová, 2014, s. 34)

1.4 Dítě s mentálním postižením a jeho rodina

Příchodem dítěte do rodiny dochází vždy ke změnám v její organizaci a chodu, a to je nejen pro matku, ale i pro všechny členy rodiny. Při narození dítěte s mentálním postižením se rodina dostává do daleko těžší situace než při početí dítěte zdravého. Kromě běžných změn jako je například ekonomická stránka, kdy jeden z rodičů zůstává na rodičovské dovolené, může nastat krize mezi partnery. Rodina dítěte s postižením je vystavena vyššímu stresu, prochází jistými fázemi. Často nejsou na příchod dítěte s postižením připraveni. Každý rodič si najde vlastní přístup k dítěti, ne vždy je však kladný. Po narození přichází období vyhledávání dostupné pomoci a možností v medicínské, pedagogické, psychologické a sociální oblasti. Celá rodina musí projít změnou životního stylu a přizpůsobit se dítěti. To, jak velkou změnou rodina projde, záleží na stupni postižení dítěte. Většina času je věnována dítěti, na rozdíl od zdravého dítěte, je vazba na dítě daleko intenzivnější, včetně častějších návštěv lékařů, terapeutů a jiných odborníků. Většina rodin často omezí kontakt s vnějším okolím a začne vyhledávat společnost blízké rodiny nebo osob a rodin se stejným problémem. Důvodem je nedostupnost hlídání, nedostatek volného času, vyhledávání a předávání si zkušeností a informací mezi lidmi s dítětem stejného nebo podobného postižení. Mezi partnery je důležitá spojitost, komunikace, souhra, stejný cíl, to vše je důležité, aby nedošlo k rozpadu. (Bazalová, 2014, s. 83-86)

2 PODPORA VÝVOJE DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Každý typ mentálního postižení je specifický jinými charakteristickými vlastnosti. Jeho příznaky i projevy mohou být i nemusí v souladu se zdravotním problémem či postižením. Dítě s mentálním postižením je důležité podporovat ihned od začátku zjištění problému, neboť právě díky včasné péči a zájmu o dítě můžeme vývoj dítěte pozitivně ovlivnit. Důležitým faktorem je funkce rodiny a její podpora. (Franiok, 2008, str. 44-45)

Při rozvoji dítěte s mentálním postižením musí kladené požadavky odpovídat stupni postižení. Není dobré dítě srovnávat se zdravým dítětem. Důležité je dát jedinci možnost pocítit, že je v něčem dobrý a motivovat ho k úspěchu. Úkoly je třeba často a pravidelně opakovat. Velký důraz je potřeba směřovat na vytváření sociálních návyků a samostatnosti. Slovní zásobu a řeč můžeme rozvíjet básničkami nebo pohádkami, jemnou motoriku například zavazováním tkaniček, sluchové vnímání vnímáním zvuků nebo vytleskáváním rytmu, zrak poznáváním barev, pexesem, paměť a pozornost říkankami, příběhy. Společenské chování ukotvujeme pozdravem, poprošením, poděkováním, samostatnost například oblékáním, osobní hygienou. Podpora rodiny a vzájemná spolupráce s dítětem navštěvovanými institucemi je nejlepším podkladem pro pozitivní vývoj dítěte. (Franiok, 2008, s. 62)

2.1 Terapie

Terapie jsou způsoby odborného a cíleného jednání, vedoucí k odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo jejich příčin. Výběr vhodné terapie závisí na specifikaci potíží, onemocnění nebo postižení, na věku a symptomech klienta. Podle komplexního posouzení odborníka je pak stanovena terapie a její forma. Mezi nejznámější formy patří: individuální, skupinová, rodinná, komunitní, a mnoho dalších. Je dobré stanovit si cíl terapie, zda má být léčivá, preventivní, rehabilitační. (Müller a kol., 2014, s. 18-20)

V rámci péče o osoby s mentálním postižením patří mezi známé terapie právě tyto: arteterapie, taneční terapie, dramaterapie, muzikoterapie, ergoterapie, zooterapie, pohybové aktivity. Pro děti nejen s mentálním postižením má příznivý charakter terapie hrou. (Müller a kol., 2014, s. 56-73)

2.2 Fyzioterapie jako léčebná rehabilitace

Včasná, pravidelná a kvalitní rehabilitace je podkladem pro zlepšení psychomotorického vývoje. Existuje mnoho postupů a metod, jejichž použití záleží na charakteru postižení dítěte. (Bazalová, 2014, s. 117)

World Health Organization, světová zdravotnická organizace (In Müller a kol., 2014, s. 38), definuje fyzioterapii jako: „*Soubor preventivních, diagnostických a terapeutických intervencí, jejichž cílem je snaha o obnovení maximální funkční zdatnosti jedince se zdravotním postižením, či jiným zdravotním problémem.*“

Při procesu fyzioterapie se dostává člověku pomoci dosahovat tělesné a pohybové normality prostřednictvím fyzikálně stimulujících prostředků: tlaky, masáže, cvičení, polohování těla, hlazení a další. (Müller a kol. 2014, s. 38)

Mezi specializované fyzioterapeutické, a také edukační přístupy, se řadí v *Snoezelen* a bazální stimulace, a to v souvislosti s mentálním postižením. *Snoezelen* je podpůrný prostředek edukace a terapie pro osoby s těžkým mentálním postižením. Může mít funkci poznávací, relaxační, nebo interakční. Jedná se o specifickou místnost vyzářující pozitivně naladěné prostředí a podmínky k uvolnění napětí a následné aktivitě klienta. Prostor by měl být odolný vůči rušivým vlivům. Nezbytnou součástí by mělo být vodní lůžko, měkké polštáře, zdroje zvuků pro sluchové vnímání, parfémy a vůně, závěsné předměty, hebké koberce a plyšová zvířátka, světelná zařízení pro zrakové vnímání, předměty pro hmatové vnímání a mnoho dalších nástrojů k posilování kognitivních i tělesných funkcí. (Müller a kol., 2014, s. 72-73)

Bazální stimulace je jeden ze základních prostředků vedoucí k rozvoji osob s mentálním postižením. Základem terapie je zmapovat současnou úroveň vnímání jedince, podle které je následovně klient stimulován prostřednictvím činností běžného života. Při úrazu je bazální stimulace zahájena činnostmi, na které byl jedinec zvyklý před jeho úrazem. Při dlouhodobém bezvědomí může být zvolena stimulace od prenatálního období, neboť nemusí stačit navázat na to, jak žil pacient před úrazem. Začíná tedy terapeut s činnostmi běžnými v péči o novorozence, například pohupováním a polohováním pacienta. Postupně se stimulace chronologicky za sebou posouvá až k činnostem, na které byl pacient každodenně zvyklý. Do rukou mu můžeme vkládat předměty, s kterými před úrazem pracoval. Při hygieně je do ruky pacienta vložena mokrá houba, následovně je ruka uvedena do procesu umývání obličeje. (Gejzír, 2014)

2.3 Vzdělávání dětí s mentálním postižením

Kapitola je věnována vzdělávání dětí s mentálním postižením. Je rozdělena chronologicky podle věku.

Předškolní vzdělávání

Předškolní období je myšleno od narození dítěte do tří let. Za nejdůležitější střediska, poskytující služby dětem a jejich rodinám, jsou považována střediska rané péče, která v nejčastějších případech dojíždí za klienty do jejich domácností. Soustředí se na poradenskou činnost a přímou péči s dítětem. Další instituce, tentokrát z oblasti školství, je mateřská škola, do které může dítě chodit od tří let. Do běžných MŠ můžou docházet děti s lehkým mentálním postižením, většinou jejich postižení ještě v této době není plně diagnostikováno. Případně je možnost speciální třídy nebo MŠ speciální, která je přímo uzpůsobena pro děti s mentálním postižením. Je zde nižší počet dětí, využívá se osobních asistentů, či speciálních pedagogů. Sociální službou zaměřenou na vzdělávání je i denní stacionář, který je využívám v případě, že není dostupná některá z možností mateřské školky. Před nástupem na základní školu je možnost navštěvovat přípravný stupeň ZŠ, nebo ZŠ speciální. (Bendová, Zikl, 2011, s. 34-35)

Povinná školní docházka

Povinná školní docházka v České republice platí pro každé dítě, žáka, bez ohledu na postižení. Žák musí nastoupit do školy nejpozději ve školním roce, ve kterém dovrší osm let. Školní docházku může plnit žák se zdravotním postižením nejdéle do 20 let, u žáků se středně těžkým a těžkým, či více vadami může být doba prodloužena až do 26 let. Vzhledem k integraci mohou být tito žáci vzděláváni na běžné základní škole, nebo ve speciální škole, či třídě. ZŠ praktická je určena pro žáky s lehkým mentálním postižením. Pro žáky s vyšším stupněm postižení existuje základní škola speciální. (Bendová, Zikl, 2011, s. 35-36)

Mezi speciální způsoby plnění školní docházky se řadí individuální vzdělávání a vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením. Individuální vzdělávání neboli domácí škola je plnění školní docházky bez pravidelné účasti ve výuce, kdy dítě dochází každé pololetí na přezkoušení. Tuto možnost musí povolit ředitel školy, a to pouze na prvním stupni ZŠ. Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením může odsouhlasit pouze krajský úřad, za přítomnosti doporučení školského zařízení a odborného lékaře a souhlasu zákonných zástupců. Tato možnost nastává v případě, že dítěti jeho zdravotní nebo psychický

stav neumožňuje plnit pravidelnou školní docházku. Krajský úřad zvolí vzdělávací centrum, které pravidelně navštěvuje žáka v místě jeho bydliště. (Bendová, Zikl, 2011, s. 39)

Střední vzdělávání

Žáci s mentálním i jiným postižením mají možnost po řádném ukončení základního vzdělání, nastoupit ke studiu na jakoukoliv střední školu. Základním vzděláním je myšleno úspěšné absolvování základní školy nebo i základní školy praktické. (Bendová, Zikl, 2011, s. 41)

Odborná učiliště jsou určena zejména absolventům ZŠ praktických. Nabízejí mnoho odborných učebních oborů v délce dvou nebo tří let. Po úspěšném absolvování žák získá výuční list. Další možnost je praktická škola jednoletá nebo dvouletá. Jednoletá je určena žákům s těžkým mentálním postižením, autismem, nebo více vadami, je tedy pro absolventy ZŠ speciální. Náplní je praktický nácvik běžných jednoduchých manuálních činností pro běžný život. Vzhledem k postižení žáka a jeho potřeb, se jedná spíše o individuální přípravu. Dvouletá praktická škola je určena absolventům s lehkým nebo středně těžkým, či kombinovaným mentálním postižením. Cílem je rozšíření všeobecného vzdělání, osvojení si pracovních dovedností a návyků a příprava na vykonávání jednoduchých pracovních úkonů. (Bendová, Zikl, 2011, s. 41)

Celoživotní vzdělávání a zaměstnání

Významnou možností celoživotního vzdělávání jsou kurzy. Zejména kurz pro získání základního vzdělání a kurz pro získání základů vzdělání. Kurz pro získání základního vzdělání mohou pořádat základní i střední školy. Délka studia je maximálně jeden rok a může mít formu studia jak denní, tak dálkovou. Přijetí není omezeno věkem. Je ukončen zkouškou. Kurz k získání základů vzdělání pořádá pouze základní škola speciální, trvá minimálně jeden rok. Výuka může mít několik forem, denní, nebo individuální, kdy je výuka realizována ve škole nebo v domácím prostředí žáka. Je určen osobám se středně těžkým, těžkým postižením, více vadami, autismem, které opustili ZŠ speciální dříve, nebo nebyly vzdělávány vůbec. (Bendová, Zikl, 2011, s. 41-42)

Při nástupu nebo pracovním pohovoru u osob s mentálním postižením je jedním z hlavních problémů, i když v různé míře omezená schopnost samostatně zvládat, řešit situace běžného života. I při přítomnosti tolerance, integrace, státní podpoře, je osoba mentálně postižená vždy závislá do určité míry na podpoře okolí, státu. Na stupni postižení závisí pracovní

kvalifikace a vzdělání jedince. Jistá míra uplatnění je především v oblasti chráněných pracovních míst. (Ludvíková a kol., 2013, s. 16)

Inkluzivní pedagogika

Inkluzivní pedagogika se zabývá zkoumáním vzdělávacích procesů zaměřených na děti s relativně trvalým zdravotním postižením, narušením, nebo děti ohrožené, a to ve vzdělávacích podmínkách běžných škol a mimoškolním prostředí. (Lechta, 2016, s. 35)

Narušení bývá v oblasti komunikačních schopností či poruch chování; na rozdíl od postižení může být takové narušení dočasné. Pojem ohrožené dítě nastává při dlouhodobém působení nepříznivých biologických, fyzických, psychických a sociálních faktorů. V důsledku působení může vzniknout již zmíněné narušení. Za ohrožené dítě je nutno brát i dítě nadané, v případě, že jeho specifické potřeby nejsou uspokojovány. (Lechta, 2016, s. 27-28)

Na rozdíl od integrace, která se zaměřuje především na děti s postižením či narušením, do inkluze spadá mnohem širší pole cílové populace. Školská zařízení by měla přijímat všechny děti, bez ohledu na jejich zdravotní stav a předpoklady a životní podmínky. Jsou to tedy např. děti s postižením, nadané děti, děti migrujících a kulturních menšin, děti z ekonomicky a sociálně znevýhodněných rodin a mnoho dalších. (Lechta, 2016, s. 37)

3 SOCIÁLNÍ POMOC STÁTU RODINÁM S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

„Nově koncipovaná sociální pomoc vychází důsledně ze základního předpokladu, že v podmínkách demokratické společnosti a svobodného trhu nese každý občan odpovědnost sám za sebe a za svou budoucnost. Jestliže se ocitne v sociálně neuspokojivé situaci, nastupuje sociální pomoc jako projev lidské solidarity i dobročinnosti.“ (Krebs a kol., 2010, s. 286)

U osob se zdravotním postižením lze z objektivních důvodů předpokládat delší časovou neschopnost, případně je nutné vzít v potaz chronicitu postižení a předpokládat také možnost trvalé neschopnosti. (Krebs a kol., 2010, s. 286)

Kapitola představuje dávky pro osoby se zdravotním postižením a dávky státní sociální podpory, zabývá se problematikou udělování průkazu osob se zdravotním postižením a sociálními službami. Tyto jednotlivé nástroje sociální pomoci jsou představeny vzhledem k mentálnímu postižení dítěte a jeho rodině. Stát prostřednictvím sociální péče zajišťuje pomoc lidem v nepříznivé životní situaci, kteří ji nejsou schopni vlastními silami zvládnout a zaopatřit sebe a svou rodinu. (Arnoldová, 2011, s. 153)

V přítomnosti postižení jsou rodiny zcela znevýhodňovány i finančně, kdy rodina ve většině případů přichází z důvodu péče o dítě o jeden výdělek. Jeden z rodičů, ve většině případů se jedná o matku, se stará o dítě a není tak schopen chodit do zaměstnání. Péče o dítě s postižením je dražší než péče o dítě zdravé, a proto v této situaci jsou nápomoci sociální dávky a příspěvky, které by měly situaci alespoň z nějaké části usnadnit. Rodina o ně může požádat na odboru sociální péče. Každou žádost je podložena lékařskou zprávou dítěte a dalšími doklady ohledně finanční stránky rodiny. (Vágnerová, 2009, s. 185)

3.1 Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Mezi peněžité dávky pro osoby se zdravotním postižením se řadí příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Z právního hlediska je této problematice věnován zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Tyto dávky jsou určeny k podpoře v socializaci a snížení sociálních důsledků vzhledem k postižení. O přiznání dávek rozhoduje Úřad práce České republiky a krajské pobočky. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, § 1-5)

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením podle § 4 říká: *„Je-li oprávněnou osobou dítě, je orgán příslušný k rozhodování o dávkách povinen při rozhodování o nároku na dávku a její výši vždy sledovat dosažení nejlepšího zájmu dítěte. Při rozhodování o nároku a výši příspěvku na zvláštní pomůcku podle § 9 až 12 v případě, že je jeho příjemcem nezletilé dítě nebo osoba s omezenou svéprávností, se předchozí souhlas soudu podle občanského zákoníku nevyžaduje. Předchozí souhlas soudu se nevyžaduje ani u samotného nákupu zvláštní pomůcky pořízené s využitím příspěvku a všech navazujících a souvisejících řízení před příslušnými úřady.*

Příspěvek na mobilitu

Jedná se o opakovanou peněžitou dávku, pomáhající osobám se zdravotním postižením, starší jednoho roku s financováním dopravy. Osoba je musí být držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením v II. nebo III. stupni a je opakovaně v měsíci dopravována nebo se dopravuje za poplatky. Zároveň nesmí být uživatelem žádné pobytové sociální, mimo zvláštní případy. Podle zákona č. 329/2011 Sb. se vyplácí ve výši 550,- Kč měsíčně. Celková suma tedy činí 6600,- Kč za rok. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, § 6-7)

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Úkolem příspěvku na zvláštní pomůcku je zlepšit osobám se zdravotním postižením jejich možnosti pohybu a soběstačnosti. Podmínkou pro přiznání je, že daná pomůcka nesmí být plně ani částečně hrazena zdravotní pojišťovnou. Pro jedince s mentálním postižením je vhodný příspěvek na pořízení motorového vozidla, který je určen na jeho nákup, další možností příspěvek na jeho následnou úpravu. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením)

Podle zákona č. 329/2011 Sb. je nejvyšší příspěvek stanoven ve výši 200 000,- Kč na pořízení motorového vozidla, a až 350 000,- Kč na jeho následnou úpravu. Podmínkou je, že se osoba pravidelně v měsíci dopravuje nebo je dopravována. Výše přiznané částky je závislá na příjmu žadatele. (Marková, Můžeš, 2018)

3.2 Dávky státní sociální podpory

Zákon o státní sociální podpoře definuje státní sociální podporu následovně: *„Státní sociální podporou se stát podílí na krytí nákladů na výživu a ostatní základní osobní potřeby dětí a rodin a poskytuje ji i při některých dalších sociálních situacích. Státní sociální pod-*

pora se ve stanovených případech poskytuje v závislosti na výši příjmu.“ (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, § 1)

Dávky státní sociální podpory jsou hrazeny státem. Pomáhají platit náklady na výživu a další základní osobní potřeby dětí a rodin. Výše dávek se odvíjí od výše příjmu, platí tedy, že při zvýšení vlastního příjmu se hladina dávek sníží. Tuto problematiku řeší základní legislativní předpis, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. O nároku na dávku rozhodují Krajské pobočky Úřadu práce České republiky, které je stejně tak i vyplácejí. (Arnoldová, 2015, s. 60-61)

Jak již bylo zmíněno, vzhledem k náročnosti péče o dítě je často nucen jeden z partnerů pečovat o dítě v přirozeném sociálním prostředí a není schopen tak docházet pravidelně do zaměstnání. Rodina je tedy finančně omezena pouze na výdělek jednoho z partnerů. Je tak nezbytné zmínit i dávky státní sociální podpory, o které může rodina zažádat.

Rodičovský příspěvek

Na rodičovský příspěvek má nárok rodič, který osobně a celý den pečuje o své dítě, do čtyř let jeho věku. Celková částka činí 220 000,- Kč. Sám rodič si volí výši příspěvku, která je pak vyplácena měsíčně. V situaci, kdy je v rodině narozených nejmladších dětí více a současně, má rodič nárok na 1, 5 násobek celkové výše uvedené částky. (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, § 30)

Příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení pomáhá pokrýt náklady na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy. Poskytování podléhá kontrole příjmů za předchozí čtvrtletí. V případě, že se objeví více osob s nárokem na tento příspěvek ve stejném obydlí, rozhoduje Úřad práce o tom, který člen bude příspěvek pobírat. (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, § 24)

Přídavek na dítě

Nárok na přídavek na dítě má pouze nezaopatřené dítě v rodině, jejichž příjem nepřevyšuje součin částky životního minima rodiny a koeficientu 2,70. Výše přídavku se mění s rostoucím věkem nezaopatřeného dítěte. Přídavek je vyplácen měsíčně. (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, § 17-18)

Zákon o státní sociální podpoře (č. 117/1995 Sb.) udává výše přídatku (viz tabulka 2).

Tabulka 2: Výše přídatku na dítě

Věk dítěte	Výše přídatku	Výše zvýšeného přídatku
Do 6 let	500,- Kč	800,- Kč
Od 6 do 15 let	610,- Kč	910,- Kč
Od 15 do 26 let	700,- Kč	1000,- Kč

Zdroj: Upraveno podle zákona o státní sociální podpoře, 1995

Dávky důchodového pojištění

V případě dovršení plnoletosti má jedinec s mentálním i jiným postižením možnost žádat o dávku důchodového pojištění na invaliditu. Dokud důchod nepobírá, je na něho pohlíženo pořad stejně jako na nezaopatřené dítě. (Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění)

3.3 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba s postižením dlouhodobého charakteru, včetně poruch autistického spektra. Nepříznivý zdravotní stav omezuje schopnost jedince pohyblivosti a orientace. Držitel musí být starší jednoho roku. Podle stupně postižení je jedinci přiznaný druh průkazu. (Marková, Můžeš, 2018)

Průkaz TP

Na průkaz TP má nárok osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace. I přes dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je osoba schopna samostatného pohybu i orientace v přirozeném domácím prostředí. V exteriéru se pohybuje pouze na krátké vzdálenosti, nastává však zhoršená schopnost orientace. Problém nastává při chůzi na nerovném povrchu nebo ve styku s překážkou. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, § 36)

Průkaz ZTP

Na průkaz ZTP má nárok osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace. Přes dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je osoba schopna samostatného pohybu i samostatné orientace v přirozeném domácím prostředí. V exteriéru se pohybuje pouze na krátké vzdálenosti a s orientací má značné problémy. Problém nastává při chůzi na nerov-

ném povrchu nebo ve styku s překážkou. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, § 36)

Průkaz ZTP/P

Na průkaz ZTP/P má nárok osoba s velmi těžkým nebo úplným funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace. Osoba v dlouhodobě nepříznivém zdravotní stavu má v domácím prostředí značné problémy s chůzí, nebo není schopna chůze vůbec. V exteriéru není schopna samostatné chůze nebo je přemísťován pomocí nějaké z kompenzačních pomůcek, zejména invalidního vozíku. V exteriéru není osoba schopna samostatné orientace. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, § 36)

3.4 Sociální služby

Zákon o sociálních služkách definuje následovně: „*Sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3)

Nabídka sociálních služeb je poskytována pro situace, kdy si osoba v nepříznivé sociální situaci není schopna vystačit prostřednictvím vlastních sil a je odkázána na pomoc druhé osoby. Právě v takových situacích jsou k dispozici obsáhlé možnosti sociálních služeb. (Arnoldová, 2011, s. 209)

Problematicke sociálních služeb, včetně příspěvku na péči se věnuje zákon ze dne 14. března 2006, č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Stanovil druhy a formy sociálních služeb (tabulka 3).

Tabulka 3: Rozdělení sociálních služeb

Druhy sociálních služeb:	Formy sociálních služeb:
Sociální poradenství	Pobytová
Služby sociální péče	Ambulantní
Služby sociální prevence	Terénní

Zdroj: Upraveno podle zákona o sociálních službách, 2006

3.4.1 Sociální poradenství

V souvislosti s dítětem s mentálním postižením jsou vhodné služby specializovaného sociálního poradenství pro osoby se zdravotním postižením, které je zaměřeno na individuální potřeby jednotlivých sociálních skupin lidí. Tato služba plní funkci zprostředkovatele kontaktu se společností, provádí sociálně terapeutická činnosti a pomáhá při vyřizování osobních záležitostí a při uplatňování práv jedince a jeho možností. (Arnoldová, 2011, s. 258-259)

3.4.2 Služby sociální péče

Služby sociální péče pomáhají zajistit klientovi jeho fyzickou i psychickou soběstačnost, v případě, že to z důvodu nepříznivé sociální situace není schopen zaopatřit vlastními silami. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 38)

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytována dětem z důvodu sníženého stupně soběstačnosti kvůli věku, zdravotnímu postižení, či onemocnění. Jedinec je odkázán na pomoc druhé fyzické osoby. Výhodou služby je poskytování v přirozeném sociálním prostředí klienta a není časově omezená. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 39)

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je realizována ambulantně nebo terénně a je časově omezená. Mezi její činnosti patří pomoc při zvládnání běžných úkonů péče, tedy při podávání stravy a pití, oblékání, pohybu a přesunu. Dále pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí stravy nebo pomoc při obstarávání stravy, zřizování kontaktů se společenským životem a prostředím. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 40)

Podpora samostatného bydlení a chráněné bydlení

Podpora samostatného bydlení je terénní sociální služba poskytující podporu osobám se sníženou soběstačností. Pomáhá při výchově dětí v rodině, při nácviu a udržování běžných schopností a dovedností dítěte, při začleňování dítěte do společnosti nebo obnovení kontaktů. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 9, § 17)

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou poskytovány formou ambulantní, terénní, nebo pobytové. Cílem služby je umožnit pečující osobě odpočinek, který je nezbytný pro kvalitní napomáhání a péči o jedince, který její pomoc potřebuje z důvodu snížené soběstačnosti. (Arnoldová, 2016, s. 38)

Centra denních služeb

Centra denních služeb a denní stacionáře jsou centra poskytující ambulantní formou sociální péči klientům, kteří z důvodu zdravotního postižení, nemoci, či věku nejsou schopni udržet dostatečnou míru soběstačnosti, a jsou tak odkázáni na pomoc druhé fyzické osoby. Poskytují odbornou pomoc v oblasti osobní hygieny, poskytnutí stravy, výchovy a vzdělávání, při vyřizování osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 45)

Denní stacionář

Denní stacionáře poskytují ambulantní formou sociální služby osobám, které z důvodu zdravotního postižení mají sníženou schopnost sebezpečí a potřebují tak pomoc druhé fyzické osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 46)

Týdenní stacionář

Týdenní stacionáře poskytují svoje služby pobytovou formou. Tato služba je zajišťována pro klienty zejména po dobu pracovních dní, kdy jim nabízí celkovou péči při absenci soběstačnosti klienta. Mezi jejich služby řadíme klasické denní aktivity pro běžnou domácnost, tedy ubytování, praní, žehlení, stravování. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 47)

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytové sociální služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení, chronické nemoci. Zde se klientovi dostane pravidelná pomoc druhé fyzické osoby. Zařízení je určeno především pro ty jedince, kterým není možné zařídit péči v přirozeném sociálním prostředí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48)

3.4.3 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence pomáhají osobám ohroženým krizovou životní situací předcházet nebo zamezit sociálnímu vyloučení. Cílem je jim napomáhat v překonávání nepříznivé sociální situace a zabránit vzniku nežádoucích jevů ve společnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 53)

Raná péče

Raná péče je poskytovaná sociální služby pro děti do sedmi let věku se zdravotním postižením a jejich rodině, formou ambulantní nebo terénní. Cílem je zamezit špatnému vývoji dítěte v rodině v důsledku nepříznivé sociální situace. Podporuje tedy komplexně rodinu a vývoj dítě s ohledem na jeho specifické životní potřeby. Obsahuje základní činnosti výchovné, vzdělávací, aktivizační, sociálně terapeutické. Dále zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomáhá uplatňovat práva klienta při obstarávání osobních záležitostí. Při vzdělávací, aktivizační a výchovné činnosti dochází ke zhodnocení schopností i dovedností dítěte i jeho rodičů, zjišťuje jejich potřeby. Společně s členy rodiny nacvičují dovednosti k řádné péči o dítě a funkčnosti celé rodiny. (Opatřilová, 2012, s. 19)

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny poskytují ambulantní formou osobám se zdravotním postižením pravidelnou podporu a zdokonalování pracovních návyků. Dále nacvičují se svými klienty denní běžné činnosti pro sebezpečí o vlastní osobu. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 67)

Sociálně aktivizační služby

Sociálně aktivizační služby (SAS) pro osoby se zdravotním postižením a rodiny s dětmi poskytují terénní a ambulantní formou své služby osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Mezi jejich základní činnosti spadá zprostředkování kontaktu klienta se společenským životem, zaopatřuje mu volnočasové aktivity a pomáhá při zřizování osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 65-66)

3.4.4 Příspěvek na péči

Zákon o sociálních službách vymezuje příspěvek na péči následovně: *„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí*

základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“
(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 7)

Na příspěvek na péči, (dále jen příspěvek), má nárok osoba starší jednoho roku, závislá na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě trvajících nepříznivých zdravotních stavů. Tato osoba je státním občanem České republiky nebo je hlášena na území České republiky k trvalému pobytu. Poskytovatel pomoci může být osoba blízká, asistent sociální péče či pracovník v sociálních službách, pečovatel, poskytovatel sociálních služeb, pracovník zdravotnického lůžkového zařízení. Problematiku příspěvku řeší zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který udává čtyři stupně závislosti na pomoci druhé osoby a dle toho i výše příspěvku. Výše příspěvku jsou zvláště rozděleny pro osoby do 18 let a nad 18 let. Při stanovování stupně příspěvku se posuzuje dotyčná osoba prostřednictvím hodnocení základních deseti životních potřeb, kterými jsou: mobilita, orientace, stravování, oblékání a obouvání, péče o zdraví, komunikace, tělesná hygiena, výkon fyziologických potřeb, osobní aktivity a péče o domácnost. Péče o domácnost se však nehodnotí u osob do 18 let. Ve věci příspěvku rozhoduje Krajská pobočka Úřadu práce České republiky (dále jen KPÚP), kde sociální pracovník za tuto instituci provádí sociální šetření, prostřednictvím něhož zjišťuje samostatnost posuzované osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Poté KPÚP zasílá žádost o posouzení stupně závislosti osoby na Okresní správu sociálního zabezpečení. Tato instituce vychází z lékařského vyšetření a posudku, výsledku sociálního šetření. Na základě tohoto poté úřad práce vydává konečné ustanovení, zda příspěvek přiznává, v jakém stupni závislosti a v jaké výši nebo nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí lze podat odvolání v rámci dvoustupňového řízení, v tomto případě poté rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Příspěvek je vyplácen měsíčně KPÚP. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. udává stupně závislosti a výše příspěvku (viz tabulka 4).

Tabulka 4: Příspěvek na péči

Osoby do 18 let	Výše příspěvku	Osoby starší 18 let	Výše příspěvku
Lehká závislost	3300,- Kč	Lehká závislost	880,- Kč
Středně těžká závislost	6600,- Kč	Středně těžká závislost	4400,- Kč
Těžká závislost	9900,- Kč	Těžká závislost	8800,- Kč
Úplná závislost	13200,- Kč	Úplná závislost	13200,- Kč

Zdroj: Upraveno podle zákona o sociálních službách, 2008

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Druhou nedílnou součástí bakalářské práce je praktická část, tedy výzkumná. Pojem výzkum Reichl definuje jako „*Dlouhodobou, plánovitou činnost, část poznávacího procesu ve vědě, zahrnující jak teoretickou, tak empirickou část.*“ (Reichel, 2009, s. 26)

Výzkumné šetření je realizováno metodou kvantitativního výzkumu, pomocí techniky dotazníku. Data, která jsou předmětem kvantitativního výzkumu, jsou měřitelná. Sběr dat a následnou analýzu lze provést rychle. Po zkoumání předpokládaných vztahů může být využito sestavení hypotéz. (Reichel, 2009, s. 40-41)

Zvolenou technikou pro sběr dat je dotazník: „*Dotazník je standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři,*“ který je často využívanou technikou v sociologickém výzkumu. (Kutnohorská, 2008, s. 41)

Předložený dotazník je sestaven z 22 otázek, a to uzavřených, polytomických, polouzavřených a otevřených. Celý je anonymní a dobrovolný.

4.1 Cíl výzkum

Předložená bakalářská práce vytýčila několik cílů. Hlavní cílem bylo zjistit využívanost sociální pomoci státu u rodin s dítětem s mentálním postižením. Pozornost je věnována i dílčím cílům, které měly za úkol:

- Zjistit, zda respondent považuje péči o své dítě za časově, fyzicky a finančně náročnou.
- Zjistit, kolik respondentů pobírá dávky pro osoby se zdravotním postižením (vzhledem k péči o dítě s mentálním postižením).
- Zjistit, kolik respondentů pobírá příspěvek na péči (vzhledem k dítěti s mentálním postižením).
- Zjistit spokojenost se sociální pomocí státu u rodin s dítětem s mentálním postižením.
- Zjistit, kterou z forem sociálních služeb rodiny využívají nejčastěji.
- Zjistit, jaká zlepšení by rodiny uvítaly v souvislosti se sociální pomocí státu.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Vzorek respondentů tvořili rodiče dítěte s mentálním postižením nebo kombinovaným mentálním postižením. Jedná se o rodiče, jejichž děti navštěvují jedno ze čtyř specializovaných pracovišť (viz podkapitola 4.3. Organizace šetření), dále několik soukromých rodin, mimo zmíněná výzkumná pracoviště.

4.3 Organizace výzkumu

Dotazník byl sestaven v průběhu měsíce února 2018. Od listopadu 2017 do února 2018 byla kontaktována odborná pracoviště pro realizaci výzkumného šetření. Z deseti kontaktovaných pracovišť následně čtyři z nich odsouhlasily povolení k výzkumnému šetření. Jednalo se o instituce:

- Dětský domov, Materská škola, Základní škola a Praktická škola, Lazy 3695, 760 01 Zlín
- Základní škola Čtverka, Na Výsluní 2047, 688 01 Uherský Brod
- Rehabilitační stacionář, Žlebová 1590, 760 01 Zlín
- Speciálně pedagogické centrum, Středová 4694, Zlín 760 05

Z rozdaných dotazníků se vrátilo 103; 21 bylo vyřazeno z šetření z důvodu jejich nekomplexnosti. Ke zpracování bylo použito tedy 82 dotazníků. Dotazník obsahuje 22 položek (viz příloha V). Úvodní část je věnována oslovení respondentů a seznámení s účelem dotazníku. Otázky jsou otevřené, polouzavřené, polytomické i uzavřené.

4.4 Zpracování a analýza získaných dat

Zpracování vrácených dotazníků probíhalo prostřednictvím programu Microsoft Excel. Získaná data jednotlivých otázek jsou uvedeny v tabulkách absolutních a relativních četností. Výsledky dotazníkového šetření byly slovně okomentovány a pro přehled znázorněny v tabulkách a příslušných grafech.

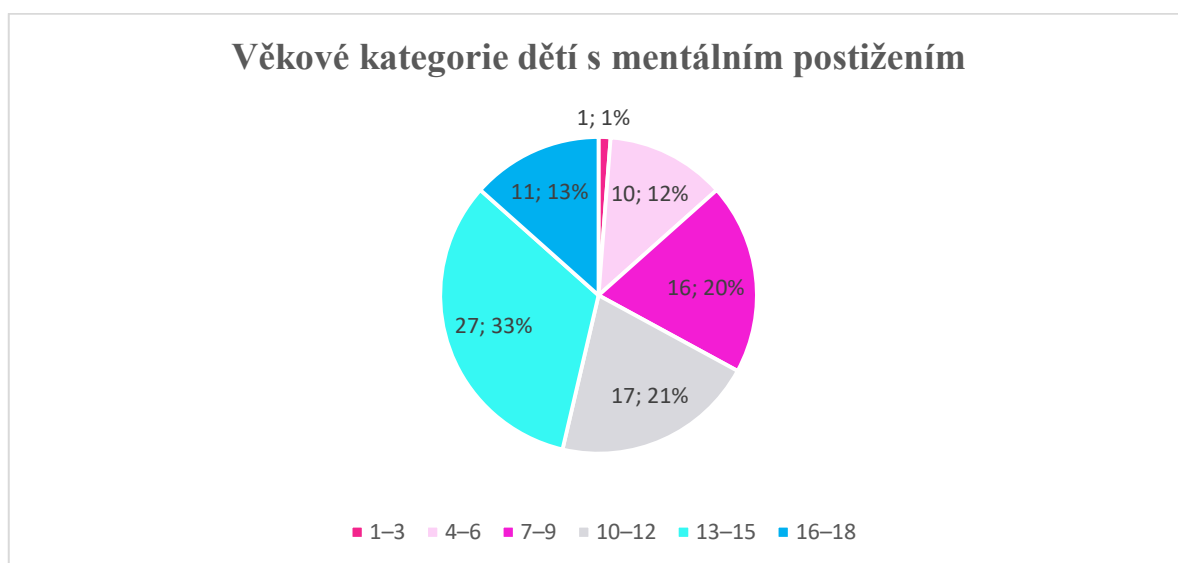
Otázka 1 Uved'te věk vašeho dítěte.

První otázkou zjišťujeme věkovou škálu dítěte jednotlivých pečujících respondentů o dítě s mentálním postižením. Na tabulce 5 a grafu 1 vidíme věkové kategorie dětí s mentálním postižením, spadající do výzkumu. Z celkového počtu 82 respondentů (100, 0 %) pečuje 27 (32, 9 %) z nich nejvíce o dítě s mentálním postižením ve věku 13-15 let. V průměru 20,0 % respondentů se stará o dítě s mentálním postižením ve věkové kategorii 7-9 a 10;12 let. Z celkového počtu dotazovaných respondentů tedy vyplývá, že 60 respondentů, což odpovídá 73,2 %, pečuje o dítě ve věku od 7-15 let.

Tabulka 5: Věkové kategorie dětí s mentálním postižením

Věkové kategorie	Počet odpovědí	(%)
1-3	1	1,2
4-6	10	12,2
7-9	16	19,5
10-12	17	20,8
13-15	27	32,9
16-18	11	13,4
Součet	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 1: Věkové kategorie dětí s mentálním postižením

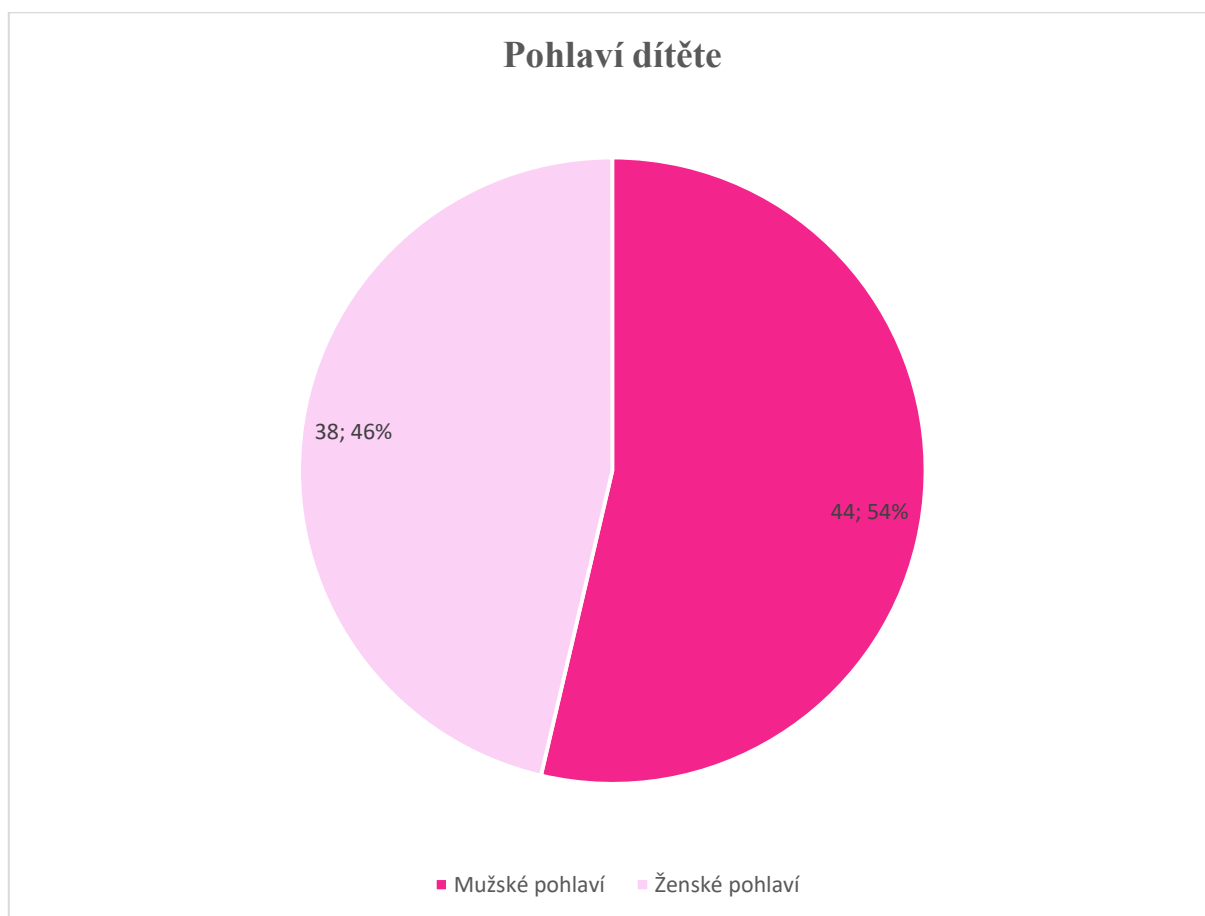
Otázka 2 Pohlaví dítěte.

Druhá otázka zjišťovala pohlaví dítěte. Z tabulky 6 a grafu 2 vidíme, že 44 (53,7 %) respondentů pečuje o dítě mužského pohlaví a 38 (46,3 %) respondentů o dítě ženského pohlaví.

Tabulka 6: Pohlaví dítěte

Pohlaví dítěte	Počet odpovědí	(%)
Mužské	44	53,7
Ženské	38	46,3
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 2: Pohlaví dítěte.

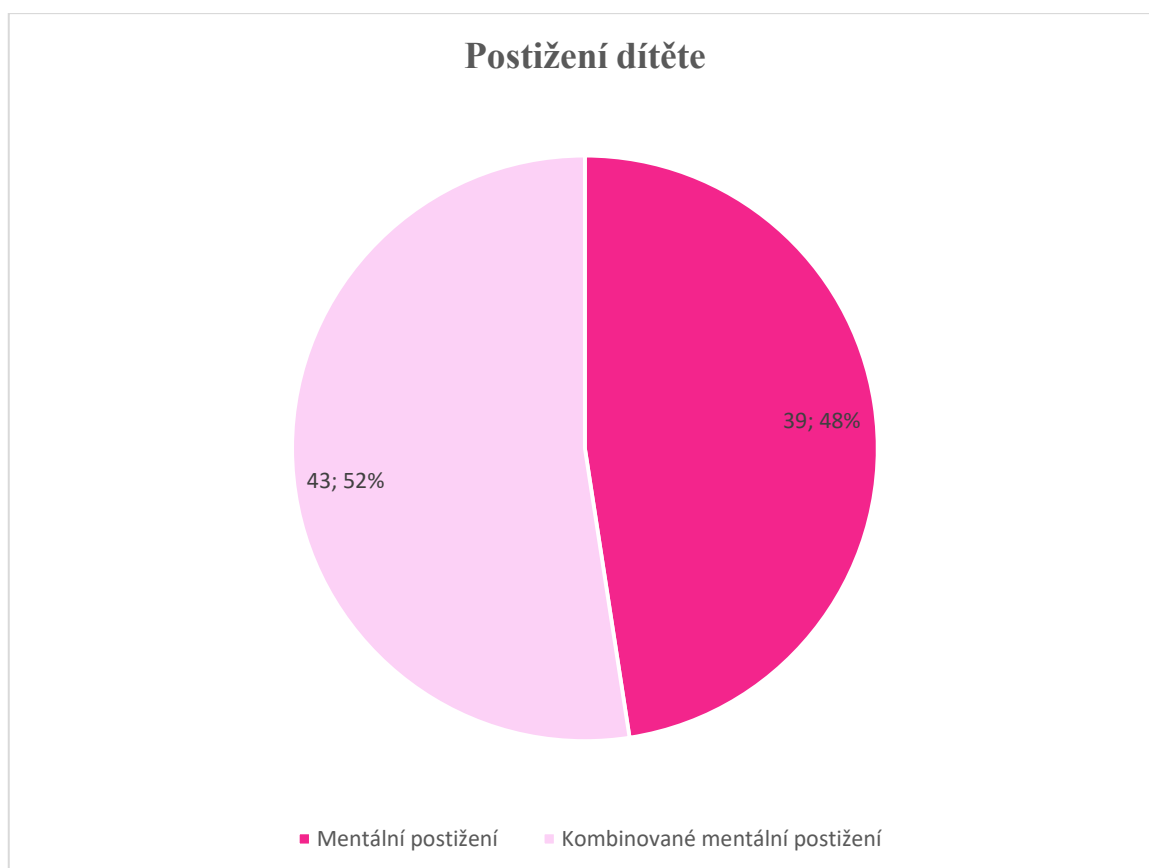
Otázka 3 Uved'te, zda má Vaše dítě mentální nebo kombinované mentální postižení.

Tabulka 7 uvádí počet respondentů pečujících o dítě s mentálním postižením a počet respondentů pečující o dítě s kombinovaným mentálním postižením. Z tabulky 7 a grafu 3 vyplývá, že mentální postižení je diagnostikováno u 39 dětí, což je 47,6 %, a kombinované mentální postižení u 43 dětí, což představuje 52,4 %.

Tabulka 7: Postižení dítěte

Postižení dítěte	Počet (n)	(%)
Mentální postižení	39	47,6
Kombinované mentální postižení	43	52,4
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

*Graf 3: Postižení dítěte*

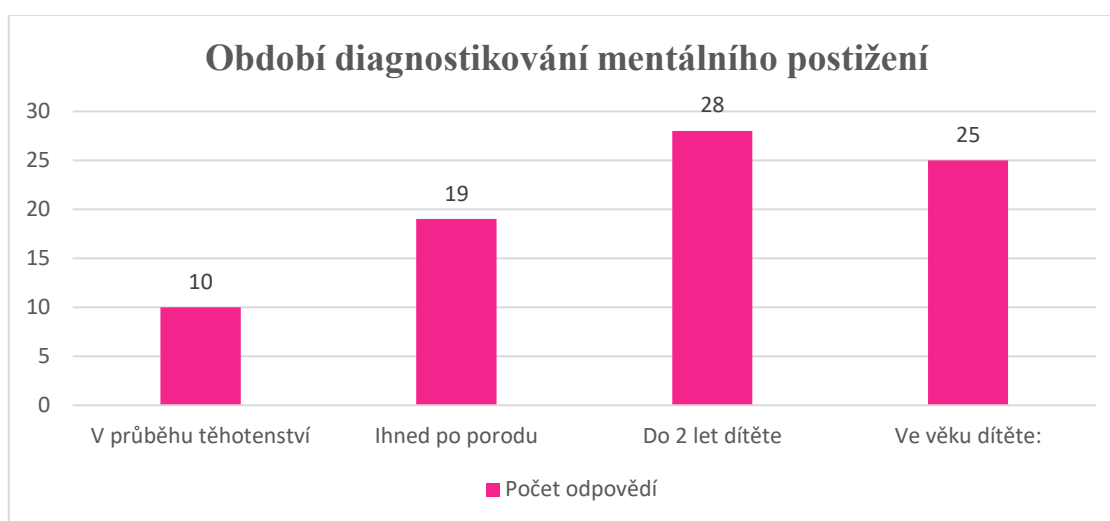
Otázka 4 Uved'te, kdy bylo diagnostikováno mentálního postižení vašeho dítěte.

Cílem otázky 4 bylo zjistit období diagnostikování mentálního postižení u zkoumaných dětí. Z 82 (100,0 %) dotazovaných nejvíce respondentů, a to v počtu 28 (34,1 %) uvedlo, že mentální postižení jejich dítěte bylo diagnostikováno do 2 let. U 25 (30,5 %) dětí bylo postižení diagnostikováno ve starším věku dítěte, v rozmezí 3 až 7 let. Z toho 7 (8,5 %) respondentů uvedlo, že mentální postižení dítěte bylo diagnostikováno později, až ve 3 letech, 9 (11,0 %) respondentů uvedlo ve 4 letech dítěte, 6 (7,3 %) respondentů uvedlo v 5 letech dítěte, 2 (2,4 %) respondenti uvedli v 6 letech dítěte a pouze 1 (1,2 %) respondent uvedl v 7 letech dítěte (tabulka 8, graf 4).

Tabulka 8: Období diagnostikování postižení dítěte

Období	Počet odpovědí	(%)
V průběhu těhotenství	10	12,2
Ihned po porodu	19	23,2
Do 2 let dítěte	28	34,1
Ve věku:	25	30,5
3	7	
4	9	
5	6	
6	2	
7	1	
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 4: Období diagnostikování postižení dítěte

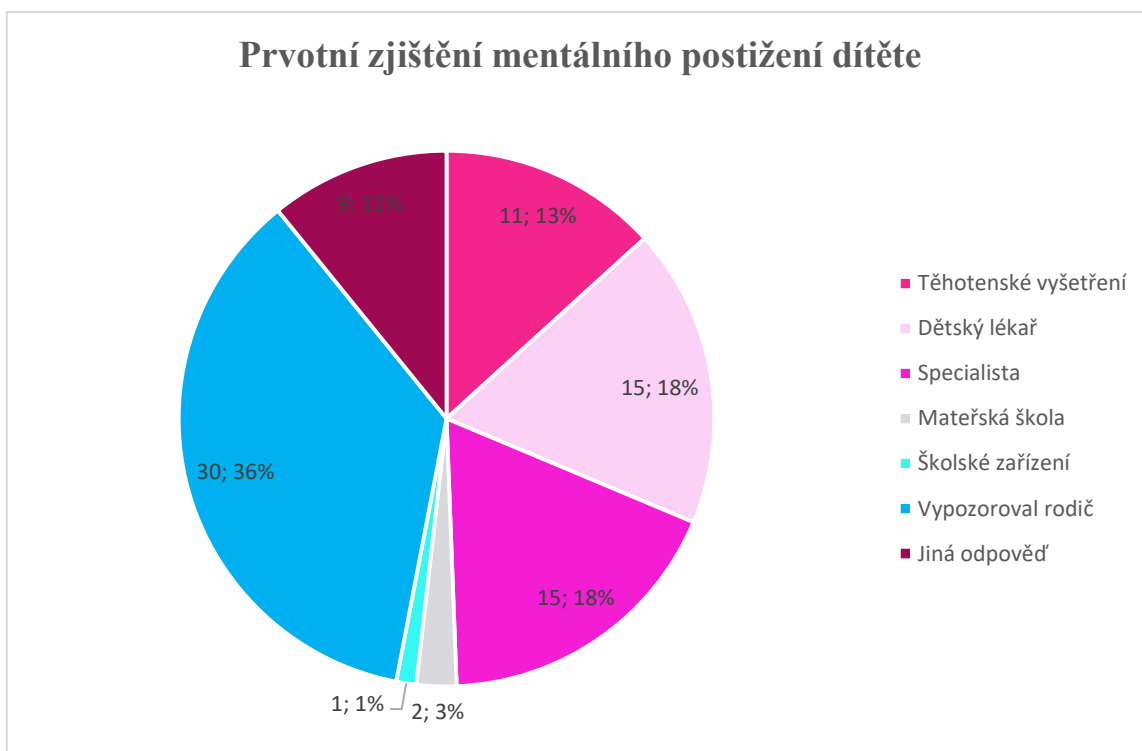
Otázka 5 Uved'te, při jaké příležitosti bylo postižení prvotně zjištěno.

Tabulka 9 a graf 5 uvádí prvotní zjištění problému mentálního postižení u zkoumaných dětí. Nejvíce respondentů 30 (36,7 %) uvedlo, že problém vyzorovali sami. 15 (18,3 %) respondentů uvedlo, že prvotní zjištění odhalil dětský lékař. U 14 dětí (17,1 %) uvedli rodiče odborníka (psycholog, neurolog). Jako jinou odpověď uvedlo 8 (9,8 %) respondentů, že zjištění postižení bylo po porodu dítěte a 1 (1,2 %) při genetické vyšetření.

Tabulka 9: Prvotní zjištění mentálního postižení dítěte

Možnosti	Počet odpovědí	(%)
Těhotenské vyšetření	11	13,4
Prohlídka dítěte u pediatra	15	18,3
Návštěva specialisty:	14 psycholog 3, neurolog 11	17,1
Mateřská škola	2	2,4
Školské zařízení	1	1,2
Vyozoroval rodič sám	30	36,6
Jiná odpověď: po porodu	9 genetické vyšetření 1 po porodu 8	11,0
Celkem	82	100, 0 %

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 5: Prvotní zjištění mentálního postižení dítěte

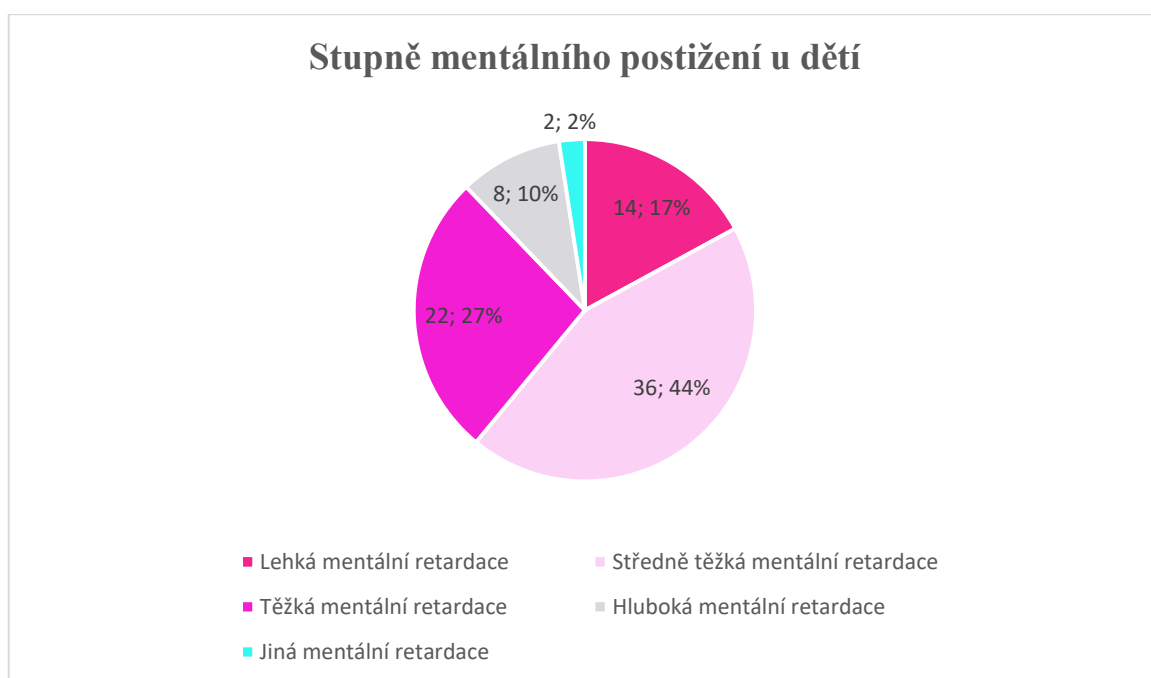
Otázka 6 Jaký stupeň mentálního postižení má diagnostikované vaše dítě?

Otázka šest zjišťovala stupně mentálního postižení u dítěte. V tabulce 10 a na grafu 6 vidíme, že nejčastějším stupněm mentálního postižení u dítěte byla odpovězena středně těžká mentální retardace, a to počtem 36 (43,9 %) respondentů.

Tabulka 10: Stupně mentálního postižení u dětí

Stupeň mentálního postižení	Počet odpovědí	(%)
Lehké mentální retardace	14	17,1
Středně těžká mentální retardace	36	43,9
Těžká mentální retardace	22	26,8
Hluboká mentální retardace	8	9,8
Jiná mentální retardace	2	2,4
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 6: Stupně mentálního postižení u dětí

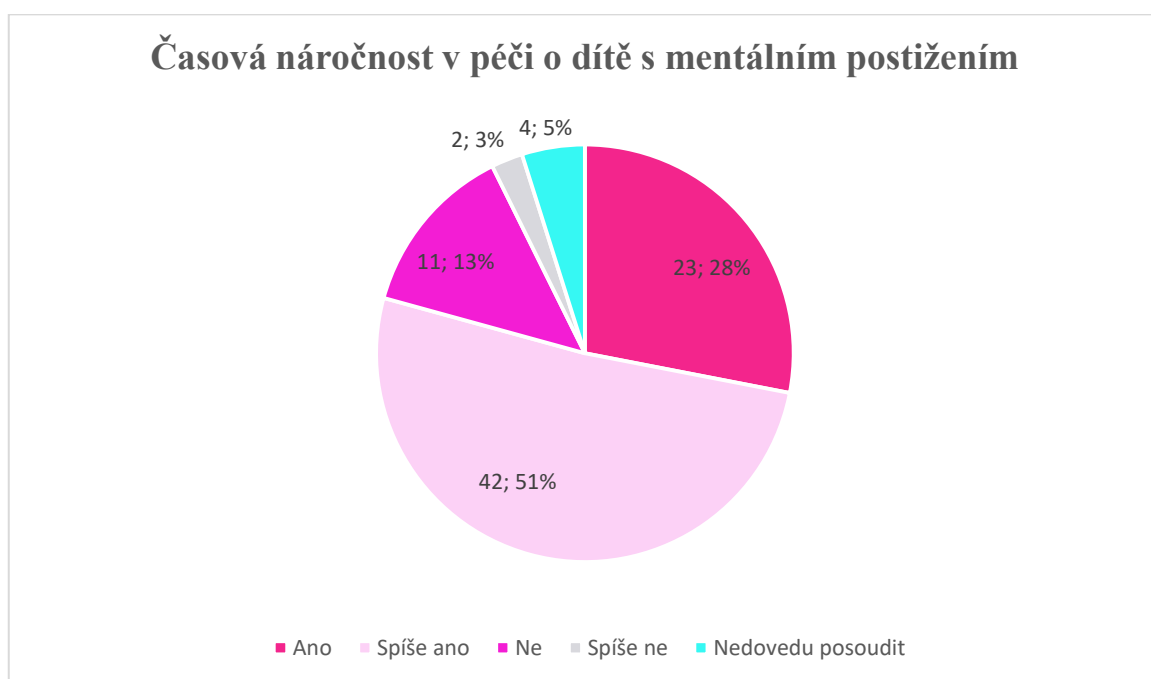
Otázka 7 Považujete péči o své dítě za časově náročnou?

Otázka 7 zjišťovala mezi respondenty, zda považují péči o jejich dítě za časově náročnou. Na tabulce 11 a grafu 7 je znázorněno, že 42 (51,2 %) respondentů se přiklonilo k odpovědi spíše ano a 23 (28,1 %) odpověděli jednoznačně ano. Převážná část (79,3 %, což je 65 respondentů) považuje péči o své děti za časově náročnou.

Tabulka 11: Časová náročnost v péči o dítě s mentálním postižením

Možnost	Počet odpovědí	(%)
Ano	23	28,1
Spíše ano	42	51,2
Ne	11	13,4
Spíše ne	2	2,4
Nedovedu posoudit	4	4,9
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 7: Časová náročnost v péči o dítě s mentálním postižením

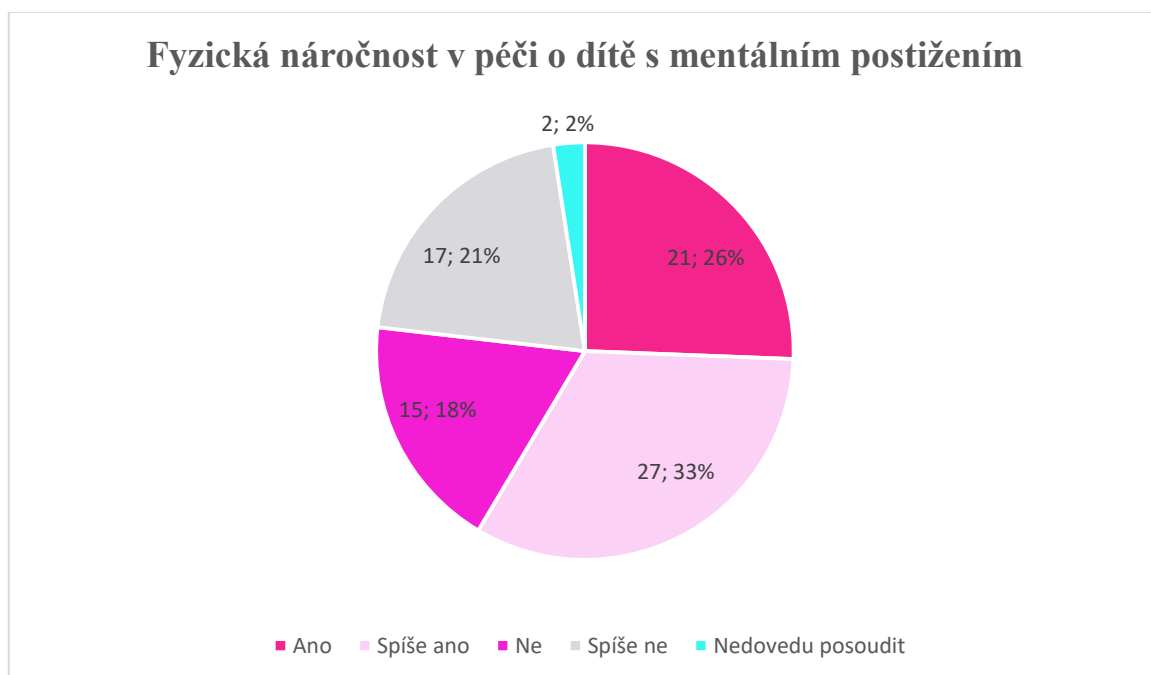
Otázka 8 Považujete péči o své dítě za fyzicky náročnou?

Osmá otázka zjišťuje, zda respondenti považují péči o jejich dítě za fyzicky náročnou. Tabulka 12 a graf 8 uvádí, že 27 (33,0 %) respondentů se přiklání k odpovědi spíše ano a 21 (25,6 %) respondentů odpovědělo jednoznačně ano.

Tabulka 12: Fyzická náročnost v péči o dítě s mentálním postižením

Možnost	Počet odpovědí	(%)
Ano	21	25,6
Spíše ano	27	33,0
Ne	15	18,3
Spíše ne	17	20,7
Nedovedu posoudit	2	2,4
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 8: Fyzická náročnost v péči o dítě s mentálním postižením

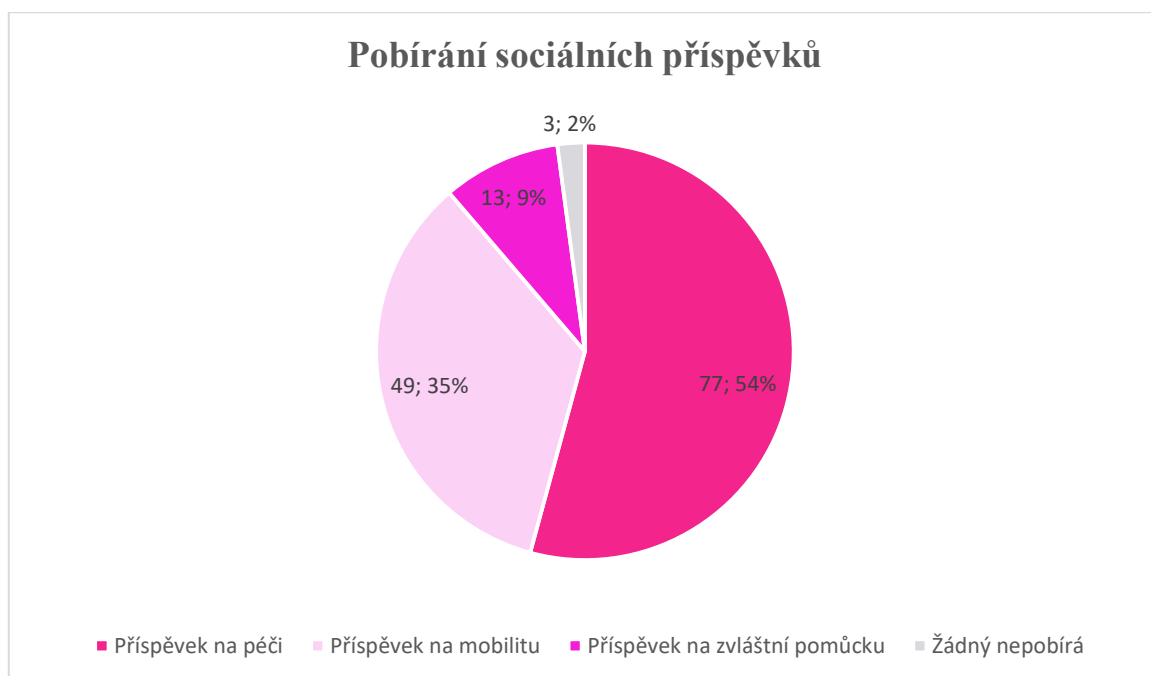
Otázka 9 Pobíráte na vaše dítě některé z uvedených sociálních příspěvků?

Otázka devátá zjišťovala pobírání sociálních příspěvků vzhledem k postižení dítěte. V tabulce 13 a grafu 9 vidíme, že z celkového počtu 82 respondentů 77 (93,9 %) uvedlo, že pobírá příspěvek na péči; 49 (58,9 %) respondentů se vyjádřilo, že pobírá příspěvek na mobilitu. Pouze 13 (15,9 %) respondentů využívá příspěvek na zvláštní pomůcku.

Tabulka 13: Pobírání sociálních příspěvků

Příspěvek	Počet odpovědí	(%)
Příspěvek na péči	77	93,9
Příspěvek na mobilitu	49	58,9
Příspěvek na zvláštní pomůcku	13	15,9
Žádný	3	3,7

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 9: Pobírání sociálních příspěvků

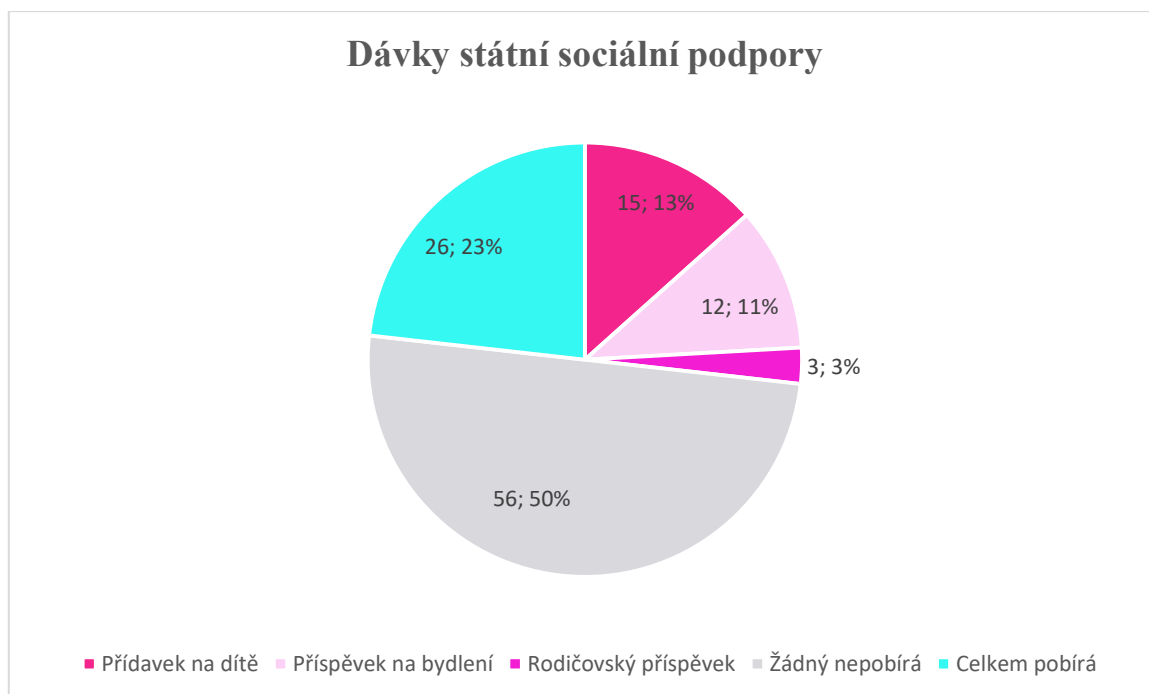
Otázka 10 Pobíráte některé z uvedených dávek státní sociální podpory?

Desátá otázka se ptá na pobírání dávek státní sociální podpory. V tabulce 14 a grafu 10 vidíme, že počet respondentů pobírajících některé dávky státní sociální podpory je malý. Z celkového počtu pouze 26 (31,7 %) respondentů pobírá dávky státní sociální podpory. Nejvíce z nich v počtu 15 (18,3 %) pobírá přídavek na dítě.

Tabulka 14: Dávky státní sociální podpory

Dávky státní sociální podpory	Počet respondentů	(%)
Přídavek na dítě	15	18,3
Příspěvek na bydlení	12	14,6
Rodičovský příspěvek	3	3,7
Počet pobírajících	26	31,7
Žádný	56	68,3

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 10: Dávky státní sociální podpory

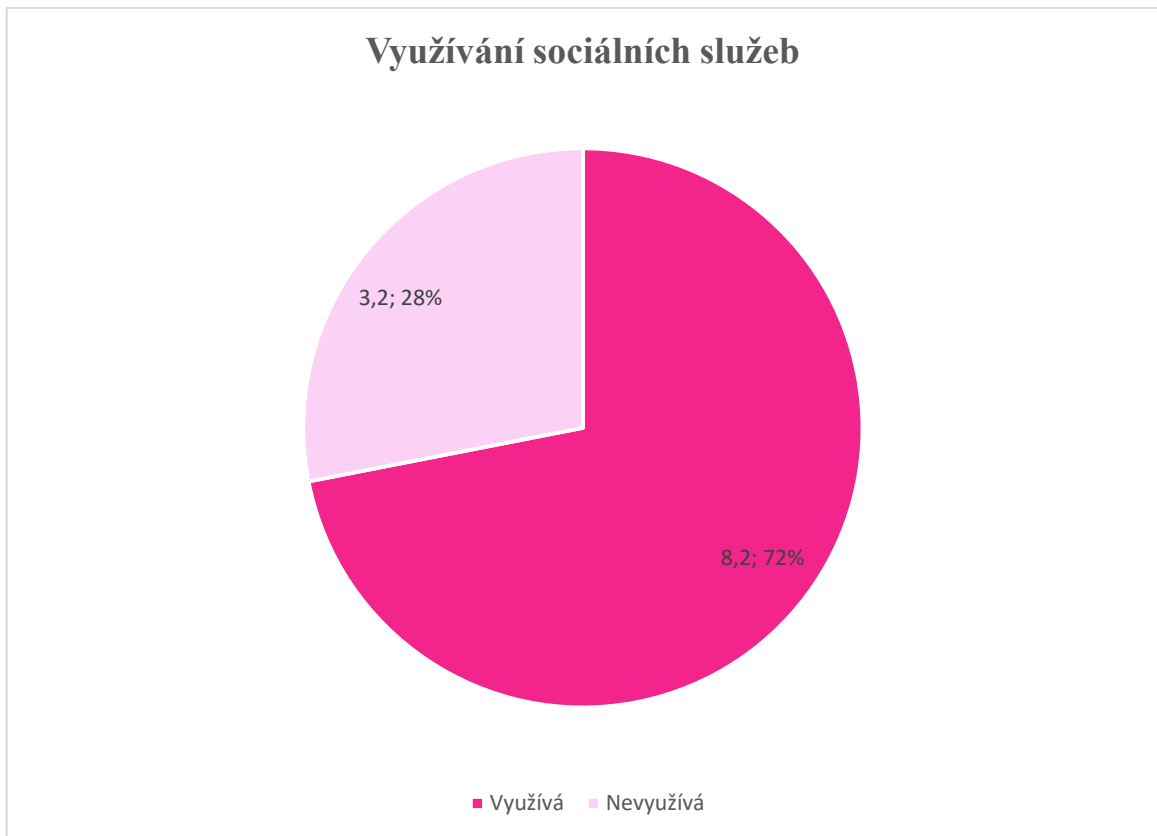
Otázka 11 Navštěvujete nějaké z uvedených zařízení sociálních služeb pro děti s mentálním postižením? Napište název a místo konkrétního zařízení. Může být zvoleno libovolné množství odpovědí.

Jedenáctá otázka zjišťovala u respondentů využívání sociálních služeb. V tabulce 15 a grafu 11 vidíme, že více jak polovina respondentů nevyužívá sociálních služeb. Pouze 30 (36,6 %) respondentů se přiklonilo k nějaké z uvedené nabídky sociálních služeb. 13 (15,9 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě navštěvuje služby denního stacionáře.

Tabulka 15: Využívání sociálních služeb

Sociální služby	Počet odpovědí	(%)
Centra sociálního poradenství	2	2,4
Denní stacionář	13	15,9
Týdenní stacionář	7	8,5
Sociálně terapeutické dílny	4	4,9
Centra sociální rehabilitace	0	0,0
Raná péče	6	7,3
Odlehčovací služby	1	1,2
Osobní asistence	1	1,2
Žádné nevyužívá	52	63,4
Využívá	30	36,6

Zdroj: vlastní zpracování, 2018



Graf 11: Využívání sociálních služeb

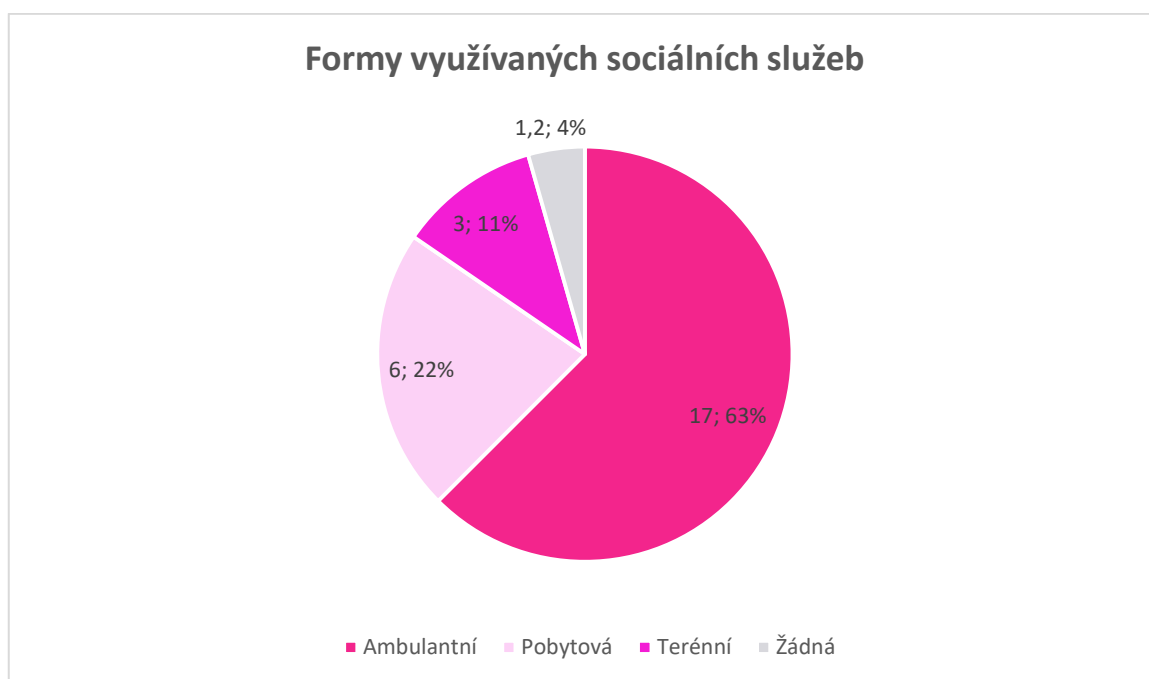
Otázka 12 Uveďte, kterou formu sociálních služeb využíváte nejvíce.

Dvanáctá otázka zjišťovala u respondentů, kterou formu sociálních služeb využívají nejvíce. V tabulce 16 a grafu 12 vidíme, že 56 (68,3 %) respondentů nevyužívá žádnou formu sociálních služeb. Z 26 (31,7 %) respondentů je nejvíce využívána forma ambulantní v počtu 17 (20,7 %).

Tabulka 16: Formy využívaných sociálních služeb

Formy sociálních služeb	Počet odpovědí	(%)
Ambulantní	17	20,7
Terénní	3	3,7
Pobytová	6	7,3
Využívá	26	31,7
Žádnou nevyužívá	56	68,3
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování (2018)



Graf 12: Formy využívaných sociálních služeb

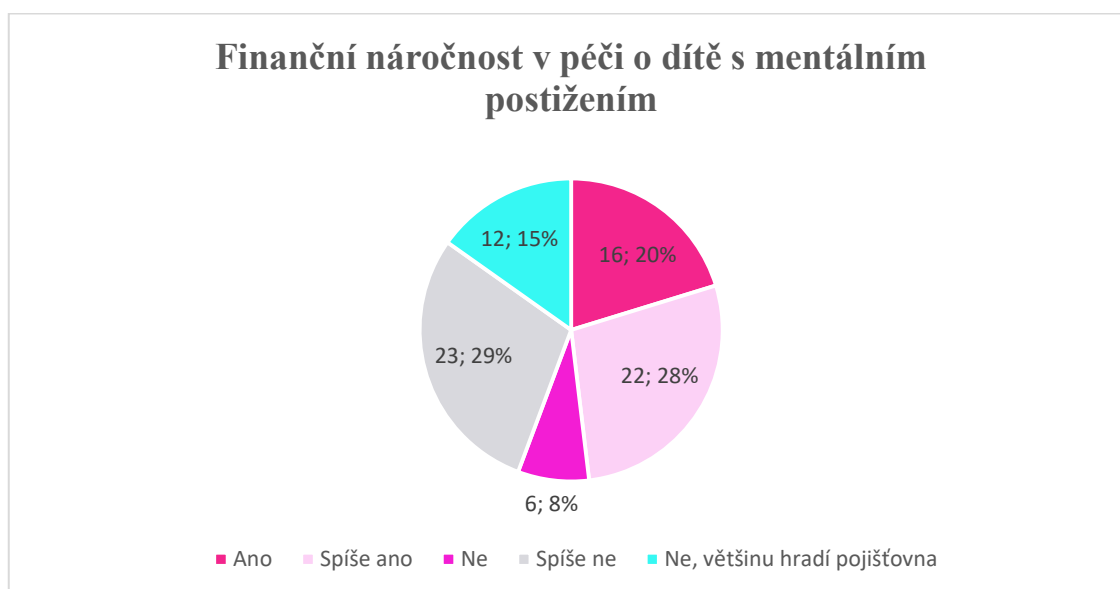
Otázka 13 Považujete péči o Vaše dítě za finančně náročnou?

Otázka třináctá se dotazovala respondenty, zda považují péči o jejich dítě za finančně náročnou. V tabulce 17 a grafu 13 vidíme, že 23 (28,0 %) respondentů se přiklání k odpovědi spíše ne, dalších 12 (14,6 %) respondentů se přiklání k odpovědi ne, neboť většinu hradí pojišťovna a 6 (7,3 %) je jednoznačně přikloněno k odpovědi ne. K opačné odpovědi ano či spíše ano se přiklonilo 38 (46,3 %).

Tabulka 17: Finanční náročnost v péči o dítě s mentálním postižením

Možnost	Počet odpovědí	(%)
Ano	16	19,5
Spíše ano	22	26,8
Ne	6	7,3
Spíše ne	23	28,0
Nedovedu posoudit	3	3,7
Ne, většinu hradí pojišťovna	12	14,6
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 13: Finanční náročnost v péči o dítě s mentálním postižením

Otázka 14 Žádali jste někdy o nějakou formu sociálního příspěvku státu a nebylo Vám vyhověno?

Čtrnáctou otázkou jsme se dotazovali respondentů, zda žádali o sociální příspěvek, a zda jim bylo vyhověno či nikoli. Z tabulky 18 a grafu 14 vidíme, že 72 (87,8 %) respondentům bylo v jejich žádosti vyhověno, 7 (8,5 %) respondentům byla žádost zamítnuta pro nedosažený počet bodů či neodpovídající zdravotní stav.

Tabulka 18: Přiznání sociálního příspěvku

Možnost	Počet odpovědí	(%)
Žádali a bylo nám vyhověno	72	87,8
Ano, žádali a nebylo vyhověno	7	8,5
Nežádali	3	3,7
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 14: Přiznání sociálního příspěvku

Otázka 15 Užívá Vaše dítě nějakou kompenzační nebo zvláštní pomůcku v souvislosti s jeho postižením?

Otázka 15 zjišťuje mezi respondenty na využívání kompenzačních pomůcek dítětem. V tabulce 19 a grafu 15 vidíme, že 33 (40,2 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě užívá kompenzační pomůcku. Nejvíce respondentů uvedlo, že je dítě uživatelem invalidního vozíku 12 (14,3 %) nebo speciálního kočáru 11 (13,4 %), dalšími uvedenými odpověďmi byla speciální obuv, brýle, ortéza na nohy nebo berle.

Tabulka 19: Využívání kompenzačních pomůcek

Možnost	Počet odpovědí	(%)
Ano: Jakou:	33 Kočár 12 Invalidní vozík 11	40,2
Ne	49	59,8
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 15: Využívání kompenzačních pomůcek

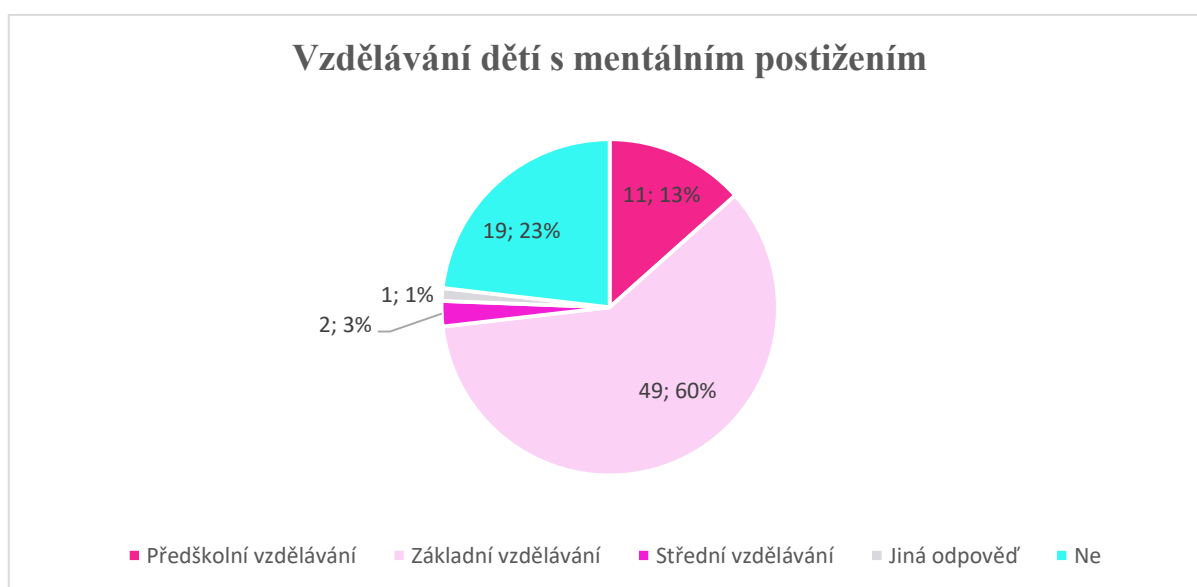
Otázka 16 Navštěvuje Vaše dítě nějaké předškolní nebo školní vzdělávací zařízení?

Otázka šestnáct zjišťovala vzdělávání dětí dotazovaných respondentů. V tabulce 20, 21 a grafu 16 a 17 vidíme, že 49 (59,8 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě navštěvuje instituci základního vzdělání, 11 (13,4 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě navštěvuje zařízení předškolního vzdělání, 2 (2,4 %) uvedli, že jejich dítě navštěvuje zařízení středního vzdělání. Z oblasti předškolního vzdělávání uvedlo 11 (13,4 %) respondentů, že jejich dítě navštěvuje speciální formu mateřské školy, z oblasti základního vzdělávání nejvíce respondentů uvedlo, že jejich dítě navštěvuje základní školu speciální, a to v počtu 28 (34,1 %). Pouze 2 (2,4 %) respondenti uvedli, že jejich dítě navštěvuje střední dvouletou školu praktickou.

Tabulka 20: Vzdělávání dětí s mentálním postižením

Možnosti	Rodič s dítětem s mentálním postižením	(%)
Předškolní vzdělávání:	11	13,4
Základní vzdělání	49	59,8
Střední vzdělání	2	2,4
Ne	19	18,3
Jiná odpověď	Individuální plán: 1	1,2
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

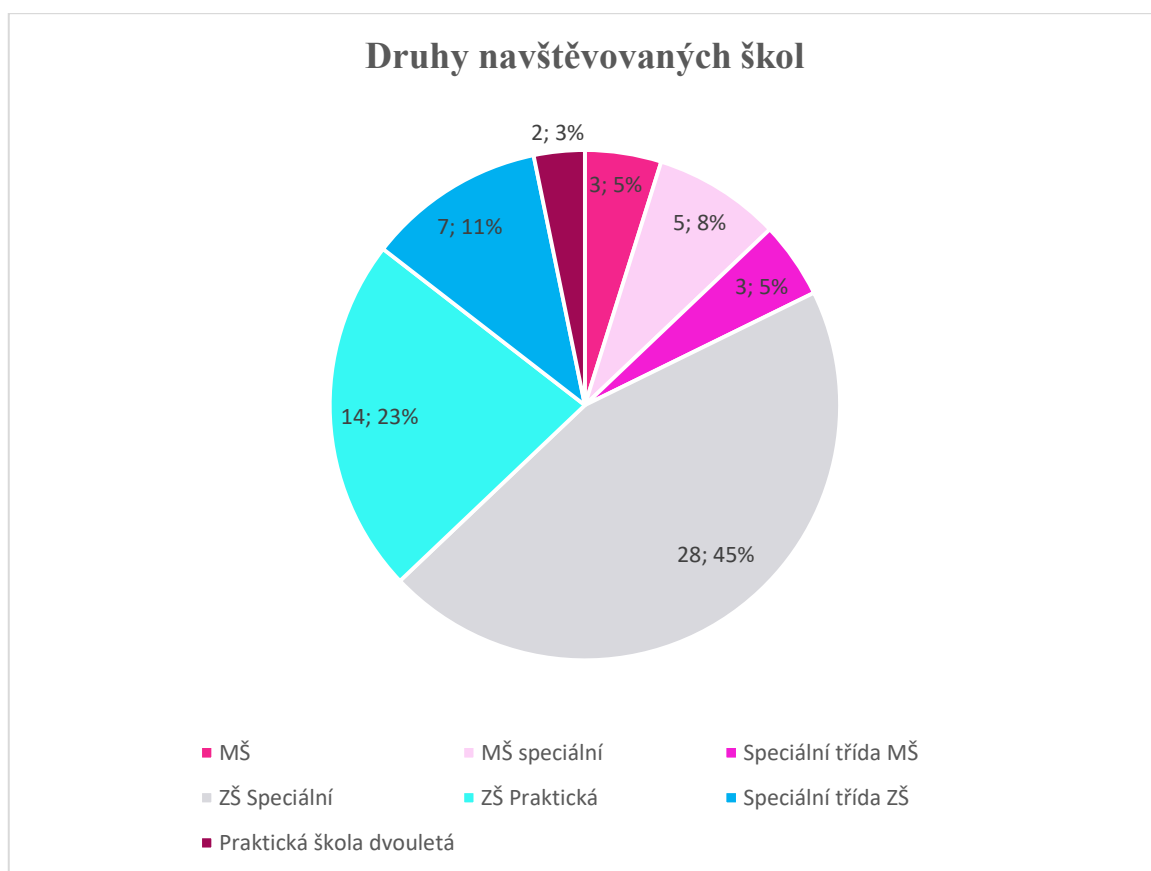


Graf 16: Vzdělávání dětí s mentálním postižením

Tabulka 21: Druhy navštěvovaných škol

Typ zařízení	Počet odpovědí	(%)
Mateřská škola	3	3,7
Mateřská škola speciální	5	6,1
Speciální třída MŠ	3	3,7
ZŠ Speciální	28	34,1
ZŠ Praktická	14	17,1
Speciální třída ZŠ	7	8,5
Praktická škola dvouletá	2	2,4
Celkem	62	75,6 %

Zdroj: Vlastní zpracován, 2018



Graf 17: Druhy navštěvovaných škol

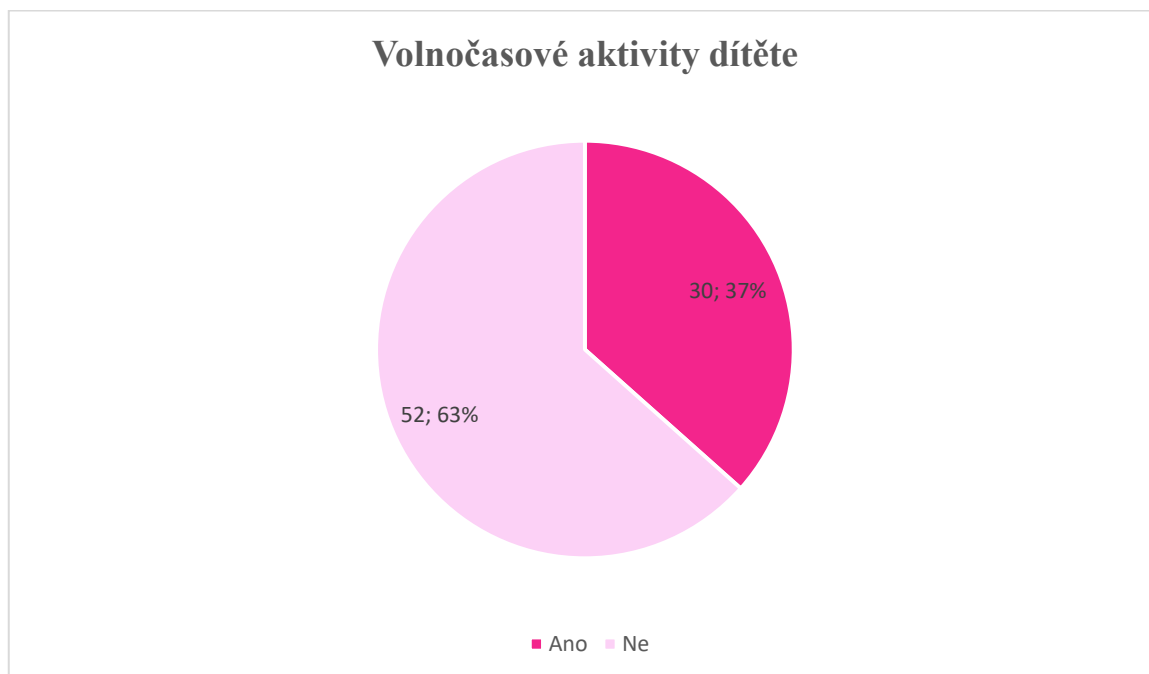
Otázka 17 Navštěvuje Vaše dítě nějakou volnočasovou aktivitu/aktivity? Uveďte jakou (název, místo, organizace). Uveďte i další jeho koníčky.

Sedmnáctá otázka se dotazuje respondentů na volnočasové aktivity dítěte, jestli nějaké mají či nikoli. V tabulce 22 a grafu 18 vidíme, že 30 (36,6 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě navštěvuje volnočasovou aktivitu nebo se věnuje oblíbené činnosti. 15 (18, 3 %) respondentů uvedlo, že se jeho dítě věnuje aktivitám jako je hudba, divadlo, četba, tanec, kresba, 7 (8,5 %) respondentů uvedlo, že se jeho dítě věnuje sportovním aktivitám, 6 (7,3 %) respondentů uvedlo, že se jeho dítě věnuje rukodělné práci, 5 (6,1 %) respondentů uvedlo, že má jeho dítě rádo společnost zvířat, např. psa nebo koně.

Tabulka 22: Volnočasové aktivity dítěte

Možnosti	Počet odpovědí	(%)
Ano	52	63,4
Ne	30	36,6
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 18: Volnočasové aktivity dítěte

Otázka 18 Uveďte, zda je vaše dítě držitelem Průkazu pro osoby se zdravotním postižením.

Otázka osmnáct se dotazuje respondentů, zda je jejich dítě držitelem průkazu pro osoby se zdravotním postižením a jakého typu. V tabulce 23 a grafu 19 vidíme, že všichni respondenti 82 (100,0 %) uvedli, že je jejich dítě držitelem průkazu. 77 (93,9 %) uvedlo typ průkazu ZTP/P.

Tabulka 23: Průkaz osoby se zdravotním postižením

Druhy průkazu	Počet odpovědí	(%)
TP	1	1,2
ZTP	4	4,9
ZTP/P	77	93,9
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 19: Průkaz osoby se zdravotním postižením

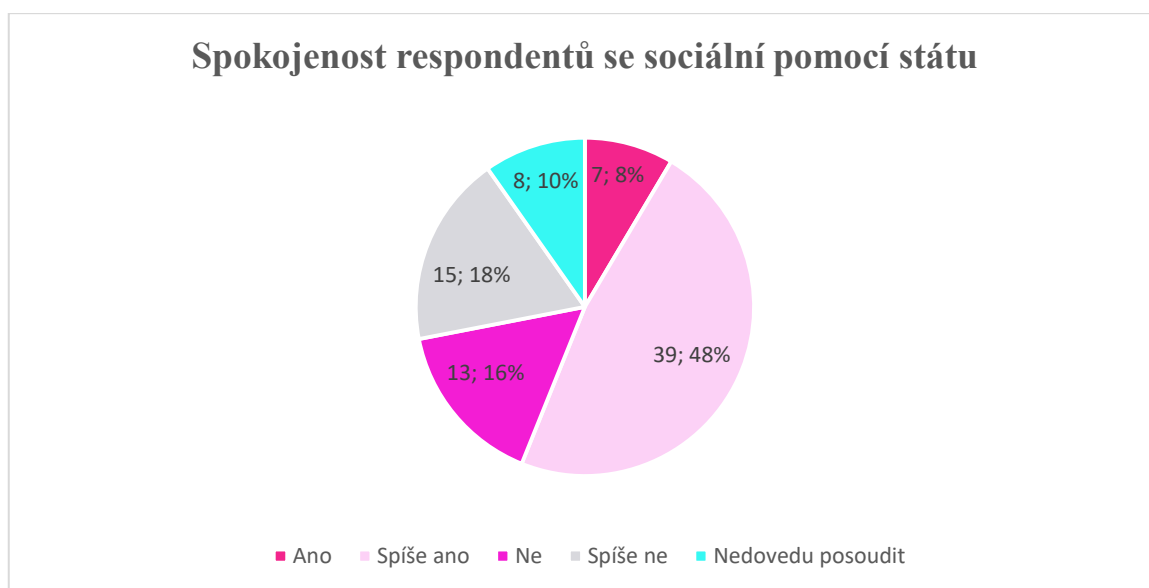
Otázka 19 Jste spokojen se sociální pomocí státu?

Otázka 19 zjišťuje spokojenost respondentů se sociální pomocí státu. V tabulce 24 a grafu 20 vidíme, že nejvíce respondentů v počtu 39 (47,6 %) se přiklonilo k odpovědi spíše ano a dalších 7 (8,5 %) respondentů k odpovědi ano. Opačného názoru je 28 respondentů, což představuje 34,2 %.

Tabulka 24: Spokojenost respondentů se sociální pomocí státu

Možnost	Počet odpovědí	(%)
Ano	7	8,5
Spíše ano	39	47,6
Ne	13	15,9
Spíše ne	15	18,3
Nedovedu posoudit	8	9,7
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 20: Spokojenost se sociální pomocí státu

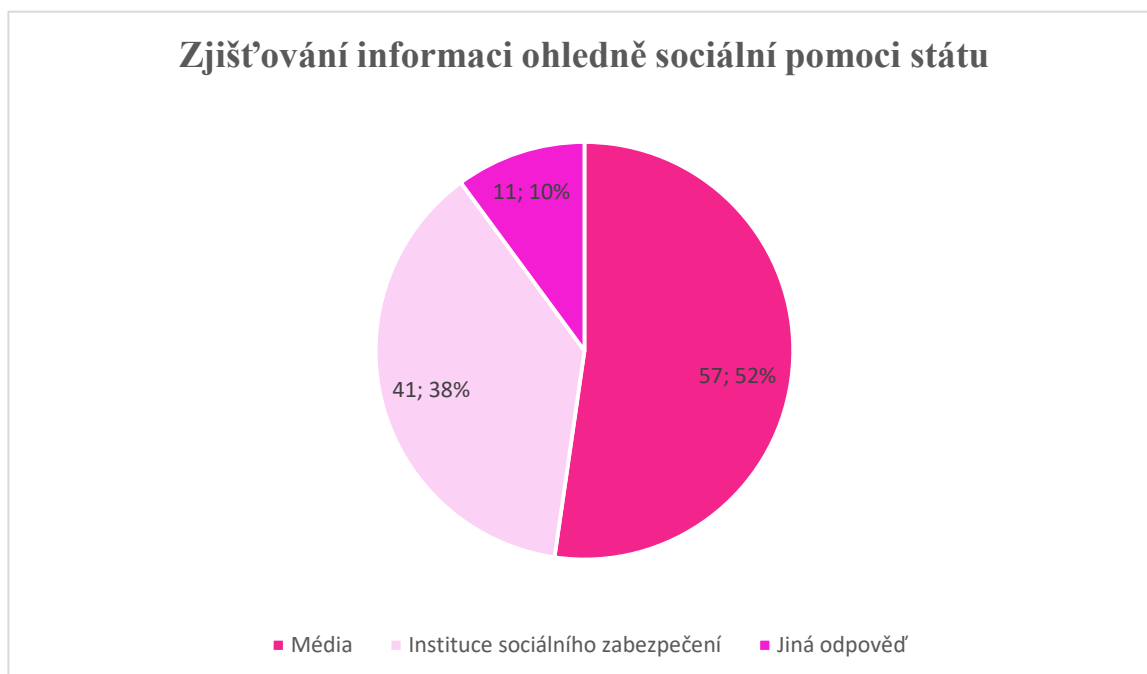
Otázka 20 Kde zjišťujete informace ohledně sociální pomoci státu?

Dvacátá otázka se dotazovala respondentů, kde získávají informace ohledně sociální pomoci státu. Z tabulky 25 a grafu 21 vyplývá, že z celkového počtu 82 (100,0 %), 57 (69,5 %) respondentů uvedlo, že získávají informace z médií, 41 (50,0 %) respondentů se informuje na institucích sociálního zabezpečení, 11 (13,41 %) respondentů uvedlo, že se informuje mezi rodinami v podobné situaci, ve speciálně pedagogickém centru, v rané péči, v rehabilitačním centru, či z doslechu.

Tabulka 25: Zjišťování informací ohledně sociální pomoci státu

Možnosti	Počet odpovědí	(%)
Média	57	69,5
Instituce sociálního zabezpečení	41	50,0
Jiná odpověď:	11	13,41

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 21: Zjišťování informací ohledně sociální pomoci státu

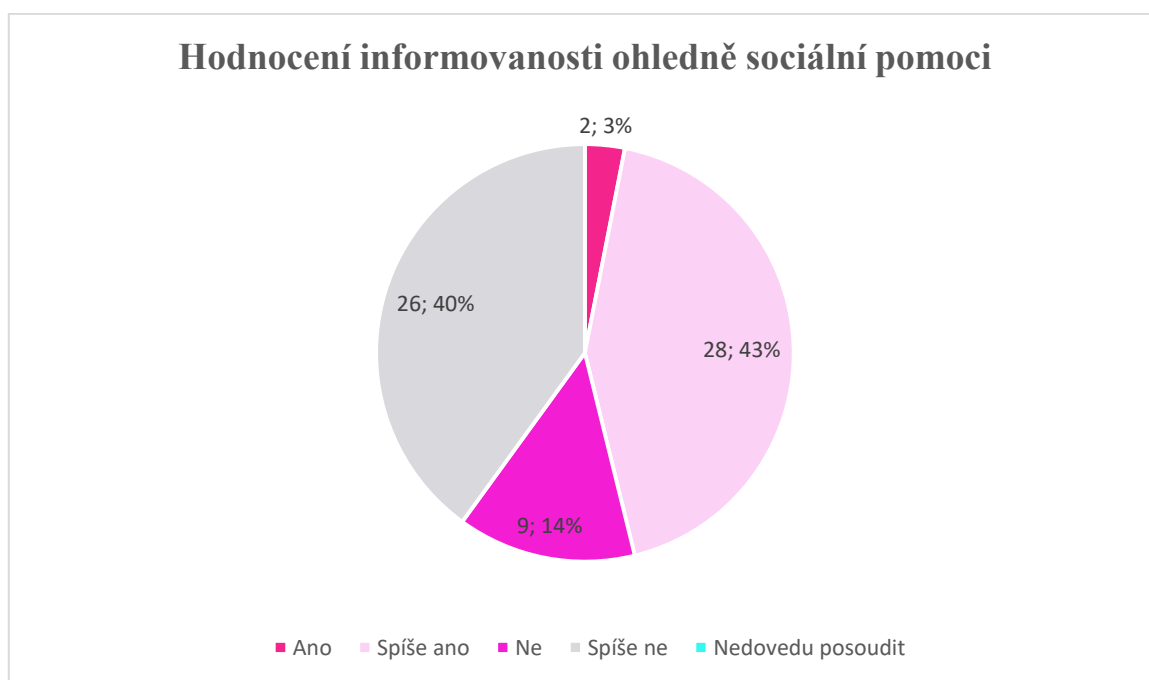
Otázka 21 Hodnotíte informovanost o možnostech sociální pomoci státu pozitivně?

Předposlední otázka zjišťovala, zda respondenti hodnotí informovanost o možnostech sociální pomoci státu pozitivně. V tabulce 27 a grafu 22 vidíme, že 30 (36,6 %) respondentů hodnotí informovanost spíše pozitivně či úplně pozitivně, 35 (42,7 %) spíše či úplně opačně.

Tabulka 26: Hodnocení informovanosti ohledně sociální pomoci

Možnost	Počet odpovědí	(%)
Ano	2	2,4
Spíše ano	28	34,2
Ne	9	11,0
Spíše ne	26	31,7
Nedovedu posoudit	17	20,7
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 22: Hodnocení informovanosti ohledně sociální pomoci

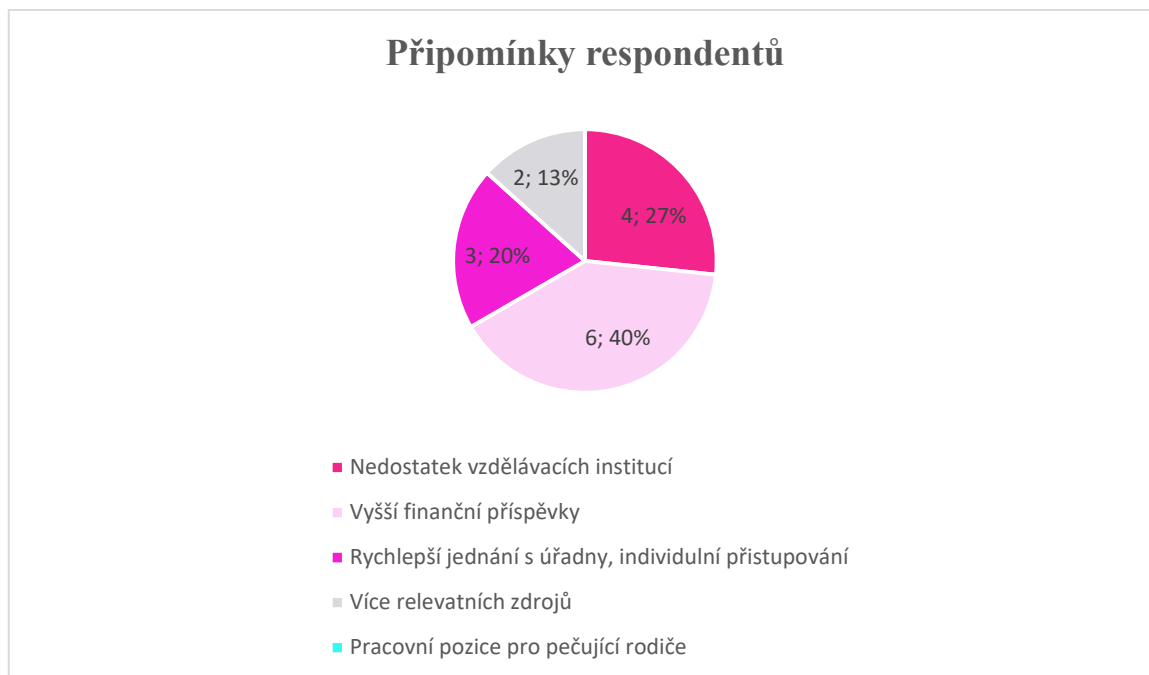
Otázka 22 Je něco, co byste uvítali nebo co pokládáte za důležité a nebylo zde zmíněno?

Poslední otázka dávala respondentům možnost se vyjádřit o tom, co nebylo zmíněno nebo co pokládají za důležité. V tabulce 27 a grafu 23 vidíme, že se k otázce vyjádřilo pouze 14 (17,1 %) respondentů. Z celkového počtu 14 vyjádření, 6 (7,3 %) respondentů uvítalo vyšší finanční příspěvky zejména na kompenzační pomůcky, dopravu dítěte, a na rehabilitační pobyty, 3 (3,7 %) respondenti postrádají více vzdělávacích institucí pro děti se zdravotním postižením, také středního vzdělání.

Tabulka 27: Připomínky respondentů

Odpověď	Počet odpovědí	(%)
Vyjádřilo se	14	17,1
Nevyjádřilo se	68	82,9
Více vzdělávacích institucí pro děti s postižením	3	3,7
Vyšší finanční příspěvky na dopravu dítěte, rehabilitační pobyty, kompenzační Pomůcky	6	7,3
Pracovní pozice pro rodiče	1	1,2
Nedostatek středních škol speciálních	1	1,2
Rychlejší jednání s úřady, individuální přistupování	3	3,7
Více relevantních informačních zdrojů	2	2,4
Celkem	82	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Graf 23: Připomínky respondentů

4.5 Evaluace výzkumu

Z výsledků dotazníkového šetření kvantitativního výzkumu a jeho zhodnocení vyplynulo mnoho zajímavých poznatků. Předloženým výzkumem bylo prokázáno, že většina respondentů, což je 60 (73,2 %) pečuje o dítě s mentálním postižením ve věku 7-15 let. Při zjišťování pohlaví zkoumaných dětí se ukazuje, že mužského pohlaví bylo 44 (53,7 %), což je 6 jedinců více zástupců ženského pohlaví (38, 46,3 %). V zkoumaném souboru mělo z celkového počtu 82 dětí 38 (46,0 %) mentální postižení a 44 (54,0 %) kombinované. Co se týká diagnostiky mentálního postižení u zkoumaného vzorku dětí 82 (100,0 %), u 28 (34,1 %) z nich bylo prokázáno do dvou let života; pouze u 10 (12,2 %) z nich se o mentálním postižení potomka dozvěděli již v průběhu těhotenství. Lze konstatovat, že 72 (87,8 %) respondentů se o postižení jejich dětí dozvědělo až po narození potomka, či ještě později. Tato skutečnost může zapříčinit vznik krizových situací v životě a fungování rodiny.

Na otázku, kdo první zaznamenal mentální postižení dítěte, z řešeného výzkumu vyplývá, že to byli rodiče, a to v 30 případech (36,6 %), 15 respondentů odpovědělo, že jej odhalil dětský lékař - pediatr. Při dotazování na stupeň mentálního postižení dítěte nejvíce respondentů uvedlo středně těžkou mentální retardaci, a to v počtu 36 (43,9 %) a následně těžkou mentální retardaci u 22 respondentů, což představuje 26,8 %. U otázky 7, která zjišťovala časovou náročnost v péči o dítě s mentálním postižením z pohledu respondenta, byla nejčastěji označována odpověď spíše ano (42 respondentů, což je 51,2 %), a ano (23 respondentů, což představuje 28,1 %). Z celkového počtu 82 respondentů z nich 65 považuje péči o své dítě s mentálním postižením za časově náročnou. Co se týká fyzické náročnosti v péči o dítě s mentálním postižením, více jak polovina respondentů (48, což je 58,6 %) považuje péči o své dítě za fyzicky náročnou. Opačného názoru bylo 32 (39,0 %) respondentů.

Pouze 1/3 rodičů našeho výzkumu, pečujících o děti s mentálním postižením využívá nabízené a dostupné legislativou dané sociální služby (30 respondentů, což 37,3 %). Domníváme se, že je to způsobeno pravidelnou návštěvou vzdělávacích institucí dětí. Nejvíce využívána forma sociálních služeb je ambulantní forma. Z pohledu žádostí o dostupné sociální příspěvky či dávky, bylo 72 respondentům (87,8 %) v jejich požadavku vyhověno. Také z celkového počtu (82, 100,0 %) respondentů 33 (40,2 %) z nich uvedlo, že jsou jejich děti uživateli kompenzačních pomůcek, nejčastěji invalidního vozíku nebo speciálního kočáru, záleží na stupni postižení.

Více jak polovina dětí z našeho zkoumaného souboru navštěvuje speciální formy základního vzdělání (49 respondentů, 59,8 %); 11 navštěvuje předškolní vzdělávání (13,4 %) a 2 jedinci střední praktickou školu. Pouze 30 (36,6 %) respondentů se vyjádřilo k volnočasovým aktivitám řešených dětí. Uvedlo, že mezi nejoblíbenější tyto aktivity patří výtvarné a ruční kroužky (ergoterapie), muzikoterapie, sport, canisterapie, apod.

Všechny děti dotazovaných respondentů jsou držiteli průkazu osob se zdravotním postižením, nejvíce jich vlastní průkaz ZTP/P (77, 93,9 %). Pomocí otázky zaměřené na pobírání sociálních příspěvků jsme zjistili, že 77 (93,9 %) respondentů pobírá příspěvek na péči. Příspěvek na mobilitu využívá 49 (58,9 %) respondentů. Dávky státní sociální podpory pobírá z celkového počtu 82 respondentů 26 (31,7 %). Polovina dotázaných respondentů – rodičů považují péči o dítě s mentálním poškozením za finančně náročné, a druhá polovina nikoli. Určitou roli zde hraje skutečnost formy mentálního poškození spojené s dalším druhotným, či kombinovaným postižením. Spokojenost respondentů se sociální pomocí státu vyjádřilo 46 respondentů (56,21 %). Ohledně informací v oblasti sociální pomoci poskytované státem (legislativně podloženy) se 57 respondentů (69,5 %) z celkového počtu 82 (100,0 %) dozvídá o možnostech z médií; 47 (57,3 %) respondentů se obrací na instituce sociálního zabezpečení. K závěrečné otevřené otázce našeho dotazníku se vyjádřilo celkového počtu respondentů (82 jedinců) pouze 14 z nich, což odpovídá 17,1 %, a uvedlo, že by ocenili vyšší příspěvky na dopravu a rehabilitační pobyty svých dětí s mentálním postižením.

4.6 Diskuze

Podobnou problematikou se zabývala ve své práci autorka Gazdošová (2017, s. 39). Ve své odborné publikaci s názvem „Sociální podpora rodiny v integraci osob s mentálním postižením do společnosti“ řešila za použití kvalitativního výzkumu prostřednictvím techniky rozhovoru otázku volnočasových aktivit u dětí s mentálním postižením (rodiče dvou dětí s mentálním postižením). Rodič prvního dítěte uvedl, že jeho potomka zajímají ruční práce, pohybové aktivity, canisterapie a výtvarné činnosti. Matka druhého dítěte odpověděla, že dítě tráví veškerý volný čas sportem; ve škole navštěvuje také výtvarný a čtenářský kroužek. V porovnání s naší výzkumnou otázkou v této problematice, kdy jsme se dotazovali rodičů na volnočasové aktivity jejich dětí, byly odpovědi téměř totožné. Většina odpovídajících respondentů uvedla, že jejich děti také rády sportují a věnují se výtvarným akti-

vitám a hudbě. Je zřejmé, volnočasové aktivity, které dítě baví a cítí se při nich dobře, jsou vhodným prostředkem pro jeho pozitivní vývoj.

Jedna z kapitol předložené bakalářské práce je věnována vzdělávání dětí se specifickými potřebami, které je považováno za důležitou součást sociální pomoci státu rodinám s mentálně postiženým dítětem. Při sběru informací jsme se snažili vyhledat dostatek odborných entit, na jejichž základě bychom mohli postavit vzdělávací možnosti dětí se speciálními potřebami, v našem šetření děti s mentálním postižením. Existuje zde škála možností k vzdělávání této cílové sociální skupiny (viz teoretická část práce), ale legislativní opatření by zasloužila úpravy a detailní specifikace odpovídajících zákonným normám k těmto otázkám.

Problémem se může jevit i pozdní diagnostika mentálního postižení dítěte. Jak již bylo zmíněno, pouze 12,2 % respondentů (10) z našeho výzkumu, se o postižení dítěte dovědělo v průběhu těhotenství. Tyto rodiny tak měly možnost adaptace na danou situaci; vyhledat nejruznější informace o problematice a nabízené možnosti sociální pomoci, které by tak mohly předejít již zmíněným komplikacím, které vznikají v rodině v souvislosti s nečekaným narozením postiženého dítěte. U ostatních případů v 87,8 % (72) bylo postižení diagnostikováno náhle a nečekaně ihned po porodu dítěte, nebo později. Rodině se tak v jedné vteřině změnil život, kdy tato nečekaná situace najednou přinesla mnoho změn (psychické rozpoložení rodiny, zvýšení výdajů v rámci péče a léčby dítěte, změna životního stylu a režimu, omezení zájmů rodičů, aj.). Rodina se může dostat do krize, což je pro vývoj dítěte vždy nepříznivé. Jak je výše zmíněno, prostředí, atmosféra a přístup rodiny, ve které potomek vyrůstá, je zásadním faktorem ovlivňující jeho další vývoj, včetně narušení procesu socializace. Vhodné se jeví i vyhledání spolupráce v řešení této nepříznivé sociální situace v rodině v podobě navázání spolupráce u odborníků ze všech oblastí (lékař, psycholog, psychiatr, fyzioterapeut, učitel, speciální pedagog, právník, sociální pracovník, včetně zástupců státní správy, aj.), a to hned od prvotního zjištění postižení dítěte. Lékař, který postižení diagnostikuje, je první osoba, která může rodinu správně nasměřovat k poskytnutí potřebné pomoci ve výše zmíněných oblastech. Tímto způsobem by se mohlo do určité míry předejít vzniku krizové a nestabilní konstelace v rodině. Rodiny jistě uvítají v takovémto případě jakoukoli pomoc nabízenou státem v podobě rychlého jednání, individuálního přístupu k jednotlivým případům, přiznáváním legislativně podloženým příspěvkům, vstřícné a empatické jednání ve styku s úředníky ve státních institucích, např. pobočkách sociálního zabezpečení, apod.

4.7 Doporučení pro praxi

Na základě provedeného kvantitativního výzkumu předložené bakalářské práce si dovolueme představit několik doporučení v souvislosti s řešenou sociální pomocí státu rodinám s dítětem s mentálním postižením.

Teoretické poznatky a zjištěné výzkumné výsledky mohou být využity jako podklad pro tvorbu či reorganizaci podmínek sociálního zabezpečení pro jedince s mentálním postižením, které vytváří Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Je nutné mít na zřeteli míru závislosti rodin s mentálně postiženým dítětem na sociálních příspěvcích. I opakované bezplatné rehabilitační pobyty během roku by mohly být nabízeny celé rodině.

státu (mimo jiné, by uvítali vyšší příspěvky na rehabilitační léčbu spojenou s postižením dítěte, která není hrazena zdravotní pojišťovnou, a sociální příspěvky na ni nejsou dostačující). Z těchto údajů vyplývá i nutná vyšší finanční podpora rodiny s dítětem s mentálním postižením. V těchto rodinách hrozí i sociálně-ekonomický propad s finančním zadlužením a vznikem relativní chudoby.

Nezbytné se jeví i dostupnost volnočasových aktivit pro zmíněnou cílovou sociální skupinu, organizovanou speciálními i volnočasovými pedagogy. Jako přínosné se jeví realizace ucelených projektů pro děti s mentálním postižením s různorodým zaměřením na volnočasové aktivity. Za úvahu by stálo i zvýšení počtu asistentů pedagoga ve vzdělávacích institucích pro děti a studenty s mentálním postižením.

Důsledné poskytování odlehčovacích služeb v rámci péče o jednotlivé členy rodiny, a to opakovaně. Nabídka pravidelné návštěvy odborné psychologické poradny by mělo být součástí péče o duševní zdraví pečujícího rodiče o dítě s mentálním postižením.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce je věnována problematice sociální pomoci rodinám s dítětem s mentálním postižením. Téma bylo vybráno na základě jeho aktuálnosti v současné společnosti a možných zlepšení v této oblasti pro pečující rodinu v péči o dítě s mentálním postižením. Autorka předložené práce má praktické zkušenosti s těmito klienty a jejich sociální situací v důsledku řešeného hendikepu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá mentálním postižením, jeho etiologií a typologií. Řešeny jsou i poruchy autistického spektra a syndromy spojené s mentálním postižením. Důraz je kladen na dítě s mentálním postižením ve vztahu k jeho pečující rodině. Upozorněno je na důležitost podpory vývoje dítěte s mentálním postižením (např. volnočasové aktivity, rehabilitace, vzdělávání). Představena je i v detailech sociální pomoc státu rodinám s dítětem s mentálním postižením, např. dávky pro osoby se zdravotním postižením, dávky státní sociální podpory a sociální služby.

Praktická část práce pomocí kvantitativního výzkumu s využitím techniky dotazníku byla orientována na výzkumná šetření v oblasti životních situací rodin s péčí o dítě s mentálním či kombinovaným mentálním postižením. Pozornost je věnována i dílčím cílům, které měly za úkol zjistit, zda respondenti považují péči o své hendikepované dítě za časově, fyzicky a finančně náročné. Sledována byla i spokojenost se sociální pomocí státu u těchto rodin, včetně návrhů samotných respondentů, jaká zlepšení by uvítali v souvislosti se sociální pomocí státu.

Po vyhodnocení dotazníkového šetření v rámci kvantitativního výzkumu vyplynula zjištění, že mnohé rodiny, vyskytující se v podobné nepříznivé sociální situaci v péči o dítě s mentálním postižením, by uvítaly hlubší zájem ze strany státu, vykonávání statní správy a legislativních opatření. I zvýšení finančních podpory by napomohlo ke zkvalitnění života vlastní rodiny. Rodina sama není často schopna vzniklé problémy řešit, uvítala by cílenou pomoc od multidisciplinárního týmu odborníků v dané problematice. Je nutné si uvědomit, jak potvrdil i předložený výzkum, že péče o dítě s mentálním postižením je časově a fyzicky náročná a vyžaduje i dostatečné finanční zázemí. Zvýšení finančního portfolia by si zasloužily i některé poskytované příspěvky, např. na mobilitu, zvláštní pomůcky. I když spokojenost se sociální pomocí státu uvedlo přes polovinu respondentů, neznamená to ve skutečnosti, že neexistují mezery v legislativě, které by mohly podpořit spokojenější život v rodině s mentálně postiženým dítětem. Za uvážení by stála i opatření, kdy vzdělávání dětí

s mentálním postižením by se mohlo odehrávat v menším počtu jedinců v kolektivu, kde se dítěti bude věnovat i větší počet asistentů pedagoga, včetně organizace rehabilitačních pobytů v rámci vzdělávací instituce, což by odlehčilo pečující rodině (čas, finance, psychické odlehčení).

Cíle bakalářské práce byly naplněny. Problematika sociální pomoci státu rodinám s dítětem s mentálním postižením je široké téma, stále aktuální i v současné společnosti. Na základě sociální pomoci je rodina schopna i takto znevýhodněnému dítěti poskytovat kvalitní životní podmínky, podporovat jej k příznivému vývoji, socializovat a umožnit mu v rámci možností plnohodnotný a šťastný život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy:

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna, 2011. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení: 2. část Sociální pomoc a sociální služby*. Praha: Karolinum, 600 s. ISBN 80-246-0092-7.
- [2] ARNOLDOVÁ, Anna, 2015. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost 1. díl*. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
- [3] ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost 2. díl*. Praha: Grada Publishing, 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
- [4] BAZALOVÁ, Barbora, 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
- [5] BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 144 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.
- [6] ČERNÁ, Marie, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 222 s. ISBN 978-80-2461-5653.
- [7] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- [8] FRANIOK, Petr, 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 144 s. ISBN 978-80-7368-622-2.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
- [10] KREBS, Vojtěch a Jaroslava DURDISOVÁ, 1997-. *Sociální politika*. Praha: Codex Bohemia. ISBN 978-80-7357-585-4.
- [11] LEACH, Debra, 2012. *Bringing ABA to home, school, and play for young children with autism spectrum disorders and other disabilities*. Baltimore: Md. Paul H. Brookes Pub., 186 s. ISBN 978-1-59857-240-7.
- [12] LUDÍKOVÁ, Libuše, 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 240 s. ISBN 978-80-244-3827-6.

- [13] MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Grada, 512 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- [14] MARKOVÁ, *Časopis Můžeš*, 2018. Praha, 8 (2). ISSN 1213-8908.
- [15] OPATŘILOVÁ, Dagmar, Zita NOVÁKOVÁ a Marie VÍTKOVÁ, 2012. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 159 s. ISBN 978-80-7315-240-6.
- [16] POKRIVČÁK, Tomáš, 2009. *Syndromy a symptomy*. Praha: Triton, 187 s. Lékařské repertorium. ISBN 978-80-7387-136-9.
- [17] REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 192 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- [18] THOROVÁ, Kateřina, 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 493 s. ISBN 978-80-262-0768-9.
- [19] VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ a Lenka KREJČOVÁ, 2009. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
- [20] VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 352 s. Psyche (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

Internetové zdroje:

- [21] American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [online], 2010. Washington [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <https://aaidd.org/>
- [22] ČESKO, Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, In: Sbíрка zákonů. [cit. 2018-05-13]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
- [23] ČESKO, Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, In: Sbíрка zákonů. [cit. 2018-05-13]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
- [24] ČESKO, Zákon č. 117 ze dne 26. května 1995 o státní sociální podpoře, In: Sbíрка zákonů. [cit. 2018-05-13]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
- [25] ČESKO, Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění, In: Sbíрка zákonů. [cit. 2018-05-13]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

- [26] GAZDOŠOVÁ, Marta, 2017. *Sociální podpora rodiny v integraci osob s mentálním postižením do společnosti*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
- [27] GEJZÍR, 2014. Bazální stimulace. In: Česká televize [online]. [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10805121298-gejzir/214562235000007/obsah/357116-bazalni-stimulace>
- [28] HAWKING, Stephen, William, 2018. [cit. 2018-04-29]. Dostupné také z: <http://citato.cz/zivotopis/stephen-hawking>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

IQ	Intelligenční kvocient
Kč	Koruna
KPÚP	Krajská pobočka Úřadu práce
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠ	Mateřská škola
PAS	Poruchy autistického spektra
SAS	Sociálně aktivizační služba
TP	Těžké postižení
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola
ZTP	Zvlášť těžké postižení
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s průvodcem

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Rozdělení mentálního postižení</i>	13
<i>Tabulka 2: Výše přídatku na dítě</i>	27
<i>Tabulka 3: Rozdělení sociálních služeb.....</i>	28
<i>Tabulka 4: Příspěvek na péči.....</i>	33
<i>Tabulka 5: Věkové kategorie dětí s mentálním postižením.....</i>	37
<i>Tabulka 6: Pohlaví dítěte</i>	38
<i>Tabulka 7: Postižení dítěte</i>	39
<i>Tabulka 8: Období diagnostikování postižení dítěte</i>	40
<i>Tabulka 9: Prvotní zjištění mentálního postižení dítěte.....</i>	41
<i>Tabulka 10: Stupně mentálního postižení u dětí.....</i>	43
<i>Tabulka 11: Časová náročnost v péči o dítě s mentálním postižením</i>	44
<i>Tabulka 12: Fyzická náročnost v péči o dítě s mentálním postižením.....</i>	45
<i>Tabulka 13: Pobírání sociálních příspěvků.....</i>	46
<i>Tabulka 14: Dávky státní sociální podpory.....</i>	47
<i>Tabulka 15: Využívání sociálních služeb.....</i>	48
<i>Tabulka 16: Formy využívaných sociálních služeb</i>	50
<i>Tabulka 17: Finanční náročnost v péči o dítě s mentálním postižením.....</i>	51
<i>Tabulka 18: Přiznání sociálního příspěvku</i>	52
<i>Tabulka 19: Využívání kompenzačních pomůcek</i>	53
<i>Tabulka 20: Vzdělávání dětí s mentálním postižením.....</i>	54
<i>Tabulka 21: Druhy navštěvovaných škol</i>	55
<i>Tabulka 22: Volnočasové aktivity dítěte</i>	56
<i>Tabulka 23: Průkaz osoby se zdravotním postižením.....</i>	57
<i>Tabulka 24: Spokojenost respondentů se sociální pomocí státu</i>	58
<i>Tabulka 25: Zjišťování informací ohledně sociální pomoci státu</i>	59
<i>Tabulka 26: Hodnocení informovanosti ohledně sociální pomoci</i>	60
<i>Tabulka 27: Připomínky respondentů</i>	61

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Věkové kategorie dětí s mentálním postižením</i>	37
<i>Graf 2: Pohlaví dítěte.</i>	38
<i>Graf 3: Postižení dítěte</i>	39
<i>Graf 4: Období diagnostikování postižení dítěte</i>	40
<i>Graf 5: Prvotní zjištění mentálního postižení dítěte</i>	42
<i>Graf 6: Stupně mentálního postižení u dětí</i>	43
<i>Graf 7: Časová náročnost v péči o dítě s mentálním postižením.....</i>	44
<i>Graf 8: Fyzická náročnost v péči o dítě s mentálním postižením</i>	45
<i>Graf 9: Pobírání sociálních příspěvků</i>	46
<i>Graf 10: Dávky státní sociální podpory</i>	47
<i>Graf 11: Využívání sociálních služeb</i>	49
<i>Graf 12: Formy využívaných sociálních služeb</i>	50
<i>Graf 13: Finanční náročnost v péči o dítě s mentálním postižením</i>	51
<i>Graf 14: Přiznání sociálního příspěvku.....</i>	52
<i>Graf 15: Využívání kompenzačních pomůcek</i>	53
<i>Graf 16: Vzdělávání dětí s mentálním postižením</i>	54
<i>Graf 17: Druhy navštěvovaných škol.....</i>	55
<i>Graf 18: Volnočasové aktivity dítěte</i>	56
<i>Graf 19: Průkaz osoby se zdravotním postižením</i>	57
<i>Graf 20: Spokojenost se sociální pomocí státu.....</i>	58
<i>Graf 21: Zjišťování informací ohledně sociální pomoci.....</i>	59
<i>Graf 22: Hodnocení informovanosti ohledně sociální pomoci</i>	60
<i>Graf 23: Přípomínky respondentů</i>	62

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník k bakalářské práci

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Adriana Zpěvákova, jsem studentkou 3. ročníku Bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče a studijního oboru Zdravotně sociální pracovník v kombinované formě studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Touto cestou se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku, který je podkladem pro praktickou část mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Jeho úkolem je zjistit využívání sociální pomoci státu rodin s dítětem s mentálním postižením. V případě, že budete ochotni tento dotazník vyplnit, dovoluji si Vás požádat o maximální upřímnost.

Při vyplňování dotazníku vybírejte prosím pouze jednu odpověď, pokud není vyznačeno jinak, nebo pokud není otázka otevřená.

Děkuji za Vaši spolupráci, Adriana Zpěvákova.

1. Uveďte věk vašeho dítěte:

- a) 1-3 let
- b) 4-6 let
- c) 7-9 let
- d) 10-12 let
- e) 13-15 let
- f) 16-18 let

2. Pohlaví dítěte:

- a) mužské
- b) ženské

3. Uveďte, zda má Vaše dítě mentální nebo kombinované postižení:

- a) mentální postižení
- b) kombinované postižení
- c) jiné:

4. Uveďte, kdy bylo diagnostikováno mentálního postižení vašeho dítěte:

- a) v průběhu těhotenství
- b) ihned po porodu
- c) do 2 let dítěte
- d) ve věku dítěte:

5. Uveďte, při jaké příležitosti bylo postižení prvotně zjištěno:

- a) těhotenské vyšetření
- b) prohlídka dítěte u dětského lékaře
- c) návštěva jiného specialisty, kterého:
- d) mateřská škola
- e) školské zařízení
- f) vyzoroval rodič sám
- g) jiná odpověď:

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK POKRAČOVÁNÍ

6. Jaký stupeň mentálního postižení má diagnostikované vaše dítě?

- a) lehká mentální retardace
- b) středně těžká mentální retardace
- c) těžká mentální retardace
- d) hluboká mentální retardace
- e) jiná mentální retardace

7. Považujete péči o své dítě za časově náročnou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nedovedu posoudit

8. Považujete péči o své dítě za fyzicky náročnou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nedovedu posoudit

9. Pobíráte na vaše dítě některé z uvedených sociálních příspěvků?

- a) příspěvek na péči
- b) příspěvek na mobilitu
- c) příspěvek na zvláštní pomůcku
- d) žádný nepobírá

10. Pobíráte nějaké z uvedených dávek státní sociální podpory?

- a) přídavek na dítě
- b) příspěvek na bydlení
- c) rodičovský příspěvek
- d) žádný

11. Navštěvujete nějaké z uvedených zařízení sociálních služeb pro děti s mentálním postižením? Napište název a místo konkrétního zařízení. Může být zvoleno libovolné množství odpovědí.

- a) ano, které:
 - Domovy pro osoby se zdravotním postižením
 - Domovy se zvláštním režimem
 - Centra sociálního poradenství
 - Sociálně terapeutické dílny
 - Centra sociálně rehabilitačních služeb
 - Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
 - Osobní asistence
 - Pečovatelské služby
 - Odlehčovací služby
 - Centra denních služeb
 - Denní stacionáře
 - Týdenní stacionáře
 - Centra rané péče
 - jiná odpověď:
- b) ne

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK POKRAČOVÁNÍ

12. Uved'te, jakou formu sociálních služeb využíváte nejvíce:

- a) ambulantní
- b) terénní
- c) pobytové
- d) žádnou

13. Považujete péči o Vaše dítě za finančně náročnou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nedovedu posoudit
- f) ne, většinu hrají pojišťovna

14. Žádali jste někdy o nějakou formu sociálního příspěvku státu a nebylo Vám vyhověno?

- a) žádali, bylo nám vyhověno
- b) ano, a nebylo nám vyhověno, doplňte, z jakého důvodu:
- c) nežádali

15. Užívá Vaše dítě nějakou kompenzační nebo zvláštní pomůcku v souvislosti s jeho postižením?

- a) ano, jakou:
- b) ne

16. Navštěvuje Vaše dítě nějaké předškolní nebo školní vzdělávací zařízení?

a) ano, navštěvuje zařízení předškolního vzdělávání:

- mateřská škola
- speciální třída mateřské školy
- mateřská škola speciální
- přípravný stupeň základní školy speciální

b) ano, navštěvuje zařízení základního vzdělávání:

- základní škola
- speciální třída základní školy
- základní škola praktická
- základní škola speciální
- kurz pro získání základního vzdělání

c) ano, navštěvuje zařízení středního vzdělávání, jaké:

- d) ne
- e) jiná odpověď:

17. Navštěvuje Vaše dítě nějakou volnočasovou aktivitu/aktivity? Uved'te jakou (název, místo, organizace). Uved'te i další jeho koníčky.

- a) ano, jakou?
- b) ne

18. Uved'te, zda je vaše dítě držitelem Průkazu pro osoby se zdravotním postižením.

- a) ano, zakroužkujte: TP ZTP ZTP/P
- b) ne

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK POKRAČOVÁNÍ

19. Jste spokojen se sociální pomocí státu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nedovedu posoudit

20. Kde zjišťujete informace ohledně sociální pomoci státu?

- a) média (televize, tisk, internet)
- b) instituce sociálního zabezpečení
- c) jiná odpověď:

21. Hodnotíte informovanost o možnostech sociální pomoci státu pozitivně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nedovedu posoudit

22. Je něco, co byste uvítali nebo co pokládáte za důležité a nebylo zde zmíněno? Napište prosím.