

Rodina a postižené dítě

Pavla Doleželová

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla DOLEŽELOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Rodina a postižené dítě**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části se studentka seznámí s literaturou vztahující se k dané problematice rodiny a postiženého dítěte.

V praktické části studentka stanoví cíl a hypotézy.

Dále studentka připraví a zpracuje dotazníkový průzkum.

V závěru provede analýzu získaných dat a vyhodnotí hypotézy.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HARINEKOVÁ, M. STEPELOVA, J. Poruchy psychického vývinu u dětí a dospívajících. Trnava. Trnavská univerzita, 2003. 133s. ISBN 80-89074-74-x

KOVAŘÍK, J. a kol. Dětská práva, právní podvědomí, participace dětí a sociální služby. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2001. 222 s. ISBN 80-7040-531-7

KŘÍŽ, J. Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univ., 2004., 76s. ISBN 80-7040-724-7

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 192s. ISBN 80-7178-821-x

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vydání. Praha, 2004. 872s. ISBN 80-7178-802-3

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Křemenová**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **23. února 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce: **1. června 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.


Ing. Jitka Chudarová
pověřená děkanka


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Pro vypracování své bakalářské práce jsem zvolila téma Rodina a postižené dítě. Zaměřila jsem se však jen na postižení mentální.

Tuto problematiku jsem si vybrala z důvodu častého opomíjení mnoha zdravými lidmi, a protože tento náhlý a ve všech směrech nepříjemný a razantní zásah do života může potkat kteréhokoli z nás. Má teoretická část objasňuje a přibližuje co to vlastně mentální postižení je, jak se odráží v projevu jedince, jaké jsou příčiny jejího vzniku, jaké možnosti má takto postižený člověk ve svém životě, jak mentální postižení dítěte může změnit chod rodiny a jaká práva handicapovaný člověk má.

Má praktická část přibližuje a přináší reálné, výzkumem získané údaje, týkající se rodin s mentálně postiženým dítětem.

Klíčová slova: Mentální retardace, Dosa - metoda, Lidská práva,

ABSTRACT

My bachelor work is focused on Family and Handicap Child. It is directly aimed on the mental handicap.

It was chosen so that these questions were not left by the health people, because this very sudden and in all cases uncomfortable interference with life can meet whoever of us. My theoretical part of work clarifies and explains what the mental handicap is and how it is reflected in speech of person. It explains their causes, which possibilities these handicap people have in their life, how this cause can change the family life and which rules these handicap people have.

My practical part of bachelor work brings the real and by research obtained data, concerning to the families with the mental handicap child.

Keywords: Mental Retardation, Dosa – Method, Human rights,

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou chci poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Křemenové za její čas, trpělivost a ochotu při řešení problémů vzniklých při zpracovávání daného tématu. Také děkuji zaměstnancům a klientům v ústavních zařízeních pro občany s mentálním a tělesným postižením, především panu Františku Halmu, za jejich ochotu spolupracovat při sběru dat, rovněž tak i p. Mudr. Vlastě Procházkové, praktické lékařce pro děti a dorost, paní Miriam Mikové- poradkyni pro romskou problematiku Olomouckého kraje.

MOTO

...“Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je. “

Michele Pascale Duriezová

„Vadou těla se duše nezohaví, ale krásou duše se zdobí i tělo.“

Seneca

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 HISTORIE PÉČE O JEDINCE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	10
1.1 OBDOBÍ STAROVĚKU	10
1.2 OBDOBÍ STŘEDOVĚKU	10
A. OBDOBÍ RENESANCE A POČÁTKY NOVOVĚKU	11
1.4 HISTORIE PÉČE V ČECHÁCH	11
2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	13
2.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	13
2.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	13
2.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	14
2.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	14
2.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	14
2.6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	15
3 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE.....	16
3.1 GENETICKÉ PŘÍČINY	16
3.2 PRENATÁLNÍ PŘÍČINY	16
3.3 PERINATÁLNÍ PŘÍČINY	17
3.4 POSTNATÁLNÍ PŘÍČINY	17
4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE.....	19
5 PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	21
5.1 MYŠLENÍ.....	21
5.2 UČENÍ.....	22
5.3 ŘEČOVÝ PROJEV.....	22
5.4 EMOCIONÁLNÍ VÝVOJ.....	23
6 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	24

6.1	SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ CENTRA (SPC).....	24
6.2	MATEŘSKÁ ŠKOLA SPECIÁLNÍ	24
6.3	ZÁKLADNÍ ŠKOLA PRAKTICKÁ.....	25
6.4	ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ	25
6.5	PROFESNÍ PŘÍPRAVA MLÁDEŽE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	26
6.6	ÚSTAVY SOCIÁLNÍ PÉČE.....	26
7	RODINA A JEJICH POSTIŽENÉ DÍTĚ.....	27
7.1	PRVNÍ KONTAKT RODIČŮ S POSTIŽENÝM DÍTĚTEM A INFORMACE RODIČŮM	27
7.2	VLIV NAROZENÍ DÍTĚTE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ NA RODINU.....	27
7.3	RODINA	28
7.4	SDRUŽOVÁNÍ RODIN DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	29
7.5	PROBLÉM STÁRNOUCÍCH RODIČŮ DOSPĚLÉHO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO.....	29
8	LÉČBA	30
8.1	FARMAKOTERAPIE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	30
8.2	REHABILITACE	31
9	DOSA-METODA JAKO PŘÍKLAD PRO BAZÁLNĚ DIAGNOSTICKOU PODPORU TĚŽCE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ	32
10	PRÁVA LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
11	CÍLE PRÁCE A STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	36
11.1	CÍLE PRÁCE.....	36
11.2	HYPOTÉZY	36
12	METODIKA.....	37
12.1	METODIKA VÝZKUMU	37
12.2	ZPŮSOB HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	37
12.3	CÍLOVÝ SOUBOR.....	37
13	VÝSLEDKY	39
14	DISKUSE.....	70
15	ZÁVĚR	72
15.1	SHRNUTÍ HYPOTÉZ.....	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	78
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	79
	SEZNAM PŘÍLOH	81

ÚVOD

Každý člověk je jedinečnou osobností, lišící se od jiných lidí svým chováním. Ve své podstatě je každý jiný, ať už z hlediska biologie, psychiky nebo sociálního prostředí. Rozdíly mezi lidmi jsou různé, někdy zanedbatelné a jindy vyvolávají naši pozornost, ale záleží na každém, jaký postoj zaujme k lidem, kteří se nějakým způsobem liší. Mám teď namysli hlavně postoj společnosti vůči lidem s mentálním či tělesným postižením, kteří tvoří specifickou skupinu mezi občany se zdravotním postižením. Stále se totiž ve společnosti ještě objevuje názor, že tyto lidé by měli být „uklizení“ někam do ústraní, aby nebyli na očích těm „zdravým“. K tomu přispívá i neblahé dědictví minulosti, kdy lidé s postižením žili v podstatě na okraji společenského života a náš vztah k nim byl rozpačitý, až nepřátelský, často znemožňoval běžnou sociální komunikaci a u handicapovaných vytvářel pocity neúspěchu, trpkosti a nedůvěry. Přitom tyto lidé nejsou o nic méně lidské než my. Nesmíme se přece vzájemně hodnotit podle míry zdravotních problémů, ale podle vlastností, schopností a podle toho, čím každý člověk spoluvytváří život nás všech. Musíme přijmout jedince, ať už s mentálním či tělesným postižením, takové, jací jsou, s jejich radostmi i starostmi a umět v nich objevovat to, čím mohou obohacovat naše společné bytí. Vždyť tyto lidé si zaslouží naši pozornost a péči, úctu, zaslouží si žít normálním životem a být respektováni jako rovnoprávní členové společnosti. I oni mají svá přání, zájmy a potřeby jako ostatní lidé a mají právo na to, aby jejich potřeby byly uspokojovány.

S lidmi s mentálním i tělesným postižením jsem se mnohokrát setkala v Brněnských ústavech, díky vykonávané praxi na těchto pracovištích, při mém předchozím vzdělávání, a i nadále jsem s nimi ve spojení. Práce s nimi byla vždy velmi příjemná, ač někdy psychicky i fyzicky náročná. Rozhodla jsem se tedy pro téma, které se týká přímo jich a jejich rodiny. Zaměřila jsem se především na problematiku mentálního postižení. Pokusím se získat informace, které by posloužily lidem, kteří nemají tu možnost se k takovým informacím dostat. Měly by přinést signál pro zamyšlení se nad skutečností, že v naší společnosti žijí i takové rodiny, v jejichž domácím prostředí (životě) se neřeší jen běžné otázky a věci, ale protože jde o rodiny, a v některých případech jen o jednoho rodiče, vychovávající postižené dítě, ať už mentálně či tělesně, řeší se v nich takové, pro nás drobné situace, které jsou pro ně každodenními starostmi a důvodem uspořádat si svůj nadálý život tak, aby odpovídal potřebám výchovy postiženého dítěte. Snad se mi podaří přiblížit myšlení a pocity lidí s určitým postižením společnosti, která k nim ještě stále hledá cestu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PÉČE O JEDINCE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Od počátku vývoje lidstva existovali jedinci, kteří trpěli některými nedostatky, vadami či poruchami. Názory na jejich životaschopnost se měnily a vyvíjely v úzké návaznosti na historické období. V určitých zemích byli handicapovaní odmítáni, jinde je zneužíval, kdežto v dalších zemích jim věnovali pozornost, pečovali o ně a někde je dokonce vzdělávali. V jednotlivých kontinentech se postupně humanizovaly přístupy k postiženým a ovlivňovala je rovněž úroveň vědy a techniky. (13)

1.1 Období starověku

Mentální retardaci sledovali významní myslitelé již v době starověku. Marcus Fabius Quintilianus (35-95) poukazoval na to, že tupost a neschopnost, neboť dítěti je dána od přírody rozumová činnost a chápavost. (13)

Antická společnost měla poměrně značně bohatou teorii duševních poruch (melancholie, mánie, delirium...), vykládaných různými školami, přičemž na etiologii poruch převažoval „organický náhled“. Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku, později stoikové i epikurejci si zase všímali vztahů mezi jedincem a společností a poslední velký lékař antiky Galén definoval i symptomatické psychické poruchy. (21)

Nicméně starověká společnost měla na „péči“ o duševně a jinak postižené jedince poměrně vyhraněný názor, jehož symbolem se stala z historie nechvalně populární spartská skála, na úpatí kde končil krátký život těch postižených, jež otec po narození „nezvedl z prahu svého domu“. A skvělá římská civilizace přejala od starých Řeků v rámci jejich kulturního odkazu i tuto tradici, s tím rozdílem, že skály Tajgetu byly nahrazeny řekou Tiber.(21)

1.2 Období středověku

Středověk zaujal k duševně postiženým jedincům ambivalentní postoj. Na jedné straně byli „blázni a šílenci“ považováni za šťastlivě vyvolené, na něž shlédl bůh, na druhé straně byli považováni za „zplozence ďáblův“. (21)

S jistým odborným přístupem při vysvětlování příčin psychických nemocí se v tomto období prvně setkáváme u Arabů. Ti neuznávali vlivy démonů při jejich vzniku, ale snažili se jejich příčiny objasnit přirozenou cestou. Pod vlivem Arabů začala rovněž na území dnešního

Španělska vznikat zařízení zabývající se péčí o nemocné, bezdomovce a také mentálně postižené.(1)

Inspiraci pro spisovatele i malíře se stal podivný středověký „institut péče o mentálně a jinak duševně postižené“, jimž byly tzv. lodě bláznů. Lodě bláznů brázdily hladiny středověké Evropy patrně nejen pro to, aby se radnice měst navždy zbavily jejich nepohodlného nákladu, ale byly i dopravními prostředky směřujícími k terapeutickým cílům - do poutních míst, kde lze uvěřit v zázrak uzdravení. (21)

a. Období renesance a počátky novověku

Období renesance přineslo také první klasifikaci duševních poruch, v níž jsou poruchy intelektu odděleny od ostatních duševních poruch (sebeprožívání, poruch emocionálních). Stalo se tak v díle basilejského lékaře Felixe Plattera nazvaném Pojednání o nemocech ducha. (21)

O těžký osud mentálně postižených se na počátku 17. století začínají zajímat i pedagogové. Slouží nám ke cti, že první z nich byl Jan Ámos Komenský. Komenský byl hluboce přesvědčen o možnosti poskytnout vzdělání a výchovu všem dětem, tedy i dětem určitým způsobem postiženým. Komenský aplikoval na edukaci žáků s mentálním postižením pedagogické principy, které jsou funkční i v dnešní době, hlavně princip individuálního přístupu, přiměřenosti, názornosti a konkrétnosti. (1, 21)

Radikální změnu v pohledu na péči o mentálně retardované přinesl Philips Pinel, který se snaží o humanizování péče ve velkých špitálech. Na počátku 19. století dochází ke specializaci ústavních zařízení, vznikají nově profilované instituce – nemocnice, trestnice, polepšovna apod. (15)

1.4 Historie péče v Čechách

Vlastní počátky péče o slabomyslné u nás jsou vymezeny rokem 1871, kdy byl v Praze založen první ústav pro idioty, Ernestinum. Ústav byl založen Spolkem paní sv. Anny a jeho prvním ředitelem se stal Karel Slavoj Amerling. Amerling požadoval pro slabomyslné jen nejzákladnější vzdělání. Zdůrazňoval hlavně názorné vyučování, sám sestavil celou řadu modelů a názorných pomůcek. Důraz kladl na procvičování zručnosti a vyučování ručním pracím. V ústavu byl zaveden pevný životní režim, který rozlišoval 8 hodin spánku, 8 hodin

přípravy a odpočinku a 8 hodin práce a učení. Obsah vyučování byl zaměřen na získání základních životních informací, např. potraviny, nákup, ošacení, ochrana zdraví, hygiena. (17)

Další významná jména v historii péče o mentálně postižené jsou Mudr. Karel Herfort, zakladatel české dětské psychiatrie a také od roku 1902 ředitel Ernestina, jehož zásluhou bylo v ústavu dosahováno vynikajících výchovných výsledků. Dále Josef Zeman, propagátor pomocných tříd pro děti mentálně retardované a František Čáda, jehož jméno je spojeno především s uspořádáním tří sjezdů pro péči o slabomyslné a školství pomocné. (15, 17)

2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Ve starší terminologii se členila mentální retardace podle vážnosti poškození na debilitu (nejlehčí stupeň poškození), imbecilitu (střední stupeň poškození) a idiotii (nejtěžší stupeň mentálního poškození). Při její klasifikaci v současné době se používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od r. 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií. **(10, 19)**

2.1 Lehká mentální retardace

IQ 50 – 69 (F70)

Rozvoj sociálních dovedností je od dětství zpomalen, je opožděno používání řeči a porozumění mluvenému slovu. Hlavní obtíže se projevují zejména v prvních letech školní docházky a často je třeba speciální výukové zařazení nebo pomoc. **(23)**

Většina jedinců dosáhne nezávislosti v osobní péči, je schopna vykonávat domácí práce a později i jednoduchá zaměstnání založená na manuální zručnosti. V sociálně nenáročných prostředích mohou být tyto jedinci zcela bez problémů. Ve společnostech zaměřených na vysoký stupeň rozvoje techniky a sociokulturních vztahů mívají tyto osoby více obtíží. Emoční a sociální zralost spolu s rysy osobnosti podstatně ovlivňují jejich schopnost uplatnění ve společnosti. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam. Výskyt psychických chorob je podobný jako u osob s normální inteligencí. **(23)**

2.2 Středně těžká mentální retardace

IQ 35 – 49 (F72)

Většinou je třeba vzdělávání ve speciálních ústavech. Kontakt s okolím je malý, výrazně je opožděna motorika, ale hlavně řeč. Mentálně retardovaní se mohou naučit napsat a přečíst několik slov a počítat pomocí prstů. Samostatné práce nejsou schopni. Nezřídka u nich bývají různé degenerativní znaky a často se vyskytují epileptické záchvaty. Trpělivým opakováním lze naučit základní hygienickým a sociálním dovednostem. Tito lidé nejsou vzdělavatelni, ale jsou vychovatelní. V dospělosti bývají často zbavováni svéprávnosti a jsou svěřováni do ústavní nebo opatrovnické péče. Jejich emotivita se projevuje zlostnými afekty, jsou zvýšeně

dráždíví, někdy zlomyslní a mstiví, jindy spíše apatičtí. Vyšší city s eu nich projevují jen zcela povrchně. (9,14)

2.3 Těžká mentální retardace

IQ 20 – 34 (F71)

Vyznačuje se jen mírným rozvojem intelektových schopností. U takto postižených jedinců jsou nejvíce vyjádřeny různé tělesné odchylky, defekty smyslových orgánů. poruchy CNS. Jejich výraz je tupý, řečové projevy minimální. (**psychiatrie Praško**) Možnost rozvoje sebeobsluhy je výrazně limitována, přijímají potravu speciálně upravenou nebo jsou krmeni, řeč bývá omezena na skřeky nebo jednotlivá slova. Pokud je jim soustavně věnována výchovná péče, mohou se naučit některé jednoduché úkony, bývají celoživotně závislí na péči jiných osob. Tvoří 7 % z počtu retardovaných. Etiologie je často organická, přidružují se v mnoha případech motorické poruchy a příznaky celkového centrálního nervového systému. (16, 23)

2.4 Hluboká mentální retardace

IQ je nižší než 20 (F73)

Často jsou to jedinci imobilní, Jejich projevy jsou spíše pudové. Většinou se neosvojí ani základy řeči, porozumí řeči jen na úrovni jednoduchých pokynů jak v dětském věku, tak i později. Tito jedinci reagují citlivěji na taktilní podněty a zvuky, na citové zabarvení hlasu, v rámci globální komunikace jen dávají najevo svoji spokojenost, či nespokojenost. Jsou nevzdělavatelni, téměř neschopni výchovy. Potřebují stálou péči jiných osob. Nejtěžší forma se nazývá vegetativní – postižení neudržují čistotu, obvykle jen leží, sami nejsou schopni žádných úkonů, vydávají neartikulované zvuky. Hluboká mentální retardace bývá spojená s epileptickými záchvaty, somatickými poruchami, včetně poruch centrální nervové soustavy a tvoří asi 5 % z počtu retardovaných. (2, 16, 3)

2.5 Jiná mentální retardace

(F 79)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení úplně intelektové retardace je zvláště nsnadné nebo nemožné pro přidružené senzrické nebo somatické poškození u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s artismem či u těžké tělesně postižených osob. (19)

2.6 Nespecifikovaná mentální retardace

(F 79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. **(19)**

3 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE

Při narození mentálně postiženého dítěte nebo při pozdějším odhalení jeho mentální retardace se zájmem rodičů dítěte i jejich okolí často zaměří na otázku příčiny této skutečnosti. Žádají od lékařů jasné a jednoznačné vysvětlení, jak a proč k mentálnímu poškození dítěte došlo. K tomu může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. (17)

Mentální retardace může být způsobena jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. (17)

Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte a člení se podle období působení na prenatální (působící od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během, a těsně po porodu) postnatální (působící po narození). (17)

3.1 Genetické příčiny

Jsou následkem abnormality genů zděděných po rodičích, odchylek při spojování genů nebo jiných genových poruchách způsobených během těhotenství infekcemi, rentgenovými paprsky nebo jinými faktory. S mentální retardací se pojí více než 500 genetických chorob. Jde například o fenylketonurii, ojedinělou genovou poruchu, někdy také zmiňovanou vrozenou poruchu metabolismu. (27) Dále hlavním genetickým faktorem jsou aberace chromozomů, z nichž nejvýznamnější poruchou je Downův syndrom (dříve „mongolismus“). Příčinou je chromozomová anomálie zvaná trizomie, při níž dochází k nondisjunkci chromozomu 21. (10) Všichni jedinci s Downovým syndromem jsou mentálně retardováni, přičemž rozsah postižení může být od hraničního až po těžký stupeň intelektového postižení. Mají typický, stigmatizovaný vzhled – nízká zavalitá postava, malá kulatá hlava, plochá tvář, šikmé oční štěrby, hypotonické svalstvo atd. (2)

3.2 Prenatální příčiny

Patří k nim infekce matky během těhotenství (rubeola, toxoplasmóza, nejrůznější virové infekce, syfilis, v současnosti nelze pominout nebezpečí HIV pozitivitu). Dále jsou nebezpečné toxické vlivy během těhotenství jako nikotin, alkohol (hrozí fetální alkoholový syndrom, tj.

poškození plodu matek, které pravidelně v době těhotenství požívají alkohol), jiné návykové látky, průmyslové jedy aj. Dále sem patří poruchy výživy jako nevhodné složení potravy, metabolické poruchy, např. diabetes mellitus. (7)

3.3 Perinatální příčiny

Perinatální encenfalopatie (organické poškození mozku) bývá udávána jako příčina potíží, které se označovaly termínem lehká mozková dysfunkce (v případě drobného poškození mozku, kdy nedošlo k rozsáhlejší lézi jako např. u DMO – cerebrální infantilní parézy), a které asi v dvacetině až desetině případů způsobují i mentální retardaci.

K perinatálním faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku), předčasný porod a nízká porodní váha dítěte, též nefyziologická novorozenecká žloutenka – hyperbilirubinémie, při které bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu. (21)

3.4 Postnatální příčiny

Dětské nemoci, jako například černý kašel, plané neštovice, spalničky či získaná meningitida a encefalitida, mohou poškodit mozek. Poškození mozku nastává také při úrazech, například úderem do hlavy či při tonutí. Nepravidelné narušení mozku a nervové soustavy může způsobit olovo, rtuť a jiné toxiny v životním prostředí. (27)

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Takové prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 bodů s tím, že pokud dojde včas k saturaci (nasyčení) těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit (proto nelze definovat mentální retardaci jako trvalou poruchu). Mentální retardace se vyskytuje v celkové populaci asi ve 3 %, zatímco v nejnižších socioekonomických skupinách až ve 30%. (21, 4)

Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje oligofrenie, která se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatalním, perinatálním nebo časně postnatálním, a demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku. (19)

Světová zdravotnická organizace definuje demenci jako syndrom vyvolaný chorobou mozku, obvykle chronického nebo progresivního průběhu, při níž se objevují poruchy vyšších mozkových funkcí. Nejčastější příčiny demence jsou: záněty mozku nebo mozkových plen, úrazy hlavy, intoxikace (otravy), dětská mozková obrna, poruchy metabolismu. **(10)**

4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE

Je zřejmé, že mentální retardace zahrnuje široký komplex mnohých vědních oborů. Je třeba si také uvědomit, že mentální retardace málokdy vzniká na podkladě působení jen jedné příčiny. Je proto potřebné, aby se k diagnostice mentální retardace přistupovalo komplexně, interdisciplinárně v úzké spolupráci lékaře, psychologa, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka. (5)

K diagnostice rozumových schopností se užívají inteligenční testy spolu s dalšími metodami. Jejich cílem je odhalit nejen úroveň rozumových schopností dítěte, ale také strukturu těchto schopností. Některé z testů využívají obrázky, jiné jsou tvořeny sérií otázek a úkoly zaměřenými na manipulaci.(19)

Při diagnostikování dítěte ale nelze rozhodovat o jeho dalších možnostech pouze na základě jednorázového, krátkodobého, psychologického vyšetření a vycházet jen výsledků dosažených při užití psychologických testů. Je nutné posuzovat každého jednotlivce všestranně, tzn. Vyjít z celkových anamnestických údajů, v nichž se postihnou kromě jeho výkonů při vyšetření všechny významné projevy, které předcházely, způsob dosavadní výchovy, výsledky školní práce a hlavně informace z dlouhodobého precizně registrovaného pozorování. (12)

Při posuzování dítěte se sledují zejména tyto oblasti: zdravotní stav současný i v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, zraková a sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, vrozené sebehodnocení a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky. (19)

Po pečlivém pediatricko-neurologickém vyšetření vylučujícím, nebo naopak potvrzujícím diagnózu (včetně všech nových zobrazovacích metod CNS a biochemických testů) je nutné provést genetické vyšetření s genealogickou rozvahou. To je úkolem diferenciální diagnózy, protože některé stavy mohou simulovat mentální retardaci – jde o děti s nepoznanými senzorickými defekty, s defekty řeči, s chronickými mozkovými syndromy, o deprimované děti vyrůstající v prostředí chudém na stimulaci a emoce. (3)

Je velmi potřebné, abychom zaznamenaly všechny podrobnosti co nejdůkladněji, aby byly popsány všechny charakteristiky jedince s ment. Postižením. Právě jednotlivé detaily umožňují vidět a chápat jedince s ment. Postižením jako osobnost, jako člověka s osobitým, jemu

vlastním způsobem vyjadřování, individuální schopnostmi a potřebami. Toto poznání a chápání jedince s ment. Postižením bude základem a východiskem mnohých užitečných činností, podnětných návrhů a opatření v jeho prospěch. **(18)**

5 PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Při psychologické charakteristice mentálně retardovaných je třeba zdůraznit, že jejich nižší mentální úroveň specifický psychologický obraz, který sice výrazně omezuje jejich kognitivní procesy, ale zpravidla jim umožňuje žít bohatým emocionální životem. Psychika ment. retardovaných v sobě skrývá řadu neodhalitelných možností zaměřených do oblastí specifických vloh, kreativity, intuice apod. Z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci tvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. (17,19)

5.1 Myšlení

Myšlení mentálně postižených dosáhne v nejlepším případě, u jedinců s lehkou mentální retardací, úroveň konkrétních logických operací. Jejich využívání bude vždycky vázáno na realitu, leckdy dokonce pouze na její konkrétní, do určité míry náhodnou, aktuální variantu. Pro mentálně postiženého je důležité, jak se mu situace jeví, o její podstatě není schopen uvažovat. Nedokáže se odpoutat od vlastního pohledu, od vlastních pocitů a potřeb, které jeho poznávání zkreslují. (20)

Pro myšlení těchto osob jsou charakteristické mnohé zvláštnosti. Patří k nim porucha organizace myšlenkové činnosti. Problém, který mají řešit, u nich nevzbuzuje pokusy na určení postupu, nesnaží se napřed určit strategii postupu při řešení problému, ale okamžitě začínají úkol řešit. Dalším charakteristickým rysem je tendence k stereotypnímu myšlení. Je to v podstatě sklon opakovat už jednou použité způsoby řešení a to i v případě, když je problém úplně jiný. (5) Další zvláštností je nesoustavnost myšlení. Tento rys se projevuje tím, že od správného řešení úkolu je obvykle odvádí přerušení pozornosti, náhodná chyba. Při jedince s mentálním postižením je dále charakteristické, že nepochybují správnosti okamžitých domněnek. Je to tzv. nekritičnost myšlení. Zřídka upozorují své chyby nebo chyby v myšlení ostatních lidí, a dokonce ani nepředpokládají, že by jejich výroky nebo poznatky mohly být chybné. (19)

5.2 Učení

Schopnost učení je u mentálně postižených lidí rovněž v různé míře omezena. Učen těchto lidí je převážně mechanické, asociační. Změna návyku nebí přizpůsoben nové situaci činí mentálně postiženým značné potíže. Kromě toho jim, zejména pokud jsou závažněji postiženi, trvá velice dlouho, než se něčemu naučí. **(20)**

Nepříznivě pro psychický vývoj mentálně retardovaného dítěte se od počátku rozvíjejí i jeho sociální vztahy. Mentálně postižené dítě je pohybově neobratné, dlouho s ním nelze naučit sedět, stát, chodit. Předměty neuchopuje nebo je drží v ruce nepevně a nejistě. Rodiče velmi brzy upadají do zoufalství nad jeho bezmocností a začínají je buďto zcela, nebo určitě nadměrně ochraňovat a obsluhovat. Zabraňují tak pokusům dítěte samostatně zacházet s věcmi nebo je o tom značně omezují. **(19)**

Typickým rysem ment. postižených je určitá poznávací pohodlnost, učení se něčemu novému pro ně není příliš atraktivní. Proto musí být motivováni jiným způsobem. Jsou schopni akceptovat materiální odměnu (např. oblíbené jídlo), pozitivně reagují i na pochvalu. Bývají ochotní učit se za podpory jiného člověka, k němuž mají pozitivní vztah. Je jim tudíž celkem jedno, co se učí, protože jejich učení je primárně motivováno emočně, a nikoliv kognitivně. **(20)**

5.3 Řečový projev

Řečový projev mentálně retardovaných bývá nápadný méně přesnou výslovností. To je mnohdy dáno nedostatkem v motorické koordinaci mluvidel nebo zhoršenou sluchovou diferenciací, která jim neposkytuje potřebnou zpětnou vazbu. **(20)**

Je pro ně obtížnější porozumět i běžnému verbálnímu sdělení, protože mají omezenější slovní zásobu a větší potíže v pochopení celkového kontextu. Stručná a jednoduše formulovaná konkrétní informace je nejvhodnější variantou. **(20)**

Typickým znakem aktivního řečového projevu mentálně postižených je jazyková necitlivost a nápadná jednoduchost vyjádření, tj. preference velmi krátkých vět. U závažněji mentálně postižených nabývá na významu neverbální způsob komunikace. **(20)**

5.4 Emocionální vývoj

Mentálně retardovaný jedinec má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Mají tendenci uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábrán a řídí se především emocionálními impulzy. Schopnost sebeovládání není u nich v dostatečné míře rozvinuta. Nepříjemné, afektivní a někdy i agresivní projevy lze chápat jako obranu v situaci, které nerozumějí a kterou nejsou schopni zvládnout. (20)

Citové prožívání mentálně postižených můžeme charakterizovat následovně: obtížné vytváření citů, které se váží na uspokojování biologických potřeb, nedostatečný rozvoj vyšších citů (estetických, intelektuálních, etických, sociálních), slabá diferencovanost citových projevů (rozsah citového prožívání je malý), neadekvátnost citových reakcí ve vztahu k podnětu, který je vyvolává, nedostatečná racionální kontrola citů a značná impulzivnost citových reakcí. (5)

Zkušenosti lidí, kteří dlouhou dobu žili nebo pracovali s lidmi s ment. retardací, ukazují, že tito lidé jsou velmi emocionální. Dovedou mít rádi své blízké, jsou velmi vnímaví k jejich bolesti a trápení a jsou ochotni pomáhat každému, kdo jejich pomoc potřebuje. Pokud s nimi lidé v jejich okolí jednají vlídně a laskavě, zpravidla jim to oplácejí přátelským chováním a oddaností. (19)

6 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Mimořádný význam má pro lidi s mentálním postižením podpora v rozvoji dovedností. Pokud je dostupná ranná péče, vyhovující vzdělání, příprava na zaměstnání a další podpůrné služby v dospělosti, může mnoho lidí s mentální retardací vést nezávislý život v běžné společnosti. (25)

V současnosti se i u nás začala silně prosazovat snaha o plnou integraci lidí s postižením do společnosti, a tedy i dětí s mentálním postižením do škol, protože ani dítě s mentální retardací není neměnné a je schopno se učit a vyvíjet. Ukazuje se, že vhodné zapojení těchto dětí do skupiny vrstevníků intelektově normálních může přispět ke zlepšení jejich sebevědomí a fungování ve společnosti a pomocí druhým dětem zvýšit míru své tolerance. (8)

Na komplexní péči, zajišťující výchovu a vzdělání mentálně retardovaných jedinců včetně poradenské činnosti, s podílejí v současnosti rezorty zdravotnictví, školství a sociálních věcí systémem speciálních škol a zařízení od věku předškolního až do stáří. (15)

6.1 Speciálně pedagogická centra (SPC)

SPC realizují nejen depistáž a speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku mentálně postižených dětí, rannou péči, ambulantní a poradenskou činnost pro postižené děti a jejich rodiče, ale k jejich činnostem patří také poskytování konzultací a metodické pomoci učitelům a rodičům, kteří se rozhodnou pro integraci postižených dětí do běžného typu školy. (21) SPC se na rozdíl od pedagogicko – psychologických poraden, jež mají velice široký okruh klientů, specializují na komplexní péči o děti a mládež s jedním určitým druhem postižení, případně o děti a mládež s více vadami. Stěžejním úkolem SPC je pravidelná a dlouhodobá práce s postiženým dítětem od nejranějšího věku až do ukončení školí docházky a s jeho rodiči, která se provádí buď ambulantně v centru nebo ve škole či v rodině dítěte. (19)

6.2 Mateřská škola speciální

Koncepce speciálních mateřských škol má svá specifika, odrážející a respektující problematiku postižení i situaci rodin, kde tyto děti žijí. Z těchto důvodů je základním obsahem její činnosti diagnostické, výchovné a sociální poslání. (17)

Speciální mateřská škola pro děti s mentálním postižením ve své výchově – vzdělávací nabídce uspokojuje potřeby mentálně postiženého dítěte a vytváří optimální podmínky pro jeho rozvoj.

Zajišťuje soustavnou individuální péči v kolektivu i mimo něj v oblasti rozvíjení řeči, myšlení, hrubé a jemné motoriky, sociálním i citovém vývoji, vždy v úzké spolupráci s rodinou. Děti jsou vedeny k samostatnosti, k sebe obsluze a odpovědnosti. Pomocí individuálních i kolektivních her se rozvíjí jejich smyslové vnímání, základní formy rozumové aktivity a spolupráce s jinými dětmi. Soustavně se rozvíjejí i praktické dovednosti a správné životní návyky. (19)

6.3 Základní škola praktická

Posláním základní školy praktické (bývalá zvláštní škola) je vybavit absolventy takovými vědomostmi a návyky, které je připraví na přijetí do odborného učiliště, praktické školy a dnes již také středního odborného učiliště. U absolventa základní školy praktické se předpokládají základní vědomosti ze všeobecně vzdělávacích předmětů. Nemělo by mu činit potíže srozumitelně se vyjadřovat ústní i písemnou formou a zvláštní důraz je kladen na manuální zručnost a fyzickou zdatnost. (1)

Výchovný a vzdělávací proces v základní škole praktické se přizpůsobuje úrovni psychofyzického rozvoje žáků. Vzhledem ke značné variabilitě jejich schopností a dosažené úrovně vědomostí, dovedností i návyků je nezbytné uplatňovat při jejich vzdělávání individuální přístup, odpovídající jejich vývojovým a osobnostním zvláštnostem. (19)

6.4 Základní škola speciální

V základní škole speciální (bývalá pomocná škola) se vzdělávají z pravidla žáci s mentálním postižením středního stupně. Vzdělávání žáků s tímto postižením vyžaduje nejen odbornou speciálně pedagogickou péči, ale také vhodně upravené podmínky: Malý počet žáků ve třídě, třídu přizpůsobenou jejich potřebám stejně jako časový rozvrh, speciální učebnice a pracovní sešity a hlavně klidné a nestresující prostředí. K základní škole speciální může být přiřazen ještě tzv. přípravný stupeň, který si klade za cíl umožnit vzdělávání žákům s těžším stupněm mentálního postižení. Při některých základních školách speciálních jsou zřízeny i tzv. rehabilitační třídy pro děti s těžkým kombinovaným či hlubokým mentálním postižením. Orientují se hlavně na rozvoj psychomotorických funkcí, na rozvoj elementární komunikace, sebe obsluhy a omezené soběstačnosti. (19,21)

6.5 Profesionální příprava mládeže s mentální retardací

Po ukončení povinné školní docházky v základní škole praktické a speciální a u integrovaných žáků v základních školách mají mladiství s mentálním postižením možnost pokračovat ve svém vzdělávání v odborných učilištích nebo v praktických školách s tříletou, dvouletou nebo jednoletou přípravou. Pro absolventy základní školy praktické jsou zřizována odborná učiliště a praktické školy dvouleté a tříleté, pro absolventy Základní školy speciální jsou zřizovány praktické školy jednoleté ve formě praktické profesní přípravy. (17)

6.6 Ústavy sociální péče

Pro mentálně postižené se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní ústavy (stacionáře) pečují o děti, mládež i dospělé v době, kdy jsou jejich rodiče v zaměstnání. V péči o dospělé tato zařízení supluje činnost chráněných pracovišť. Týdenní zařízení představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí a pro rodiny mentálně postižených představují velkou pomoc. (17)

Podle zákona o sociálním zabezpečení se v ústavech sociální péče pro mentálně postižené poskytuje zejména bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče, v případě potřeby osobní vybavení a umožňuje se s přihlédnutím ke stupni postižení též přiměřené pracovní uplatnění. V ústavech pro děti a mládež se má poskytovat též výchova a vzdělávání. (19)

Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech, ve společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě. (19)

7 RODINA A JEJICH POSTIŽENÉ DÍTĚ

7.1 První kontakt rodičů s postiženým dítětem a informace rodičům

Jestliže se narodí dítě s vrozenou vadou diagnostikovanou ihned po porodu, rozhodují lékaři o způsobu oznámení diagnózy podle stupně postižení nebo jiných okolností, jako jsou (labilita matky, těžký porod, atd.) Postup zdaleka není standardní a u nás ještě stále není na dost vysoké etické úrovni. S oznámením „diagnózy“ matce hned po porodu není třeba tak rychle spěchat. Matky se musí nejprve vzpamatovat, často z vyčerpávajícího porodu, a nemusí mít dost psychické síly, aby pochopily, že jejich dítě není vcelku zdravé.

Rodičům dětí s vrozeným postižením se má diagnóza oznamovat ne odděleně, ale oběma partnerům společně a nejlépe v přítomnosti jejich novorozeného dítěte. (18)

7.2 Vliv narození dítěte s mentální retardací na rodinu

Většina rodičů při očekávání svého dítěte vkládá před jeho narozením do svých snů představy spojené s vlastním životem, častokrát s nevyplněnými touhami. Realita se však se sny často neshoduje. Narodilo se dítě, které nebude možná chodit, možná kreslit, hrát hokej, studovat ... a nesplní ta očekávání, která do něj vkládali jeho rodiče. Určitá postižení však nemusí být laikovi na první pohled viditelná. (18)

Někteří autoři přirovnávají reakci rodičů na narození dítěte s postižením k reakci na úmrtí dítěte, s tím rozdílem, že handicapované dítě připomíná rodičům stále jejich ztrátu. (23)

Některé aspekty na narození retardovaného dítěte:

1. Význam pro rodiče- zraněné city, frustrace, sociální problémy, postižení nespravedlivým osudem, finanční obtíže.
2. Význam pro sourozence- předčasná dospělost, lítost, zvýšená tolerance při soužití, zlost na rodiče, kteří zatížili rodinu obtížným břemenem, problémy v sebeprožívání, zúžení kontaktu s vrstevníky.

Vliv na jednotlivé členy rodiny není ovlivněn pouze závažností postižení a situací rodiny. Dalším určujícím faktorem je struktura osobnosti rodičů. První reakcí bývají neurotické obranné mechanismy, které se vyskytují i při jiných situacích závažné frustrace (popření reality, hledání důkazů chybné diagnózy, obviňování okolí). Dále následuje období krize, které v první části je

naplněno smutkem a šokem z neočekávané zprávy, v pozdějším období se připojuje krize reality, která je způsobena možnostmi péče o dítě, postojem širší rodiny a společnosti. Mnohé rodiny tyto krizové stavy nepřekonají nikdy a přecházejí do období chronického zármutku. Opuštění poškozeného dítěte hned po narození nebývá pro rodinu úlevou, naopak vzbuzuje u rodičů celoživotní pocit viny a u sourozenců nevědomý konflikt – „mohlo se mi to stát také, jestliže selžu, rodiče mě opustí“. (23)

Základní potřeby rodiny s mentálně retardovaným jedincem jsou většinou určeny takto:

1. Vhodná informace o stavu a možnostech postiženého dítěte
2. Emocionální podpora
3. Finanční a sociální podpora

V minulosti se objevila mnohdy otázka euthanasie v souvislosti s retardovanými jedinci. Z hlediska rodiny i celé společnosti tento zásah není akceptován žádným státem. Naopak druh péče, který je poskytován mentálně retardovaným občanům, je ukazatelem výše kultury a demokracie společenského systému. (23)

7.3 Rodina

Ideální pro optimální vývoj každého dítěte je rodinné prostředí. To platí v plné míře i pro děti s mentálním postižením. Jen rodiče spolupracující s odborníky mohou dosáhnout situace pro optimální vývoj dětí se specifickými potřebami.

Rodina s dítětem s mentálním postižením potřebuje pomoc a podporu společnosti. Nároky na rodiče – nejčastěji na matku, která zůstává na mateřské dovolené – často přesahuje její psychické a fyzické možnosti. Sladit chod rodiny s nadměrnou starostlivostí o postižené tě je možné jen za pomoci ostatních členů rodiny a odborných pracovníků. Rodina potřebuje odborné poradenství hned po narození dítěte, až do jeho dospělosti. Jen v přímém kontaktu s vlastní rodinou a v optimálních podmínkách mohou lidé s mentálním postižením prožít plnohodnotný život. Navázání citového kontaktu mezi matkou a dítětem s ment. postižením je velmi důležité. Matka se dítěti neustále věnuje, tím ho stimuluje a aktivizuje. Právě tyto podněty ze strany matky, tak důležité pro další psychomotorický vývoj dítěte a MP, chybí u dětí, které jsou hned po narození umístěné v zařízeních typu dětských domovů, ve zdravotnických a jiných kolektivních zařízeních.(18)

7.4 Sdružování rodin dětí s mentálním postižením

Mnozí rodiče, po oznámení diagnózy, že jejich dítě je mentálně postižené, přes pocit zoufalství, nejistoty, možné viny, ale i naděje a laskavé spolupráce jejich okolí, mají pocit, že se se svými problémy mohou podělit jen s rodiči ve stejné situaci. Proto vyhledávají různé cesty, aby se k rodičům s podobnými problémy dostali. Rozhovory s rodiči, kteří se ocitli ve stejné situaci jsou velmi nápomocné. Odborníci z úseku včasné starostlivosti mohou pomoci i při zprostředkování kontaktů s jinými rodiči nebo se skupinami. Tyto rodičovské aktivity jsou důležité nejen pro ně, ale i pro jejich děti. (18)

Sdružení rodičů, přátel a odborníků nejen organizují pro své členy různé kulturní, sportovní, rekreační a jiné programy; ale seznamují své členy se sociální pomocí a možnostmi zdravotnické starostlivosti, s možnostmi vzdělávání atd. (18)

7.5 Problém stárnoucích rodičů dospělého mentálně postiženého

Tímto problémem je obava z budoucnosti. Ukázalo se, že matky pociťovaly menší obavy, pokud měly dostatečné sociální zázemí a pocit jistoty dosažitelné pomoci, pokud by to potřebovaly – ať už šlo o poskytnutí potřebných informací, faktickou pomoc, či emoční oporu. Zpravidla šlo o dlouhodobé vztahy, kde byl kladen důraz na jejich spolehlivost, matky pečující o mentálně postižené dítě ani nemají tolik příležitostí k rozšiřování kontaktů. Ke zhoršení pocitu jejich psychické pohody přispívalo vědomí úbytku vlastních kompetencí, osamělost daná úmrtím partnera, přátel a často i finanční problémy souvisejícím s ovdověním. Vědomí závislosti mentálně postiženého potomka, kterého stále akceptují jako dítě, byť je dospělý či stárnoucí, může mít různý význam: může poskytovat určitý smysl jejich životu, a zároveň vyvolávat obavy z nezvládnutí tohoto úkolu. Větší pocit psychické pohody měly matky, které předpokládaly převzetí péče o mentálně postiženého syna či dceru jejich sourozenci. (20)

8 LÉČBA

Léčení mentální retardace není možné, jedná se o trvalý defekt. Je však nutné léčit druhotné projevy, jako neklid, agresivitu, sebezraňování či jiné psychické reakce. Ošetřování závisí na stupni psychického/ mentálního postižení. Nezbytná je spolupráce s neurologu, genetiky, psychology, defektology a pedagogy. Všichni se podílejí na práci výchovně- výukové, na komplexní rehabilitaci, edukačních programech, socioterapii a výzkumu v oblasti mentální retardace. Tito nemocní jsou umístováni, není-li možná domácí péče, v odborných léčebných ústavech se specializovanou ošetrovatelskou péčí. (9)

Léčba MR je spíše přáním. Terapie MR znamená převážně vytyčení úkolů. První skupina úkolů se týká dítěte nebo adolescenta a jeho ošetřujícího lékaře. Druhá je připravena pro rodinu ve spolupráci s celým týmem odborníků. Třetí skupina úkolů je pro sociální pracovníky a rodinu. To, co je určující pro vytváření úkolů, je hloubka poruchy. Jen nejtěžší případy jsou naprosto nezměnitelné, neovlivnitelné. Je však nutné se vždy pokusit o terapii, rehabilitaci, eventuálně o reedukaci. Stejně důležitá jako farmakoterapie a rehabilitace je erudovaná komunikace s rodinou. (3)

8.1 Farmakoterapie mentální retardace

- Nootropní látky – tzv. psychoenergizéry/ podávají se hlavně tam, kde se doufá, že se přece jen určité kognitivní procesy vyvinou a budou funkční. Někteří pacienti po nich mohou být neklidní a agresivní.
- Cerebrolysin – jako růstový faktor je hydrolyzát s obsahem směsi aminokyselin, odpovídající asi 1 g substance mozkové tkáně. Zkouší se při poruchách vývoje, ale spíše lehčího rázu. Kúru je možno provést dvakrát do roka.
- Blokátory kalciových kanálů byly dementním dětem podávány ojedinele a bez výrazných efektů.
- Vitamín E a C je možné zkusit pro schopnost likvidace volných radikálů. Dále přicházejí v úvahu vit. A, B2, B6, B12 jako podpůrné faktory celkového růstu a vývoje, kterým i retardované dítě prochází. K celkovému zlepšení energetické bilance jsou podávány infuze aminokyselin.

- Adaptofénygeny mají zlepšovat soustředění, zmírňovat nejistotu a tělesnou vyčerpanost. Je také doporučován zinek, magnezium a selen. (3)

8.2 Rehabilitace

Pro rehabilitaci je důležité, že se vychází z nižší úrovně, než na které se zastavila devastace CNS. Jde o stimulaci primitivních vrozených reflexů a reakcí, zajištění bohaté smyslové aferentace, navazování emočního kontaktu či vyvolání prvotních elementů tělesného schématu. Tam, kde je to možné, se používá podmiňování, na bázi procvičování jednotlivých prvků, zpevnováním pomocí odměn. Podaří-li se obnovit dva tři prvky, zkouší se jejich kombinace.

Rehabilitační plán nutně počítá se spoluprací rodičů, sourozenců, sociální pracovníce, a skupinového setkání rodičů podobně postižených dětí. (3)

9 DOSA-METODA JAKO PŘÍKLAD PRO BAZÁLNĚ DIAGNOSTICKOU PODPORU TĚŽCE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ

Dosa-metoda je metoda fungující za prvé na základě zkušeností, získaných prostřednictvím vědeckých diskusí, ale také na základě vlastních zkušeností. Pro její představení byl rovněž brán zřetel na spis k Dosa-metodě od Keneho Samoto (Japonsko), stejně jako na zveřejnění myšlenek Harryho Bergeesta, který se touto metodou prakticky i teoreticky zabýval.

Dosa-metoda byla rozvíjena déle než dvacet let psychology v Japonsku. Pozorovali už na začátku 70. let, že děti s paretickou mozkovou obrnou při použití hypnózy, “tedy po odstranění psychické blokády, měly větší možnosti k záměrnému a uvoněnému pohybu, než tomu bylo dříve a nebo později při úplném vědomí“. S odvoláním na tyto zkušenosti byl v osmdesátých letech podniknut pokus, podporovat těžce postižené dítě prostřednictvím pohybové komunikace. Od začátku 90. let se používá tato metoda také v Německu. “Dosa-pohybová komunikace“ je založena na dvou domněnkách: Za prvé těžce postižené děti mají na základě svého vývojového deficitu uloženy ve své CNS jen velmi neúplné pohybové vzory. Za druhé jdou jejich existující pohybové možnosti dodatečně zabrzděny psychickou blokádou na základě zkušenostního deficitu v komunikaci s prostředím.... Tyto psychické blokády pak představují (další) postižení ve vývoji pohybových vzorů a přijímání kontaktu z prostředím“ .

Se zřetelem na signály, které vycházejí od dítěte, je dítě vyzváno k výměně pohybu, a stává se víceméně spolutvořícím partnerem ve smyslu “partnerské interakce“.

Při Dosa-komunikaci nejde ovšem jen o to, “podpořit motoriku, aby se stala sama o sobě funkční, ale zvláštním způsobem do tohoto procesu zahrnout také psychickou dimenzi pohybu“. Dítě má dostat šanci vybudovat si nejprve vztah samo k sobě a dále ho zlepšovat. Tak má možnost dále rozvíjet svoje vlastní výrazové schopnosti. Individuální pohybové chování se při tom považuje za výraz celkové existence dítěte. Od prvního dne života podněcuje samostatnost dítěte vývoj lidského pohybu a je současně tímto pohybem jeho samostatnost rozvíjena.

“Dosa-pohybová komunikace“ je velmi klidná podpůrná metoda, která vyžaduje od pedagoga, /i rodiče/, koncentraci a připravenost k velké tělesné a emocionální blízkosti k těžce postiženým dětem. Aby k tomu mohlo dojít, musí se vychovatel nejprve postarat o klidné a příjemné prostředí, ve kterém je odstraněn veškerý hluk a rušení. V tomto klidném a

nerušeném prostoru je spíše možné dítě a sebe samotného vědomě cítit a prožít. Při dotyku dítěte musí být vědomě vnímáno vlastní chování těla, vědomě vnímány vlastní myšlenky a pocity. V dalším kroku se vychovatel soustřeďuje na “dítě, jeho výraz, jeho pozici těla, na možnosti změn, které umožňují přijetí kontaktu“.

Bez vědomého prožitku vlastní tělesnosti v kontaktu s dítětem a bez intenzivní koncentrace na dítě, zůstává toto počínání vězet v povrchnosti a formálnosti technického ošetřování. (6)

10 PRÁVA LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Na lidi s mentálním postižením se vztahují veškerá práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti. (19)

V šedesátých letech se mezi zastánci mezinárodních lidských práv objevil nový hlas, a to hlas organizací rodičů dětí s mentálním postižením. Byla ustanovena Evropská liga společnosti mentálně handicapovaných, která si formulovala jako svůj cíl „hájit zájmy mentálně handicapovaných bez ohledu na národnost, rasu či přesvědčení. Vytvářením vzájemného porozumění mezi rodiči a dalšími, kteří mají zájem o problémy mentálně handicapovaných, se snažit zabezpečovat v jejich prospěch všechny možné zdroje, dostatečnou péči v oblasti léčebné, bytové, vzdělávací, přípravy na povolání, zaměstnání a sociálních služeb.“ Jedním z hlavních požadavků Ligy bylo, aby společnost poskytovala lidem s mentálním postižením potřebné služby nikoli na bázi dobročinnosti, ale na základě jejich práv. (19)

Velká část společnosti si stále není vědoma schopností lidí s mentálním postižením a jejich práv na bydlení v komunitě, práci, volební hlas a ochranu před zneužíváním a lhostejností. Lidem s mentálním postižením se nedostává úcty, na niž mají jako občané nárok. Přes velké pokroky na všech úrovních politického života základní práva lidí s mentálním postižením nebyla dosud plně uznána a zajištěna. (24)

V minulosti vždy převládala tendence pohlížet na lidi se zdravotním handicapem, zejména na mentálně postižené, jako na jakási stigmatizovaná individua, která se společnost snažila izolovat a segregovat. Ani teď, ve 21. století, nemohou jedinci s disabilitou vždy realizovat svá práva a jsou v mnoha ohledech diskriminováni. Toto znevýhodňování se projevuje právě v tak životně důležitých sférách, jakými jsou vzdělávání, zaměstnanost, přístup k informacím, přístupnost prostředí, služby, rodinný život apod. (22)

Mnoho lidí s mentálním postižením je stále izolováno od lidí bez postižení. Děti s ment. Postižením by měly žít se svou rodinou, navštěvovat spádovou školu a běžnou třídu, ve které jsou děti bez postižení, mít možnost hrát si s dětmi s postižením i bez něho a zapojovat se do běžných volno-časových aktivit. Dospělí s ment. Postižením by měli mít maximální kontrolu nad svým životem, mít běžné vztahy od známých přes přátelé až po životní partnery, mít domov a bydlet v něm, mít smysluplnou práci a dostávat za ni přiměřenou odměnu, mít možnost bavit se ve volném čase, mít svobodu vyznání. (26)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

11 CÍLE PRÁCE A STANOVENÍ HYPOTÉZ

11.1 Cíle práce

V této práci jsem si stanovila tři hlavní cíle.

- Prvním cílem je zjistit:
 - a) zda rodiny vychovávající mentálně postižené dítě, využívají možností pro zabezpečení potřebné péče svého postiženého dítěte.
 - b) jaké možnosti pro zabezpečení svého postiženého dítěte využívají.
- Dalším cílem je zjistit:
 - a) zda je pro rodinu, pečující o postižené dítě, státní finanční podpora dostatečná.
 - b) jakou finanční podporu by navíc potřebovaly k zabezpečení postiženého dítěte.
- Jako poslední cíl jsem si stanovila zjistit:
 - a) jak narození postiženého dítěte do rodiny může ovlivnit či narušit stabilitu rodiny či partnerství.

11.2 Hypotézy

Vzhledem k tomu, že se jedná nejen o kvalitativní, ale i o kvantitativní výzkum, stanovila jsem k jednotlivým cílům hypotézy. U kvantitativního výzkumu se jedná o rozhovor, proto hypotéza stanovena není a bude vyvozena v diskusi.

- Věřím, že je daleko více rodin, které využívají institucionální pomoci než rodin, které zajistí potřebnou péči svému postiženému dítěti jen z vlastních možností.
- Domnívám se, že ve většině rodin je nedostatek finančních prostředků k zajištění potřebné péče.
- Domnívám se, že skutečnost postiženého dítěte v rodině může způsobit změny v její úplnosti.

12 METODIKA

12.1 Metodika výzkumu

Pro práci byla zvolena metoda dotazování, kdy technikou sběru dat byl přesně definovaný dotazník, a metoda analýzy dokumentů, kdy technikou byla sekundární analýza dat.

Dotazník je metoda, která má pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a neumožňuje mu žádné změny ani úpravy. Pořadí a znění otázek je fixované. **(11)**

Otázek je celkem 31.

Rozhovor s poradkyní pro romskou problematiku probíhal na základě předem připravené baterie otázek. Odpovědi poradkyně byly zaznamenávány na záznamový arch. Otázek je celkem 5 (viz. Příloha 2), jde o otázky otevřené.

12.2 Způsob hodnocení výsledků

Odpovědi na otázky v dotazníku byly rozděleny do kategorií výběru: od a), b), c),...Přičemž nejvyšší kategorií bylo- g)-(viz. Otázka č.9), a nejnižší kategorií- b)-(viz. Otázka č.8). Pouze 3 otázky byly navíc rozděleny ještě do výběru: matka a otec (např. otázky č. 2, 3, 4), a jen jedna do tří podotázek (např. otázka č. 31).

12.3 Cílový soubor

Výzkum proběhl v období od prosince do konce března roku 2007. Osloveny byly tři ústavy, dále Sdružení pro pomoc mentálně postiženým, všechny ve městě o počtu- nad 100 tisíc obyvatel, a nakonec i praktický lékař pro děti a dorost, ve městě o počtu- kolem 7 tisíc obyvatel.

Výzkum však proběhl jen ve Sdružení pro pomoc mentálně postiženým a u praktické lékařky pro děti a dorost- Mudr. Ludmily Procházkové. Důvodem proč výzkum neproběhl i v dále zmiňovaných ústavách je vysvětlení uvedeno(viz. Závěr).

Klienti byly vybráni dobrovolným výběrem svými rodiči. Ze 100 připravených dotazníků se mi vrátilo celkem 78, zcela zodpovězených na všechny body v otázkách. Výzkum tedy proběhl celkem u 78 klientů/ rodin. Na základě otázky č. 8 vyplývá, že na 78 klientů/ rodin (100%), vychází 99 mentálně postižených dětí.

Sdružení pro pomoc mentálně postiženým

Toto sdružení bylo ustaveno v roce 1971. V současné době sdružuje 480 členů a přes 380 postižených osob. Sdružení nemá vlastní zařízení, ale bylo iniciátorem vybudování denního stacionáře, jakož i malého celoročního ústavu ve městě o počtu- nad 100 tisíc obyvatel. Spolupracuje s ostatními nestátními i státními subjekty, které pečují o mentálně a kombinovaně postižené.

Z jejich aktivit vybírají:

- letní i zimní rehabilitační pobyty postižených s doprovodem rodičů
- letní tábory pro postižené
- zahraniční rehabilitační pobyty
- výlety a vycházky do přírody
- poznávací akce a zájezdy
- klubová setkání
- večerní škola pro postižené s ukončenou školní docházkou
- kurzy plavání
- pravidelná cvičení chlapců i dívek
- příprava na speciální olympiády
- kurzy taneční a společenské výchovy
- diskotéky a taneční odpoledne
- přednášky pro rodiče a opatrovníky
- speciální poradenství (sociální a zdravotní)

Mimo tuto pravidelnou činnost se intenzivně zabývá projekty na zlepšení péče o starší postižené v době, kdy o ně již nemohou pečovat rodiče. V této oblasti úzce spolupracují s odbory Magistrátu města o počtu- nad 100 tisíc obyvatel, hlavně s odborem sociální péče, u kterého nachází porozumění a vstřícnost.

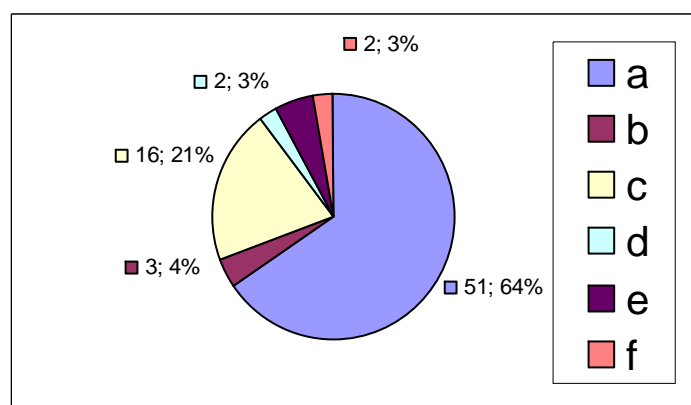
Více než 30 let práce pro všestranný rozvoj postižených, pro naději a pomocnou ruku jejich rodičům, je přesvědčilo o smysluplnosti a užitečnosti jejich sdružení. **(29)**

13 VÝSLEDKY

Otázka č. 1 - Vaše současná rodina je:

- a) úplná rodina s oběma vlastními rodiči
- b) úplná rodina s jedním nevlastním rodičem
- c) neúplná tvořená jen matkou a dětmi
- d) neúplná tvořená jen otcem a dětmi
- e) dítě u prarodičů nebo příbuzných
- f) náhradní rodina(pěst.péče)

Graf č. 1 Současný stav rodiny

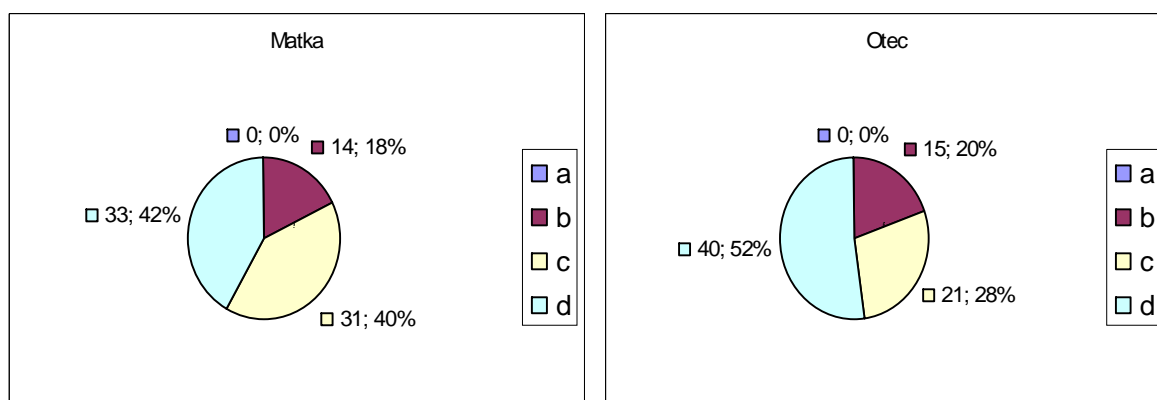


Ze zjištěných výsledků (viz Graf č. 1) je patrné, že odpovědělo všech 100 %, (78 klientů/ rodin). Nejvíce a to výrazně, 64% (51 rodin) je rodin úplných s oběma rodiči, 21% (16 rodin) je tvořeno pouze matkou a dětmi, u 5% (4 rodiny) je dítě u prarodičů nebo příbuzných, 4% (3 rodiny) jsou úplné rodiny s jedním nevlastním rodičem, 3% (2 rodiny) jsou rodiny neúplné tvořené jen otcem a dětmi, a 3% (2 rodiny) jsou rodiny náhradní(pěstounská péče).

Otázka č. 2 - V kterém roce jste se narodili- do kterého období spadáte ?

	matka	otec
a) 1980 a více	a	a
b) 1979- 1970	b	b
c) 1969- 1950	c	c
d) 1949 a méně	d	d

Grafy(matka, otec) č. 2 Věk rodičů

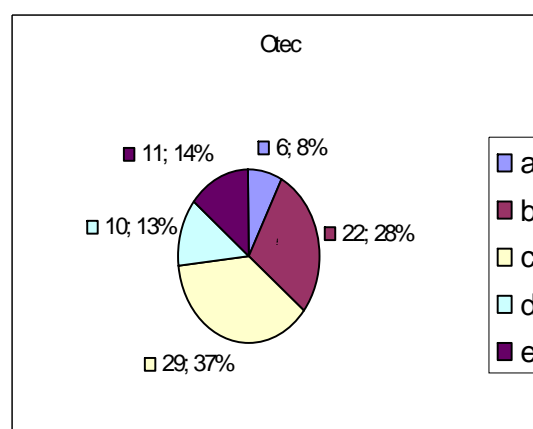
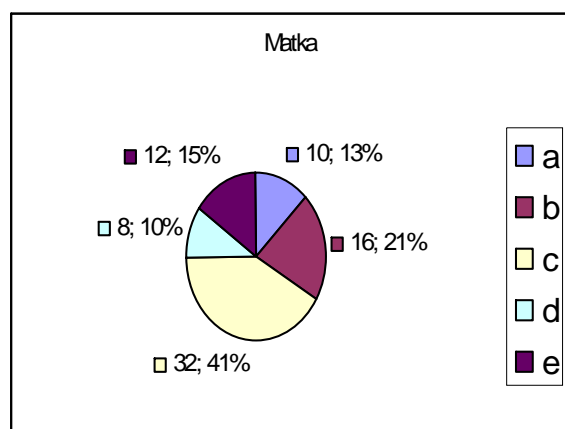


Na otázku č. 2 odpovědělo všech 100%, (78 klientů/ rodin). V otázce bylo třeba uvést dvě odpovědi, týkající se jednak matky a jednak otce. Proto i výsledky jsou znázorněny do grafů, graf – Matka, graf – Otec. Z grafu – Matka, z celkového počtu 78 klientů, vyplývá že v roce 1980 a více se nenarodila ani 1 matka, tedy 0%, zato téměř vyrovnaně odpověděli na c) a d), a to 40 % (31 matek) se narodilo v r. 1969 - 1950, 42 % (33 matek) se narodilo v r. 1949 a méně. Z grafu – Otec, z celkového počtu 78 klientů, ani 1 otec, tedy 0%, se nenarodilo v r. 1980 a více, nejvíce klientů, a to 52 % (40 otců) odpovědělo, že se narodilo v roce 1949 a méně.

Otázka č. 3 - Jaké je Vaše vzdělání?

	matka	otec
a) základní	a	a
b) středoškolské bez maturity	b	b
c) středoškolské s maturitou	c	c
d) vysokoškolské	d	d
e) zvláštní	e	e

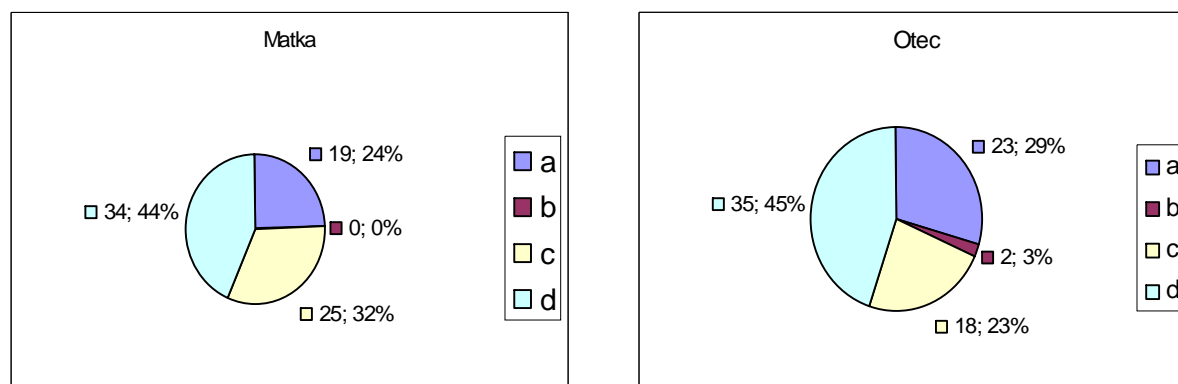
Grafy(matka, otec) č. 3 Vzdělání rodičů



Na otázku č. 3 odpovědělo všech 100%, (78 klientů/ rodin). V otázce bylo třeba uvést dvě odpovědi, týkající se jednak matky a jednak otce. Proto i výsledky jsou znázorněny do grafů, graf – Matka, graf – Otec. Zpracované odpovědi na tuto otázku, v porovnání matka - otec, vyšly téměř rovnocenné. Z grafů je přesvědčivě zřejmé, že jak matka, tak i otec, odpověděli v největším počtu na otázku za c), tedy že dosáhly středoškolského vzdělání s maturitou. Přičemž, v grafu – Matka, z celkového počtu, odpovědělo 32 klientek (41 %), a v grafu – Otec, z celkového počtu, odpovědělo 29 klientů (37 %). Stejně tak vyšly odpovědi téměř stejné, v možnosti za e), kdy v grafu – Matka, odpovědělo z celkového počtu, 12 klientek (15 %), že dosáhlo zvláštního vzdělání, a v grafu – Otec, odpovědělo z celkového počtu, 11 klientů (14 %), že dosáhlo zvláštního vzdělání.

Otázka č. 4 - Ekonomická aktivita rodičů:

	matka	otec
a) závislá činnost(zaměstnanec)	a	a
b) samostatně výdělečně činný(podniká)	b	b
c) v domácnosti	c	c
d) důchodce(starobní, plně invalidní)	d	d

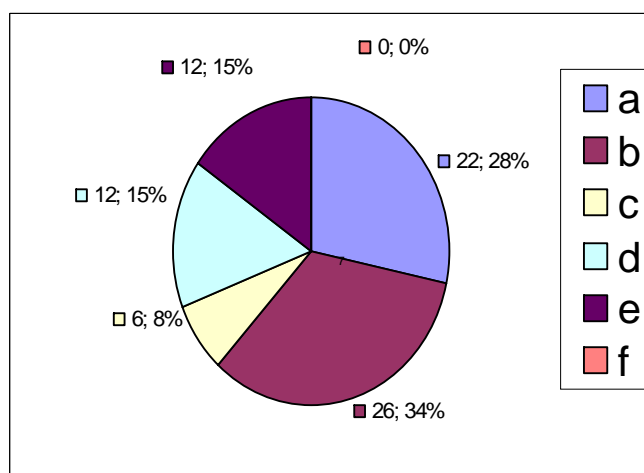
Grafy(matka, otec) č. 4 Ekonomická aktivita rodičů

Ze zjištěných výsledků (viz Graf č. 4.) je patrné, že odpovědělo všech 100 %, (78 klientů/rodin). V otázce bylo rovněž třeba uvést dvě odpovědi, týkající se jednak matky a jednak otce. Proto i výsledky jsou znázorněny do grafů, Graf č. 4. – matka, Graf č. 4. – otec. Vzhledem k odpovědím v otázce č. 2, týkajících se věku obou rodičů, mě nepřekvapilo, že jak v grafu – Matka, tak i v grafu – Otec, se nejvíce odpovědí týkalo možnosti d) – důchodce (starobní, plně invalidní). Přičemž za d), odpovědělo více klientů v grafu – Otec, a to přesně 35 klientů (45%), a v grafu – Matka odpovědělo 34 klientů (44%), tedy jen o jedno procento méně. Zato velmi výrazně nízké množství odpovědí, v této otázce, je na možnost b), tedy samostatně výdělečně činný(podniká). Z grafu – Matka lze vyčíst, že z celkového počtu 78 klientů (100%), ani jedna klientka není samostatně výdělečně činná, a z grafu – Otec je patrné, že jen 2 klienti (3%) jsou samostatně výdělečně činní.

Otázka č. 5 - Jak hodnotíte svou finanční situaci? Můžete říci, že Vaše finanční situace je:

- a) vyhovující, dokonce můžete uspořit
- b) vyhovující, ale neuspoříte nic
- c) občas máte potíže vyjít s penězi
- d) často máte potíže vyjít s penězi
- e) pociťujete trvalý nedostatek financí
- f) jiná odpověď

Graf č. 5 Finanční situace

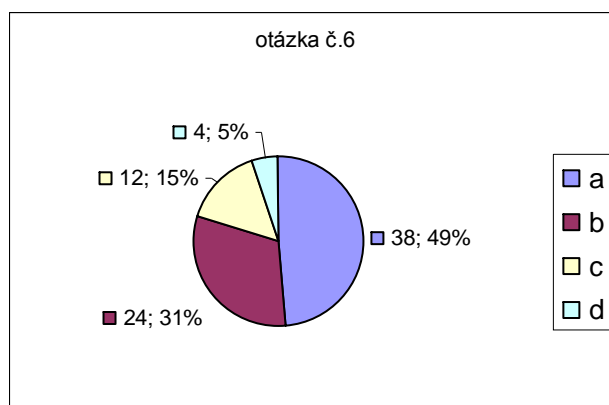


Na otázku č. 5 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z grafu lze vyčíst, že nejvíce, a to 26 klientů (34%) odpovědělo za b), že jejich finanční situace je sice vyhovující, ale zase nic nešetří. Překvapilo mě, že 22 klientů (28%) odpovědělo, že jejich finanční situace je vyhovující a dokonce mohou i uspořit. Nejméně klientů/ rodin, a to přesně 6 - (8%) odpovědělo, že jen občas mají potíže vyjít s penězi. Naopak zcela vyrovnaně, a to 12 klientů/ rodin (15%) odpovědělo, jednak že často mají potíže vyjít s penězi a jednak, že pociťují trvalý nedostatek financí.

Otázka č. 6 - Kolik ve Vaší rodině žije celkem dětí :

- a) jedno
- b) dvě
- c) tři
- d) více jak tři

Graf č. 6 Počet dětí v rodině

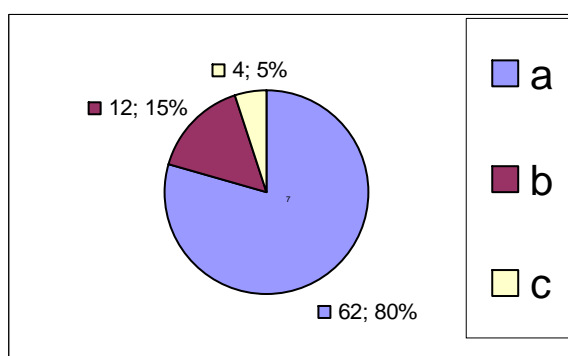


Na otázku č. 6 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Přesvědčivě nejvíce klientů/ rodin, a to 38 klientů (49%) odpovědělo, že ve své rodině mají jen jedno dítě. Nejméně klientů – 4 (5%) odpovědělo, že v jejich rodině žije dětí více, jak tři. Celkem 24 klientů/ rodin (31%) vychovává v rodině dvě děti.

Otázka č. 7 - Kolik máte v rodině postižených dětí:

- a) jen jedno
- b) dvě
- c) více jak dvě

Graf č. 7 Počet postižených dětí v rodině

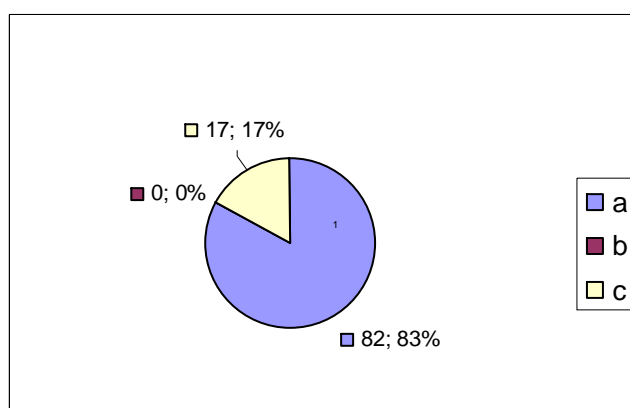


Na otázku č. 7 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Jsem ráda, že nejvíce klientů/ rodin, a to přesně 62 klientů (80%) odpovědělo, že v jejich rodině žije jen jedno postižené dítě. Pouze 4 rodiny (5%) odpovědělo, že vychovávají více jak dvě postižené děti. A celých 15%, tedy 12 klientů/ rodin pečuje o dvě postižené děti.

Otázka č. 8 - Jaké je postižení každého Vašeho dítěte:

- a) mentální
- b) tělesné
- c) obojí

Graf č. 8 Druh postižení dítěte

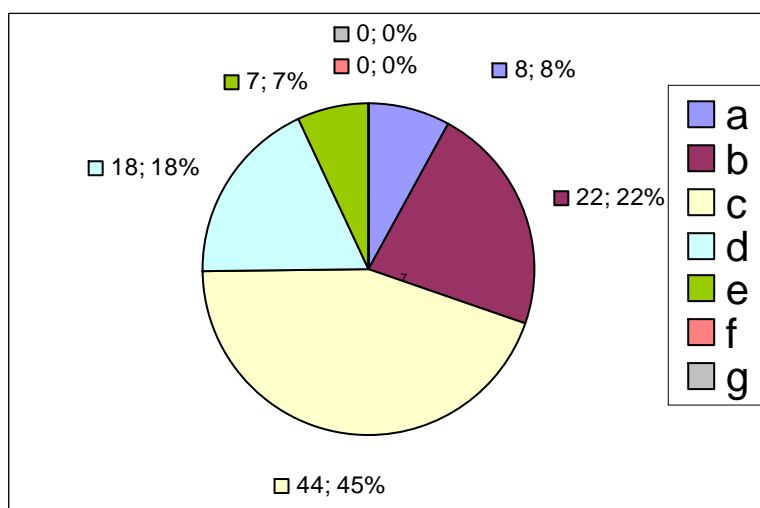


Na otázku č. 8 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Na základě této otázky vyplývá, že na 78 klientů/ rodin (100%), vychází 99 mentálně postižených dětí. Ze všech klientů/ rodin, kteří vyplňovali tento dotazník, nevychovává žádný, pouze tělesně postižené dítě. Celkem 17 klientů/ rodin (17%) pečuje o dítě s mentálním postižením doprovázené postižením tělesným. Naštěstí výrazné %, a to 82 klientů/ rodin (83%), z celkového počtu klientů/ rodin, pečuje jen o mentálně postižené dítě.

Otázka č. 9 - Mentální postižení Vašeho dítěte je na stupni:

- a) mírné mentální retardace
- b) lehké mentální retardace
- c) střední mentální retardace
- d) těžké mentální retardace
- e) hluboké mentální retardace
- f) dosud nám není známo
- g) postižení našeho dítěte je tělesné

Graf č. 9 Stupeň mentálního postižení dítěte

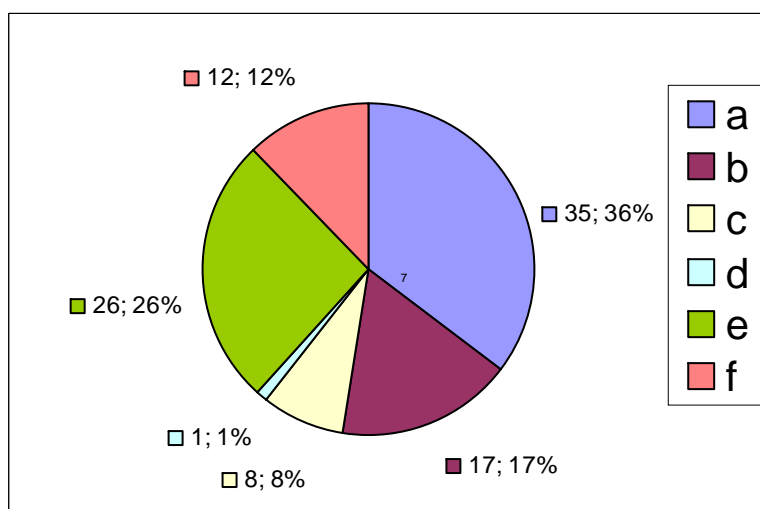


Na otázku č. 9 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí, nejvíce postižených dětí, a to přesně 44 (45%), je na stupni střední mentální retardace. V grafu, z možností f) a g) vyplývá, že u všech postižených dětí je jejich postižení diagnostikované, tedy známé, a žádné dítě nemá postižení pouze tělesného rázu. Druhým nejvyšším procentem byla odpověď na možnost b)- tedy lehká mentální retardace, na kterou odpovědělo 22 klientů/ rodin (22%). K této odpovědi se svým výsledkem velmi blíží i odpověď s možností za d)- tedy těžká mentální retardace, která se týká 18 takto postižených dětí (18%).

Otázka č. 10 - Je mentální postižení dítěte kombinováno s nějakým dalším postižením?

- a) ne není
- b) ano, je kombinováno s tělesným postižením
- c) ano, je kombinováno s postižením zraku
- d) ano, je kombinováno s postižením sluchu
- e) ano, je kombinováno s poruchami psychiky
- f) ano je kombinováno s více postiženími

Graf č. 10 Ment. postižení kombinované s jiným postižením

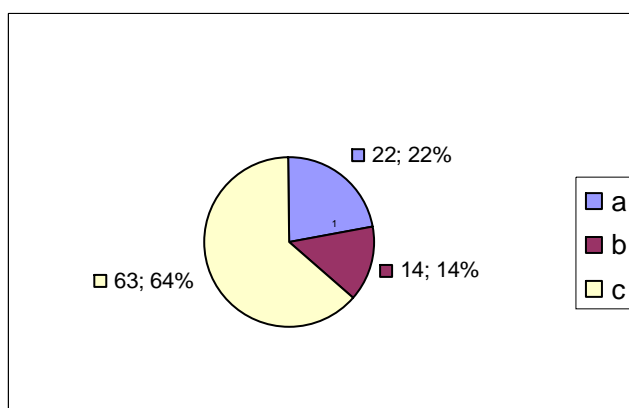


Na otázku č. 10 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí, převážné procento, a to 36%, 35 dětí, nemá své mentální postižení kombinováno s žádným jiným postižením. Pouze 1 %, jedno dítě, má své mentální postižení kombinováno s postižením sluchu. Velké procento dětí, přesně 26 dětí (26%), má své mentální postižení kombinováno s poruchami psychiky. 12 dětí (12%), má své mentální postižení kombinováno s více postiženími.

Otázka č. 11 - Je Vaše postižené dítě imobilní?

- a) ano
- b) ne, je mobilní s pomůckou
- c) ne, je mobilní

Graf č. 11 Imobilita dítěte

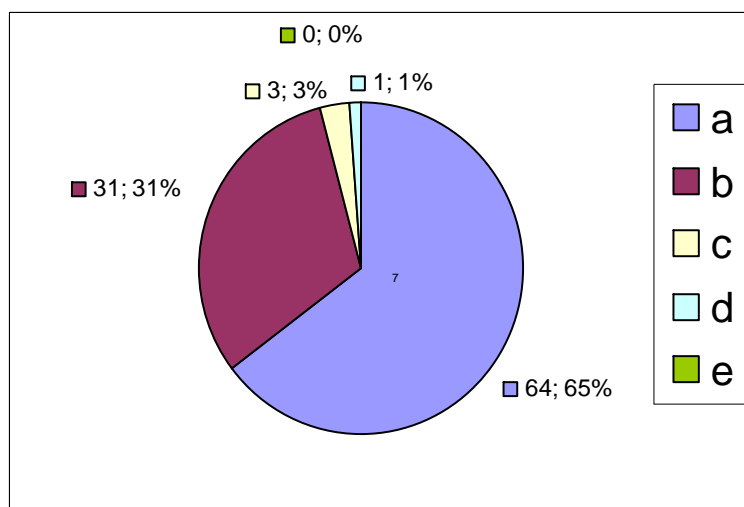


Na otázku č. 11 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí, velké procento, a to celkem 63 dětí (64%) je mobilních, 14 dětí (14%) je mobilní s pomůckou, a poměrně vysoké procento dětí, které představuje 22% (22 dětí), z celkového počtu, 99 dětí je imobilních.

Otázka č. 12 - V jakém pořadí se Vaše postižené děti narodily?

- a) Narodilo se jako prvé
- b) Narodilo se jako druhé
- c) Narodilo se jako třetí
- d) Narodilo se jako čtvrté
- e) Narodilo se jako páté

Graf č. 12 Pořadí postiženého dítěte v rodině

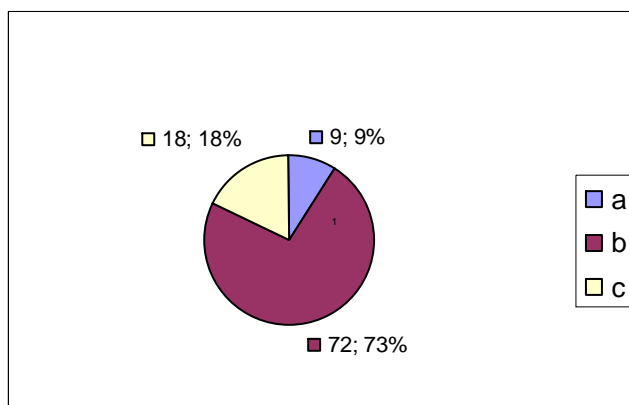


Na otázku č. 12 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí, se jako prvé v pořadí, narodilo 64 dětí (65%). Ani jedno dítě (0%), se nenarodilo jako páté v pořadí. Pouze 1 dítě (1%), se narodilo jako čtvrté v pořadí. Celkem 31 dětí (31%) se narodilo jako druhé v pořadí.

Otázka č. 13 - Je některé z Vašich dětí držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P?

- a) Dítě je držitelem průkazu ZTP
- b) Dítě je držitelem průkazu ZTP/P
- c) Ne, není

Graf č. 13 Držitelství průkazu ZTP a ZTP/P

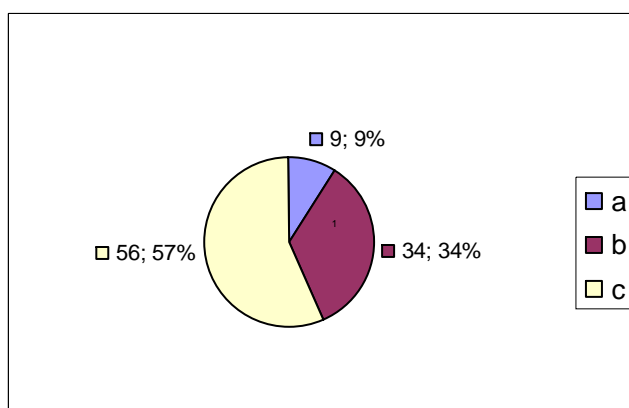


Na otázku č. 13 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí, v grafickém vyjádření, převažuje počet 72 mentálně postižených dětí (73%), jakož to držitelé průkazu ZTP/P

Otázka č. 14 - Bylo některé z Vašich dětí uznáno posudkovou komisí jako:

- a) dlouhodobě nemocné
- b) dlouhodobě zdravotně postižené
- c) dlouhodobě těžce zdravotně postižené

Graf č. 14 Rozhodnutí posudkové komise

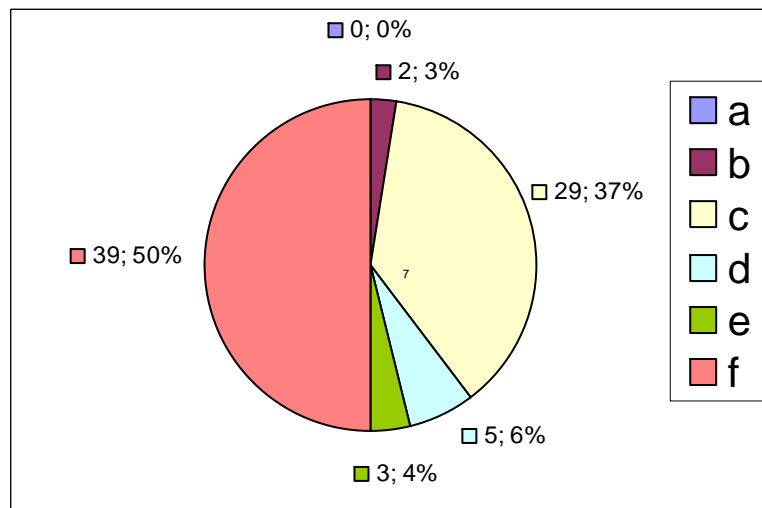


Na otázku č. 14 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí, 56 dětí (57%) bylo uznáno posudkovou komisí, jako dlouhodobě těžce zdravotně postižené. Jen 9 dětí (9%) bylo uznáno posudkovou komisí, jako dlouhodobě nemocné, a 34 dětí (34%) bylo uznáno posudkovou komisí, jako dlouhodobě zdravotně postižené.

Otázka č. 15 - Kdo Vašemu postiženému dítěti(dětem) zajišťuje potřebnou péči?

- | | |
|--|---|
| a) ústav sociální péče s celoročním pobytem | d) rodina, s denním pobytem ve školském zařízení |
| b) stacionář nebo ústav s týdenním pobytem, rodina o víkendech | e) pouze rodina s pomocí asistentské nebo pečovatelské služby |
| c) rodina, s denním pobytem ve školském zařízení nebo stacionáři více než 4 hodiny denně | f) pouze rodina bez jakékoli institucionální pomoci |

Graf č. 15 Zajištění potřebné péče

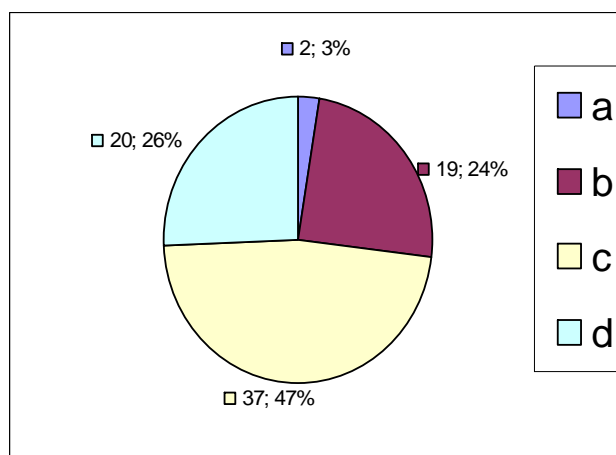


Na otázku č. 15 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z grafu, zcela přesvědčivě, nejvíce, a to 39 klientů/ rodin (50%) odpovědělo, že jejich postiženému dítěti(dětem) zajišťuje potřebnou péči pouze rodina bez jakékoli institucionální pomoci. Ani v jedné rodině nezajišťuje potřebnou péči postiženému dítěti(dětem)- ústav sociální péče s celoročním pobytem. Velmi malé procento klientů/ rodin odpovědělo na možnost b), d), e).

Otázka č. 16 - Jak vysokou částku by podle vašeho názoru vaše rodina každý měsíc potřebovala, aby zajistila dítěti dostatečnou domácí péči?

- a) O domácí péči pro naše dítě(děti) neuvažujeme, nezvládli bychom ji.
- b) Odhadujeme, že bychom na zajištění dostatečné péče potřebovali pro každé naše postižené dítě měsíčně alespoň – 5.000,- Kč.
- c) Odhadujeme, že bychom na zajištění dostatečné péče potřebovali pro každé naše postižené dítě měsíčně 5.000-10.000,- Kč.
- d) Odhadujeme, že bychom na zajištění dostatečné péče potřebovali pro každé naše postižené dítě měsíčně více jak 10.000,- Kč.

Graf č. 16 Potřebná finanční částka



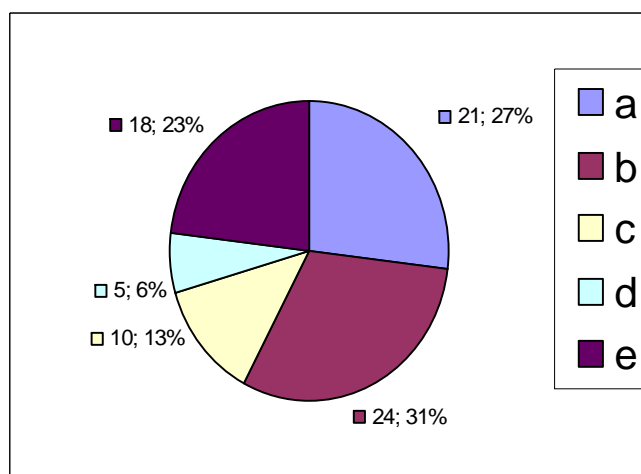
Na otázku č. 16 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z grafu vyplývá, že zcela minimálním procentem, a to 2 rodiny (3%) odpověděly, že o domácí péči pro své dítě(děti) neuvažují, nezvládli by ji. Za to výrazně, a to 47% (37 klientů/ rodin), odpovědělo na možnost c)- tedy že by na zajištění dostatečné péče potřebovali pro každé své postižené dítě měsíčně 5.000-10.000,- Kč. Možnost b) a d) označily klienti/ rodiny, téměř vyrovnaným procentem.

Otázka č. 17 - Pokuste se vžít do situace, že byste svému dítěti (dospělému dítěti), které byste vychovávali v rodině, nemohli nadále poskytovat potřebnou péči pro nemoc, stáří nebo z jiného důvodu.

- Jak by mělo mít v tomto případě vaše postižené dítě zabezpečenu péči?

- a) Naše dítě by mělo zůstat i nadále doma a měly by mu být poskytovány všechny potřebné služby(příspěvek na péči a další sociální dávky)
- b) Našemu dítěti by mělo být umožněno žít v chráněném bytě
- c) Naše dítě by mělo být umístěno v celoročním zařízení pro takovéto občany (např. ústavu sociální péče), kde by o ně bylo řádně postaráno
- d) Jiný způsob
- e) Nevíme, nepřemýšleli jsme o tom

Graf č. 17 Následné zajištění potřebné péče

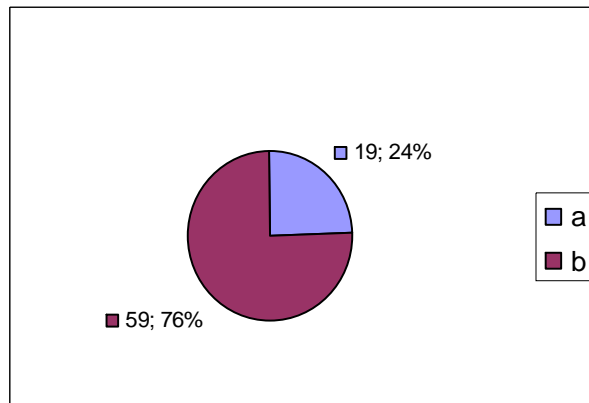


Na otázku č. 17 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z grafu č. 17 jsou patrné, poměrně vyrovnané odpovědi. Přesto nejvíce, a to 24 klientů/ rodin (31%), se shodlo na tom, že jejich dítěti by mělo být umožněno žít v chráněném bydlení. Jen 10 klientů/ rodin (13%) odpovědělo, že jejich dítě by mělo být umístěno v celoročním zařízení, kde by o ně bylo řádně postaráno.

Otázka č. 18 - Narodilo se ve Vaší blízké rodině dosud nějaké postižené dítě:

- a) ano
- b) ne

Graf č. 18 Postižené dítě v blízké rodině

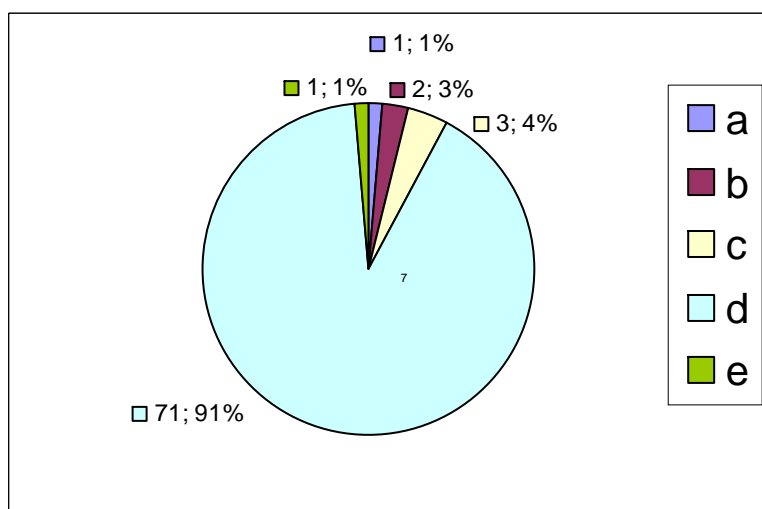


Na otázku č. 18 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%), z toho 59 klientů/ rodin (76 %) odpovědělo, že v jejich blízké rodině se nenarodilo dosud žádné postižené dítě, a jen 19 klientů/ rodin (24%) odpovědělo, že v jejich blízké rodině se už nějaké postižené dítě narodilo.

Otázka č. 19 - Kdy jste se o postižení Vašeho dítěte dozvěděli:

- a) během I.trimestru těhotenství
- b) během II.trimestru těhotenství
- c) během III.trimestru těhotenství
- d) až po porodu
- e) neví

Graf č. 19 Doba zjištění postižení

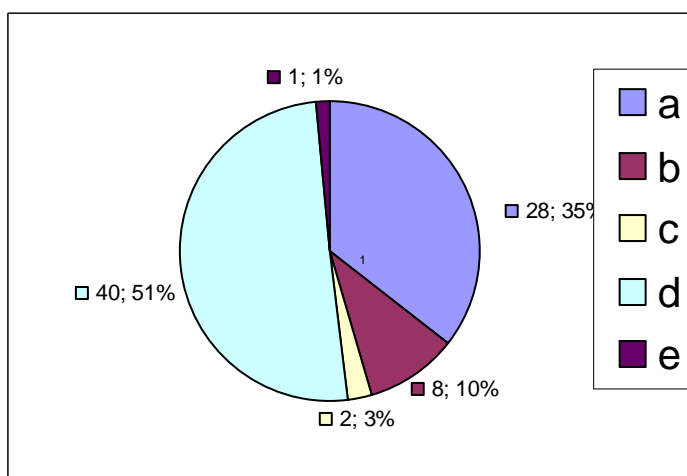


Na otázku č. 19 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z celkového počtu klientů/ rodin, jen 1% (1 klient/ rodina) odpovědělo že neví, kdy se prokázalo postižení dítěte, a to z důvodu, že se jedná o náhradní rodinnou péči. Zato všech 71 klientů/ rodin (91%) se o postižení svého dítěte dozvěděly až po porodu.

Otázka č. 20 - Rozhodovali jste se, zda Vaše dítě donosit, či ne:

- a) uvažovali jsme o tom/ by jsme
- b) uvažovali jsme o tom, ale bylo už pozdě
- c) naše víra nám zakazuje rozhodovat o tom, zda má naše dítě žít, či zemřít
- d) ani by nás nenapadlo o tom uvažovat
- e) neví

Graf č. 20 Rozhodnutí o životě dítěte

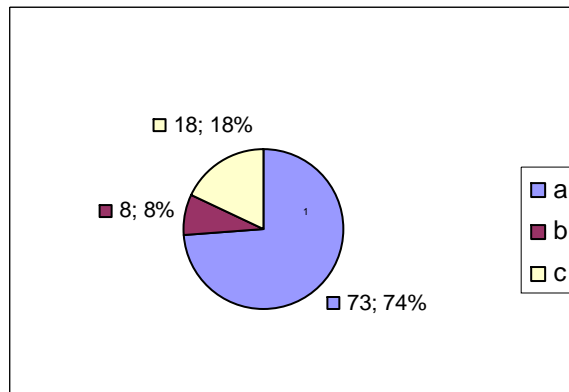


Na otázku č. 20 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Jak lze z grafu vyčíst, celá 1 z respondentů, přesně 40 klientů/ rodin (51%), odpovědělo na tuto otázku, že by je ani nenapadlo uvažovat o tom, zda dítě donosit. 28 rodin (35%) odpovědělo za a), tedy uvažovali, nebo uvažovali-by o tom, zda dítě donosit, či ne. Jen 2 rodinám (3%) jejich víra zakazuje rozhodovat o tom, zda má jejich dítě žít, či zemřít. Jen 1% (1 klient/ rodina) odpovědělo, že neví zda dítě donosit, a to z důvodu, že se jedná o náhradní rodinnou péči.

Otázka č. 21 - Jakým způsobem jste porodila Vaše dítě:

- a) spontánně záhlavím(hlavičkou)
- b) koncem pánevním
- c) SC(císařským řezem)

Graf č. 21 Způsob porodu postiženého dítěte

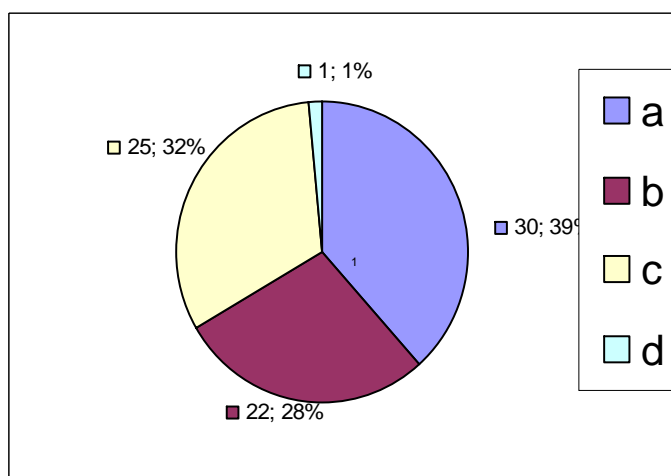


Na otázku č. 21 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Nejvíce klientů, a to 73 klientů/ rodin (74%) odpovědělo, že postižené dítě přišlo na svět spontánně záhlavím, 8 klientů/ rodin (8%) přišlo na svět koncem pánevním.

Otázka č. 22 - Jste odkázáni jen na svou pomoc, nebo máte podporu rodiny či blízkých:

- a) veškerá péče i zájem vychází jen od nás
- b) máme podporu rodiny i blízkých
- c) máme podporu jen rodiny
- d) máme podporu jen blízkých

Graf č. 22 Lidé podporující rodinu s postiženým dítětem

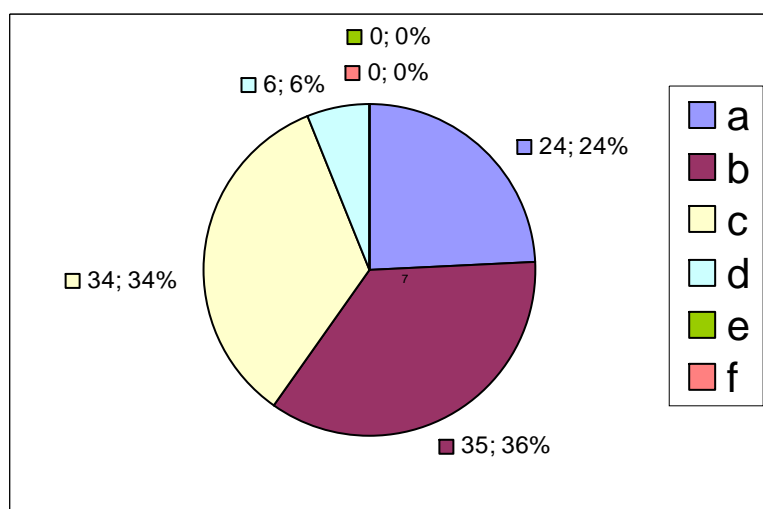


Na otázku č. 22 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z grafu je zcela patrné, že výběr odpovědí je téměř stejný. Jen 1 klient/ rodina (1%) má podporu pouze svých blízkých.

Otázka č. 23 - V jakém věkovém období začalo mít postižení vliv na výchovu Vašeho dítěte:

- a) již v kojeneckém období
- b) v období batolecím
- c) v období od 3- 6 let
- d) v období od 6- 9 let
- e) v období od 9- 13 let
- f) později

Graf č. 23 Vliv postižení na výchovu dítěte

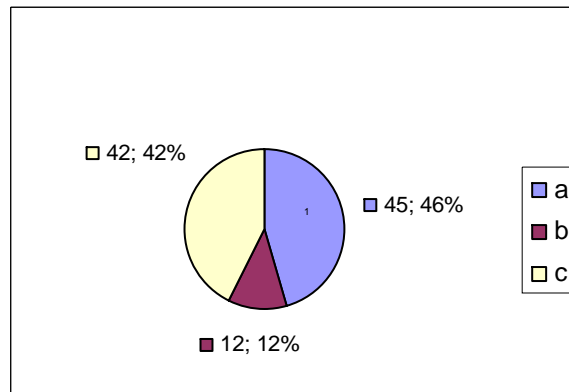


Na otázku č. 23 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). U 35 (36%) postižených dětí, začalo mít postižení vliv na výchovu dítěte v období batolecím. Ani jeden klient/ rodina (0%) neodpověděli na možnost e) a f). U 6 dětí (6%), začalo mít postižení vliv na výchovu dítěte v období od 6 – 9 let.

Otázka č. 24 - Vnímá Vaše dítě svůj handicap:

- a) ano, bere to přirozeně
- b) ano, trápí se tím
- c) ne, neuvědomuje si ho

Graf č. 24 Vnímání handicapu

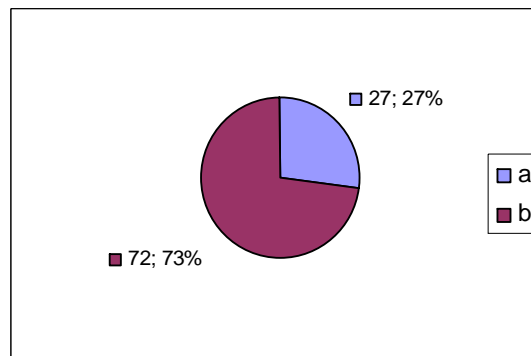


Na otázku č. 24 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z toho 45 dětí (46%), vnímá svůj handicap přirozeně. Téměř vyrovnaně, 42 dětí (42%) si své postižení neuvědomuje. Pouze 12 dětí (12%) se svým handicapem trápí.

Otázka č. 25 - Jaké je Vaše dítě:

- a) samotářské
- b) vyhledává společnost jiných dětí

Graf č. 25 Chování dítěte

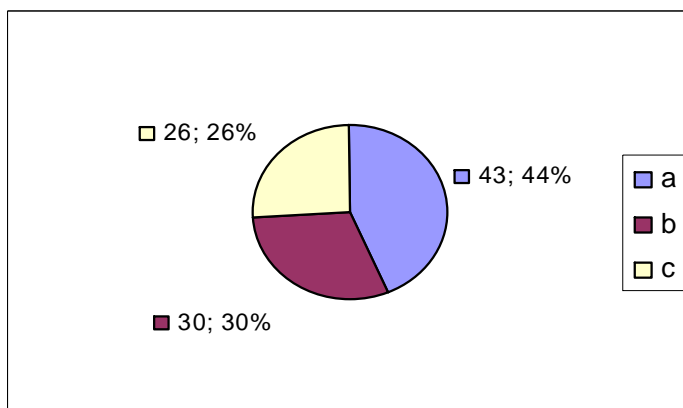


Na otázku č. 25 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z grafu vyplývá, že převážné procento, a to 72 dětí (73%) vyhledává společnost jiných dětí.

Otázka č. 26 - Jaké jsou ohlasy u jiných dětí v okolí Vašeho dítěte:

- a) má své stálé kamarády
- b) jsou děti, které se raději vyhýbají
- c) jsou děti, které si z něj utahují

Graf č. 26 Vnímání postiženého dítěte jinými dětmi

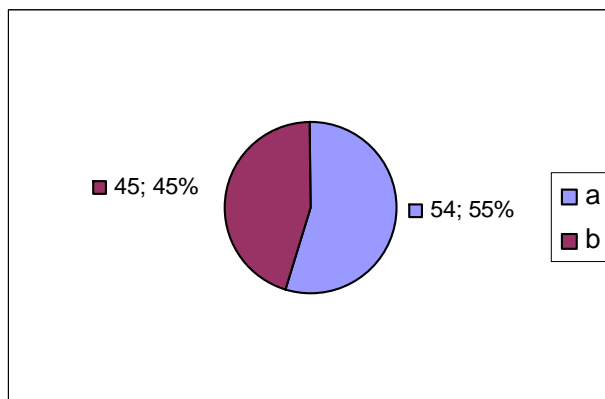


Na otázku č. 26 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí u většiny procenta, a to u 43 postižených dětí (44%), jejich rodiče odpověděli, že jiné děti se jim raději vyhýbají. Nejméně, ale přesto stále vysoké procento dětí – 26 postižených dětí (26%) se potýká s tím, že si z nich jiné děti utahují.

Otázka č. 27 - Navštěvuje nějaké zájmové kroužky:

- a) ano
- b) ne

Graf č. 27 Zájmová činnost postiženého dítěte

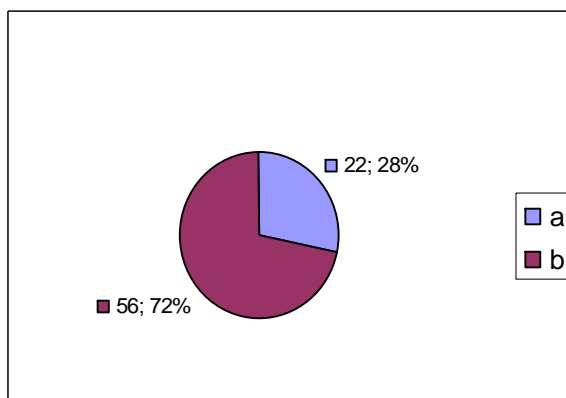


Na otázku č. 27 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí, 54 dětí (55%) navštěvuje zájmové kroužky, a 45 dětí (45%) do žádných zájmových kroužků nedochází.

Otázka č. 28 - Jste spokojeni s finančními a hmotnými příspěvky od našeho státu:

- a) ano
- b) ne

Graf č. 28 Spokojenost se státními dotacemi

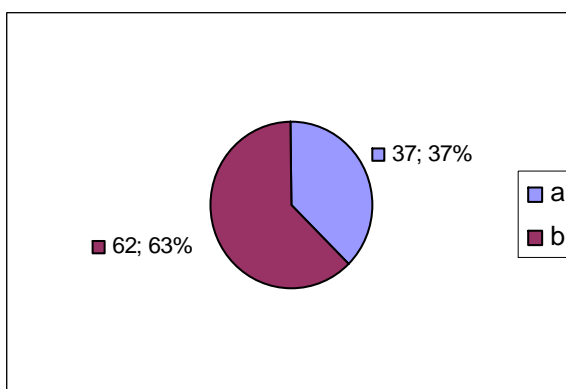


Na otázku č. 28 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Zda jsou spokojeni s finančními a hmotnými příspěvky od našeho státu, odpovědělo – ano, převažujícím procentem, 56 klientů/ rodin (72 %), jen 22 klientů/ rodin (28%) odpovědělo- ne.

Otázka č. 29 - Jakého pohlaví je vaše dítě:

- a) ženského
- b) mužského

Graf č. 29 Pohlaví dítěte

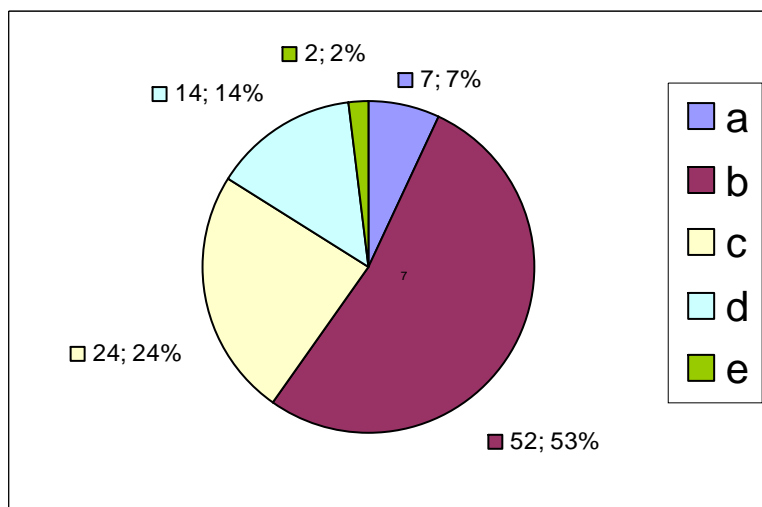


Na otázku č. 29 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Z 99 postižených dětí je 62 dětí (63%) mužského pohlaví, což je skoro 3 z celkového počtu. Zbýlých jen 37 dětí (37%) je pohlaví ženského.

Otázka č. 30 - Jaký byl věk matky v době těhotenství:

- a) pod hranici 18 let
- b) 18 – 25 let
- c) 25 – 32 let
- d) Nad hranici 32 let
- e) Neví

Graf č. 30 Věk ženy v době těhotenství

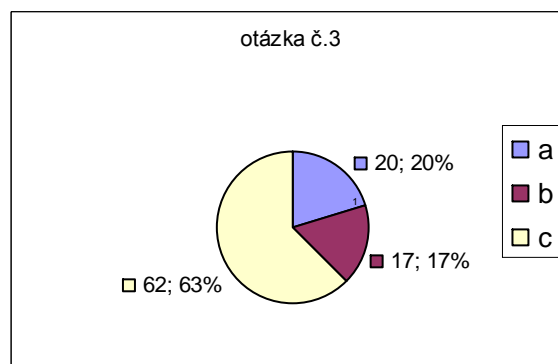
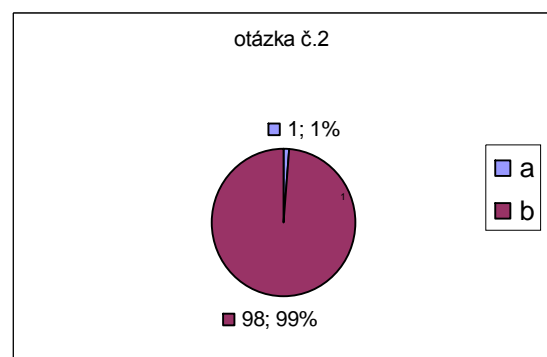
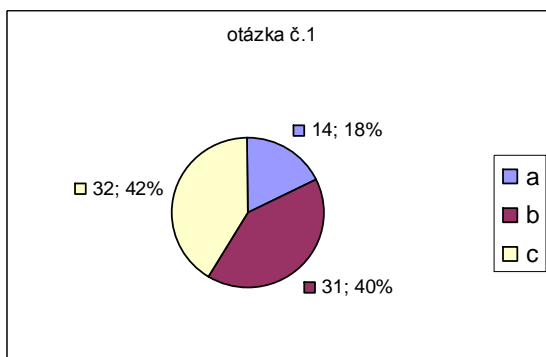


Na otázku č. 30 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Nejvíce klientů/ rodin, a to 52 žen (53%) odpověděly, že v době těhotenství bylo ženě 18 – 25 let. Nejméně klientů/ rodin odpovědělo za e)- neví. Jen 7 žen (7%) bylo v době těhotenství ve věku pod hranicí 18 let.

Otázka č. 31 - Tyto informace se týkají životního stylu matky v době těhotenství:

1. Užívala jste alkohol:
 - a) Ano, ve větším množství
 - b) Ano, jen výjimečně
 - c) Ne, neužívala
2. Užívala jste nějaké jiné drogy:
 - a) Ano
 - b) Ne
3. Kouřila jste cigarety:
 - a) Ano, více jak 5/den
 - b) Ano, jen výjimečně
 - c) Ne, nekouřila

Grafy(1, 2, 3) č. 31 Životní styl matky v době těhotenství, týkající se alkoholu, drog a cigaret



Na otázku č. 31 odpovědělo všech 78 klientů/ rodin (100%). Otázka č. 31 je rozdělena do tří podotázek (1, 2, 3), a stejně tak jsou i odpovědi znázorněny do tří grafů (1, 2, 3).

Z grafu č.31- otázky 1, týkající se otázky, zda žena v době těhotenství užívala alkohol, je z celkového počtu 78 žen, avšak v 99 případech těhotenství patrné, že u 32 těhotenství (42%), ženy alkohol neužívaly, naopak u 14 těhotenství (18%), alkohol ženy užívaly ve větším množství, 14 žen užívalo alkohol jen příležitostně.

Z grafu č.31- otázky 2, je patrné že téměř všechny ženy z celkového počtu – 99 těhotenství, na otázku zda užívaly nějaké jiné drogy, v 98 případech (99%) odpověděly, že žádné jiné drogy neužívaly.

Z grafu č.31- otázky 3, týkající se otázky, zda žena v době těhotenství kouřila cigarety, odpovědělo v 62 případech (63%) žen, že nikoliv, u 20 těhotenství (20%) ženy uvedly, že kouřily více jak 5/den, a u 17 těhotenství (17%) ženy odpověděly, že kouřily jen výjimečně.

14 DISKUSE

Vlastní výzkum, ve spolupráci s poradkyní pro romskou otázku, v této práci obohatil její obsah o zajímavé poznatky.

Impulzem k vypracování dalších doplňujících otázek byl rozhovor s praktickou lékařkou pro děti a dorost. Vzhledem k tomu, že mentální postižení se dotýká všech etnických skupin lidí, nevyhnul se ani romské populaci. Do evidence mentálně postižených dětí této lékařky spadají i romské děti, a zde nastal právě diskutovaný problém.

Vzhledem k tomu, že praktická lékařka pro děti a dorost, při podezření na mentální postižení dítěte a jeho následné potvrzení, úzce spolupracuje s takto postiženou rodinou, a tudíž zná nejen dítě a rodiče samotné, ale i celou rodinu a jejich sociální zázemí. Spolupracuje nejen s rodinou, ale i s příslušnými orgány, neboť musí poslat zprávu na příslušný odbor sociální péče, pro přesné vypracování protokolu a uznání dítěte posudkovou komisí, zda se jedná o dítě dlouhodobě nemocné, dlouhodobě zdravotně postižené, či dlouhodobě těžce zdravotně postižené a s tím spojenou finanční a hmotnou podporu státu.

Lékařka mě upozornila, že co se romských rodin týče, je si zcela jistá, že na mé otázky by v dotazníku neodpověděly zcela pravdivě, nebo by neodpověděly vůbec. Takto přesvědčený a osobními zkušenostmi podložený názor mě ujistil, že ani já sama při spolupráci s romskou rodinou, bych nezískala potřebné informace. Rozhodla jsem se tedy využít možné pomoci a spolupráce- poradkyně pro romskou problematiku. S ní jsem pak navštívila 13 romských rodin u nichž jsme dotazníky vyplnily. Zároveň jsme, samozřejmě již v soukromí, uskutečnili rozhovor na téma romská rodina a postižené dítě.

Měla jsem připravenou sérii otázek, jejichž odpovědi jsem zaznamenávala do záznamového archu.

Zajímalo mě, zda romská rodina sdílí stejný smutek nad zjištěním, že mají mentálně handicapované dítě. Zda věnují, i přesto, svému dítěti dostatečnou, v rámci možností, potřebnou péči. Zda vychovávají své mentálně postižené dítě až do své dospělosti, či déle. Zda umožňují takovému dítěti, dle jeho možností, navštěvovat zájmové akce, jim určené. A zda se nenechají unést finanční částkou určenou pro účely svého postiženého dítěte, ve svůj prospěch.

Odpovědi na položené otázky:

Zprvu bych chtěla říci, že stejně, jako jsou rozdíly v jiných rodinách, tak jsou i rozdíly v romských. Bohužel je jen velmi málo romských rodin, které kladou velký důraz na vzdělání svých dětí a vedou je touto cestou s veškerou rodinnou podporou. Od toho se pak odvíjí vše ostatní.

Je zcela pravdou, že romské rodiny mají poněkud jiné výchovné metody a rodinný řád, avšak v dnešní době, ne zcela zase odlišné od metod v rodinách jiných. Pokud je však sdělena romské rodině diagnóza, že jejich dítě bude mentálně handicapované, odezva na tuto informaci bude stejně bolestná jako pro jiné rodiče.

Romská komunita je velmi „divoká“, nepředvídatelná, avšak pevná a soudržná rasa ve všech směrech. Ač to zvenčí mnohdy tak nevypadá, je dítě- potomek, pro romskou rodinu tím nejdůležitějším článkem jejich života. Jakékoliv postižení dítěte, ve většině romských rodin nemění postoj ani povinnosti vůči postiženému dítěti. Svou péči věnují všem svým dětem stejnou, ať jsou zdravé či nějak postižené.

Pokud mentálně postižené dítě v romské rodině dosáhne dospělosti, zůstává nadále součástí své rodiny, neboť věk v tomto případě nehraje žádnou roli a v romské rodině platí: velká rodina, rovná se silná rodina.

Bohužel na otázku, zda umožňují svému postiženému dítěti navštěvovat zájmové akce, odpovím tak, že se jejich priority a skutečnost, budou tak trochu rozcházet. I když je v romské rodině postižené dítě stejně milováno, jako to zdravé, zde nastává však ten rozdíl. I když by ho za nic na světě z rodiny neodloučili, přesto u nich, jako postižené, ztrácí na svém plnohodnotném významu, tedy jako přínosu pro rodinu. Přesto, že na postižené dítě, dostávají od státu finanční dotaci, bohužel jen minimální částka z ní je využita právě ve prospěch postiženého dítěte.

Romové jsou etnickou menšinou lidské společnosti, s vlastními zvyky a odlišnou mentalitou, a přestože již dlouhou dobu žijí společně s námi a jsou součástí naší společnosti, i tak se v mnoha bodech rozcházíme, neboť máme zakořeněné jiné zvyky, principy, priority a představy o svých hodnotách.

15 ZÁVĚR

Ve své teoretické části jsem se snažila objasnit, co to mentální retardace vlastně znamená, jak se s vývojem historie měnil pohled na takto postiženého jedince, jak se podle hloubky postižení mentální retardace dělí, co může být příčinou vzniku takového postižení, jak se jednotlivé stupně postižení projevují zejména v emocionálním vývoji, řečovém projevu, učení a myšlení, tohoto jedince. Rovněž jsem se zaměřila na možné formy výchovy a vzdělávání takto postižených osob. Avšak prioritním pro mě zejména bylo, zobrazit zde důležité body, týkající právě rodiny (matky, otce, sourozenců), jak péče o mentálně postižené dítě dokáže narušit a razantně změnit průběh již fungující rodiny, a důraz kladený na výchovu postiženého dítěte právě vlastními rodiči. Zmínila jsem se zde také o právech lidí s mentálním postižením, která nesmějí být opomíjena.

Ve své praktické části jsem si kladla cíle a na ně stanovila hypotézy, které jsem si ověřila, popřípadě vyvrátila, pomocí výsledků získaných z mého provedeného výzkumu. Výzkum jsem prováděla formou dotazníků a rozhovoru. Dotazníky jsem plánovala umístit k praktické lékařce pro děti a dorost, p. Mudr. Procházkové ve městě o počtu- kolem 7 tisíc obyvatel, do jejíž evidence spadají děti i z okolních obcí. Dále do ústavů ve městě o počtu nad 100 tisíc obyvatel, přičemž má první návštěva o možnost dotazníkového šetření proběhla v jednom ze zmiňovaných ústavů, kde mi nebylo toto šetření umožněno z důvodů (viz příloha č. 3). Vzhledem k tomu, že další ústav spadá pod tento ústav, nezbylo mi nic jiného, než zajít již jen do posledního ústavu, kde se situace opakovala podobně, ale získala jsem zde alespoň radu. Vzhledem k tomu, že mé dotazníkové šetření nebylo určeno k vyplnění postiženou osobou, ale jeho rodičem, pak na radu ředitele z posledního zmiňovaného ústavu, jsem se obrátila na Sdružení pro rodiny s mentálně postiženým dítětem. S ředitelem tohoto sdružení, panem Františkem Halmou, jsem se s dobrým pocitem seznámila a vyličila jsem mu svou situaci. Nebýt jeho ochotné pomoci, většinu svých respondentů bych nezískala. Navíc toto sdružení navštěvují rodiny s postiženými dětmi ze všech dosud zmiňovaných ústavů, a jedná se o rodiny z celé Moravy a Slezska naší republiky, i těch, které mají dítě jen ve své péči bez jakékoliv institucionální pomoci, a které jezdí se svými dětmi na kulturní a sportovní akce pořádané tímto sdružením. Se svolením a spoluprací pana Halmy, jsem vybrala některé fotografie z akcí, pořádané tímto sdružením (viz. Seznam obrázků). Ráda bych těmito záběry z nejrůznějších akcí potvrdila jen to, že i lidé s MP se rádi baví a dokáží se smysluplně radovat, a potřebují svůj život obohatit o

zpestřující a zajímavé zážitky stejně tak, jako ostatní zdraví lidé. S problémem svého dotazníkového šetření jsem se setkala i u p.Mudr. Procházkové, kde však nastal problém jiný, ale díky kterému jsem svůj výzkum obohatila o informace získané metodou rozhovoru. Problém spočíval v tom, že mezi respondenty byly i romské rodiny, které by podle lékařky na mé otázky v dotazníku neodpověděly zcela pravdivě, nebo by neodpověděly vůbec. Po tomto zjištění jsem se informovala u pana Halma, zda mezi korespondenty při jeho spolupráci byly i romské rodiny. Informoval mě, že žádná romská rodina jejich sdružení nenavštěvuje. Po tomto zjištění jsem se obrátila na svou dlouholetou kamarádku, pani Miriam Mikovou- poradkyni pro romskou problematiku, jestli by mi nemohla s daným problémem pomoci. S ní jsem pak navštívila 13 romských rodin u nichž jsme dotazníky vyplnily. Zároveň jsem s Miriam Mikovou provedla i rozhovor na téma romská rodina a postižené dítě. Výsledky z tohoto rozhovoru mě nemile překvapily, co se týče lidské otázky na straně romské populace. Jsem si však vědoma, že okruh romských respondentů, kteří mi odpověděli, je úzký a v ekonomicky slabším kraji. Protože bych už další dotazníkové šetření u romských rodin pečujících o mentálně postižené dítě, v kraji s lepší ekonom. situací nestihla, věřím že jinde by byla situace jiná.

Ze 100 připravených dotazníků se mi vrátilo celkem 78 dotazníků zcela zodpovězených na všechny body v otázkách. Na základě otázky č. 8. vyplývá, že na 78 klientů/ rodin (100%), vychází 99 mentálně postižených dětí.

15.1 Shrnutí hypotéz

První hypotézu výsledky z dotazníkového šetření nepotvrdily, ale naopak mi ji vyvrátily. Věřila jsem, že daleko více rodin využívá institucionální pomoci, než rodiny bez jakékoliv institucionální pomoci. Více rodin a to přesně 50 % pečuje o své postižené dítě bez jakékoliv institucionální pomoci.

Druhá hypotéza se naopak potvrdila. Důraz byl kladen na přesvědčení, že většina rodin trpí nedostatkem finančních prostředků. Celkem 56 rodin (72 %) udalo, že trpí nedostatkem finančních prostředků pro zajištění potřebné péče o postižené dítě.

Třetí hypotéza byla založena na domněnce, že postižené dítě může způsobit změny v její úplnosti, tedy zapříčiní rozpad rodiny. Z výsledků se potvrzuje, že hypotéza byla stanovena ne zrovna šikovně. Spíše měla být postavena na zcela rozhodném přesvědčení, že třeba

v 80%, postižení dítěte v rodině zapříčiní její rozpad. V hypotéze bylo použito slovo „může způsobit“, výsledek zní: ano může, ale většina a to přesně 51 rodin (64 %), je i přes postižení svého dítěte zcela úplná .

Závěrem bych chtěla říci, že pustit se do takového výzkumu, jako byl tento výzkum, v rodinách s postiženým dítětem, bylo z mé strany zprvu podhodnoceným úkolem. Již ze začátku své praktické části jsem byla postupně stavěna do situace, kdy jsem si uvědomovala, že to nebude až tak jednoduchý úkol, získat do svého výzkumu dostatek klientů. I když jsem si byla vědoma, že postižení dítěte v rodině je velmi osobní a citovou otázkou, nestavěla jsem to jako zásadní překážku pro můj výzkum.

Většina rodin, z okruhu mých respondentů, kdysi postaveni před takovou těžkou situací a rozhodnutí, a nadálý vývoj jejich životního osudu, se s danou skutečností vyrovnaly převážně statečně a lidsky, a ze strany společnosti by si zasloužily větší uznání a pomoc. Kdo z nás ví, jak by se sám zachoval, dostal-li by se do stejné či velmi podobné situace. Je těžké na to vůbec pomyslet.

Žádné dítě si nezaslouží být postižené a žádná rodina si nezaslouží mít postižené dítě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] FRANIOK, P., KYSUČAN, J. *Psychopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. 57 s. ISBN 80-7042-247-5
- [2] HARINEKOVÁ, M., STEMPELOVÁ, J. *Poruchy psychického vývinu u dětí a dospívajících*. Trnava. Trnavská univerzita, 2003. 133 s. ISBN 80-89074-74-X
- [3] HORT, V., HRDLIČKA, M. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1 vydání. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9
- [4] HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vydání. Jinočany: H&H, 1996. 424 s. ISBN 80-85787-96-2
- [5] JAKABČIC, I., POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychológia – Patopsychológia mentálne postihnutých*. 2. vydání. Iris, 1996. 194 s. ISBN 80-88778-11-5
- [6] JŮVA, V. *Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením*. 36. publikace. Brno: Paido, 2006. 98 s. ISBN 80-85931-18-4
- [7] KRŽÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2004. 76 s. ISBN 80-7040-724-7
- [8] LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1
- [9] Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
- [10] MIŇHOVÁ, J. *Psychopatologie pro právníky*. 2. vydání. Dobrá voda u Pelhřimova: Aleš Čeněk, 2002. 107 s. ISBN 80-86473-05-8
- [11] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. 332s – 6
- [12] MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 3. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
- [13] MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1996. 77 s. ISBN 80-85931-20-6

- [14] PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 184 s. ISBN 80-247-0181-2
- [15] PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6
- [16] PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4
- [17] RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 2. vydání. Olomouc. Univerzita Palackého, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2
- [18] ŠUSTROVÁ, M. *Mentálne postihnutí: sociálna práca s mentálne postihnutými*. Trnava: Slovac Academic Press, 1999. 105 s. ISBN 80-88908-30-2
- [19] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X
- [20] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- [21] VALENTA, M., MULLER, O. *Psychopedie*. 1. vydání. Praha: Parta, 2003. 447 s. ISBN 80-7320-039-2
- [22] VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000. 139 s. ISBN 80-246-0057-9
- [23] ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. 206 s. ISBN 80-7184-203-6
- [24] LECHNÝŘ, V. *Práva lidí s mentálním postižením* [online]. 2002, [cit. 2005-10-25]. Dostupný z WWW: <http://www.dobromysl.cz/>
- [25] *Co je mentální retardace?* [online]. 2002, [cit. 2005-11-06]. Dostupný z WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.Asp?id=32>
- [26] *Inkluze – Právo* [online]. 2002, [cit. 2005-11-06]. Dostupný z WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.asp?id=95>
- [27] *Příčiny a prevence mentální retardace* [online]. 2003, [cit. 2005-11-06]. Dostupný z WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.asp?id=252>

- [28] *Průkaz ZTP a ZTP/P* [online]. 2007, [cit. 2007-05-22]. Dostupný z WWW: http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=sc_346.html
- [29] *Sdružení pro pomoc mentálně postiženým Brno* [online]. 2007, [cit. 2007-04-27]. Dostupný z WWW: <http://web.quick.cz/spmp-brno/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MP/MR Mentální postižení / Mentální retardace

IQ Inteligenční kvocient

CNS Centrální nervová soustava

DMO Dětská mozková obrna

SPC Speciálně pedagogická centra

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1.	<i>Graf č. 1 Současný stav rodiny.....</i>	39
Obr. 2.	<i>Grafy(matka, otec) č. 2 Věk rodičů.....</i>	40
Obr. 3.	<i>Grafy(matka, otec) č. 3 Vzdělání rodičů.....</i>	41
Obr. 4.	<i>Grafy(matka, otec) č. 4 Ekonomická aktivita rodičů.....</i>	42
Obr. 5.	<i>Graf č. 5 Finanční situace.....</i>	43
Obr. 6.	<i>Graf č. 6 Počet dětí v rodině.....</i>	44
Obr. 7.	<i>Graf č. 7 Počet postižených dětí v rodině.....</i>	45
Obr. 8.	<i>Graf č. 8 Druh postižení dítěte.....</i>	46
Obr. 9.	<i>Graf č. 9 Stupeň mentálního postižení dítěte.....</i>	47
Obr. 10.	<i>Graf č. 10 Mentální postižení kombinované s jiným postižením.....</i>	48
Obr. 11.	<i>Graf č. 11 Imobilita dítěte.....</i>	49
Obr. 12.	<i>Graf č. 12 Pořadí postiženého dítěte v rodině.....</i>	50
Obr. 13.	<i>Graf č. 13 Držitelství průkazu ZTP a ZTP/P.....</i>	51
Obr. 14.	<i>Graf č. 14 Rozhodnutí posudkové komise.....</i>	52
Obr. 15.	<i>Graf č. 15 Zajištění potřebné péče.....</i>	53
Obr. 16.	<i>Graf č. 16 Potřebná finanční částka.....</i>	54
Obr. 17.	<i>Graf č. 17 Následné zajištění potřebné péče.....</i>	55
Obr. 18.	<i>Graf č. 18 Postižené dítě v blízké rodině.....</i>	56
Obr. 19.	<i>Graf č. 19 Doba zjištění postižení.....</i>	57
Obr. 20.	<i>Graf č. 20 Rozhodnutí o životě dítěte.....</i>	58
Obr. 21.	<i>Graf č. 21 Způsob porodu postiženého dítěte.....</i>	59
Obr. 22.	<i>Graf č. 22 Lidé podporující rodinu s postiženým dítětem.....</i>	60
Obr. 23.	<i>Graf č. 23 Vliv postižení na výchovu dítěte</i>	61
Obr. 24.	<i>Graf č. 24 Vnímání handicapu.....</i>	62

Obr. 25.	<i>Graf č. 25 Chování dítěte.....</i>	63
Obr. 26.	<i>Graf č. 26 Vnímání postiženého dítěte jinými dětmi.....</i>	64
Obr. 27.	<i>Graf č. 27 Zájmová činnost postiženého dítěte.....</i>	65
Obr. 28.	<i>Graf č. 28 Spokojenost se státními dotacemi.....</i>	66
Obr. 29.	<i>Graf č. 29 Pohlaví dítěte.....</i>	66
Obr. 30.	<i>Graf č. 30 Věk ženy v době těhotenství.....</i>	67
Obr. 31.	<i>Grafy(1, 2, 3) č. 31 Životní styl matky v době těhotenství, týkající se alkoholu, drog a cigaret.....</i>	68

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Vzor dotazníku

Příloha II – Baterie otázek sestavená na poradkyni pro romskou problematiku

Příloha III – Rozhodnutí o nevyhovění žádosti dotazníkového šetření

Příloha IV – Počátek systematické péče o mentálně postižené ve Francii

Příloha V – Průkaz - ZTP a ZTP/P

Příloha VI – Fotografie

PŘÍLOHA I.: VZOR DOTAZNÍKU

1. Vaše současná rodina je:

- a) úplná rodina s oběma vlastními rodiči
- b) úplná rodina s jedním nevlastním rodičem
- c) neúplná tvořená jen matkou a dětmi
- d) neúplná tvořená jen otcem a dětmi
- e) dítě u prarodičů nebo příbuzných
- f) náhradní rodina(pěst.péče)

2. V kterém roce jste se narodili- do kterého období spadáte ?

	matka	otec
e) 1980 a více	a	a
f) 1979- 1970	b	b
g) 1969- 1950	c	c
h) 1949 a méně	d	d

3. Jaké je Vaše vzdělání?

	matka	otec
a) základní	a	a
b) středoškolské bez maturity	b	b
c) středoškolské s maturitou	c	c
d) vysokoškolské	d	d
e) zvláštní	e	e

4. Ekonomická aktivita rodičů

	matka	otec
a) závislá činnost(zaměstnanec)	a	a
b) samostatně výdělečně činný(podniká)	b	b
c) v domácnosti	c	c
d) důchodce(starobní, plně invalidní)	d	d

5. Jak hodnotíte svou finanční situaci? Můžete říci, že Vaše finanční situace je:

- a) vyhovující, dokonce můžete uspořit
- b) vyhovující, ale neuspoříte nic
- c) občas máte potíže vyjít s penězi
- d) často máte potíže vyjít s penězi
- e) pociťujete trvalý nedostatek financí
- f) jiná odpověď

6. Kolik ve Vaší rodině žije celkem dětí :

- e) jedno
- f) dvě
- g) tři
- h) více jak tři

7. Kolik máte v rodině postižených dětí:

- a) jen jedno
- b) dvě
- c) více jak dvě

8. Jaké je postižení každého Vašeho dítěte:

- a) mentální
- b) tělesné
- c) obojí

9. Mentální postižení Vašeho dítěte je na stupni:

- a) mírné mentální retardace
- b) lehké mentální retardace
- c) střední mentální retardace
- d) těžké mentální retardace
- e) hluboké mentální retardace
- f) dosud nám není známo
- g) postižení našeho dítěte je tělesné

10. Je mentální postižení dítěte kombinováno s nějakým dalším postižením?

- a) ne není
- b) ano, je kombinováno s tělesným postižením
- c) ano, je kombinováno s postižením zraku
- d) ano, je kombinováno s postižením sluchu
- e) ano, je kombinováno s poruchami psychiky
- f) ano je kombinováno s více postiženími

11. Je Vaše postižené dítě imobilní?

- a) ano
- b) ne, je mobilní s pomůckou
- c) ne, je mobilní

12. V jakém pořadí se Vaše postižené děti narodily?

- a) Narodilo se jako prvé
- b) Narodilo se jako druhé
- c) Narodilo se jako třetí
- d) Narodilo se jako čtvrté
- e) Narodilo se jako páté

13. Je některé z Vašich dětí držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P?

- a) Dítě je držitelem průkazu ZTP
- b) Dítě je držitelem průkazu ZTP/P
- c) Ne, není

14. Bylo některé z Vašich dětí uznáno posudkovou komisí jako:

- a) dlouhodobě nemocné
- b) dlouhodobě zdravotně postižené
- c) dlouhodobě těžce zdravotně postižené

15. Kdo Vašemu postiženému dítěti(dětem) zajišťuje potřebnou péči?

- | | |
|--|---|
| a) ústav sociální péče s celoročním pobytem | d) rodina, s denním pobytem ve školském zařízení |
| b) stacionář nebo ústav s týdenním pobytem, rodina o víkendech | nebo stacionáři do 4 hodin denně |
| c) rodina, s denním pobytem ve školském zařízení nebo stacionáři více než 4 hodiny denně | e) pouze rodina s pomocí asistentské nebo pečovatelské služby |
| | f) pouze rodina bez jakékoli institucionální pomoci |

16. Jak vysokou částku by podle vašeho názoru vaše rodina každý měsíc potřebovala, aby zajistila dítěti dostatečnou domácí péči?

- a) O domácí péči pro naše dítě(děti) neuvažujeme, nezvládli bychom ji.
- b) Odhadujeme, že bychom na zajištění dostatečné péče potřebovali pro každé naše postižené dítě měsíčně alespoň – 5.000,- Kč.
- c) Odhadujeme, že bychom na zajištění dostatečné péče potřebovali pro každé naše postižené dítě měsíčně 5.000-10.000,- Kč.
- d) Odhadujeme, že bychom na zajištění dostatečné péče potřebovali pro každé naše postižené dítě měsíčně více jak 10.000,- Kč.

17. Pokuste se vžít do situace, že byste svému dítěti (dospělému dítěti), které byste vychovávali v rodině, nemohli nadále poskytovat potřebnou péči pro nemoc, stáří nebo z jiného důvodu. Jak by mělo mít v tomto případě vaše postižené dítě zabezpečenu péči?

- a) Naše dítě by mělo zůstat i nadále doma a měly by mu být poskytovány všechny potřebné služby(příspěvek na péči a další sociální dávky)
- b) Našemu dítěti by mělo být umožněno žít v chráněném bytě
- c) Naše dítě by mělo být umístěno v celoročním zařízení pro takovéto občany (např. ústavu sociální péče), kde by o ně bylo řádně postaráno
- d) Jiný způsob
- e) Nevíme, nepřemýšleli jsme o tom

Nyní se Vás zeptám na několik otázek týkajících se Vaší rodiny. Pokud se domníváte, že následující otázky zasahují příliš do Vašeho soukromí, nemusíte na ně odpovídat, i bez nich jsou údaje, které zodpovíte, pro mě nesmírně cenné!

18. Narodilo se ve Vaší blízké rodině dosud nějaké postižené dítě:

- a) ano
- b) ne

19. Kdy jste se o postižení Vašeho dítěte dozvěděli:

- a) během I.trimestru těhotenství
- b) během II.trimestru těhotenství
- c) během III.trimestru těhotenství
- d) až po porodu
- e) ne

20. Rozhodovali jste se, zda Vaše dítě donosit, či ne:

- a) uvažovali jsme o tom/ by jsme
- b) uvažovali jsme o tom, ale bylo už pozdě
- c) naše víra nám zakazuje rozhodovat o tom, zda má naše dítě žít, či zemřít
- d) Ani by nás nenapadlo o tom uvažovat
- e) neví

21. Jakým způsobem jste porodila Vaše dítě:

- a) spontánně záhlavím(hlavičkou)
- b) koncem pánevním
- c) SC(císařským řezem)

22. Jste odkázáni jen na svou pomoc, nebo máte podporu rodiny či blízkých:

- a) veškerá péče i zájem vychází jen od nás
- b) máme podporu rodiny i blízkých
- c) máme podporu jen rodiny
- d) máme podporu jen blízkých

23. V jakém věkovém období začalo mít postižení vliv na výchovu Vašeho dítěte:

- a) již v kojeneckém období
- b) v období batolecím
- c) v období od 3- 6 let
- d) v období od 6- 9 let
- e) v období od 9- 13 let
- f) později

24. Vnímá Vaše dítě svůj handicap:

- a) ano, bere to přirozeně
- b) ano, trápí se tím
- c) ne, neuvědomuje si ho

25. Jaké je Vaše dítě:

- a) samotářské
- b) vyhledává společnost jiných dětí

26. Jaké jsou ohlasy u jiných dětí v okolí Vašeho dítěte:

- a) má své stálé kamarády
- b) jsou děti, které se raději vyhýbají
- c) jsou děti, které si z něj utahují

27. Navštěvuje nějaké zájmové kroužky:

- a) ano
- b) ne

28. Jste spokojeni s finančními a hmotnými příspěvky od našeho státu:

- a) ano
- b) ne

29. Jakého pohlaví je vaše dítě:

- a) ženského
- b) mužského

30. Jaký byl věk matky v době těhotenství:

- a) pod hranici 18 let
- b) 18 – 25 let
- c) 25 – 32 let
- d) nad hranici 32 let
- e) neví

31. Tyto informace se týkají životního stylu matky v době těhotenství:

- 1) Užívala jste alkohol:
 - a) Ano, ve větším množství
 - b) Ano, jen výjimečně
 - c) Ne, neužívala
- 2) Užívala jste nějaké jiné drogy:
 - a) Ano
 - b) Ne
- 3) Kouřila jste cigarety:
 - a) Ano, více jak 5/den
 - b) Ano, jen výjimečně
 - c) Ne, nekouřila

Děkuji za spolupráci!

PŘÍLOHA II.: BATERIE OTÁZEK SESTAVENÁ NA PORADKYNĚ PRO ROMSKOU PROBLEMATIKU

- 1.** Zajímalo mě, zda romská rodina sdílí stejný smutek nad zjištěním, že mají mentálně handicapované dítě.
- 2.** Zda věnují, i přesto, svému dítěti dostatečnou, v rámci možností, potřebnou péči.
- 3.** Zda vychovávají své mentálně postižené dítě až do své dospělosti, či déle.
- 4.** Zda umožňují takovému dítěti, dle jeho možností, navštěvovat zájmové akce, jim určené.
- 5.** Zda se nenechají unést finanční částkou určenou pro účely svého postiženého dítěte, ve svůj prospěch.

PŘÍLOHA III.: ROZHODNUTÍ O NEVYHOVĚNÍ ŽÁDOSTI DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

919 00



Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež
Kociánka 2, 612 47 Brno-Královo Pole, Česká republika

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Ústav zdravotnických studií
Doc.MUDr. Zbyněk Kalíha, CSc.
ředitel ústavu
Příluky 372
760 01 Zlín

V Brně dne 24. 1. 2007

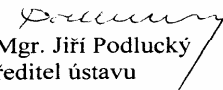
Věc: Vyjádření k žádosti
sl. Pavla Doležalová, studentka 3.ročníku
bakalářského studijního programu Ošetřovatelství

ÚSP pro TPM v Brně nemá s UTB ve Zlíně uzavřenou smlouvu o spolupráci.

Dotazníkové šetření studentky Doležalové se má realizovat mezi rodičem zdrav. postižené osoby a tazatelkou (studentkou) bez vstupu našeho zařízení.

V současné době m.j. transformujeme veškeré služby ústavu dle ustanovení nového zákona o sociálních službách a dalších prováděcích předpisů. Z těchto důvodů nemůžeme studentce UTB ve Zlíně vyhovět.

S pozdravem
Ústav sociální péče pro
tělesně postiženou mládež
612 47 v Brně-Králově Poli
Kociánka 2


Mgr. Jiří Podlucky
ředitel ústavu

Tel.: 515 504 111
Fax: 515 504 333
e-mail: kocianka@mbox.vol.cz
http://www.usp-kocianka.cz

Bankovní spojení:
Česká národní banka Brno
č. ú. 727621/0710

IČO: 00093378

PŘÍLOHA IV.: POČÁTEK SYSTEMATICKÉ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ VE FRANCII

Výrazný pokrok ve vztahu k mentálně postiženým nastal v období po Velké francouzské revoluci. Působila tu změna filozofického myšlení směrem k člověku, která revoluci provázela. Pomoc společnosti byla chápána ne jako milosrdenství, ale jako povinnost státu. Ideje humanitosti umožnily vznik a rozvoj nových názorů a postojů k postiženým členům společnosti. Příkladem je například zavedení nového režimu, zbaveného nedůstojného omezování, do psychiatrických léčeben, zásluhou Filipa Pinela. Díky tomuto zákroku nebyli duševně nemocní vsazováni do okovů nebo přísné izolace. Nové postoje k duševně nemocným pacientům umožnily později vyčlenit mentální postižení jako specifické onemocnění, značně rozdílné od psychóz.

První vědecký popis zkušeností s výchovou slabomyslných pochází z 19. století. Ve francouzském kraji byl nalezen chlapec, pobíhající po lese nahý a pojídající kořínky. Chlapec byl dopraven do Paříže, kde vzbudil značnou pozornost, tím jak reagoval na zvuky, jak nerozlišoval horké, ani studené, vůně příjemné nebo odpudivé, a jak propadal nekontrolovatelným náladám kolísajícím mezi vzrušením a depresí. O chlapce projevil zájem Pinela, usilující o zájem ho vychovat, avšak to nakonec vzdal. Jeho roli převzal lékař Itard- léčící hluchoněmé. Zaměřil se především na rozvoj činností jednotlivých smyslů a na výchovu řeči. Zde nastal již první pokrok. S menší pomocí chlapec zvládal jednoduché denní činnosti. Svými výsledky a postupy současníky, a položil tak základy všech výchovných a vzdělávacích systémů pro práci se slabomyslnými/ MP. Významným přínosem byl žák Pinela – Esquirol, který podloženě rozlišil slabomyslnost vrozenou a získanou. Kritériem byla úroveň řeči, podle níž dělil stupně slabomyslnosti a tím vybudoval základy klinického výzkumu slabomyslnosti. Pinel, Itard a Esquirol ovlivnily řadu významných lékařů. Začaly vznikat první psychiatr. léčebny, ústavy, samostatná zařízení a první školy pro slabomyslné ve Francii.

Průkopníkem zcela nového pojetí péče o slabomyslné a zakladatelem speciální výchovy byl Eduard Seguin, který rozšířil a obohatil teorii o své názory a podložil ji praxí výchovy MP, kde zavedl výchovný režim, i praktickými zkušenostmi. Důraz kladl na úplný kontakt MP s okolním světem, rozvinutí schopností, smysl. vnímání a vytvoření prac. návyků, aby se i MP stali užitečnými pro společnost. (1)

PŘÍLOHA V.: PRŮKAZ - ZTP A ZTP/P

Průkaz ZTP:

Mimořádné výhody zdravotně postižených II. stupně, tj. průkaz ZTP (občan se zvláště těžkým zdravotním postižením), jsou přiznávány například při funkční ztrátě jedné dolní končetiny, při úplné nebo praktické hluchotě nebo při chronické vadě a nemoci interního charakteru trvale značně ztěžující pohybovou schopnost. Držitel průkazu ZTP má vedle oprávnění pro držitele průkazu TP nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem) a na slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a na 62 % slevu v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy. Pokud má občan průkaz ZTP z důvodu praktické nebo úplné hluchoty, má též nárok na bezplatnou tlumočnickou službu při návštěvě lékaře a vyřizování úřednických záležitostí v rozsahu až 24 hodin ročně.

Průkaz ZTP/P:

Mimořádné výhody zdravotně postižených III. stupně, tj. průkaz ZTP/P (občan se zvláště těžkým zdravotním postižením a potřebou průvodce), jsou přiznávány například z důvodu anatomické nebo funkční ztráty dvou končetin, pro závažné mentální postižení stupně imbecility nebo idiocie, z důvodu úplné nebo praktické slepoty obou očí a dále při úplné nebo praktické hluchotě u dětí do skončení docházky do základní školy. Držitel průkazu ZTP/P má vedle oprávnění náležejících držitelům průkazu TP a průkazu ZTP nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě, u úplné a prakticky nevidomých nárok na bezplatnou dopravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce. Držitel průkazu ZTP/P má (stejně jako držitel průkazu ZTP) při úplné nebo praktické hluchotě nárok na bezplatnou tlumočnickou službu při návštěvě lékaře a vyřizování úřednických záležitostí v rozsahu až 24 hodin ročně.

PŘÍLOHA VI. : FOTOGRAFIE

Fotografie (Obr. 1 – 6) získané Sdružením pro rodiny s mentálně postiženým dítětem.



Obr. 1 Taneční.



Obr. 2 Zimní zájezd.



Obr. 3 Zimní zábavné akce.



Obr. 4 Uspořádán zájezd k Jadranskému moři.



Obr. 5 Večerní škola.



Obr. 6 Vítězové sportovních disciplín.