

ÚSKALÍ VÝCHOVY MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO DÍTĚTE V RODINĚ

Markéta Čápková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Čápková**
Osobní číslo: **H128437**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Úskalí výchovy mentálně retardovaného dítěte v rodině**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů.

Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovo-vedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na otázku mentální retardace, na její stupně, styly výchovy. Určení hodnotové orientace mnou vybrané rodiny, která vychovává staršího těžce mentálně postiženého chlapce a mladší zdravou dívku a srovnání rozdílů ve výchově těchto dětí;
- na chování okolí i společnosti k rodině s mentálně retardovaným dítětem, možnosti současného i budoucího vzdělávání i výchovy;
- na využití pomoci ze strany státu, nadací a spolků zaměřených na pomoc rodinám s takto postiženými dětmi.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum rozhovor se všemi členy rodiny pečující o mentálně retardovaného syna, pozorování fungování rodiny, ať už z hlediska psychosociálního, výchovného, ale i finančního.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOLEJŠÍ, M. K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Avicenum, 1978.

KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. Zdravý způsob života mentálně postižených. Praha: Avicenum, 1990.

LANGER, S. Mentální retardace. 2. aktuál. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1996.

MARKOVÁ, Z. a L. STŘEDOVÁ. Mentálně postižené dítě v rodině. Praha: SPN, 1987.

ŠVARCOVÁ SLABINOVÁ, I. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. 3. vyd. Praha: Portál, 2006.

VANČURA, J. Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením. Brno: Barrister& Principal, 2007.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Halka Prášilová, Ph.D.
Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

15. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014


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




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- 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;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byla jsem seznámena s tím, že 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala. V případě publikace výsledků budu uvedena jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně

.....
Jméno, příjmení studenta

.....
Podpis

ABSTRAKT

V mé bakalářské práci budu formou kvalitativního výzkumu sledovat metody rodičovské výchovy, objevení úskalí dané výchovy a nalezení možností jejího zefektivnění.

Teoretická část je zaměřena na problém mentální retardace a dětské mozkové obrny, kde je popsána etiologie a příčiny těchto postižení. Dále jsem se věnovala pojmům jako výchova, hodnotová orientace, vzdělávání dětí s mentální retardací a možnostem pomoci rodinám dětí s tímto postižením.

V praktické části jsem se pomocí pozorování a rozhovorů dozvěděla, jak a které konkrétní faktory ovlivňují kvalitu života sledované rodiny a snažila se o zlepšení socializace chlapce, našla možnosti zefektivnění výchovy a stala se jak z hlediska psychického tak i sociálního pro tuto rodinu přínosem.

Klíčová slova: mentální retardace, dětská mozková obrna, výchova a její úskalí, hodnotová orientace, socializace

ABSTRACT

The aim of my Bachelor's work, which will inform through qualitative research, is to observe the methods that parents use to educate their mentally challenged children, the difficulties they face and ways to improve the situation.

The theory part is devoted to the problems of mental retardation and cerebral palsy. The etiology and causes of these disabilities are described.. Then terms such as education, values orientation, education of the disabled children and possibilities of supporting the families with these children are explained.

In the practical part, I share my observations of the family taken from dialogues with them, and discuss the particular factors which have influenced the quality of their family life. I tried to improve the socialisation of the boy by exploring possibilities for more effective education. I attempted to contribute to the family both from psychological and social points of view .

Key words: mental retardation (mental challenge), cerebral palsy, education and its problems, socialization, values orientation

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní Mgr., Ph.D. Halce Prášilové za velmi trpělivý přístup a cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

Rovněž bych chtěla poděkovat pedagogům ZŠ speciální v Blansku za velice milý přístup, možnost zúčastnit se procedur a trávit společný čas s dětmi. Taktéž děkuji své rodině za morální podporu a rodině Ladislava, která byla velmi sdílná, ochotná a přátelská.

Markéta Čápová

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

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 MENTÁLNÍ RETARDACE (MR) | 12 |
| 1.1 DEFINICE A KLASIFIKACE MR..... | 12 |
| 1.1.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 50-69 (F70)..... | 13 |
| 1.1.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 35-49 (F71) | 13 |
| 1.1.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 20-34 (F72)..... | 14 |
| 1.1.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ JE NIŽŠÍ NEŽ 20 (F73) | 15 |
| 1.1.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (F78)..... | 15 |
| 1.1.6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (F79) | 15 |
| 1.2 VZNIK A PŘÍČINY MR | 16 |
| 1.3 MENTÁLNÍ RETARDACE V SOUČASNOSTI..... | 20 |
| 2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO) | 21 |
| 2.1 DEFINICE DMO..... | 21 |
| 2.2 VÝSKYT A PŘÍČINY DMO | 21 |
| 2.3 VÝZNAM RANÉ PÉČE PŘI EDUKACI DĚTÍ S DMO | 22 |
| 3 VÝCHOVA | 23 |
| 3.1 VÝCHOVA DÍTĚTE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ V RODINĚ..... | 23 |
| 4 INTEGRACE ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM..... | 24 |
| 5 EDUKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM | 25 |
| 6 POMOC RODINÁM DĚTÍ S MR..... | 29 |
| 6.1 SPOLEČENSKÉ ORGANIZACE A OBČANSKÁ SDRUŽENÍ..... | 29 |
| 6.2 PŘÍSPĚVKY VYPLÁCENÉ ÚŘADEM PRÁCE | 30 |
| 7 HODNOTOVÁ ORIENTACE | 32 |
| 7.1 TYPOLOGIE HODNOTOVÝCH ORIENTACÍ..... | 32 |
| II. PRAKTICKÁ ČÁST..... | 34 |
| 8 POZOROVÁNÍ A ROZHOVORY S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO CHLAPCE | 35 |
| 8.1 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ..... | 35 |
| 8.2 CÍL A METODY VÝZKUMNÉ ČÁSTI..... | 45 |
| 8.3 OBSAHOVÁ ANALÝZA A ROZBOR ZÍSKANÝCH DAT | 46 |
| 8.4 PŘÍNOS TÉTO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE PRO JEDNOTLIVÉ AKTÉRY | 48 |
| ZÁVĚR..... | 49 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 50 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 54 |

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma „**Úskalí výchovy mentálně retardovaného dítěte v rodině**“. Tato práce je nasměrována k problematice výchovy dítěte s mentální retardací v rodině, neboť nejpřirozenějším prostředím pro výchovu a život dítěte s mentální retardací (MR) je jeho rodina. Žádné jiné prostředí dítěti neposkytne stejný pocit jistoty, bezpečí, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Měla jsem možnost se blíže seznámit s dětmi s mentální retardací během své praxe v ZŠ speciální v Blansku.

Jako cíl svého výzkumu jsem si zadala předpoklad, že největší vliv na úskalí výchovy dítěte s MR má jeho rodina a okolí. Většina lidí se domnívá, že má „právo“ na zdravé dítě. Narození postiženého dítěte pocítují jako bolestné a velmi nespravedlivé. Nakonec by však měli najít sílu přijmout dítě takové, jaké je, a snažit se je vést a vychovávat tak, aby jeho život byl co nejpřirozenější a nešťastnější. Rodiny se hlavně vypořádávají s různými reakcemi svého okolí. Někteří známí a přátelé je opustí, na druhé straně se však setkávají s chápavými a dobrými lidmi, mezi které bych zařadila školu mnou sledovaného chlapce, jeho nejbližší příbuzné a nebojím se říci, že i mne. Ráda bych této rodině co nejvíce pomohla, ať už dobrým slovem nebo skutkem, v situacích, ve kterých se cítí bezradní. Ne nadarmo se říká, že postižení dítěte znamená postižení celé rodiny.

Hlavní metodou získání dat mého kvalitativního výzkumu byly rozhovory s rodiči dětí s MR (mentální retardací), jejich příbuznými, pedagogy, také vzájemná komunikace mezi speciální školou a rodinou žáka. Pomocí pozorování se také budu moci dozvědět, jak a které konkrétní faktory ovlivňují kvalitu života sledované rodiny. Chtěla bych se i nadále zajímat o socializaci chlapce, o nalezení možností zefektivnění jeho výchovy a stát se jak z hlediska psychického, tak i sociálního přínosem pro tuto rodinu.

Specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými občany tvoří děti, mládež a dospělí s MR. Představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo. Představy „normálních“ lidí o mentálně postižených bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a často i neopodstatněnými obavami. Vyplývá z toho rozpačitý, někdy dokonce i nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením. I jejich společenská situace je poměrně nejistá a nejasná. Někteří se ještě stále domnívají, že všichni postižení lidé by měli být „odklizení“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním, kteří jsou dosud zdraví a „normální“, na očích. Podle mého názoru

v dnešní době dětí s MR přibývá a někteří lidé nemají určité cítění a pochopení pro rodiče těchto dětí. Je to velká škoda, neboť se tato věc může přihodit každému z nás, a proto by měli někteří lidé přehodnotit své názory na toto postižení, komplikace a nepříjemnosti s ním spojené.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila uvést některé důvody, které mohou vyvolávat dané chování lidí v okolí k rodině s mentálně retardovaným dítětem. Práci jsem rozdělila do části teoretické a praktické.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE (MR)

„Mentální postižení není svou povahou absolutní, nýbrž relativní vůči očekávání hodnot a výkonu u skupiny, resp. společnosti, ke které člověk přísluší.“

(Dörner a Plog 1999 in Vágnerová 2004, s. 289)

1.1 DEFINICE A KLASIFIKACE MR

Mentální retardace, oligofrenie čili slabomyslnost jako nevyvinutost celé osobnosti s výrazným postižením rozumových schopností (Matulay, 1984) se dostává v poslední době do popředí zájmu nejen školského, ale i celospolečenského¹. Poměrně značný počet těchto osob v populaci (asi kolem 3-4%) vyžaduje speciální školská nebo pečovatelská zařízení, učitele aprobované pro obor psychopedie v rámci speciální pedagogiky pro výuku ve zvláštních a pomocných školách, vychovatele pro ústavní zařízení, sociální pracovníce, psychology pro diagnostikování i pro psychoterapii, dětské psychiatry, pediatry a zdravotnický personál s příslušným lékařským zařízením.

(Langer 1996, s. 5)

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Podle nové klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- Lehká mentální retardace
- Středně těžká mentální retardace
- Těžká mentální retardace
- Hluboká mentální retardace
- Jiná mentální retardace
- Nespecifikovaná mentální retardace

(Švarcová 2011, s. 37)

¹ řec.oligo = málo, phrém = mysl. Viz. též podrobnou práci K. Matulaye a kol. (1982).

² Viz. kniha P. S. Bucková: „Zůstala dítětem“. Vydalo v překladu Tiskové a propagační oddělení Státního

1.1.1 Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)

Lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosahuje úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší těm, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. U osob s lehkou MR se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost,
- lehkou mentální abnormalitu,
- lehkou oligofrenii (debilitu).

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

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také omezena a opožděna schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou MR si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (imbecilitu).

1.1.3 Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké MR, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopnosti zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu,
- těžkou oligofrenii.

(Švarcová 2011, s. 38-40)

1.1.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku a sluchu. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu,
- hlubokou oligofrenii (idiocii).

1.1.5 Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzoricke nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

1.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy MR je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS,
- mentální subnormalitu NS,
- oligofrenii NS.

(Švarcová 2011, s. 41)

1.2 VZNIK A PŘÍČINY MR

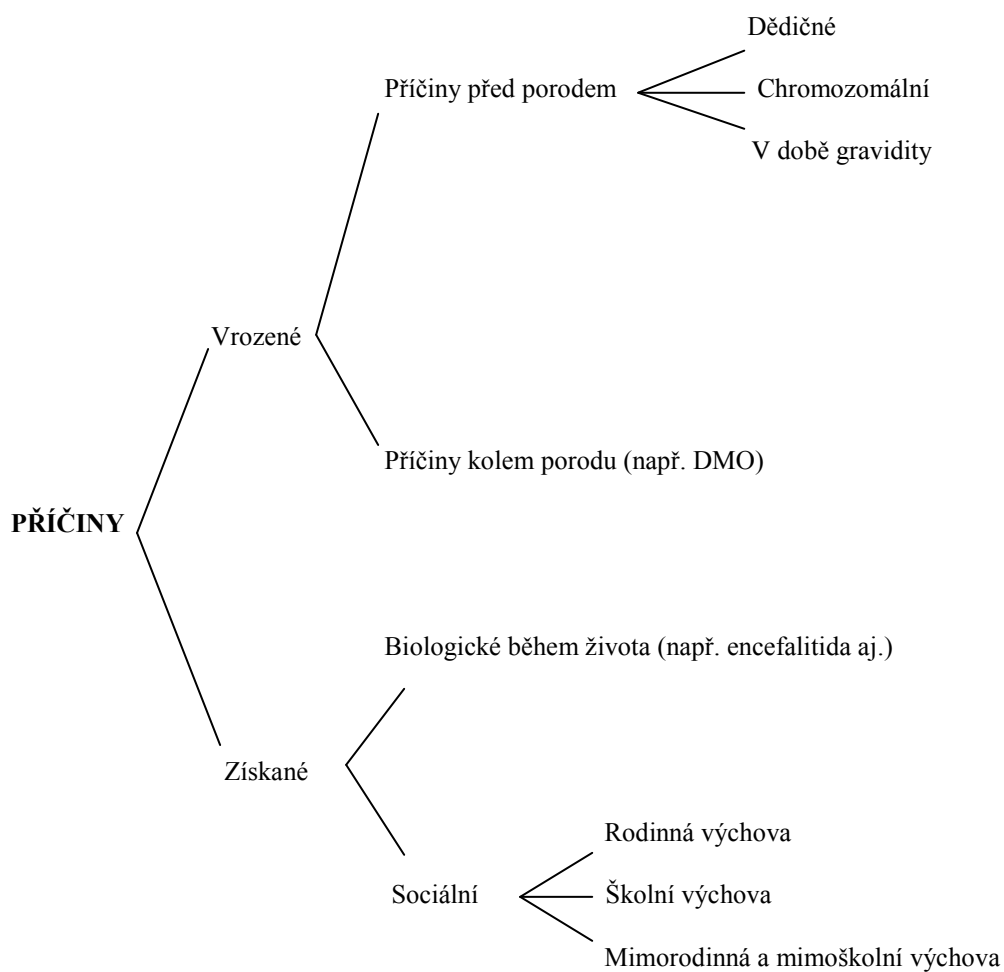
Přestože u mentálně retardovaných se v minulosti zkoumaly a v současné době zkoumají nejrůznější možné vlivy biologické a sociální, nelze určit příčiny MR jednotně a jednoznačně pro jejich značnou symptomatologickou variabilitu a kvalitativní i kvantitativní rozdíly v mentálním deficitu. Tak se např. již v minulosti zkoumaly biologické faktory hereditární pomoci hledání vztahů mezi rodovou zátěží a následky u potomků. Všeobecně jsou známy výzkumy Galtonovy, již z r. 1869, Thorndikovy, Odinovy, Newmanovy, Meadové, Skodakové atd.

Také se zjišťovaly kromě biologických i sociální faktory, jako množství dětí mentálně retardovaných v rodinách s nižším vzděláním, posloupnost těchto dětí mezi sourozenci, starosti a chronická duševní zátěž (stresy) matek v době gravidity aj. Tak např. Honburger (dle Göllnitze, 1954) zjistil, že čtyři pětiny všech idiotů jsou 1. nebo 3. děti z hlediska posloupnosti narození. V našem šetření (Langer – Novotná, 1986) jsme zjistili, že rodiče lehce mentálně postižených mají nižší vzdělání a že mají v průměru více dětí, že jejich hmotná i kulturní úroveň je nižší než v normálních rodinách. Ukázalo se, že vzdělání rodičů úzce souvisí s úrovní rodinné výchovy a s hmotným zajištěním rodiny. V takovýchto rodinách se objevovalo více dětí mentálně postižených, ale vyskytovaly se zde i děti mentálně normální. Mohou zde působit různé faktory biologické, příp. i mechanické, v průběhu koncepcie, gravidity a kolem porodu. Hereditární faktory by bylo třeba teprve dokázat z hlediska analýzy genů.

(Langer 1996, s. 32)

Schéma I.

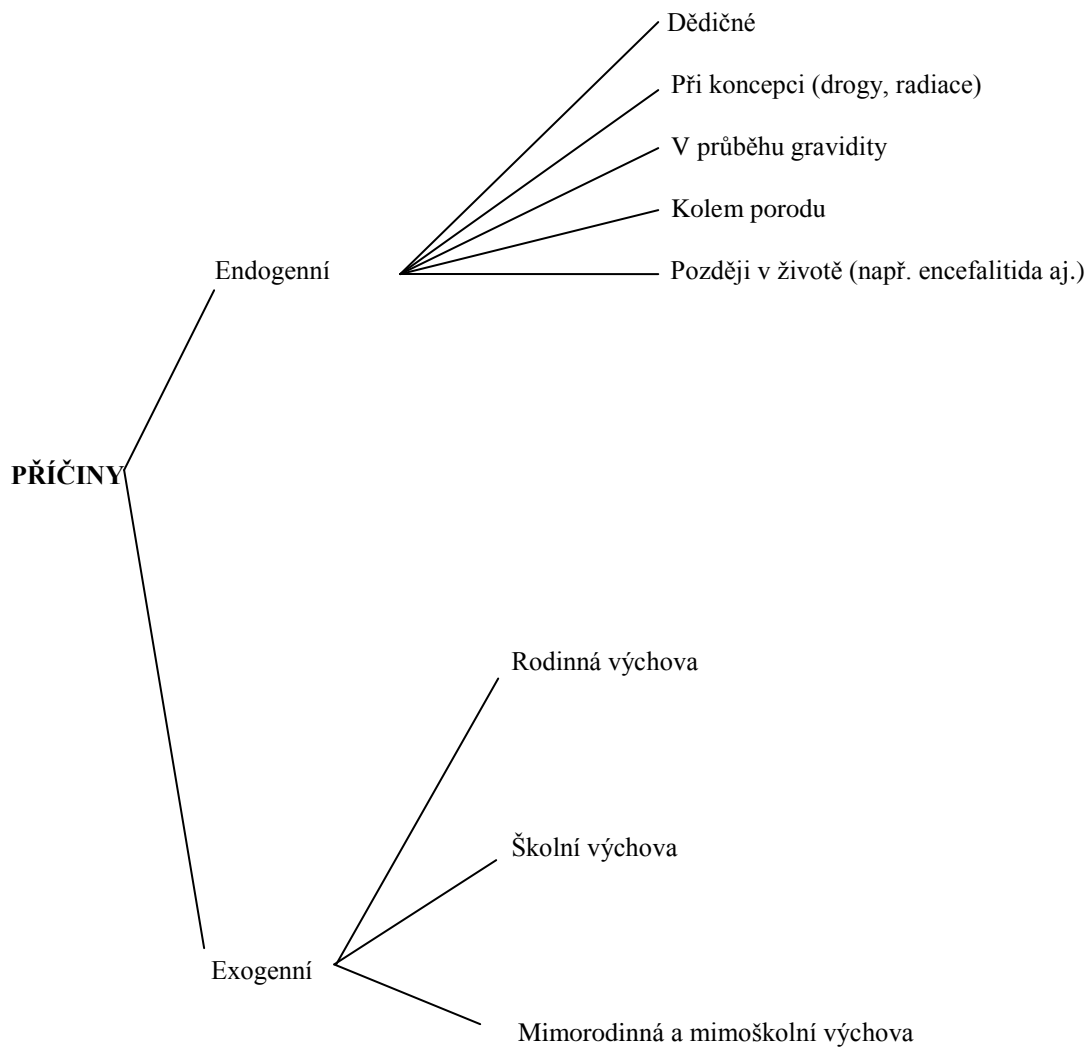
Vrozené a získané faktory



(Langer 1996, s. 36)

Schéma II.

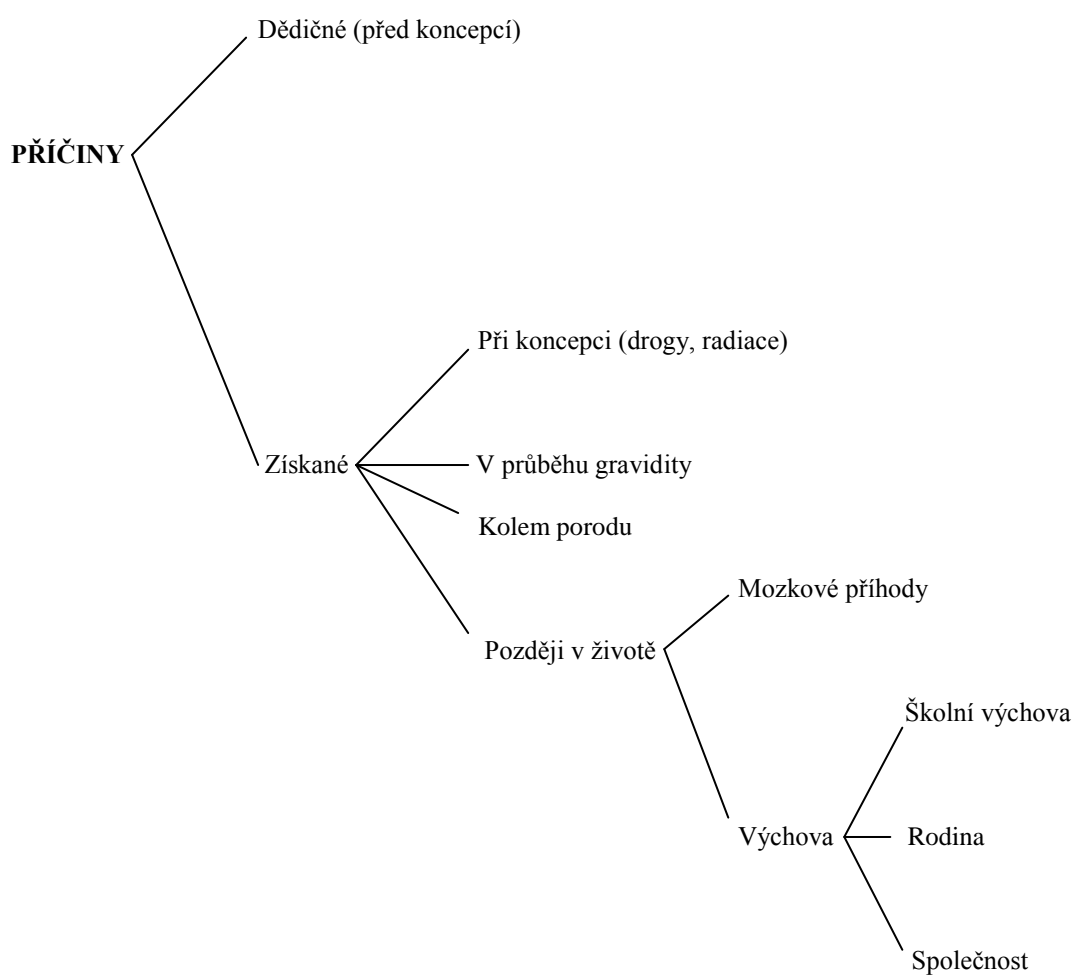
Endogenní a exogenní faktory



(Langer 1996, s. 37)

Schéma III.

Dědičné a získané faktory



(Langer 1996, s. 38)

1.3 MENTÁLNÍ RETARDACE V SOUČASNOSTI

Pearle S. Bucková, známá americká spisovatelka a matka těžce duševně opožděného dítěte², píše v drobné brožurce, příznačně nazvané „Nová naděje pro opožděné děti“³, že v každé době, jakkoliv těžké, objevují se vždy hřejivé události. Jednou z takových je v našem čase vzbuzení zájmu veřejnosti o potřeby a práva mentálně retardovaných jedinců. Byli již příliš dlouhou dobu ostrčenými občany, ale díky těm, kteří znají jejich možnosti, přicházejí nyní ke svým právům. Před rodiči, učiteli a odborníky se nyní objevuje vyhlídka na prevenci alespoň některých příčin MR a určitá naděje na zlepšení osudu duševně opožděných dětí. Zkouškou jakékoliv civilizace jsou opatření a péče o ty, kteří jsou jejími nejslabšími členy.

Dosavadní starší a vžitá pojetí pokládalo duševně opožděného za člověka bez perspektiv, odkázaného pouze na pomoc druhých lidí a společnosti. Nové pojetí vidí duševně opožděného nejdříve jako lidskou bytost, pak teprve jako mentálně retardovaného. Člověk, i když duševně opožděný, je roven ostatním lidem a má jistá práva jako oni.

(Dolejší 1973, s. 9-10)

² Viz. kniha P. S. Bucková: „Zůstala dítětem“. Vydalo v překladu Tiskové a propagační oddělení Státního úřadu soc. zabezpečení, Praha 1966.

³ Walter Jacob (ed.): „New hope for the retarded child“. Public affairs pamphlet N.20, The Public Affairs Committee, 1954.

2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)

2.1 DEFINICE DMO

DMO jako první popsal kolem roku 1840 anglický chirurg J. Little, čímž jí propůjčil název Littleova choroba, který se užíval až do konce čtyřicátých let 20.století. Little i někteří jeho následovníci vycházeli z předpokladu, že onemocnění vzniká v důsledku těžkého a komplikovaného porodu. Zásadní odmítnutí uvedeného předpokladu přináší rakouský neurolog, narozený v Příboru, Sigmund Freud, kterého známe spíše coby zakladatele psychoanalýzy. Nicméně Freud byl vystudovaný neurolog a předmětem jeho zájmu byl centrální nervový systém – mozek. Freud ve své studii (1916) odmítá Littleův názor o komplikovaném porodu jakožto hlavní příčině DMO a proti němu formuluje hypotézu, jež byla potvrzena pozdějšími neurofyziologickými výzkumy, že komplikovaný porod je spíše indikátorem vážné poruchy, která má svůj původ už v období těhotenství.

Teprve až rozvoj a pokroky v postnatální medicíně zapříčinily, že posouvání porodní hmotnosti novorozenců, při které je dítě s to přežít, směrem k nižším váhovým hodnotám, znamená, že mnozí novorozenci – byť za cenu určitého postižení – přežijí.

(Kudláček 2012, s. 27 – 28)

2.2 VÝSKYT A PŘÍČINY DMO

Lékařská literatura uvádí, že na tisíc živě narozených dětí (tzv. prevalence) připadají dvě až tři děti, u kterých je v různém stádiu vývoje diagnostikována DMO.

Příčiny DMO se obvykle rozdělují podle období vzniku do 3 skupin:

- prenatální,
- perinatální,
- postnatální.

Lze tedy říci, že vznik DMO je úzce svázán s obdobím kolem porodu. Někteří autoři (např. Lesný) uvádějí období nejpozději do 6. měsíce života dítěte.

(Kudláček 2012, s. 28 – 29)

Ve veřejnosti převažuje názor, že nejvíce případů DMO je způsobeno těžkým a komplikovaným porodem, což je pravděpodobně dáno skutečností, že tato příčina bývá manifestní – viditelná. Navíc je situace při těžkém porodu dramatická, protože mnohdy jde o život matce i dítěti. Je tedy zřejmé, že výrazný počet jedinců s DMO se už narodí postižených. Jak uvádějí četné studie, jedním z významných rizikových faktorů je nízká porodní váha, přičemž jako riziková hranice hmotnosti novorozence se uvádí 1500 g (Platt et al., 2007). Jako další rizikové faktory můžeme uvést infekční onemocnění (zejména zarděnky) matky v období těhotenství, Rh-inkompatibilita a samozřejmě nezdravý životní styl – kouření, konzumace alkoholu apod.

(Kudláček 2012, s. 29)

2.3 VÝZNAM RANÉ PÉČE PŘI EDUKACI DĚTÍ S DMO

Edukace je velmi důležitou součástí včasné intervence. **Včasná aplikace** komplexní péče významně ovlivňuje úspěch jak v oblasti terapeutické, tak i edukační, neboť **mozek malého dítěte** je velmi **plastický**, a je tedy schopen jednak **regenerace**, ale také **kompensace** vzniklého poškození.

M. Vítková (1999, s. 70) hovoří v této souvislosti o rané podpoře, která má být poskytována od zjištění rizika či postižení až do doby, kdy je dítě zařazeno do některého typu školy. Je samozřejmé, že v rámci včasné intervence se prolíná péče zdravotnická a terapeutická s péčí pedagogicko psychologickou, a má tedy interdisciplinární charakter.

(Jankovský 2006, s. 79)

3 VÝCHOVA

3.1 VÝCHOVA DÍTĚTE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ V RODINĚ

Narození mentálně postiženého dítěte bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost. Někteří autoři narození těžce mentálně postiženého dítěte považují za jednu z psychicky nejbolestivějších událostí, která může člověka v životě potkat. Poznání rodičů, že s jejich dítětem „není něco v pořádku“, pro ně obvykle znamená velký šok. Radost a naději zpravidla vystřídá úzkost, strach, obavy, pocit studu a nezřídka i pocit viny za to, že právě jejich dítě není takové jako ostatní. Pocitem křivdy nad narozením postiženého dítěte se člověk musí protrpět. Ve svém dítěti velmi často nacházejí tu nejoddanější lidskou bytost, která je nikdy neopustí, nezradí, ale ani záměrně a úmyslně nezarmoutí. Skutečnost, že se narodilo postižené dítě, zastihne většinou oba jeho rodiče zcela nepřipravené.

Pro vývoj dítěte je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změněnými okolnostmi a zaujali k němu pozitivní postoj. Dítě, zejména v raných etapách svého vývoje, potřebuje citlivou mateřskou péči, citové zázemí rodiny, individuální přístup a trpělivé výchovné vedení, které se potom pozitivně projeví v kvalitě a úrovni jeho pozdějšího života.

(Švarcová 2011, s. 164 – 165)

4 INTEGRACE ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

„Mimo společnost nedochází k utváření člověka jako lidské osobnosti.“

(Václav Příhoda in Švarcová 2011, s. 135)

Proces integrace žáků s MR do různých typů škol je součástí širších sociálních procesů směřujících k začlenění znevýhodněných lidí do společnosti, k jejich plnému zrovnoprávnění a společenské integraci (= sjednocení, scelení, spojení).

V našem školství se proces integrace začal rozvíjet v první polovině devadesátých let jako jedna z jeho nejvýraznějších inovací. Pokud dříve byli žáci se zdravotním postižením vzděláváni v běžných školách, byla to spíše výjimka chápána jako řešení vynucené nedostupností speciální školy v blízkosti bydliště žáka. Zapojení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol je především úkolem základního školství, jeho přístupu k těmto žákům, jeho podmínek pro jejich vzdělávání, mezi něž patří zejména překonání bezpočetného množství bariér, od materiálních a technických, jako je neprostupnost školních budov pro žáky s pohybovými problémy, nedostatek kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, nedostatek vhodných učebních textů apod., až po bariéry sociální, psychologické, lidské, které stejnou měrou působí na straně postižených i nepostižených a často jim komplikují možnost vzájemného porozumění.

Integrace je jev multidisciplinární. Týká se otázek filozofických, etických, psychologických, pedagogických, biologických a zdravotnických, ale i ekonomických, politických a legislativních.

(Švarcová 2011, s. 135 – 136)

5 EDUKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

(Milan Valenta)

Síť speciálních škol a speciálních školských zařízení pro děti a žáky s mentálním postižením je tvořena především mateřskou školou speciální, základní školou praktickou, základní školou speciální, praktickou školou a odborným učilištěm. Jednotlivé žáky s mentálním postižením mohou v rámci integrace přijímat, eventuálně otvírat pro ně samostatné třídy všech uvedených institucí, i běžné mateřské, základní a střední školy. I pro žáky s mentálním postižením slouží školní družiny, školní kluby, internáty a domovy mládeže. Poradenské služby zajišťují především **speciálně-pedagogická centra**.

Mateřská škola speciální je organizována jako běžné předškolní zařízení, které kromě formativní a informativní funkce (výchova rozumová a řečová, tělesná, mravní, pracovní a estetická) plní ještě funkci diagnostickou (hlavně s ohledem na další institucionální péči dítěte), reedukační (rozvoj postižených funkcí s důrazem na kognitivní procesy) a kompenzační (rozvoj nepostižených funkcí, např. motorických), rehabilitační a často i terapeuticko-formativní (léčebně-výchovnou), popř. respitní (úleva rodičům starajícím se o dítě s mentálním postižením).

Základní škola praktická je nejfrekventovanějším zařízením edukačního systému pro žáky s mentálním postižením. Základní škola praktická je nástupnickou organizací pro transformovanou zvláštní školu. Atributem „praktická“ je tento typ základní školy označen proto, že škola je často vybavena cvičnými byty, kuchyněmi, dřevodílnami, kovodílnami či dílnami keramickými a textilními, výtvarnými ateliéry, pozemky, zahradami, popř. skleníky, kde se realizuje převážně praktická příprava žáků (na rozdíl od více „akademické“ přípravy žáků na běžných základních školách). Základní škola praktická je novým typem školy vycházející ze standardů Evropské agentury pro speciální vzdělávání. V tomto typu školy se můžete setkat i s dětmi s dalšími psychickými poruchami, popř. dětmi s mentálním postižením, s projevy specifických poruch učení či chování. Docházka žáků do ZŠ praktické je devítiletá (povinná školní docházka je devítiletá, nejvýše však trvá do konce školního roku, v němž žák dosáhne sedmnácti let) a škola je členěna na první stupeň (1.-5. ročník) a druhý stupeň (6.-9. ročník). První stupeň je strukturován ještě dále na tzv. první období (1.-3. ročník) a druhé období (4.-5. ročník). ZŠ praktická se od běžné ZŠ odlišuje především využíváním speciálně-pedagogických prostředků, zvláště pak instrumentářem

(Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 97-100)

didaktických, diagnostických a terapeuticko-formativních metod, forem a prostředků v užším slova smyslu (kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek), vřazením předmětů speciálně-pedagogické péče (např. ILP – individuální logopedická péče, ZTV – zdravotní tělesná výchova, rehabilitační tělesná výchova, znakový jazyk, prostorová orientace...), poskytováním pedagogicko-psychologických služeb, aplikací principu individuálního přístupu k žákům, který je umožněn sníženým počtem žáků ve třídách, zajištěním asistenta pedagoga (viz. tzv. podpůrná opatření vyhlášky MŠMT 73/2005 Sb., ve znění vyhlášky 147/2011 Sb.).

Základní škola speciální se od škol běžného typu již značně odlišuje, a to především mírou využívaných speciálně-pedagogických prostředků a organizačními formami vzdělávání (silně individuální přístup, vyučovací hodina rozdělena na více jednotek...), dále pak strukturou a skladbou rámcového učebního plánu (důraz především na kompetence komunikační, sociálně-personální a pracovní). Pro základní vzdělávání v tomto typu školy je zpracován Rámcový vzdělávací program pro vzdělávání žáků v základní škole speciální (RVP ZŠS), který se člení dále na:

- Díl I.: Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením
- Díl II.: Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

ZŠ speciální poskytuje vzdělávání žákům s takovou úrovní rozumových schopností, která jim nedovoluje zvládat požadavky základní školy či základní školy praktické. Žáci na tomto typu školy nezískávají základní vzdělání, ale pouze základy vzdělání.

Profesní příprava žáků s mentálním postižením je realizována buď v běžných typech škol druhého cyklu (např. absolvent 9. ročníku ZŠ praktické může navštěvovat střední odborné učiliště v případě úspěšného přijímacího řízení), nebo tradičně na praktických školách a odborných učilištích.

Praktické školy (jednoleté až dvouleté) jsou určeny pro ty absolventy ZŠp, případně i základních škol, kteří nemohou pokračovat ve vzdělávání na odborném učilišti (ukončili školní docházku v nižším než 9. ročníku). Praktická škola s dvouletou přípravou byla původně určena jen dívkám (tzv. praktická rodinná škola), v současnosti je možno do ní

(Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 100)

přijímat i chlapce. Žáci si zde osvojují praktické dovednosti v oblasti ručních prací, přípravě pokrmů a běhu rodiny a dále si prohlubují vzdělání ve všeobecně vzdělávacích předmětech. Úspěšným absolventům základních škol speciálních je určena praktická škola s jednoletou přípravou. Tito žáci se připravují především na práci v chráněných pracovištích a na pomocné a uklidové práce v zařízeních sociálních či zdravotnických služeb, popř. v mateřských či speciálních školách. Odborné předměty obsahují opět rodinnou výchovu, ruční práce a praktická cvičení, všeobecně vzdělávací předměty učebního plánu prohlubují dovednosti a vědomosti nabyté na základní škole speciální (tj. trivium a výchovy).

Také školy druhého cyklu pro osoby s mentálním postižením nabízí profesní přípravu žákům, u nichž se mentální deficit kombinuje s dalším postižením (normativním předpisem je RVP PRŠ – program pro obor vzdělávání praktická škola).

Obdobně jako se základní škola praktická (ZŠp) zásadně neliší strukturou a organizací od základní školy, neexistují zásadní rozdíly mezi **odborným učilištěm (OU)** a středním odborným učilištěm (SOU). Úspěšný absolvent ZŠp zde získává po absolvování dvou či tříletého učebního oboru výuční list a je plně kvalifikovaný ve svém oboru. Nabídka odborných učilišť a praktických škol opět vychází ze systému speciálních škol z hlediska kombinace postižení, např. odborné učiliště či praktická škola pro sluchově postižené atd. (Normativním předpisem je RVP SOV – programy pro střední odborné vzdělávání, především obory vzdělávání kategorie E – tj. odborná učiliště).

Zcela nepostradatelnou institucí je pro ředitele a učitele základní školy, žáky se zdravotním postižením i jejich rodiče, rozhodnuté integrovat žáka s mentálním postižením, **speciálně-pedagogické centrum (SPC)**. Centrum realizuje nejen depistáž a speciálně-pedagogickou a psychologickou diagnostiku dětí s mentálním postižením, ranou péči, ambulantní a poradenskou činnost pro postižené děti a jejich rodiče, ale k jeho činnostem patří také poskytování konzultací a metodické pomoci učitelům a rodičům, kteří se rozhodnou pro integraci dětí s postižením do běžného typu školy, dále pak sledování těchto dětí na ZŠ a poskytování podpůrných služeb, stejně jako pomoc vypracování individuálně vzdělávacích programů pro žáky. Učitelům a rodičům SPC také zapůjčuje speciální pomůcky, speciální učebnice a odbornou literaturu.

V těchto centrech pracuje zpravidla tým odborníků ve složení psychoped, psycholog, sociální pracovníce (popř. logoped, terapeut, pediatr a rehabilitační pracovník).

(Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 100-101)

Diagnostikování mentálního postižení a navrhováním vřazení dětí do speciálních škol a tříd se zabývají již tradičně **pedagogicko-psychologické poradny (PPP)**, další z diagnostických a poradenských pracovišť řízených rezortem školství, ve kterých úzce kooperují poradenští psychologové se speciálními pedagogy. K nejdůležitějším úkolům těchto institucí patří nejen diagnostika, ale také poradenská činnost zaměřená především na děti ve věku od tří do patnácti let, které mají potíže ve škole (hlavně specifické poruchy učení a chování).

(Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 101)

6 POMOC RODINÁM DĚTÍ S MR

6.1 SPOLEČENSKÉ ORGANIZACE A OBČANSKÁ SDRUŽENÍ

„Je dobře, když člověk ví, že není sám.“

(Adrian B. Ward in Švarcová 2011, s. 191)

Právní předpisy umožňují, aby se na péči o mentálně postižené podílela vedle státních institucí i občanská sdružení a společenské organizace. V nedávné době vznikla řada iniciativ občanské i církevní povahy, které rozvíjejí různé alternativní způsoby péče o mentálně postižené. Nejdlejší tradici a zatím nejpatrnější výsledky v této činnosti má *Sdružení pro pomoc mentálně postiženým ČR (SPMP)*.

Toto sdružení vzniklo už v roce 1969 jako dobrovolná organizace rodičů, příbuzných a přátel mentálně postižených osob a odborníků (lékařů, psychologů, učitelů a vychovatelů) pracujících v oblasti péče o mentálně postižené. Jeho cílem bylo pomáhat mentálně postiženým, kteří po celý život potřebují vedení, pomoc, podporu a pochopení svých rodin, svého okolí a celé společnosti. SPMP bylo iniciátorem a organizátorem rekreace mentálně postižených, zájmové a tělovýchovné činnosti, tanečních a hudebně-pohybových kroužků a mnoha dalších způsobů účelného využívání volného času mentálně postižených jedinců. SPMP podporuje přípravu mentálně postižených na pracovní uplatňování a zdokonalování školského systému pro postižené děti a mládež.

Významný mezník v životě a práci sdružení představuje rok 1991, kdy se stalo členem Sdružení zdravotně postižených ČR jako samostatná právní organizace s vlastním rozpočtem. Tato nová situace umožňuje sdružení podílet se na jednom z nejnaléhavějších, ale zároveň nejobtížnějších úkolů v péči o mentálně postižené, na budování a provozování vlastních škol a zařízení pro denní a týdenní pobyt a pro přípravu mládeže na profesní uplatnění.

Činnost je financována jednak z členských příspěvků, ale především z dotací, které mu poskytují Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvo kultury ČR, Magistrát hlavního města Prahy, dále ze sponzorských darů, výtěžků různých kulturních akcí pořádaných

umělci a jejich organizacemi na podporu lidí s mentálním postižením i z darů jednotlivých osob.

(Švarcová 2000, s. 151 – 152)

6.2 PŘÍSPĚVKY VYPLÁCENÉ ÚŘADEM PRÁCE

Co se týče zdravotně postižených osob, dospělých nebo dětí, mohou tyto osoby požádat o příspěvek na péči, u kterého rozlišujeme čtyři stupně závislosti.

Prvním krokem je podání žádosti u příslušného ÚP. Poté provedou pracovnice ÚP šetření v přirozeném prostředí žadatele (doma). Při tomto šetření se dotazují, co žadatel zvládá nebo nezvládá, s čím potřebuje pomoci. Jedná se o deset okruhů (otázek):

- mobilita
- orientace
- komunikace
- stravování
- oblékání-obouvání
- osobní hygiena
- výkon fyziologické potřeby
- péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost

Dále musí postižený požádat okresní správu sociálního zabezpečení o posouzení zdravotního stavu. Na OSSZ zašle žádost a sociální šetření spolu se jménem ošetřujícího (dětského) lékaře. Žadateli nebo jeho zákonnému zástupci se zašle usnesení o přerušení řízení na dobu než se posoudí na OSSZ zdravotní stav žadatele, trvá to asi 2-3 měsíce.

Po této lhůtě přijde žadateli dopis, aby kontaktoval ošetřujícího lékaře. Po 2-3 měsících obdrží žadatel vypracovaný posudek o zdravotním stavu, proti kterému se může do osmi dnů odvolat. Po osmi dnech je vydáno rozhodnutí o částce, která byla žadateli přiznána a od kterého měsíce se dávka vyplácí. Po patnácti dnech nabývá rozhodnutí právní moci.

Také je zde možnost požadavku o průkaz osoby se zdravotním postižením. Rozlišujeme 3 stupně: TP, ZTP a ZTP/P.

Pokud bude žadateli přiznaný průkaz ZTP nebo ZTP/P a pravidelně se někam dopravuje, vzniká mu nárok i na příspěvek na mobilitu. Existují také příspěvky na zvláštní pomůcky.

(Informace poskytnuté pracovníci ÚP v Ivančicích)

7 HODNOTOVÁ ORIENTACE

7.1 TYPOLOGIE HODNOTOVÝCH ORIENTACÍ

Analýza hodnot určité populace představuje velmi důležitý problém jak z hlediska psychologie, tak z hlediska sociologie. Preference hodnot nemá normální rozložení. Pokud charakterizujeme skupinu pouze jediným hodnotovým žebříčkem, dopouštíme se zjednodušení, které pochopení hodnotových orientací ztěžuje. Vhodným řešením tohoto problému může být využití metod shlukové analýzy pro identifikaci typů.

(Osecká 2001, s. 102)

Životní styl a činnost člověka určuje *hodnotová orientace*, která vyjadřuje smysl jednání, a v ní zahrnutý cíl. Hodnotová orientace se uskutečňuje volbou (výběrem) možných cílů a prostředků vedoucích k jejich dosažení. Hodnotová orientace je mimo jiné souhrnem názorů a postojů k různým kvalitám skutečnosti, které pro něj představují určité hodnoty. Jsou to jednak hodnoty související se *zajištěním* člověka jako *živé bytosti* (zdraví, pohoda, strava apod.), dále hodnoty související s *rozvojem* člověka jako osobnosti s jeho seberealizací a hodnoty související s rozvojem člověka jako člena *širšího společenství*.

Známa je typologie hodnotových orientací **Edvarda Sprangera** (1882 - 1963).

Jde o tyto typy:

- **teoretický**, jehož cílem je hledání pravdy, hodnotou je poznání;
- **ekonomický**, jehož cílem je sebezáchova, hodnotou je užitečnost;
- **estetický**, jehož cílem je hledání harmonie, hodnotou je krása;
- **sociální**, jehož cílem je konání dobra, hodnotou je láska;
- **politický**, jehož cílem je ovládnutí druhých, hodnotou je moc;
- **náboženský**, jehož cílem je sebezpřesah, hodnotou je jednota s Bohem.

Ztráta, ohrožení nebo vynucená změna hodnot a hodnotové orientace může být podle významného českého psychiatra **Vladimíra Vondráčka** (1895-1978):

- *příčinou onemocnění,*
- *činitelem, který ovlivňuje průběh choroby,*
- *projevem onemocnění i projevem uzdravování.*

Pokud jde o *věk*, uvádí Josef **Štefanovič**, že u mládeže do 25. roku vystupují do popředí hodnoty perspektivy a růstu, u lidí nad 40 let pracovní podmínky, nad 50 let orientace na výdělek vzhledem k výši důchodu.

(RUDOLF KOHOUTEK. BLOG. CZ. – Psychologie v teorii a praxi. *Zájmy, potřeby a hodnotové orientace člověka* [online]. ©2015. Poslední změna článku 3. 12. 2009 6.14 [vid.2015-04-07]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/zajmy-a-hodnotove-orientace-cloveka>)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 POZOROVÁNÍ A ROZHOVORY S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO CHLAPCE

8.1 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Bylo provedeno a zaznamenáno 6 rozhovorů. Probíhaly v přirozeném prostředí respondentů. Každý rozhovor jsem vyhodnotila samostatně. Během rozhovoru bylo položeno 18 otevřených otázek. Otázky byly každé z osob položeny individuálně dle věku a vztahu k Ladislavovi. Z důvodu diskrétnosti nebyla použita vlastní jména (kromě pozorovaného chlapce a jeho sestry). Pracovní jména respondentů jsou slečna A, paní B, pan C, paní D, paní E, paní F. Rozhovory jsou registrovány písemným záznamem v průběhu rozhovoru. Přepisy odpovědí v jednotlivých rozhovorech jsou občas doplněny upřesňujícími poznámkami.

Rozhovor 1

Jméno: slečna A

Narozena: 2005

Věk: 9

Slečna A je mladší sestra chlapce s MR. Navštěvuje 4. třídu základní školy. Rozhovor absolvovala sama, v závěru rozhovoru za námi přišla její maminka.

Jak vnímáš brácha a jeho postižení?

„Naši mně odmala říkali, že je brácha nemocnej, že mám na něho být hodná. Až sem byla větší, tak mně ho nechávali hlídat. I když jen leží, tak jsem měla strach, aby se mu něco nestalo. Ted' už se tak nebojím a trénuju, jak se o něj budu jednou starat sama. Někdy mně vadí, že je taťka víc s bráchem jak se mnou. Taky mě mrzí, že nemůžeme spolu sami třeba na hřišti blbnout nebo jezdit na kole.“

Co na bráchu říkají kamarádi nebo spolužáci?

„Děcka, co bydlí u nás v baráku nás znají. Láďka se nebojí a chodí s náma ven na procházky. Jeden blbej kluk ve třídě se mně smál, že je brácha dement, co se jen tlemí. Řekla sem to paní učitelce a ta pak celé třídě vysvětlila, jak je brácha nemocnej. Od tý doby se mně nikdo už nesměje. Taky mně vadilo, že jedna kamoška od babičky nám furt říká, že je to holý neštěstí mít takovýho kluka doma. My ale stejně Láďu máme rádi.“

Jak v současné době pomáháš rodičům s péčí o bráchu?

„Každý ráno než deme do školy, tak taťka namixuje bráchovi nějaký ovoce a já ho pomám krmit. Pomůžu naskládat oblečení, bryndák a svačinu do jeho školní tašky, kterou má přidělanou na vozíku. Když taťka přiveze Láďu ze školy, tak mu pomůžu z auta a když už mám udělaný úlohy, tak mu něco přečtu, to se mu moc líbí a řehtá se. Je to náš smíšek. Každý večer napouštím bráchovi vanu na koupání a chystám mu pyžamo a plínku. Maminka mi často opakuje, že jednou se budu o bráchu starat já.“

Rozhovor 2

Jméno: paní B

Narozena: 1978

Věk: 37

Paní B je maminkou chlapce s mentální retardací. Má základní vzdělání, pracuje ve společnosti, která se zabývá kompletací kabelových svazků do automobilového průmyslu. V roce 1998 – EPI záchvat. Rozhovor absolvovala sama.

Bylo postižení syna diagnostikováno v prenatálním stádiu?

„Nebylo, na všech gynekologických kontrolách mi doktor říkal, že je vše v pořádku. Syn se však narodil předčasně císařským řezem, byla zjištěna infekce v plodové vodě. Vážil 1250 g, měřil 34 cm. Byl to pro mě velký šok, ale věřila jsem, že bude miminko v pořádku. Po narození musel zůstat 4 měsíce v nemocnici. Poté mi doktoři řekli, že syn bude mít

buď epilepsii, nebo dětskou mozkovou obrnu. Nevěděla jsem, jak to manželovi říct, hledala jsem v sobě odvalu a dusila to v sobě pár týdnů.“

Jaká byla reakce Vaše jako rodičů a ostatních členů rodiny na synovo postižení?

„Byl to velkej šok. Říkali jsme si, proč zrovna nám se to muselo stát. Pořád jsem se dívala na ostatní maminky, co měly děti na hřišti, děti kolem nich běhaly a já věděla, že můj syn nikdy chodit nebude.“

Paní B odpověď na tuto otázku trochu rozesmutněla, ale je to silná a statečná žena.

„Co se týče rodiny, zde byly první reakce odlišné. Manželovi rodiče se na syna hrozně těšili, i přesto, že věděli, že nikdy jim neřekne „babi“ nebo „dědo“. Bohužel u mých rodičů tomu bylo jinak. Chtěli, abychom syna dali do ústavu (od toho se také nyní odvíjí synův vztah k nim). Se svojí mámou kvůli tomu doted' nemám moc dobrou vztah, syna si k sobě nebere, pouze zdravou dceru, což mne vcelku mrzí, ale nic s tím neudělám. Každopádně jsem ráda, že jsme tehdy byli rozumní, prosadili si svoje a syna do ústavu neumístili. I přesto, že jsem nějaký čas synovu výchovu zcela nezvládala a bylo vše na manželovi.“

Kdy byla stanovena konečná diagnóza synova stavu?

„V 1. roce. Do té doby jsme doufali, že se stane zázrak a synovo postižení nebude tak závažné. Bylo nám řečeno, že do jednoho roku se může vše změnit, ale bohužel se tak nestalo. V 1. roce měl syn myšlení a pohyblivost tříměsíčního dítěte.“

Můžete popsat synův vývoj ?

„Ladislav byl po porodu v inkubátoru, krmen byl mateřským mlékem sondou, později jsem ho krmila mateřským mlékem z lahve. Od 4. měsíce umělá strava, nesnášel sunar – bylo mu změněno mléko. Měl opožděn ranný psychomotorický vývoj, po 1. roce začal pást koničky, hlavičku však neudržel.“

K vyšetření se dostavili vždy se synem oba rodiče. Chlapec byl vždy po celou dobu vyšetření klidný, spokojený. Celkový PMV opožděn, stejně tak i v oblasti řečové komunikace

je velké opoždění. Úroveň řeči odpovídá asi třem měsícům – hraje si s hlasem, úroveň primitivních zvuků, dokáže vyjádřit pocity libosti a nelibosti silou a zabarvením hlasu. (Zpráva ze speciálně pedagogického vyšetření, 7. 1. 2000, Blansko)

„ Po 1. roce začal pást koničky, sám se na břicho však neotočil – bylo nutno mu pomoci, hlavičku vždy udržel jen velmi krátkou dobu. Reagoval na své jméno, hlavičku otáčel za hlasem i zvukovými hračkami. Reakce však vždy byla zpomalená. Hračku sice vždy udržel, ale musela jsem mu ji do ručičky vkládat – pouze malý tvar. “

Ruku ani předmět vložený do ruky nestrká do úst. Pokud ležel na zádech, tak měl hlavičku neustále odvrácenou na levou stranu. Na pravou stranu se otáčel pouze při vyprovokování (zvukovou hračkou), ale po velmi krátké chvíli vždy otáčel hlavičku zpět na levou stranu. (Zpráva ze speciálně pedagogického vyšetření, 7. 1. 2000, Blansko)

Rodičům byly doporučeny pravidelné návštěvy speciálního pedagoga v SPC. Zde bylo s dítětem pracováno podle stimulačního programu sestaveného speciálním pedagogem. Ten byl s rodiči vždy podrobně prokonzultován a jednotlivé činnosti byly rodičům předvedeny. Při sestavování programu se vycházelo ze Souboru cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem a děti handicapované. Rodiče byli s výsledky vyšetření seznámeni a s navrhovaným doporučením souhlasili.

(Zpráva ze speciálně pedagogického vyšetření, 7. 1. 2000, Blansko)

Jak se po narození dcery změnil chod Vaší rodiny a péče o syna?

„ Docela hodně. Bylo to náročné. Dcera byla živé dítě a syn potřeboval neustálou péči 24 hodin denně. Přednost tak trochu dostala dcera, jelikož jsem si užívala normální vývoj dítěte – pásala koničky, držela hlavičku, vydávala zvuky, smála se. Tím nechci říct, že syn byl nějak zanedbávaný. Jen mi spoustu času zabralo hlídání dcery – když začala chodit apod. O synovi jsem věděla, že kam ho položím, tam bude ležet. Zpočátku jsem se cítila ne moc dobře, chtěla jsem dceři věnovat maximální péči a čas, neboť u syna mi všechny tyhle věci umožněny nebyly. Občas jsem plakala, jak je to nespravedlivé, že dcera může jít ven si hrát, sama se najíst, přečíst si knížku a syn je plně odkázán na naši pomoc. Díky manželovi a jeho rodině jsme ale vždy našli sílu překonat tato depresivní období a dělit péči mezi obě děti a být jim milujícími rodiči. “

Vidíte nějaká úskalí ve výchově vašich dětí?

„Když jsme měli jen Ládika, byla veškerá péče soustředěna jen na něho, museli jsme se naučit o něj pečovat. Jeho postižení podle mě nevyžaduje tak intenzivní výchovu. Co se narodila Barunka, mám o ni mnohem větší strach a snažím se jí vždy vyjít vstříc, aby se necítila odstrčená kvůli péči o syna. Snažíme se jí vstípit, že po nás péči o bratra jednou převezme právě ona.“

Jak syn snášel nástup do školy a jak se tímto změnil chod rodiny?

„Syn navštěvoval od roku 2000 speciální MŠ pro děti s kombinovaným postižením, byl tam rád a spokojen, vnímali jsme to velmi pozitivně. I on velmi dobře vnímal personál mateřské školy. Poté mu bylo speciálním pedagogem doporučeno zařazení do školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením. Od roku 2005 navštěvuje syn ZŠ speciální v Blansku – paní učitelky jej od začátku chválí, je vždy v dobré náladě a velmi dobře spolupracuje při jakýchkoliv aktivitách a činnostech. Každý školní rok dostává syn vysvědčení a již podle něj jsou vidět jistá zlepšení, zvláště v pracovní a rehabilitační tělesné výchově.“

„Chod naší rodiny se zas až tak nezměnil, od začátku nám paní učitelky hodně pomáhaly a podporovali nás psychicky a jelikož jsme viděli, že syn je ve škole opravdu spokojený, byli jsme spokojení i my jako rodiče. Dělal nám radost. Navíc se roku, co syn nastoupil ZŠ, narodila dcera, takže jsem se opravdu nenudila (smích).“

Jaká byla reakce sourozenců na sebe navzájem?

„Musím říct, že velice dobrá. Dcera, čím byla starší, tím byla rozumnější. Vždy jsem jí vysvětlovala, že může být ráda, že chodí s kamarádkami ven, navštěvuje kroužky, sama se obslouží. Chápala, že s bráchou si nikdy nebude moci hrát, odmala jsme jí to říkali a připomínali. Je pravda, že občas měla chvíle, kdy mi bylo smutno a snažila se na nás hrát habadůru – vždy když něco chtěla a my jí to zakázali, říkala ze vzteku, že ji nemáme rádi a synovi dáme vše, co potřebuje a pořád se kolem něj točíme. Ale naštěstí to byly jen

chvilkové stavy a vždy až se uklidnila, byla zase rozumná. Moc nám pomáhá a o bráchu se stará ukázkově.“

Během rozhovoru dcera zrovna krmila Ládíka na vozíku a povídala mu zážitky ze školy. Byl opravdu spokojený. Je viditelné, že se mají sourozenci rádi.

Jaké byly reakce okolí na synovo postižení?

„To víte, vždy se najdou zákeřní a zlí lidé, kteří Vám občas život ztěžují. Jednou se mi stalo, že jsem jela se synem autobusem do Blanska a nesla jsem ho (bylo mu 5 let) a jeden starší pán se do mě začal navážet, proč syna nedám na zem, že má přeci nohy a takovej velkej kluk se nechá od mámy nosit. Vysvětlila jsem mu, že je postižený a nedokáže sám stát. Bylo to ale zbytečný, pán na to měl jiný názor. To mě tehdy velmi vzalo a dotklo se mě to. Že se děti z našeho města pořád dokola vyptávaly, proč syn jezdí na vozíku, na to jsem si již zvykla. Také nám většina lidí z okolí záviděla auto s rampou (aby se tam vlezl syn s vozíkem), na které nám bylo přispěno.“

„Další hroznej zážitek byl, když tchýně měla na hlídání syna a potřebovala si zajít do drogerie a vzala ho s sebou. Po vstupu do obchodu jí bylo řečeno od prodavačky, že do prodejny s vozíkem se nesmí, že psi tam také nelezou. Aby toho nebylo ovšem málo, i po vysvětlení synova stavu na babičku spustila, že takové děti jsou jak kontejner, do kterého se jen cpou peníze a on to vylučuje. Opravdu nechápu, jak někdo může být až takhle zlý. Probrečela jsem díky těmto lidem spoustu nocí. Dříve jsme se tím jako rodina dost trápili, teď jsme šťastní, že Ládíka máme takového, jaký je. Jinak už si to nedokážu ani představit.“

„Ze všeho nejvíce mě ale do dneška trápí, že moje vlastní máma nemá k synovi vztah. Od mala byla pro tu variantu, abychom ho dali do ústavu. S hlídáním nám také nikdy moc nepomohla, vždy, když jsem ji poprosila, aby syna pohlídala přes noc, odmítla se slovy, že se ho bojí a neví, co s ním. Mrzí mě, že dceru si bere pravidelně, ale syna vždy jen vidí na návštěvě u nás. Občas se chová, jako by neexistoval. Tohle je asi jediná věc, která mne pořád tak trochu mrzí a trápí. No co se dá dělat, vynahrazujeme mu rodičovskou lásku s manželem sami, je to naše sluníčko.“

Přemýšleli jste, co bude dál (možnosti dalšího vzdělávání)?

„Rozhodně se zajímáme o to, co bude dál. Spíše to zařizuje manžel.“

Rozhovor 3

Jméno: **pan C**

Narozena: 1973

Věk: 41

Pan C je otcem chlapce s mentální retardací. Má základní vzdělání, trpí srdeční vadou – pobírá invalidní důchod v plné míře. Jelikož je doma a jeho manželka pracuje, každé ráno vozí syna do školy a odpoledne jej vyzvedává. Rozhovor absolvoval sám.

Bylo postižení syna diagnostikováno v prenatálním stádiu?

„Netušil jsem to, nic tomu nenasvědčovalo. Žena vždy, když došla z kontroly, říkala, že je malej v pořádku. Informaci o postižení syna mi řekla až pár týdnů po tom, co se narodil. Řekl bych, že jsem to nesl daleko líp jak ona.“

Jaká byla reakce Vaše jako rodičů a ostatních členů rodiny na synovo postižení?

„Já a moje rodina jsme to vzali opravdu sportovně. Manželky rodina, tam už to bylo horší. Nemůžu je teď ani vidět, opravdu mám na ně pořád ještě velkej vztek. Po bitvě je každé generál. Vždyť ten kluk za to nemohl, že je postižený. Snažil jsem se podporovat psychicky manželku, ta na tom ze začátku byla fakt hrozná. Takže jsem ani neměl moc čas nad tím přemýšlet, na syna jsem se hodně těšil, nevěděl jsem, co od toho očekávat, jelikož to bylo naše první dítě, ale nebál jsem se toho, to rozhodně ne. Vzal jsem to jako statečnej chlap (smích).“

Vidíte nějaká úskalí ve výchově vašich dětí?

„Snažím se obě své děti vychovávat jak nejlíp dovedu, aby drželi při sobě. Nikdo nejsme dokonalejší a chybám se určitě nevyhnu ani já.“

Jak jste zvládal výchovu syna po rozvodu a jak to syn snášel?

Když měl chlapec 4 roky, maminka se s otcem rozvedla a syn byl vychováván rok a půl pouze otcem a babičkou. Dodnes je na babičku z otcovy strany velmi fixovaný, zbožňuje ji.

„Když byli Lad'ovi čtyři roky, manželka nezvládla jeho výchovu, našla si jinýho chlapa a zažádala o rozvod. To mě docela srazilo na dno. Musel jsem ale fungovat kvůli synovi, ten mě potřeboval každý den 24 hodin. Nechápal jsem, že to mně a malýmu dokázala udělat, ale prostě to bylo tak. Byl to šok. Byli jsme s manželkou pořád v kontaktu, syna ale rok viděla jen na fotkách. Jinak myslím, že Lad'ula manželčin odchod ani nezaznamenal. Je fakt velkej pohodář a nic ho nerozhází.“

Jaká byla reakce ze synovy strany, když se maminka opět vrátila?

Chlapci bylo 6 let, když se jeho rodiče vrátili k sobě a znovu spolu uzavřeli sňatek. Otec to ze začátku těžce nesl, ale kvůli synovi zapomněl na vše, co se již dříve stalo a snažil se kvůli synovi fungovat zase jako úplná rodina. Maminka posléze zjistila, že je těhotná.

„Syn na mámu prvně moc nereagoval. Delší dobu ji neviděl, takže působil nejistě a rozpačitě. Hodně ji to ranilo, ale nebylo se čemu divit. Snažil jsem se ji podporovat, jak to jen šlo. Postupem času se to dalo vše do pořádku. Lad'a si na mámu opět zvykl a byl jak slušníčko. I vztah mezi námi jako manžely byl zprvu rozpačitý, nakonec jsme si ale k sobě cestu přece jenom zase našli. Navíc manželka otěhotněla, čekali jsme holčičku. Byl jsem nadšenější, ale zároveň jsem se bál, aby nedopadla jako syn. Tím nechci říct, že ho nemám rád, ale je to velká starost, to přiznávám. Sám mám zdravotní problémy a do budoucna by jsme druhé postižené dítě fakt nezvládli. Naštěstí se dcera narodila zdravá a žravá (smích).“

Rozhovor 4

Jméno: paní D

Narozena: 1950

Věk: 64

Paní D je maminkou chlapcova otce. V době odloučení rodičů pomáhala synovi v péči o Ladislava, který si k ní vytvořil pevnou citovou vazbu. Rodičům i v současné době velice pomáhá s hlídáním obou dětí, bere si je i na víkendy.

Jaká byla Vaše reakce na vnukovo postižení?

„Zpočátku to byl šok, protože to bylo naše první vnouče. Syn je jedináček a na vnouče jsme se velmi těšili. Ještě než lékaři vyřkli nad Ladíkem ortel, zemřel Ladův dědeček. O to více jsem se snažila dávat vnukovi lásku a péči za nás oba. Sháněla jsem si všechny možné informace o tomto postižení, abych byla v obraze a případně věděla, jak se k němu chovat a jeho rodičům pomoci. Je to můj miláček a udělám pro něj i pro Barču kdykoliv cokoliv.“

Jak jste snášela období odloučení rodičů Ladislava?

„Dosud je to pro mne bolestivé, přiznávám, že to mám snaše dodnes za zlé, ale nevracím se k tomu. Syn se s vnukem nastěhovali ke mně, snažila jsem se jim všemožně pomoci a podporovat je. Synova nemoc srdce se v té době zhoršila, tak byla často celodenní péče o vnuka jen na mých bedrech. Ráda na to vzpomínám, hodně nás to s vnukem i synem stmelilo. Návratem rodičů k sobě jsem nadšená nebyla, ale synovo přání obnovit rodinu jsem respektovala. Po roce jsem uvítala narození Barunky a byla jsem moc šťastná, že je zdravá.“

Rozhovor 5

Jméno: paní E

Narozena: 1955

Věk: 60

Paní E je maminkou chlapcovy matky. V počátku se k mé žádosti o rozhovor stavěla odmítavě, nakonec jsem ji svými opakovanými prosbami udolala.

Jaká byla Vaše reakce na vnukovo postižení?

„To mně ani nepřipomínejte. Hned na začátku jsem jim řekla, ať ho dají do ústavu. Že si nedokážou ani představit, co je s tak nemocným děckem za práci. Byli chytrí, ale nedali si říct. Však to taky podle toho dopadlo – holka to nezvládla a od kluka utekla.“

Jak jste snášela období odloučení rodičů Ladislava?

„Já se jen divila, jak to zeťák zvládá. V té době jsem s nima v kontaktu nebyla. Jediné pozitivní, že se k sobě vrátili, vidím ve zdravé vnučce Barunce, to je moje potěšení.“

Rozhovor 6

Jméno: paní F

Narozena: 1980

Věk: 34

Paní F je učitelkou Ladislava na základní škole speciální, kam Ladislava tatínek denně vozí. Ve třídě působí společně ještě s výchovnou poradkyní a vychovatelkou. Mají na starosti 5 dětí s různým kombinovaným postižením.

Jak by jste charakterizovala Ladislava a jeho rodinné vztahy?

„Ladislava vozí každý den do třídy otec pozitivně naladěného a usměvavého. Ve třídě je spolu s dalšími čtyřmi dětmi s vícečetným postižením. Vždy dobře a rád spolupracuje

při různých činnostech – ranní zpěv, kreslení tělovými barvami, má rád, když se mu na monitoru pouštějí obrázky a zvuky zvířat. Je znát, že je o něj doma dobře postaráno. Do i ze školy jej vozí otec, při každém setkání s ním se projevuje hlasitou radostí. Tatínek mu vždy popřeje pěkný den a políbí ho na čelo. Jelikož maminka je zaměstnána, moc často syna ve škole nevidí.“

Jak by jste zhodnotila Ladislavův vývoj ve školním prostředí?

„Od školního roku 2004, kdy do této třídy nastoupil, jsou na něm vidět opravdu velké pokroky. Například ve smyslové výchově se zlepšilo uchopování viděných předmětů a manipulace s nimi, v rozumové výchově zase reakce na jednoduché pokyny – zvedni hlavíčku, podívej se na, také ve cvičení pozornosti a vytrvalosti. Ve výtvarné výchově velmi rád spolupracuje, jsou mu nanесeny tělové barvy na ruce a kreslí po papíře. Velmi pěkně také poslední dobou odebírá potravu ze lžice, dříve mu to moc nešlo. Každé ráno děti mívají hudební výchovu – hrají jim na klávesy a děti poslouchají, jediný Ladislav se účastní zpěvu – vydává hlasité zvuky. Jeho oblíbená píseň je Pec nám spadla. Snaží se o koncentraci pozornosti při poslechu, má moc rád relaxační hudbu. I naše rehabilitační sestra ho velmi chválí – pěkně se mu uvolňují končetiny po promasírování, při položení na rehabilitační míč se pěkně snaží zvedat hlavu – prodlužuje se výdrž. Nemohu vynechat ani jeho oblíbenou kanisterapii – každou středu k nám do školy dochází paní se dvěma retrívry. Ladislav je položen na záda, pejsci obtočeni kolem něj a pěnovým míčkem mu rehabilitační sestra míčkuje obličej, aby se uvolnil. Poté mu položí granule na břicho a pejsci ho šimrají čumáčkem, vždy se směje. I přesto, že je na zvířata trochu alergický, po poradě s rodiči dostává prášek, aby toto cvičení mohl absolvovat, jelikož je po něm opravdu moc spokojený a krásně uvolněný. Fakt je šikulka, pokroky dělá veliké, máme ho tady moc rádi. Bude nám smutno, až odejde.“

8.2 CÍL A METODY VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Cílem této části bakalářské práce bylo přiblížit vztahy členů v rodině s mentálně retardovaným dítětem, objevit úskalí výchovy v této rodině a nalézt možnosti zlepšení. Dále bych se ráda podílela na zjištění možností dalšího vzdělávání chlapce s MR a zhodnotila klady a zápory výchovy ve sledované rodině.

Při zpracování výzkumné části, jejíž součástí je kvalitativní výzkum, jsem kromě vlastních zkušeností získaných z pozorování a návštěv dané rodiny využila následujících metod:

- analýza záznamů o chlapci (zprávy z psychologického a speciálně pedagogického vyšetření, obsah slovního hodnocení);
- studium odborné literatury;
- rozhovory s rodinnými příslušníky a pedagogem;
- pozorování chlapce v různých situacích a přímá práce s ním.

Výběr a stanovení počtu respondentů – respondenti byli vybráni vzhledem ke vztahu ke chlapci. Jedná se o osoby různých věkových kategorií z chlapcovy rodiny a nejbližšího okolí, se kterými tráví nejvíce času.

Průběh rozhovorů – otázky jednotlivým respondentům byly kladeny podle předem připraveného formuláře, individuálně dle věku a vztahu k chlapci. Většinou probíhaly rozhovory pouze za přítomnosti mé osoby (kromě sestry chlapce, kde ke konci rozhovoru za námi přišla její maminka), v přirozeném prostředí jednotlivých respondentů. Jsem přesvědčena, že respondenti odpovídali pravdivě na mé otázky a neměli potřebu něco předstírat, či hledat za mými otázkami další úmysly. Odpovědi jsem zaznamenávala písemně na připravené archy a také pomocí diktafonu, s nímž rodina souhlasila. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30 – 40 minut, podle potřeb respondentů (rozhovor se sestrou Ladislava trval déle, odbíhala a chvíli neposeděla).

8.3 OBSAHOVÁ ANALÝZA A ROZBOR ZÍSKANÝCH DAT

Po celou dobu těhotenství ani jeden z rodičů neměl povědomí, že by se jim mohlo narodit postižené dítě. Do 1. roku, kdy byla lékaři stanovena diagnóza jejich syna, doufali, že bude v pořádku.

V synových čtyřech letech matka nejspíše neunesla tíhu odpovědnosti za postižené dítě, nezvládala jeho výchovu a od rodiny odešla. Otec zůstal na výchovu a péči o syna sám, začala mu pomáhat jeho matka, babička dítěte. Po dobu odloučení matka o postižené dítě nejevila zájem, otec jí přesto zasílal alespoň synovi fotografie. Matka si časem své

pochybení uvědomila a k muži a dítěti se vrátila. Vztahy se znovu obnovily, narodila se zdravá dcera, na kterou se matka upnula. Matka otce i nadále rodině s oběma dětmi pomáhá, přesto, že snaše odchod od postiženého dítěte neodpustila. Matka matky se věnuje pouze zdravé vnučce. Snažím se při setkáních a rozhovorech s ní navázat vazby k vnukovi.

Ladislavova sestra se o něj stará ukázkově, za jakékoliv situace se ho zastane a je mu velkou oporou. Je to rozumná slečna. Do budoucna by se o něj ráda postarala.

Nyní chlapec jezdí s tatínkovými sourozenci a jejich dětmi na společné dovolené, všem to prospívá. Je rád v kolektivu jemu blízkých lidí.

Z rozhovorů s učitelkou Ladislava je zřejmé, že se mu i ve škole líbí, je „pilným žákem“, dělá velké pokroky. Sama jsem měla možnost chlapce sledovat ve třídě při individuálních činnostech. Během těchto sledování jsem si všimla, jak reaguje na můj hlas, pamatuje si ho a velmi dobře při opakovaných výzvách sporadicky uchopuje nabízené předměty, hlasitě výská, kontakt navazuje sociálním úsměvem, hraje si s hlasivkami (dle otce v poslední době náznaky žvatlání). Velmi dobře také vyjadřuje libost/nelibost. Při pozdějších návštěvách jsem upozorovala, že je schopen při zaujetí udržet delší oční kontakt, zaměřit na mě pozornost. Diferencuje známé a cizí osoby, reaguje na svůj obraz v zrcadle úsměvem, při anticipaci chování má snahu natahovat ruce. Krmení Ladislava probíhalo oproti ostatním dětem naprosto bezproblémově, jí speciálně upravenou lžičkou, aby mu strava byla správně vpravena do úst. Sní i pevnou stravu nakrájenou na kousky, při podání nápoje z hrníčku polyká, mírně srká. Je schopen sám si podržet v ústech tyčinku, ruku k ústům nedá, ale je schopen sklonit hlavu tak nízko, aby si kousek tyčinky ukousl. Důležitá je pro něj práce rukou – ve škole je jí věnována důsledná péče. Každý den jsem mu masírovala ruce i chodidla – krásně se mu poté uvolnilo svalstvo. Předměty bere dlaňovým úchopem – cíleně. Umí si vybrat ze dvou nabízených hraček, ze dvou, jemu méně známých předmětů, je výběr zatím náhodný. Ve škole se pracuje i s reálnými předměty a jejich fotografiemi. Velmi dobře Ladislav přijímá nové lidi – při prvním setkání jsem se s ním přivítala, sdělila mu, kdo jsem a co spolu budeme společně dělat. Má rád kolem sebe pohyb, když se něco děje, čeho může být součástí. Ráda jsem mu četla knížky – je vděčným posluchačem pohádek, písniček a říkadél. Je také velmi citlivý na pohodu či nepohodu blízkých lidí. Zkrátka je s ním jednáno jako se zdravým dítětem s citlivým ohledem na problémy, které má. Jeho silnými oblastmi je porozumění a chuť pracovat.

V pozorované rodině hlavní úskalí výchovy vidím v:

- přesunutí veškeré péče o syna na mladší dceru
- při návštěvách v rodině jsem zaregistrovala mírné omezování dceřina kontaktu s jejími vrstevníky, většinu volného času věnuje pomoci rodičům s bratrem
- minulosti - odloučení matky od rodiny

Velice ale schvaluji zájem otce o další možnosti vzdělávání syna. Každý měsíc pravidelně dojíždí na informativní schůzky do centra Sociální rehabilitace – Emanuel Boskovice a Doubravice. *„Zde je posláním poskytovat lidem se středně těžkým až těžkým mentálním postižením a s kombinovaným postižením službu, jejímž smyslem je snížit riziko jejich sociálního vyloučení.“*

(informace poskytnuté z centra Sociální rehabilitace, EMANUEL DOUBRAVICE, Doubravice nad Svitavou).

8.4 PŘÍNOS TÉTO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE PRO JEDNOTLIVÉ AKTÉRY

Přínos mé bakalářské práce vidím především v postupné změně postoje babičky (matka matky) k postiženému vnukovi. Babička byla v poslední době již po několikáté na návštěvě v rodině dcery, dovezla dárky nejenom vnučce, ale i Láďovi. Dokonce mezi řečí ocenila péči dcery a zetě. Doufám, že tento vývoj zlepšování vztahů v rodině bude pokračovat a chlapec bude mít obě milující babičky.

Vážím si i svého zaměstnavatele, který mi vyšel vstříc v pravidelných návštěvách ZŠ speciální. Pan majitel se po mém vyprávění o průběhu praxe rozhodl, že bude pravidelně přispívat na pejsky, kteří ve škole provádějí canisterapii, která Ladislavovi dělá tak dobře.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou úskalí výchovy mentálně retardovaného dítěte v rodině. Cílem této práce bylo najít a zhodnotit odpovědi na výzkumné otázky.

V teoretické části je bakalářská práce zaměřena na vysvětlení pojmů mentální retardace, dětské mozkové obrny, výchovy – její úskalí a styly, obtíže socializace dětí s MR, možnosti výchovy a vzdělávání dětí s MR, společenské organizace a občanská sdružení, příspěvky vyplácené úřadem práce, hodnotovou orientaci.

V druhé části textu je formou kvalitativního výzkumu a rozhovorů se zákonnými zástupci sledovaného chlapce, rodinnými příslušníky a učiteli nalezena odpověď na výzkumnou otázku, proč se někteří lidé, občas i rodinní příslušníci chovají k rodinám s mentálně postiženým dítětem lhostejně, někteří jsou netaktní, zvědaví, často také škodolibí, zlí a radují se z neštěstí druhého. Tato nevhodná lhostejnost je jen velmi zbytečným zatížením atmosféry v rodině.

Výzkum byl realizovaný formou rozhovorů, které byly vedeny se šesti osobami z nejbližšího chlapečova okolí. Tímto výzkumem a závěrečnou analýzou došlo ke zjištění, že narození postiženého dítěte je velkým zásahem do současného chodu rodiny, ne každý se s tím dokáže vypořádat a o takové dítě řádně pečovat a vychovávat je. Zvláště náročné to bývá po narození dalšího – zdravého dítěte.

Z práce vyplynulo, že mentálně postižená osoba má velmi výrazný vliv na podobu celé své rodiny, jejího vývoje a vztahů uvnitř rodiny. Především na zdravého sourozence, hlavně v dětství, kdy může být situací okolo mentálně postiženého výrazně formován. Když se rodině narodí postižené dítě, nelze tento fakt nijak ovlivnit. Aby se v životě necítilo nepotřebné, zbytečné a nemilované, to ovlivnit lze. Také možnosti jeho rozvoje a průběh vzdělávání záleží velmi na tom, jaké srdce mají lidé ve společnosti, do které se narodilo.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČÁP, J. *Psychologie pro učitele*. 2. vyd. Praha: SPN, n. p., 1983. 384 s. ISBN 14-255-83.

ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, s. r. o., 2007. 656 s. ISBN 978-80-7367-273-7.

ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

ČERNÁ, M. a kol. *Učitel mentálně postižených*. Praha: UK, 1986.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 224 s.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. *Měření kvality života v sociální psychiatrii*. Čes. Slov. psychiatrie, 1927.

EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Jiří Budka, 1993. 301 s. ISBN 80-90 15 49-0-5.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

KUDLÁČEK, M. *Svět dětské mozkové obrny*. 1. vyd. Praha: Trico, s. r. o., 2012. 200 s. ISBN 978-80-262-0178-6.

LANGER, S. *Mentální retardace*. 3. vyd. Hradec Králové: KOTVA, 1996. 273 s. ISBN 80-900254-8-X.

MAREŠ, J. (ed.) *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

MAREŠ, J. (ed.) *Kvalita života u dětí a dospívajících II.* Brno: MSD, spol. s. r. o. 2007. 259 s. ISBN 978-80-7392-008-1.

MAREŠ, J. (ed.) a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III.* Brno: MSD, spol. s. r. o. 2008. 247 s. ISBN 978-80-7392-076-0.

MAREŠ, J. *Pedagogická psychologie.* 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2013. 702 s. ISBN 978-80-262-0174-8.

MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ L. *Mentálně postižené dítě v rodině.* 1. vyd. Praha: SPN, 1987. 128 s.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* Jinočany: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-860-2292-7.

MATĚJČEK, Z. *Rodičům mentálně postižených dětí.* Praha: H&H, 1992. 16 s. ISBN 80-854-6752-6.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť.* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 1993. 123 s. ISBN 80-901424-7-8.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti.* 2. vyd. Praha: Academia, 1998. 336 s. ISBN 80-200-0628-1.

NAKONEČNÝ, M. *Úvod do obecné psychologie.* 1. vyd. Praha: Institut pro vzdělávání pracovníků v zemědělství a výživě, 1971. 268 s.

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami.* 1. vyd. Brno: MU, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.

OSECKÁ, L. *Typologie v psychologii.* 1. vyd. Praha: Academia, 2001. 161 s. ISBN 80-200-0854-3.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Nakl. Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.

RUFO, M. *Pusť mě, ale neopouštěj: Utváření zdravé vazby mezi rodiči a dětmi*. Praha: Portál, 2009. 144 s. ISBN 978-80-7367-616-2.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4. vyd., přeprac. Praha: Portál, s. r. o., 2011. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, J. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ L. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 333 s. ISBN 978-80-2461-616-2.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kol. *Mentální retardace*. Praha: Grada, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

Internetové zdroje:

NAKLADATELSTVÍ PORTÁL, s. r. o. *Klasifikace mentální retardace*. In: Nakladatelství Portál [online]. Březen 27, 2015 [cit. 2015-03-28].

Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=3026>.

KUNHARTOVÁ, M. *Rodina dítěte s kombinovaným postižením*. In: Šance dětem [online]. Březen 25, 2015 [cit. 2015-03-26].

Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-kombinovanim-postizenim/rodina-ditete-s-kombinovanim-postizenim.shtml>

RUDOLF KOHOUTEK. BLOG. CZ. – Psychologie v teorii a praxi. *Zájmy, potřeby a hodnotové orientace člověka* [online]. ©2015. Poslední změna článku 3. 12. 2009 6.14 [vid.2015-04-07]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/zajmy-a-hodnotove-orientace-cloveka>)

SEZNAM PŘÍLOH

P I Ladislavův Individuální vzdělávací plán pro rok 2013/2014

PŘÍLOHA P I: INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN

ŠKOLNÍ ROK 2013/2014

| | |
|------------------------|---|
| Jméno žáka | |
| Datum narození | 1997 |
| Bydliště | |
| Škola | Základní škola speciální |
| Rok školní docházky | 9. |
| Typ a stupeň postižení | Souběžné postižení více vadami, tělesné postižení, těžká mentální retardace |
| Vzdělávací program | Školní vzdělávací program Počítejte s námi! – část B |
| Způsob hodnocení | Širší slovní hodnocení |

Učební texty, speciální a kompenzační pomůcky:

- polohovací vaky, klíny, podkovy
- rehabilitační míč
- rehabilitační vozík pro zajištění správného sedu
- speciální houpačka s popruhy
- speciální lžice
- pomůcky k nahřívání těla a končetin
- další pomůcky a vybavení, které jsou součástí školního vybavení

Spolupráce s rodiči:

- Konzultace s rodiči bude probíhat denně před vyučováním a v jinou dobu dle domluvy.

Spolupráce s SPC:

- Konzultace s pracovníky SPC bude probíhat dle aktuální potřeby.

Rozsah a obsah péče dalších odborníků:

Individuální fyzioterapeutická péče

- pondělí 8:45 – 9:30, čtvrtek 12:30 – 13:00

Individuální logopedická péče

- pátek (sudý týden)

Pobyť ve snoezelenu

- rozvoj somatického vnímání (míčková facilitace, dětské masáže celého těla, dotyková stimulace, hlazení celého těla pomocí různých materiálů)
- rozvoj zrakového vnímání (využití světelných projektorů, dotykových lamp, svítících a lesklých předmětů, zrcadel)
- rozvoj sluchového vnímání (využití reprodukované hudby, zvukových hraček, říkadel)
- rozvoj vestibulárního vnímání (houpání na vyhřátém vodním lůžku, n houpačce, změny polohy)
- rozvoj čichového vnímání (vonné oleje, aromalampy)
- snaha o aktivizaci a potlačení pasivity
- vytváření pocitu jistoty a bezpečí
- celkové zklidnění a uvolnění

Cíle, rozsah a způsob výuky:

- Žák bude vzděláván dle individuálního vzdělávacího plánu vycházejícího ze Školního vzdělávacího programu Počítejte s námi!II. – část B. V maximální míře bude vyučování probíhat formou individualizovaného vyučování.

Rozumová výchova

Rozvíjení poznávacích schopností

- ukazování částí těla s pomocí pedagoga
- reakce na hlasové podněty, na své jméno
- reakce na rodiče a další členy rodiny
- jména dětí a pedagogů ve třídě
- reakce na jednoduché pokyny a nabídky

Rozvíjení logického myšlení a paměti

- cvičení koncentrace a pozornosti (při vyprávění pohádky, básničky)
- rozvoj paměti (opakování jmen spolužáků, říkanek, pohádek)
- snaha o potlačení pasivity, aktivizace

Rozvíjení grafických schopností

- nácvik úchopu, jednoduché manipulační činnosti
- hra s pískem, moukou, rýží, prstovými barvami

Řečová výchova

Dechová a hlasová cvičení

- pasivní dechová cvičení

- získání pozitivní zkušenosti s vlastním hlasovým projevem
- regulace salivace

Poslech

- četba, vyprávění učitele
- poslech krátkých útvarů na CD
- poslech dětských říkadel a písní

Porozumění mluvené řeči, rozvoj slovní zásoby

- rozvoj slovní zásoby a porozumění řeči v rámci každodenních činností a běžných sociálních situací ve třídě, škole
- komentování činností a situací

Komunikace s okolím

- vytváření kladných emočních situací
- vytváření pocitu bezpečí a jistoty
- navozování situací příznivých ke komunikaci
- častá a bohatá komunikace se žákem
- vyjádření souhlasu, nesouhlasu, emočního ladění

Smyslová výchova

Rozvoj zrakového vnímání

- stimulace očního kontaktu, stimulace zrakové koncentrace na obličej dospělé osoby
- sledování pohybujících se osob a předmětů ve svém okolí, pozorování nabízených předmětů
- cílení rukou po viděných a nabízených předmětech

- sebepozorování v zrcadle, reakce na vlastní obraz v zrcadle
- poznávání osob ve svém okolí (vyhledávání osob zrakem – na výzvu)
- stimulace zrakového vnímání v prostředí snoezelenu

Rozvoj sluchového vnímání

- reakce na zvukovou hračku
- otáčení se za zvukem (vyhledávání akustických signálů)
- reakce na hlas dospělé osoby
- stimulace otáčení se za hlasem (k osobě, která na žáka mluví)
- reakce na vlastní jméno, na oslovení
- reakce na jednoduchá známá slova
- stimulace sluchového vnímání v prostředí snoezelenu

Rozvoj hmatového vnímání

- rozvíjení hmatové percepce (př. dětská masáž, hlazení, míčkování)
- stimulace vnímání vlastního těla, procítění jednotlivých částí (polohování, chování v náručí, hlazení, masáže, hry s teplou vodou, hlazení různými materiály)
- dotýkání se předmětů různých tvarů, velikostí, materiálů (od výraznějších povrchů po jemnější)
- stimulace uchopování a manipulace s předměty (předměty různých materiálů, struktury, velikosti – měkké, tvrdé, hebké, teplé, chladivé atd.)
- stimulace hmatového vnímání při canisterapii
- stimulace hmatového vnímání při fyzioterapii (perličková koupel)

Rozvoj čichového a chuťového vnímání

- stimulace čichu při jídle – vnímání vůně jednotlivých pokrmů
- nácvik správného polykání potravy

- stimulace čichu – nabízení různých vůní (vonné polštářky, mýdlo, běžné jídlo, flakonky s vůní, využití aromalampy – jemné vůně)
- rozvoj chuťové percepce (nácvič správného příjmu potravy)
- nabízení potravin různých chutí (slané, sladké, kyselé)

Rozvíjení prostorové a směrové orientace

- vnímání polohy těla v prostoru (polohování, houpání v náručí, v dece, na míči, kolébání podél osy, napříč osou těla)
- orientace ve třídě (místo pro stravování, práci, hru, relaxaci, místo pro cvičení atd.) – vytváření pocitu jistoty a bezpečí

Hudební výchova

- ranní hudební rituál – přivítání, pozdravení
- zapojování do zpěvu, podněcování k reakci (na zpěv jména, známou nebo oblíbenou písničku)
- zapojování do pohybových her s říkadly s dopomocí
- hra na jednoduché hudební nástroje (s pomocí pedagoga)

Výtvarná výchova

- hra s prstovými barvami, roztírání barev, otiskování
- přebírání přírodnin, těstovin a kamínků na tácku
- hraní si v pískovnici
- malování houbičkou za pomoci pedagoga
- tiskání razítka s pomoci pedagoga

Pohybová výchova

- pohybové hry s říkadly a dětskými popěvkami

- pobyt v přírodě – vycházky, pobyt v terénu

Rehabilitační tělesná výchova

Rozvíjené hybnosti

- uvolňovací cviky
- cvičení na velkém míči
- činnosti zaměřené na uvolnění a zklidnění organismu (masáže, míčkování)

Rozvíjení jemné motoriky

- uvolňování horních končetin metodou masáží a hlazení
- rozvoj cíleného pohybu rukou, nácvik úchopu

Rehabilitační cvičení

- individuální fyzioterapeutická péče

Pracovní výchova

- aktivní účast při sebeobslužných činnostech
- správné stolování – správný sed, stolování, omezení salivace
- s dopomocí pedagoga – mačkání papíru, modelovací hmoty