

Univerzita Jana Amose Komenského Praha

Bakalářské kombinované studium

2011 – 2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Petra Dvořáková

Mentální postižení

Praha 2014

Vedoucí práce:

Mgr. Jitka Králová, MBA

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies

2011 – 2014

BACHELOR THESIS

Petra Dvořáková

Intellectual disability

Prague 2014

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jitka Králová, MBA

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů, v souladu s opatřeními rektora č. 9/2010 a č. 10/2010.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 20. ledna 2014

.....

podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Jitce Králové, MBA za odborné konzultace, podnětné připomínky, vstřícnost a čas, který věnovala mé bakalářské práci.

Zároveň děkuji za spolupráci Bc. Jaroslavě Beránkové z občanského sdružení Fragilní X při získávání informací.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem rodinné výchovy a prostředí na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince. Cílem práce je ukázat, jak jednotlivé faktory v rodině mají vliv na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince. V úvodních kapitolách práce se zabývám vymezením pojmů a etiologie mentální retardace, klasifikace a charakteristikou mentálního postižení, rodinou a její funkcí. Zajímala jsem se, jak proces stanovení diagnózy mentálního postižení ovlivnil soudržnost rodiny, jednotlivé fáze vyrovnávání se rodiny s daným postižením a styly rodičovské výchovy. V závěrečné části je zhodnocen vliv rodinné výchovy, a jaký má zásadní podíl na aktivaci omezených mentálních schopností jedince. Diagnóza mentálního postižení není vždy známa od narození. Součástí práce jsou i zpracované kazuistiky mentálně postižených jedinců.

Klíčová slova

Mentální retardace, výchova, rodina, péče

Annotation

This thesis examines the influence of family upbringing and environment for personal development mentally handicapped individual. The aim is to show how the various factors in the family have an impact on the personal development of mentally handicapped individual. In the opening chapters is the definition of terms and etiology of mental retardation, classification and characteristics of mental disability, family, and its functions. The aim of my study was to examine, how the process of diagnosis of intellectual disability affected family cohesion, single phase balancing family with a given disability and parenting styles. In the final section, the influence of family upbringing and what is crucial for the activation of limited mental abilities of the individual. A diagnosis of intellectual disability is not always known since birth. The thesis includes case reports of mentally handicapped people.

Key words:

Mental retardation, education, family, care

Obsah

Úvod.....	8
1 Vymezení pojmů a etiologie mentální retardace.....	9
1.1 Definice mentální retardace	9
1.2 Klinické projevy mentální retardace:	11
1.2.1 Mentální retardace se klinicky projevuje zejména:	11
1.2.2 Etiologie mentálního postižení.....	11
1.2.3 Epidemiologická data.....	13
2 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení.....	15
2.1.1 Lehká mentální retardace F70.....	16
2.1.2 Středně těžká mentální retardace F 71	16
2.1.3 Těžká mentální retardace F 72	17
2.1.4 Hluboká mentální retardace F 73	17
2.1.5 Jiná mentální retardace F 78	18
2.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace F 79	18
3 Rodina, její funkce a specifika života rodiny s postiženým dítětem ...	19
3.1 Rodiče a příchod potomka	19
3.1.1 Nová role partnerů.....	19
3.1.2 Širší rodina a sourozenci	20
3.1.3 Výchovná strategie.....	20
3.2 Vztahy v rodině s mentálně postiženým dítětem.....	20
3.2.1 Šok	21
3.2.2 Popření	21
3.2.3 Smutek, úzkost, zlost, pocity viny	21

3.2.4	Stadium rovnováhy	22
3.2.5	Stadium reorganizace	23
3.2.6	Sourozenci v životě jedince s mentálním postižením	23
3.3	Styly výchovy	27
3.3.1	Protekcionistická výchova	28
3.3.2	Perfekcionistická výchova	28
3.3.3	Protekční výchova	28
3.3.4	Realistická výchova	29
4	Specifika osob s mentálním postižením.....	30
4.1	Specifika osob s mentálním postižením.....	30
4.1.1	Komunikace a řeč.....	31
4.1.2	Úroveň myšlení	31
4.1.3	Paměť	32
4.1.4	Emocionalita	32
4.1.5	Potřeba vlastní seberealizace.....	33
5	Mentální retardace a integrace žáků do normálních škol statistické ukazatele Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.....	34
6	Praktická část - Vliv rodinné výchovy a prostředí na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince.....	35
6.1	Cíle a metody techniky výzkumného šetření	35
6.1.1	Cílem výzkumného šetření bylo zjistit:	35
6.1.2	Výzkumné otázky:	35
6.1.3	Použité techniky k vypracování bakalářské práce:	35
6.1.4	Metodologie výzkumu	36
6.2	Kazuistiky	37
6.2.1	Syndrom fragilního X chromosomu	37

6.2.2	Martin.....	39
6.2.3	Katka.....	41
6.3	Interpretace hloubkového rozhovoru s matkami mentálně postižených jedinců.....	43
7	Závěr.....	45
8	Seznam použitých zdrojů:.....	47
9	Příloha – tabulky.....	50

Úvod

Za posledních 20 let se situace v péči o mentálně postižené zásadně změnila. Zatímco dříve převažovala péče ústavní a lidé s mentálním postižením byli integrováni minimálně, je nyní kladen maximální důraz na výchovu v rodinném prostředí a integraci do normálního života. Současně je snaha o dosažení maximální míry soběstačnosti v souvislosti s mírou mentálního postižení a reálnými možnostmi konkrétního jedince. Lidé s mentálním postižením mají nyní možnost využívat širokého spektra služeb, mohou se vzdělávat a je jim věnována náležitá péče. Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že jsem se chtěla zabývat posouzením vlivu rodinné výchovy a prostředí na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince. Zajímala mne interakce mezi rodinou a mentálně postiženým, která je vždy oboustranná. Rodina na postiženého a zpětně, jak mentálně postižený formuje život rodiny, ve které žije. Snažila jsem se postihnout problémy, se kterými se dotyčné rodiny musí potýkat.

Cílem bakalářské práce je posouzení vlivu rodinné výchovy a prostředí na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince. Zjistit, jaké měli jedinci možnosti vzdělání a jak je dokázalo ovlivnit. Jak rodina reagovala na život dítěte a později adolescenta a dospělého a jak tato situace ovlivnila vztahy v rodině. Diagnóza mentálního postižení není vždy známa od narození, a proto jsem se zajímala, jak proces stanovení diagnózy mentálního postižení ovlivnil soudržnost rodiny, jednotlivé fáze vyrovnávání se rodiny s daným postižením a styly rodičovské výchovy. Bakalářská práce má sedm kapitol. První kapitola se zabývá vymezením pojmů a etiologií mentální retardace. Druhá kapitola se zabývá její klasifikací a charakteristikou. Třetí kapitola je zaměřena na rodinu, její funkce a specifika života s postiženým dítětem. Čtvrtá kapitola specifikuje osoby s mentálním postižením. Pátá analyzuje stav integrace žáků s mentální retardací do běžných škol dle údajů získaných z MŠMT. Šestá, prakticky zaměřená kapitola je věnována vlivu rodinné výchovy, kazuistikám a následnou interpretací zjištěných skutečností. V sedmé závěrečné kapitole jsem shrnula své výzkumné šetření a vyhodnotila závěr své práce. Ke zpracování bakalářské práce jsem analyzovala literární zdroje a provedla kvalitativní výzkumné šetření, jehož výstupem jsou kazuistické studie rodin, které pečují o dítě s mentálním postižením.

1 Vymezení pojmů a etiologie mentální retardace

1.1 Definice mentální retardace

Mentální retardace, neboli přeloženo *duševní zaostalost*, není pojem s pevnou interpretací. Jednoznačná a jednotná definice mentálního postižení neexistuje. V některých dějinných obdobích byla mentální retardace považována za nemoc, jindy byla brána jako postižení nebo dokonce jako sociální deviace. Samotný termín *mentální retardace* byl zaveden Americkou společností pro mentální retardaci (American Association of Mental Retardation – AAMR) ve 30. letech minulého století. V současnosti se většina specialistů odkazuje na definici AAMR publikovanou v roce 1992. Tato definice nepopisuje mentální retardaci ani jako nemoc, ani jako zdravotní postižení, ale jako funkční stav s omezením v oblasti inteligence a adaptivních schopnostech. Klasifikace pracuje s inteligenčním kvocientem (IQ) a mentální retardace odpovídá IQ nižšímu než sedmdesát. Předpokladem pro tuto diagnózu je, že potíže s adaptivní schopnosti se vyvinou dříve než v osmnácti letech.

U nás nejznámější a nejvíce citovaná je definice mentální retardace od M. Dolejšího: *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomickofyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“* (Dolejší, 1973, s.38)

Procházková uvádí jednoduchou definici postižení dle SONS ČR, která je užívána v České republice pro účely zdravotního pojištění.: *„Stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady“* (Procházková, 2009, s. 11).

Světová zdravotnická organizace, definuje mentální retardaci jako: *„částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“* (Procházková, 2009, s. 11).

„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevují neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu

přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky“ (Vágnerová, 2004, s. 298).

„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený nebo časně získaný (do 2 let života dítěte)“ (Bazalová In Pipeková, 2010, s. 289).

Mentálně postižení jedinci tvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně charakterizovat. I. Švarcová (2003, s. 35) k tomu uvádí: *„Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.“*

Pojem mentální retardace pochází z latinských slov *mens* a *retardare*. Slovo *mens* znamená v překladu mysl nebo duše a slovo *retardare* bychom mohli přeložit jako opozdit nebo zpomalit. Mentální retardace je tedy postižení postihující celou osobnost člověka ve všech jeho složkách osobnosti – tělesné, duševní i sociální. Je to stav trvalý, který může být buď vrozený, nebo je získaný do dvou let života dítěte. Jedná se o celkové snížení intelektových schopností jedince. U osob postižených mentálními retardacemi je trvale porušena poznávací činnost. Postižení má nejen vliv na vývoj a úroveň komunikačních a rozumových schopností, úroveň sociálních vztahů, emocí, ale i na možnosti pracovního a společenského uplatnění. Jejich možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezené. (Slowík 2007, Bazalová In Pipeková 2010)

V naší odborné literatuře se setkáváme s rozdíly v dělení na základě medicínského, psychologického a speciálně pedagogického aspektu. V klinické praxi se ještě dnes často setkáváme s používáním termínu oligofrenie a slabomyslnost. (Pipeková, J. 2006) Stupeň mentální retardace se obvykle měří pomocí standardizovaných testů inteligence. To může být nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Tato měření škálami určují pouze přibližně stupeň mentální retardace.

Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou totiž měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. (www.wikipedia.cz)

1.2 Klinické projevy mentální retardace:

1.2.1 Mentální retardace se klinicky projevuje zejména:

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů
- sníženou mechanickou a logickou paměť
- těžkostí pozornosti
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování
- citovou vzrušivostí, sugestibilitou a rigiditou chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opožděným psychosexuálním vývojem
- nerovnováhou aspirací a výkonů
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí
- poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a komunikaci
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky (Švarcová, I. 2003)

1.2.2 Etiologie mentálního postižení

Etiologie mentálního postižení může být multifaktoriální a ve většině případů nelze jednoznačně určit, zda bylo mentální postižení výhradně ovlivněno biologickými faktory, nebo zda se na stavu jedince podílejí i faktory sociální. Může být způsobena jakoukoli okolností, která narušuje vývoj mozku před narozením, během porodu nebo v raném dětství. Příčiny mentálního postižení se asi v 15 až 30% případů nepodaří diagnostikovat. Etiologie mentální retardace se dá dělit z různých hledisek, jako např. dle období vzniku či závažnosti.

1.2.2.1 Prenatální období

Prenatální období, tedy od početí do porodu, zahrnuje poškození plodového vejce infekčním onemocněním matky (toxoplasmosa, zarděnky, cytomegalovirus, HIV), toxickými vlivy (alkohol, drogy, olovo aj.), nekompenzovaným diabetem, léky, rtg zářením a dalšími nepříznivými vlivy. Výzkumy z poslední doby prokázaly, že také kouření zvyšuje nebezpečí mentální retardace.

1.2.2.2 Perinatální období

Období kolem porodu zahrnuje nedostatečné zásobení plodu kyslíkem, porodní trauma, krvácení do mozku či poporodní sepsi. Nejvíce ohroženy jsou předčasně narození novorozenci, s hmotností pod 1500g, kde riziko klesá se zvyšující se porodní hmotností novorozence.

1.2.2.3 Postnatální období

Časné novorozenecké a kojenecké období, může být provázeno těžkou infekcí novorozence, nitrolebním krvácením, záněty mozku a úrazy. Dětské nemoci, jako například černý kašel, plané neštovice, spalničky či zánět mozkových blan a mozku, mohou také vést k mozkovému poškození. Bohužel i špatná výživa kojence, zanedbávání péče či týrání dítěte může mít vliv na psychomotorický vývoj. Samostatnou kapitolu tvoří děti závislých matek, které jsou zvláště ohroženy.

1.2.2.4 Dědičnost

I dědičnost se může podílet na vzniku mentální retardace. K chromozomálním poruchám dochází sporadicky a jsou způsobeny přílišným množstvím nebo přílišným nedostatkem chromozomů, případně změnou struktury chromozomu. Příčinou mohou být abnormality genů zděděných po rodičích, odchylek při spojování genů nebo jiných genových poruchách způsobených během těhotenství (expozice radiací). S mentální retardací se pojí více než 500 převážně vzácných genetických chorob. Populačně nejvýznamnější geneticky podmíněnou chorobou, kde je v popřední intelligenční deficit patří asi trizomie 21, Downův syndrom. Jeho výskyt stoupá s věkem těhotné. V současnosti rodí již více jak 17% žen po 35. roku věku, takže i výskyt Downova syndromu stoupá. Děti s Downovým syndromem se díky prenatálním screeningovým programům rodí stále méně, protože ve více jak 80% případů se podaří diagnostikovat toto onemocnění již na konci prvního trimestru těhotenství. Od roku 1995 do roku 2013

klesl počet narozených dětí s Downovým syndromem z asi 8/10 000 na 4/10 000, tedy o polovinu. Syndrom fragilního X je ojedinělá genová porucha nalézající se na pohlavním chromozomu a je významnou zděděnou příčinou mentální retardace. K dědičným chorobám dále patří populačně významná fenylketonurie, která je však poměrně vzácná, či další méně běžná metabolická onemocnění, jako je hypothyroidismus.

1.2.2.5 Vnější vlivy

Další příčiny mentální retardace mohou být způsobeny vlivy rodinného, sociálního a kulturního prostředí. Tyto vlivy mohou působit, jak pozitivně tak negativně a mohou zapříčinit lehké mentální postižení.

1.2.2.6 Možnosti prevence mentální retardace

Příklady úspěšné prevence mentální retardace jsou screeningové programy zaměřené na včasnou detekci fenylketonurie, vrozené hypothyreózy a těžké novorozenecké žloutenky. Při fenylketonurii lze zabránit vzniku poškození mozku dietou, u vrozené hypothyreózy substitucí hormonu štítné žlázy a u novorozenecké žloutenky zabránit vzniku jádrového ikteru monitorováním hladin bilirubinu po porodu (s fototerapií či výměnou transfuzí, tam kde je to nutné). Prevencí vzniku poškození plodu aloimunizací u matek RhD negativních je podávání RhD globulinu k zabránění tvorby protilátek proti vlastním erytrocytům.

Očkováním proti spalničkám a zarděnkám lze zabránit vzniku mentální retardace při komplikovaném průběhu těchto onemocnění.

Odstraňování olova z životního prostředí redukuje poškození mozku u dětí. Preventivní opatření, jako například dětské ochranné sedačky a cyklistické helmy, snižují četnost a závažnost zranění hlavy. Značný význam mají rané intervenční programy pro ohrožené kojence a děti, které omezují předpokládané snížení intelektuálních schopností.

1.2.3 Epidemiologická data

Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Podle I. Švarcové (2003, s. 34) „*Navíc počet osob s mentální retardací nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku stále stoupá. Tento vzrůst může být do značné míry relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence mentálně postižených, i když ani dnes není jejich evidence úplná.*“

Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3% občanů, z nichž největší počet – téměř 2,6% připadá na postižené lehkou mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1 – 0,2% v populaci. Pokud jde o jednotlivá ontogenetická období, nejvíce mentálně retardovaných se vykazuje ve školním věku, který klade specifické požadavky na intelekt a umožňuje průkazná srovnání úrovně rozumových schopností mezi jednotlivými žáky. V předškolním věku nejsou všechny mentálně postižené děti rozpoznány a evidovány. V adolescenci a věku dospělosti už dochází ke splývání osob s lehčí mentální retardací s ostatní populací a ti mentálně opoždění, kteří se úspěšně zařadili do sociálních vztahů, už za mentálně retardované zpravidla nebývají považováni. (Švarcová, I. 2003)

2 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení

Mentální retardaci lze kvantifikovat stanovením tzv. inteligenčního koeficientu, kterým vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Obvykle se používá metodika mezinárodní statistické klasifikace nemocí, t.č. její 10. revize vydaná Světovou zdravotnickou organizací ve verzi Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013.

Tabulka 1. Klasifikace dle stupně mentální retardace (Hučík In Lechta, 2010, s. 252)

MKN	Stupeň retardace	IQ	Odpovídající mentální věk v dospělosti (let)
F70	Lehká mentální retardace	50-69	9-12
F71	Středně těžká mentální retardace	35-49	6-9
F72	Těžká mentální retardace	20-34	3-6
F73	Hluboká mentální retardace	<20	<3
F78	Jiná mentální retardace	Mentální retardaci nelze přesně určit pro přidružené smyslové a tělesné postižení, poruchy chování a autismus.	
F79	Nespecifikovaná mentální retardace	Je určeno, že jde o mentální retardaci, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit.	

Dále rozlišujeme typy (Franiok, 2008, s. 35):

- Typ torpidní (apatický, klidný, málo aktivní, pomalý)
- Typ eretický (aktivní, neklidný, nesoustředěný, impulzivní)
- Typ nevyhraněný

2.1.1 Lehká mentální retardace F70

Lehká mentální retardace se vyskytuje nejčastěji a nezpůsobuje v sociokulturním kontextu žádné závažné problémy. Většinou teprve po vstupu do školy se u nich začnou projevovat problémy. Postižení jedinci mají IQ v rozmezí 50 až 69 a v dospělosti odpovídají mentálnímu věku 9 až 12 let. Lehce opožděná jemná i hrubá motorika může způsobovat problémy s pohybovou koordinací. Paměť je mechanická a pozornost krátkodobá. Samotný vývoj řeči je opožděn, ale jedinci nemají problémy s vyjadřováním v každodenním životě a jsou schopni udržet konverzaci. Ve vývoji obvykle zaostávají, ale nejsou v obsluze závislí na okolí. Socializace jim nedělá většinou problém a jsou schopni mít společenské vztahy na dobré úrovni. Doma jsou schopni provádět základní úkony. Co se vzdělávání týče, nejčastěji se jedinci s tímto stupněm postižení vzdělávají v základní škole praktické. Protože mívají problémy se čtením a psaním, je důležité u nich rozvíjet především praktické dovednosti. Pro dospělé jedince je vhodné manuální zaměstnání s důrazem na praktické dovednosti.

Zásadní význam u tohoto typu postižení má rodinné prostředí, ze kterého postižení jedinci pochází. Podněcující rodina je schopna významně zlepšit výkon těchto jedinců, na rozdíl od rodin, které nejsou schopny rozvíjet schopnosti těchto jedinců s lehkým mentálním postižením. Příčiny této poruchy jsou multifaktoriální, resp. neznámé. (Pipeková In Vítková 2004, Valenta, Miller 2007, Švarcová 2003, Lechta 2010, Franiok 2008).

2.1.2 Středně těžká mentální retardace F 71

Středně těžká mentální retardace je druhým nejčastějším typem mentálního postižení. Postižení jedinci mají hodnotu IQ mezi 35 – 49 a v dospělosti odpovídají mentálnímu věku 6 až 9 let. V popředí se jedná o psychomotorické postižení, které se vyznačuje neobratností a nekoordinovaností pohybů, ale celkově jsou jedinci mobilní a jsou schopni určité fyzické aktivity, současně rozeznávají osoby ze svého okolí. Co se myšlení týče, je konkrétní. Rozvoj řeči je výrazně opožděn, což vede k tomu, že se vyjadřují jen jednoduchými větami, s velmi chudým slovníkem. V některých případech nejsou schopni ani jednoduché konverzace a těžko hledají slova. V emoční oblasti dominuje nevyrovnanost, labilita a výskyt afektivních reakcí. Vzdělávání jedinců je omezeno. Jedinci se středně těžkým mentálním postižením se nejčastěji vzdělávají

v základní škole speciální. V určité míře jsou schopni dosáhnout soběstačnosti a nezávislosti, bývají schopni udržovat osobní hygienu, ale jen málokterý jedinec je schopen úplně samostatného života. I u tohoto typu postižení je důležité, jak se podaří ve spolupráci rodiny a školy dosáhnout co nejlepšího rozvoje schopností. V období dospělosti jsou schopni pod odborným dohledem vykonávat jednoduchou manuální práci. I u této poruchy jsou příčiny neznámé, i když často lze odhalit organickou etiologii, častý je výskyt neurologických onemocnění jako epilepsie. Vedle tělesných postižení může být sdružená vývojová pervazivní porucha, například dětský autismus. (srov. Švarcová 2000, Vágnerová 2004, Lechta 2010)

2.1.3 Těžká mentální retardace F 72

Těžká mentální retardace je vzácnější porucha s výrazným psychomotorickým postižením, kdy se IQ jedince pohybuje v rozmezí 20 - 34. Komunikují jen velmi obtížně pomocí neartikulovaných výrazů či nekomunikují vůbec (Vágnerová, 2004, s. 302). Jsou plně závislí na asistenci, ale i zde platí, že včas zahájená a systematická péče má vliv na kvalitu rozvoje jejich motorických, rozumových a komunikačních schopností a dokáže zlepšit kvalitu jejich života (Švarcová 2003, s. 29). Vzdělávání je možné v základní škole speciální. Příčina tohoto postižení je obvykle organická. (srov. Pipeková In Vítková 2004, Švarcová 2003).

2.1.4 Hluboká mentální retardace F 73

Je vzácná těžká porucha, provázená imobilitou a neschopností chápat pokyny a instrukce. Postižení jedinci mají IQ méně než 19. Jsou nesoběstační a nejsou schopni ani základních hygienických úkonů. (Pipeková In Vítková, 2004, s. 300). Jedinci nemluví, spíše výjimečně komunikují neverbálně. Schopnost řeči je silně omezena. V nejlepším případě jsou schopni zbytkové neverbální komunikace. Ve výjimečných případech jsou přece jen schopni vyhovět jednodušším požadavkům a podílet se na sebeobsluze či úkonech v domácnosti. Příčina postižení je většinou organická, s psychomotorickým omezením, doprovázená epileptickými záchvaty. Současně bývají omezeny i senzorické schopnosti, zrak a sluch. Časté jsou těžké formy pervazivních poruch jako je atypický autismus. (srov. Švarcová 2003, Pipeková In Vítková, 2004).

2.1.5 Jiná mentální retardace F 78

Kvůli přidruženým somato-senzorickým postižením se často nedaří stanovit míru postižení intelektu obvyklými metodami (Švarcová 2003).

2.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace F 79

Do této kategorie je možné zařadit i jedince s mentálním postižením, kde není dostatek charakteristik, které by umožňovaly zařazení dle obvyklých kritérií (Švarcová 2003).

3 Rodina, její funkce a specifika života rodiny s postiženým dítětem

3.1 Rodiče a příchod potomka

V tomto oddíle budou popsány obvyklé, přirozené jevy, se kterými se setkává rodina, pokud se jí narodí zdraví novorozenci a normálně se vyvíjejí. Jak patrné, ani tento běžný stav není úplně hladký, bez překážek. V rodině, kde se narodí dítě s postižením, jsou potom všechny tyto běžné obtíže významně akcentovány.

3.1.1 Nová role partnerů

Manželé, či nesezdaní partneři, kteří očekávají narození prvního potomka, si v lepším případě sice myslí, že jsou na rodičovství připraveni, ale realita po narození dítěte bývá odlišná od jejich očekávání. Z dvojice partnerů se stává rodina. Příchod potomka vnímá jinak matka a jinak otec dítěte, navíc se mění vztah mezi partnery z bilaterálního k trilaterálnímu, či ještě lépe ke vztahu, který se dá přirovnat k trojúhelníku. Nová identita rodiče se nejsilněji dotkne ženy, která se stává v momentě porodu matkou. Více méně nemá na vybranou, než tuto roli přijmout. Většinou vnímají ženy, i ty co těhotenství neplánovaly jako část přirozeného životního cyklu, uzavření jedné životní etapy a nástup nového období dospělosti. Zajímavé je, že období těhotenství vnímají čerstvé matky většinou velmi pozitivně, a zdá se, že pokud v těhotenství prožívaly i některé negativní pocity, byly tyto postupem času úplně vytlačeny radostí ze vzniku nového života a možná i naplněním své role ženy - matky. Důležitým faktorem, ovlivňujícím to, jak prvorodičky zvládají svůj nový statut matky (manželky), je jejich předchozí zkušenost se samostatným vedením domácnosti a hospodařením, s životem v partnerství. Pokud byly zvyklé na zodpovědnost za sebe samu je pro ně jednodušší vyrovnat se s novým pocitem zodpovědnosti za někoho jiného. V opačném případě, musí prvorodičky čelit všem těmto okolnostem najednou a musí se vyrovnat s mnohem větším psychickým a fyzickým náparem. V obou situacích přistupuje jako významný faktor to, jak se ke své nové roli otce postaví partner.

Partnera, který nemá dosud zkušenosti s otcovstvím, zastihuje porod dítěte také většinou nepřipraveného. Nejprve se musí postavit ke změně, která vzniká ve vztahu mezi jím a ženou. Ta část svojí pozornosti už navždy věnuje dítěti a partner přestává být středem

pozornosti. V prvních týdnech po porodu se šestinedělka musí vypořádat s fyzickými změnami souvisejícími s porodem.

3.1.2 Širší rodina a sourozenci

Další výrazná změna, která pár po příchodu dítěte zasáhne, je větší zapojení rodičů a prarodičů do rodiny a někdy také přímo do života páru. Zdá se, že prarodiče s narozením vnuka či vnučky získávají pocit určité větší pravomoci podílet se na fungování rodiny. Pomoc ze strany prarodičů je většinou vítána, ale může však být také nezřídka zdrojem konfliktů.

Co se týká změn, které do rodiny přinášejí další děti, zdá se, že samotné období okolo narození dítěte, už z hlediska fungování rodiny, není tak zásadní, protože oba partneři jsou na příchod potomka lépe připraveni. Nicméně i narození druhého dítěte partnery může ještě překvapit, protože podle pořekadla „jedno dítě žádné dítě“ poznávají, že péče o dvě děti nebývá dvojnásobná, ale spíše trojnásobná. Pro matku to především znamená, že si již nemůže odpočinout, když dítě usne – obvykle neusnou obě najednou, takže když jedno spí, druhé vyžaduje pozornost. Zatímco první dítě rodinu de facto tvoří, při narození druhého je již rodina etablovaná, role jsou stanovené, zažité. Nejdůležitější změnou, kterou je tedy třeba ustavit v tomto období, je vyrovnaný vztah k dětem. Je patrná snaha, dělit je stejným dílem a přistupovat k nim stejně, aby se ani jedno z nich nemohlo cítit ukřivděně.

3.1.3 Výchovná strategie

Stejnou důležitost hraje i konsensus rodičů ohledně výchovné strategie. Určitou představu o výchově má sice patrně každý z nich, ale nikdo si nemůže být jistý tím, že právě jeho způsob je jediný správný a bude úspěšný. Pro psychiku matky je tedy důležité, když s ní partner v otázkách výchovy souhlasí a podporuje ji, jinak může žena pociťovat pochybnosti, které můžou vyústit až do krize identity (matky).

3.2 Vztahy v rodině s mentálně postiženým dítětem

Asi nikdo si nepřeje a už vůbec si nedovede představit (pokud nemá podobnou zkušenost z vlastní rodiny), co znamená pro rodinu dítě s mentálním postižením. O mentálním postižení se rodiče většinou nedozví ihned po porodu, protože diagnóza bývá nejčastěji učiněna až v prvních letech života dítěte, kdy je patrné zaostávání za

předpokládaným vývojem. Také je možné, že diagnóza je učiněna až v období školní docházky, kdy dítě nezvládá obvyklé studijní povinnosti. Výjimkou je dítě, které má již při narození známou diagnózu, jako například trizomi 21, Downův syndrom.

Dítě s postižením znamená pro rodinu těžkou zkoušku. Když se rodiče dozvídají, že právě jejich dítě má mentální postižení, reagují v závislosti na svém vzdělání a podle svého charakteru. Bez ohledu na to, jak budou v následujících letech zvládat situaci svého dítěte, je první fáze velmi obtížná. Rodina prochází několika fázemi, než se vyrovná s daným postižením dítěte. Bartoňová a Pipeková (In Pipeková, 2010, s. 44) uvádějí několik fází:

3.2.1 Šok

V momentě, kdy se rodiče dozvídají, že jejich potomek trpí mentálním postižením, vyděsí se a zažijí šok. „*Šoková reakce vám zabrání vnímat a chápat to, co doktor říká*“ (Selikowitz, 2005, s. 17). Hrůza i šok jsou projevy pokusu o obranný mechanismus člověka, který na krátkou dobu zajistí rovnováhu jedince. Rodiče častokrát diagnóze postižení nemohou uvěřit. Zhrouťí se jim veškeré naděje a očekávání, protože jejich mentálně retardované dítě „*nezapadá do představy, kterou si rodiče o zdravém dítěti tvoří dávno předtím, než se jim jakékoli dítě narodí. Jsou proto nepochybně dotčeni ve své rodičovské identitě*“ (Matějček 1992, sec.cit. Opatřilová, 2006, s. 61). Rodiče jsou smutní, zklamaní, cítí pocit úzkosti a ocitají se v neočekávané realitě. Z nepochopení si stále kladou mnoho otázek a mezi nimi i proč se právě jim narodilo postižené dítě. Prožívají pocity viny za nastalou situaci, zmatku a často reagují na tento fakt neuváženým způsobem (Opatřilová 2006, Selikowitz 2005).

3.2.2 Popření

Vždy nadchází fáze tzv. popření, kdy se rodiče nedokážou s danou realitou smířit. Myslí si a doufají, že to není pravda. Nově objevené informaci stále nemohou uvěřit a nedokážou se s danou situací vyrovnat. Jsou značně zoufalí a zklamaní.

3.2.3 Smutek, úzkost, zlost, pocity viny

Většina rodičů hledá vinu u druhých lidí. U svého partnera, rodičů, nebo u lékařských pracovníků. Projevy smutku provází i agrese a pocit vzteku na celé své okolí. Stává se,

že je rodina nepřátelská a agresivní vůči svému okolí, nebo se naopak schovává před celým světem. Mnoho z těch, kteří se stanou rodiči postiženého dítěte, pocítují vinu, hluboký smutek a sebelítost. Reakce na sdělení se velmi často připodobuje žalu, který cítíme při ztrátě milovaného člověka. Někteří pláčou nad ztrátou očekávaného dítěte. Z chování, co právě rodiče zažívají, se mohou dostat do depresí, kdy se sami obviňují a cítí stud před okolím (Slowík 2007). „*Narození dítěte s postižením rodiče prožívají jako vlastní selhání, jako neschopnost přivést na svět zdravého potomka, což se projeví ztrátou sebedůvěry a pocitu méněcennosti a úzkosti v prožívání*“ (Opatřilová, 2006, s. 61).

Aby rodiče snadněji zvládli nastalou situaci, měli by v tomto období vyjádřit všechny své pocity. „*Důležitá je proto pomoc a podpora, kterou může rodině dodávat jak blízké okolí (širší rodina, příbuzenstvo, přátelé), tak odborníci (lékaři, psychologové, speciální pedagogové, duchovní atd.)*“ (Slowík, 2007, s. 34). Z počátku, když byla rodičům oznámena diagnóza specifikující postižení jejich potomka, nebyli příliš schopni vnímat všechny informace, a proto je důležité, aby jim lékaři znovu sdělili všechny informace týkající se dané události. Důležitou roli právě v této chvíli hraje způsob, jakým jsou informace rodičům sděleny. Selikowitz 2005, s. 15) uvádí, že „*ačkoli neexistuje jediný ideální způsob, jak nepříjemnou zprávu sdělit, je zřejmé, že to jde udělat lépe či hůře. Průzkumy dokazují, že většina rodičů dává přednost tomu, aby se to dozvěděli co nejdříve, společně, a aby dítě bylo v té chvíli u toho. Mnozí rodiče vyjádřili nespokojenost se způsobem, jakým jim byla diagnóza sdělena. Často se informaci dozvěděl jen jeden z nich a byl požádán, ab to řekl svému partnerovi. Rodiče si stěžují na necitlivé zacházení, nedostatek soukromí v příslušném okamžiku a na málo času na dotazy*“. Doporučuje se, aby lékaři poskytli rodičům dostatečně klidný prostor, kde budou moci projevit své emoce, později je uklidnit a nabídnout jim další pomoc (Vosmik, Bělohlávková 2010).

3.2.4 Stadium rovnováhy

Stadium rovnováhy je období, které nelze časově ohraničit, protože může trvat týdny až měsíce, případně i několik let. Je to období, kdy se snaží rodiče zhodnotit situaci racionálně, což se jim daří díky ústupu pocitů úzkosti a depresí. Pokouší se vymyslet způsob aktivní účasti na léčbě potomka a dalších způsobů pomoci. Pomoc se snaží

nalézt i pomocí navazování kontaktu s rodiči, kteří mají podobný problém, podporují se a navzájem si pomáhají.

3.2.5 Stadium reorganizace

Stadium reorganizace je období, kdy odeznívají příznaky deprese, a rodiče se s danou diagnózou vyrovnávají. Dítě je konečně přijímáno takové, jaké je i s daným postižením a rodiče začínají hledat nejvhodnější řešení do budoucna a začínají se starat o své dítě. V některých případech dochází i k rozchodu rodičů, kdy se jeden z nich odmítá smířit s diagnózou dítěte. Pokud však tuto krizi oba z nich překonají, dojde spíše k posílení vzájemných vztahů a stmelení rodiny. V tuto chvíli je velmi důležité zapojení obou rodičů, zvláště zapojení otce může pomoci ke stabilizaci rodiny. Stadia reorganizace však nemusí dosáhnout všichni rodiče, protože u některých je smutek a pocit viny tak hluboký, že se s daným faktem nikdy nesmíří. Někdy rodiče totiž dítě odmítnou a raději se ho vzdají (srov. Selikowitz 2005, Vágnerová 2008, Bartoňová, Pipeková In Pipeková 2010, Vosmik, Bělohávková 2010).

„Každý rodič si nakonec najde vlastní způsob, jak se vyrovnat s pocity a obtížemi, které nastaly v období po stanovení diagnózy. Žádný jednoduchý recept na rychlé a bezbolestné přivyknutí na daný fakt neexistuje“ (Selikowitz, 2005, s. 20). Je nezbytné, aby si rodiče uvědomili, že výchova dítěte s postižením je v mnohém náročnější, než výchova a péče o zdravého potomka. Znamená to celoživotní péči o mentálně postižené dítě, která může být pro mnohé z nich značnou zátěží. Výchova a péče vyžaduje mnohem více času, úsilí, hlavně trpělivosti, a celkové přizpůsobení životního stylu potomka. Musí dojít k celkovému přehodnocení životních hodnot a cílů, a musí se uspořádat rodinný život tak, aby naplňoval nejen potřeby postiženého dítěte, ale i potřeby ostatních členů rodiny. Je nezbytné se vyrovnat s novým sociálním postavením rodiny a případnou izolací od okolí. Pro rodinu je velmi důležitá celková odolnost, čili snaha rodiny překonat mnoho problémů a strastí. (srov. Vágnerová 2008, Bartoňová, Pipeková In Pipeková 2010).

3.2.6 Sourozenci v životě jedince s mentálním postižením

Narození postiženého dítěte do rodiny znamená velkou zátěž nejen pro rodiče, ale také pro sourozence. *„Každá sourozenecká skupina je tvořena bratry a sestrami a jejich*

vzájemnými proměnnými – věk, pořadí narození, věkový rozdíl. Narozením mladšího sourozence se může probudit zloba, zklamání ve vztahu k matce, žárlivost. V okamžiku narození druhého sourozence to může být, že už není jediným předmětem lásky. Sourozenecké vztahy nutí dítě přizpůsobit se společenským požadavkům. Sourozenecká skupina tedy vytváří a ovlivňuje jedince“ (Bartoňová, Pipeková In Pipeková, 2010, s. 46).

Vyskytují-li se v rodině sourozenci, získávají společným soužitím velmi specifické socializační zkušenosti. Sourozenci mají příležitost osvojit si sociální dovednosti, které budou moci později uplatnit ve vztazích s vrstevníky. „*Zkušenost ze sourozeneckého života je jedinečná i proto, že dítě se sourozenci žít musí“* (Vágnerová, 2000, s. 178). Základní charakteristikou sourozenecké skupiny je její danost, protože pohlaví, počet a ani pořadí sourozenců nelze měnit. Každý potomek má v rodině své specifické místo a roli, kterou může ovlivnit své sourozence. Míra vzájemného ovlivňování sourozenců je závislá na několika faktorech, jako je věk, pohlaví, pořadí narození, věkový rozdíl a počet sourozenců. Jako nejdůležitější by mohlo být považováno právě pořadí, které je velmi důležité během vývoje způsobů chování a mnohých rysů osobnosti (Vágnerová 2000).

3.2.6.1 Nejstarší sourozenec

Nejstarší sourozenec je mezi sourozenci na tzv. dominantní pozici, která se může projevat autoritářstvím, neboli sekýrování, nebo naopak takzvaným ochranným projevem, kdy nejstarší pečuje, ochraňuje a předává cenné rady a zkušenosti svým mladším sourozencům. Často se starší sourozenec stává vzorem pro mladší a svým chováním vytváří jakýsi model ať už k napodobení nebo naprostému vymezení se. Z rodičovského úhlu pohledu získává nejstarší mnohá privilegia, ale zároveň i povinnosti a musí plnit jejich očekávání, protože bývá brán jako ten rozumnější a zodpovědnější. Rodiče tak v nejstarším očekávají naplnění svých představ. (Vágnerová 2000).

3.2.6.2 Nejmladší sourozenec

Naopak nejmladší ze sourozenců má ke všem ostatním členům rodiny tzv. podřízené postavení. Bývá považován za malé dítě, které je tolerováno, jsou mu odpuštěny prohřešky, které by u nejstaršího nebyly akceptovány a to i proto, že k nejmladším bývají rodiče shovívavější. Nejmladší ze sourozenců tak obvykle zastává pozici

mazlíčka rodiny. Jedinec se vždy nachází v podřízeném postavení a své životní situace se musí naučit řešit právě z této pozice. Stává se, že se snaží získat jisté výhody například žalováním na sourozence, popřípadě vydíráním starších sourozenců. Rodiče nemívají na nejmladší potomky tak velké požadavky jako na nejstarší, ale na druhou stranu je nejmladší neustále srovnáváno se staršími sourozenci, a pokud starší vyniká v jedné z oblastí, například studiu, očekávají, že jej bude mladší potomek následovat (Vágnerová 2000).

3.2.6.3 Jedináček

Velmi specifická role v rodině je pozice jedináčka, jelikož jediným s kým se dítě může porovnávat jsou dospělí v okolí. *„Nemá možnost zažít pocit solidarity a podpory na úrovni symetrických rolí a získat zkušenost s řešením takových konfliktů. Nemusí potlačovat svoje přirozené egocentrické tendence a hledat řešení pro obě strany“* (Vágnerová, 2000, s. 179). Zkušeností z řešení konfliktů tak jedináček získává až při setkání s vrstevníky. Všeobecně můžeme charakterizovat dvě hraniční pozice osobnosti jedináčka. První z nich je tzv. nechtěné dítě, kdy pár o dítě z jistých důvodů nestál, v takovém případě je jedináček akceptovaný, ale citová vřelost a láska mu není projevována. Z. Matějček uvádí, že 22% nechtěných dětí je bez sourozence. Druhou hraniční pozicí je přílišná a vysoká pozitivní hodnota jedináčka. Rodiče mají na dítě velmi vysoké nároky a tím pádem je na jedináčka upínána veškerá pozornost a láska rodičů, stejně jako i strach a obavy o dítě (Vágnerová 2000).

3.2.6.4 Informování sourozence a problémy ve výchově

Jedná-li o rodinu, kde jsou minimálně dvě děti, z nichž jedno je postižené, je nejen výchova, ale i životní styl rodiny značně odlišný od rodin bez postiženého dítěte. Kolem třetího roku zdravého dítěte je nutné, aby mu rodiče vysvětlili, že je jeho sourozenec mentálně postižený a aby tuto informaci přijal jako součást života rodiny. Při sdělování by měli být přítomni oba rodiče a všechny ostatní děti. Je to tak snazší a navíc to posílí rodinné vztahy. Vhodnější je držet postižené dítě v náručí jednoho z rodičů, aby bylo všem jasné, že se o postižené dítě pečuje stejně jako o ostatní. Přibližně do dvanáctého roku věku sourozenec nepotřebuje znát všechny detaily ohledně postižení svého sourozence. Stačí, aby znalo základní termíny, v případě, že by se ho vrstevníci na sourozence zeptali. Kolem dvanácti let, když je dítě informováno o diagnóze svého

sourozence, se jejich city mohou podobat citům rodičů a právě v tomto období je velmi důležitý dialog mezi rodiči a dítětem (Selikowitz 2005).

Sourozenci se mezi sebou musí naučit určité „**strategie zvládnání vtahu**“. Většinou zdravý sourozenec přijme roli ochránitele, který podporuje a ochraňuje svého postiženého sourozence. Důležité je, že by dítě nemělo získat pocit, že se o postiženého sourozence bude muset opatrovat, až nebudou moci rodiče, ale ujistit jej, že v případě takové situace jsou zde potřebné služby, které lze využít (Bartoňová, Pipeková In Pipeková 2010, Selikowitz 2005).

I přes veškeré snahy o neděláním rozdílů mezi dětmi se můžeme setkat se **dvěma extrémů** ve výchově. Prvním z nich je neustálé soustředění rodičovské pozornosti pouze na postižené dítě, ten druhý je naopak opačný, neboli když rodiče soustředí veškerou pozornost na zdravého potomka. V případě, kdy je zdravé dítě odsunuto na druhou kolej a od rodičů se mu nedostává tolik pozornosti a péče, kterou by potřeboval, je od něj vyžadováno vyspělejší jednání, než by jeho věku odpovídalo. Rodiče nechtějí zdravé dítě obrátit o svou pozornost, ale domnívají se, že je postižené dítě potřebuje více, než dítě zdravé, od kterého je vyžadována i pomoc v péči o nemocného sourozence. Rodiče také doufají, že je zdravý potomek v budoucnosti, ať už v případě smrti nebo jiného důvodu neschopnosti se o dítě starat, zastoupí. V druhém případě se rodiče naopak věnují především zdravému dítěti a postižené dítě je tímto způsobem opomíjeno, a proto dochází ke kompenzaci neuspokojení ze strany postiženého dítěte. Na zdravého potomka jsou kladeny mnohem větší nároky a očekávání, než je přiměřené k jeho věkové úrovni. Druhým výchovným extrémem tak dochází k růstu sebevědomí rodičů a k jisté kompenzaci zklamání z postiženého dítěte (Opatřilová 2006).

Velmi důležitou částí výchovy je spravedlivě rozdělit **čas rodičů** mezi jednotlivé potomky a mluvit s nimi o jejich problémech tak, aby nevznikly žádné zbytečné pochybnosti a neshody. U dítěte, jehož starší sourozenec je postižený, se může stát, že prožívá pocity provinění, protože svým přirozeným vývojem předhání svého staršího postiženého sourozence. Rodiče by neměli zapomínat chválit všechny své děti, aniž by docházelo k jejich srovnávání. Obvykle je vyžadována pomoc zdravého sourozence, častokrát dochází až k přetěžování. Stává se také, že je postižené dítě odmítáno, protože omezení v některých vývojových možnostech způsobují redukci kontaktů s vrstevníky, stejně jako omezení možnosti hry a dalších aktivit s vrstevníky. (Bartoňová, Pipeková In Pipeková 2010, Selikowitz 2005).

3.2.6.5 Sourozenci postiženého dítěte

Sourozenci postiženého dítěte musí často zažívat posměch svého okolí. Právě v této chvíli je velmi důležité, aby rodiče svému potomkovi předvedli, jak se v dané chvíli chovat a bránit. Nejdůležitějším v této situaci je dítě vyslechnout a nechat ho projevit veškeré negativní pocity, kterými může být i hněv a nelibost. Podaří-li se rodičům dítě povzbudit, aby své pocity vyjádřilo právě jim, pravděpodobnost, že bude všechny své pocity v sobě hromadit v sobě nebo je použije proti svému sourozenci, značně klesá. Rodiče si musí uvědomit, že nepříjemné poznámky vrstevníků jejich dítěte se velmi těžko ignorují. V těchto chvílích mohou pomoci odborné knihy, nebo učitel, který může například ve třídě zorganizovat besedu věnující se tématu lidí se zdravotním postižením. Další možností řešení problémů a předcházení negativním pocitům je setkávání se s ostatními sourozenci dětí s mentálním postižením, které pomáhá dětem, získávají pocit, že v takové situaci nejsou sami (Selikowitz 2005).

3.3 Styly výchovy

Výchova dětí s mentální retardací je v mnohém psychicky i fyzicky náročnější a obtížnější, než výchova zdravých dětí. Styly výchovy rodičů jsou ovlivněny mnoha faktory, mezi něž patří nejvyšší získané vzdělání a s ním související úroveň inteligence, citové a sociální zvyky rodiny, pocity úzkosti a napětí, konflikty v rodině, žebříček osobních hodnot a především jde o osobní zkušenost prožitou například v dětství a nesmí být opomenut vztah k vlastním rodičům a dalším, kteří měli vliv na výchovu rodiče. Je nezbytné, aby si rodiče dítěte s mentálním postižením uvědomili, že rychlost vývoje je mnohem pomalejší než u ostatních zdravých dětí. Projevy dítěte v jednotlivých etapách obvykle odpovídají věku dítěte mladšího a proto není dostatečně schopné uspokojit potřeby rodičů (Opatřilová 2006). *„Z hlediska citového vztahu rodičů k dítěti se může jednat o nadměrně negativně laděné nebo naopak přehnaně pozitivní výchovné postoje. Tato výchovná jednostrannost může být projevem obranného mechanismu na zátěžovou situaci, kterou je pro rodiče postižení jejich dítěte“* (Opatřilová, 2006, s. 65).

Za rizikové styly výchovy rodičů vůči dítěti se zdravotním postižením patří protekcionistická výchova, perfekcionistická výchova, protekční a realistická výchova, kterým se budeme věnovat na následujících stranách.

3.3.1 Protekcionistická výchova

Protekcionistická výchova se projevuje přílišnou ochranou, kterou projevují rodiče svému potomkovi. Dítě je vždy protěžováno a nedostává se mu přiměřených možností vzhledem k jeho postižení. Rodiče a další příbuzní projevují nadměrnou péči a dělají za dítě i to, co by bylo schopné samostatně zvládnout. Celá rodina se bojí, že by si jejich dítě jakkoli mohlo ublížit. Rodiče nezdravě lpí na dítěti a zabraňují mu tak v jakékoli vlastní iniciativě a činnostech. Dítě tak díky přehnané ochranné péči svých rodičů nemá příležitost uspokojit potřebu své vlastní stimulace, aktivity a poznávání. Příčinou tohoto typu výchovy bývá vnitřní nepřijetí postižení dítěte a rodiče se tak snaží dítěti „obětovat“ (Opatřilová 2006, Slowík 2007).

3.3.2 Perfekcionistická výchova

Perfekcionistická výchova je doprovázena kladením příliš velkých nároků na dítě a snahou o to, aby bylo dítě dokonalé ve všech úkonech i přes postižení, kterým trpí. Problém však je, že tyto nároky není dítě vzhledem ke svému postižení schopné zvládnout. Rodiče se zaměřují především na úspěchy ve škole a neocení stejně důležité složky úspěchu, jako je schopnost adaptace ve školním prostředí, schopnost samostatnosti, přijetí autority učitele apod. Nadměrná stimulace má pomoci, aby dítě překonávalo svoje postižení, ale bohužel to vede k dlouhodobému přetěžování a nakonec k neurotizaci dítěte (Opatřilová 2006, Slowík 2007).

3.3.3 Protekční výchova

Cílem protekční výchovy není samotná dokonalost dítěte, ale dosažení takových hodnot a postavení ve společnosti, které rodiče považují za významné. Způsob, jakým daných cílů dítě dosáhne, nepovažují rodiče za důležitý. „Proto se takoví rodiče snaží „umetat dítěti cestičky“, odstraňovat překážky a vyžadují, aby se do této aktivity zapojili i všichni ostatní, kdo jsou s dítětem v kontaktu“ (Opatřilová, 2006, s. 66). Dítě takto očekává, že dostane vše, na co si pomyslí, protože je to povinností ostatních vůči jemu samému. Tento způsob výchovy vede k nedostatečné samostatnosti dítěte a jeho domnívání se, že má různá privilegia (Opatřilová 2006).

3.3.4 Realistická výchova

Realistická výchova je považována za nejpříjemnější a nevhodnější. Rodina se snaží vhodným způsobem motivovat dítě tak, aby dosahovalo v rozvoji svých maximálních možných úspěchů. Rodiče respektují specifika a omezení související s daným postižením. Funkční rodinné prostředí má pro dítě s mentálním postižením velký význam (Slowík 2007).

Na způsob a kvalitu výchovy rodičů má značný vliv skutečnost, zda se jedná o dítě jedináčka se zdravotním postižením, nebo zda má ještě dalšího zdravého sourozence. Pokud je součástí rodiny starší zdravý sourozenec, jsou výchovné postoje rodičů méně extrémní a se zdravotním postižením dítěte se lépe vyrovnávají. Pokud se jedná o mladší zdravé dítě, rodinná situace se uklidní a nedochází k extrémům ve výchově (Opatřilová 2006).

4 Specifika osob s mentálním postižením

4.1 Specifika osob s mentálním postižením

Každý jedinec s mentálním postižením je svébytný člověk s jedinečnými osobnostními rysy. „Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný“ (Švarcová, 2003, s. 33). U lidí s mentálním postižením dochází k celkovému poškození neuropsychického vývoje, to způsobuje řadu zvláštností, které se u jedinců projevují v jednotlivých stránkách osobnosti. Dochází především k odlišnému vývoji psychických vlastností člověka. Zvláštnosti zasahují sféru emocionální, volní, poznávacích procesů, ale ovlivňuje i chování jedince a jeho schopnost adaptability (Pipeková 2006, Švarcová 2003).

Švarcová uvádí některé psychické zvláštnosti mentálně postiženým osob (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 27):

- zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků
- snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů
- snížená mechanická a zejména logická paměť
- těkavost pozornosti
- nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulzivita, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování
- citová vzrušivost
- sugestibilita a rigidita chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opožděný psychosexuální vývoj
- nerovnováha aspirací a výkonů
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- poruchy v interpersonálních skupinových vztazích
- poruchy v komunikaci
- snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům

4.1.1 Komunikace a řeč

Komunikace a řeč je u mentálně postižených osob postižena po stránce formální i obsahové. *„Jejich řečový projev bývá nápadný méně přesnou výslovností. To je mnohdy dáno nedostatky v motorické koordinaci mluvidel (v rámci organického poškození mozku) nebo zhoršenou sluchovou diferenciací, která jim neposkytuje potřebnou zpětnou vazbu“* (Vágnerová, 2008, s. 293). Mají omezenou slovní zásobu a potíže v celkovém pochopení kontextu, to způsobuje neporozumění běžného verbálního sdělení. Časté jsou dramatismy, omezená slovní zásoba, jednoduchost vyjádření. U těžkého stupně postižení se vyskytuje echolálie a perseverace. Složitě slovní pojmy, ironii, metaforu apod. nejsou schopni pochopit. Nejlépe srozumitelná je jednoduše formulovaná stručná informace. *„Lidé s lehkým mentálním postižením zvládnou běžné konkrétní pojmy a základní slovní obraty. U nejzávažnějších postižených se verbální schopnosti nerozvíjí vůbec“* (Vágnerová, 2008, s. 293). V takovém případě je důležitý neverbální způsob komunikace a naučit jedince způsobu vyjádření svých základních pocitů (Vágnerová 2008).

4.1.2 Úroveň myšlení

Myšlení a jeho úroveň závisí na stupni mentální retardace, v některých případech se nerozvine vůbec. *„Mentálně retardované dítě má velmi omezenou schopnost abstrakce a zobecňování a patrně pouze u dětí s lehkou mentální retardací se myšlení může dostat za hranice konkrétnosti“* (Švarcová, 2000, s. 39). Myšlení je charakteristické rigiditou, stereotypností a nekritičností. Uvažování je vždy spojeno s realitou. Dalším znakem myšlení je nesoustavnost, která způsobuje rychlou unavitelnost. V dospělosti je myšlení a uvažování jedinců ovlivněno dlouhodobých učením, které si určitým způsobem zafixovali. Často trvají na určitém způsobu řešení a brání se tak před novými neznámými a nesrozumitelnými podněty, které mohou vyvolat obavy a strach z neznámého. Dlouhodobým učením si osvojí určitá pravidla, která však nejsou schopni aplikovat v běžném životě, protože nemají schopnost pochopit rozdíly mezi různými situacemi. *„Jejich postoj k problémům bývá pasivní, obvykle očekávají jejich řešení od někoho jiného nebo na ně rezignují“* (Vágnerová, 2008, s. 293). Agresivní chování můžeme brát jako projev obrany v zoufalé situaci, kterou nedovedou vyřešit. Nároky by měly být vždy přiměřené k možnostem daného jedince, aby nezpůsobily nepříznivé

stresové reakce (Švarcová 2003, Vágnerová 2008).

S rozvojem myšlení je úzce spjata schopnost **učení**, která je v různé míře omezená. Na nedostatečném porozumění se podílí několik faktorů, jako jsou nedostatky v pozornosti, paměti a koncentraci. Učení je převážně mechanické. *„Děti s mentální retardací si všechno nové osvojují velmi pomalu. Potřebují k tomu, v závislosti na hloubce svého postižení, mnoho opakování, osvojené poznatky a dovednosti rychle zapomínají a zpravidla je nedokážou včas a vhodně využívat v praxi“* (Švarcová, 2003, s. 40 – 41). Důležité je poskytnout jedinci jen potřebné užitečné informace, aby jim porozuměli. Na činnost učení často rezignují a tak se jejich efektivita učení značně snižuje. Nemají dostatečnou motivaci k učení, proto je musíme motivovat například odměnou a pochvalou (Vágnerová 2008).

4.1.3 Paměť

Paměť mentálně postižených jedinců je krátkodobá. Typickým znakem je nestálost uchování, které se projevuje nepřesným vybavováním. Kvalita paměti je dána úrovní myšlení. Děti mají problém s cíleným učením a vzpomínáním si. Cvičení paměti je velmi komplikovaná a náročná činnost, která vyžaduje především individuální a speciálně-pedagogický přístup (Švarcová 2003).

4.1.4 Emocionalita

Emocionalita a stupeň rozvinutosti volných vlastností hraje významnou roli v oblasti osobnosti, která významně ovlivňuje prožívání a chování jedince. Po emocionální stránce mají jedinci větší sklon k afektivním reakcím, agresivnímu jednání a častá je jejich zvýšená dráždivost. *„Cizí prostředí, neznámé osoby nebo podněty či neúměrně náročné úkoly u nich často vyvolávají strach a intenzivní reakce, někdy až panického rázu s třesem a vegetativním doprovodem“* (Švarcová, 2003, s. 42). Typická je nedostatečná diferenciací citů. Děti jsou emočně nevyspělé a jejich reakce jsou neadekvátní určité situaci. Nemají dostatečnou kontrolu nad ovládním svých emocí a tak často v přítomnosti jednají tak, aby byli bezprostředně uspokojeni. To je dáno nedostatečnou schopností sebeovládání. Potřebují mít citovou jistotu a pocit bezpečí. **Citová jistota** je dána stabilitou prostředí, ve kterém žijí a dále vztahem k blízkým osobám, které jedince obklopují. Potřeba jistoty přetrvává až do dospělosti, která se

může projevovat infantilitou. Ve všech obdobích života je fixován na jeho nejbližší, tou je především jeho rodina (Švarcová 2003, Vágnerová 2004).

4.1.5 Potřeba vlastní seberealizace

Potřeba seberealizace je dána mírou mentální retardace. Schopnost hypotetického uvažování je omezena, proto jedinci neplánují svoji budoucí seberealizaci. Z velké většiny se spokojí s pochvalou a oceněním ostatních, které je tak aktuálně ujistí o jejich vlastní hodnotě. Otázka perspektivy je také dána schopnostmi jedince, jako je pochopení pojmu čas, minulost, přítomnost a budoucnost. V případě těžkého mentálního postižení je význam budoucnosti nepochopen. Jejich život se orientuje především na přítomnost, nedělají si žádné představy a plány o svém budoucím životě (Vágnerová 2004).

5 Mentální retardace a integrace žáků do běžných škol statistické ukazatele Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

Aktuálně v České republice, dle údajů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy počet žáků ve speciálních školách stále klesá. Od roku 2005 do roku 2010 klesl počet mentálně postižených oproti roku 2005 o 28% (Tabulka 2, viz příloha). Ve stejném období klesl celkový počet žáků bez mentálního postižení jen o 7% (Tabulka 3, viz příloha). Jednoduchým vysvětlením tohoto trendu by mohlo být, že se daří lépe integrovat děti, které dříve byly zařazeny do speciálních škol, do běžných škol a proto je signifikantně vyšší úbytek žáků ve školách speciálních. Nasvědčuje tomu i trend patrný v Tabulka 4, kde počet integrovaných žáků se zdravotním postižením do běžné třídy vzrostl o 88%. Na základě těchto údajů nelze tvrdit, že by klesl počet dětí s mentálním postižením, ale jen to, že se je daří lépe integrovat. Spolehlivé údaje o počtu mentálně retardovaných nejsou k dispozici.

6 Praktická část - Vliv rodinné výchovy a prostředí na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince

Cílem bakalářské práce je posouzení vlivu rodinné výchovy a prostředí na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince. Jak rodina reagovala na postižení dítěte a jak tato situace ovlivnila vztahy v rodině. Diagnóza mentálního postižení není vždy známa od narození, a proto jsem se zajímala, jak proces stanovení diagnózy mentálního postižení ovlivnil soudržnost rodiny, jednotlivé fáze vyrovnávání se rodiny s daným postižením, styly rodičovské výchovy a zda se podařilo zmírnit projevy postižení.

6.1 Cíle a metody techniky výzkumného šetření

Jedná se o kazuistické studie rodin, které pečují o dítě s mentálním postižením.

6.1.1 Cílem výzkumného šetření bylo zjistit:

- Jak rodina reagovala na postižení dítěte a později adolescenta
- Soudržnost rodiny, ve které se narodilo dítě s mentálním postižením
- Jak rodinné prostředí ovlivnilo mentálně postiženého člena rodiny a jeho začlenění do společnosti
- Jak se postižení v průběhu života dítěte vyvíjelo a zda se podařilo zmírnit jeho projevy.

6.1.2 Výzkumné otázky:

- Jak rodina reagovala na sdělení diagnózy mentální retardace?
- Jak ovlivnilo soužití jedince s mentálním postižením soudružnost rodiny?
- Jak ovlivnila situace rodiny a možnosti její péče integraci postiženého jedince do společnosti?
- Ovlivnila výchova průběh a vývoj mentální retardace?

6.1.3 Použité techniky k vypracování bakalářské práce:

- Analýza prostudované literatury
- Analýza dokumentace postižených jedinců

- Pozorování
- Polostandardizovaný hloubkový rozhovor s rodiči
- Kazuistická studie

6.1.4 Metodologie výzkumu

Pro vlastní výzkumné šetření jsem použila metodu **kvalitativního výzkumu**. Volbu kvalitativního přístupu jsem si vybrala záměrně, protože se jedná o práci se dvěma respondenty, tj. malým souborem studovaných jedinců. Kvalitativní přístup využívá především principů neopakovatelnosti a jedinečnosti. Pro kvalitativní výzkum jsem použila metodu hloubkového rozhovoru, který je dále doplněný kazuistickými studiemi obou jedinců s mentálním postižením (Miovský 2006).

6.1.4.1 Hloubkový rozhovor:

Nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu je rozhovor. Jedná se o nestandardizované dotazování účastníka výzkumu, při kterém mu badatel klade otevřené otázky. Pomocí hloubkového rozhovoru zkoumáme členy konkrétního prostředí, snažíme se pochopit jednání a postoje jednotlivých členů. Pomocí hloubkového rozhovoru získáváme odpovědi v přirozené podobě, což patří k základnímu principu kvalitativního výzkumu.

Metoda získávání dat pomocí hloubkového rozhovoru se skládá z několika částí. Jedná se o samotnou přípravu rozhovoru, průběh kladení otázek, přepis rozhovoru, reflexe, analýzy dat a následné prezentace výzkumné zprávy (Švaříček, Šedřová 2007).

6.1.4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření jsem prováděla u dvou rodin žijících v Praze a blízkém okolí. Informace pro výzkumné šetření poskytly matky jedinců s mentálním postižením. S oběma jedinci s mentálním postižením jsem pak měla možnost osobního seznámení.

Rozhovory s matkami se uskutečnily prostřednictvím občanského sdružení. Před samotným rozhovorem jsem všechny matky osobně seznámila se záměrem bakalářské práce a o anonymním zpracování dat. Všechny identifikační znaky byly v bakalářské práci změněny. O obsahu rozhovoru byly respondentky informovány předem, souhlasily s tím, že rozhovor bude nahráván a dodatečně přepsán. Nabídla jsem jim, že mohou číst výslednou podobu rozhovoru dříve, než bude použit v bakalářské práci a že budu respektovat jejich připomínky. Rozhovor jsem vedla se snahou co nejméně zasahovat

do odpovědí, abych dala dostatek prostoru a možnosti popsat detaily rodinné situace. Dále jsem spolupracovala s pedagogickým centrem, které mi poskytlo důležité informace ke zpracování kazuistických studií. Jednalo se o lékařské zprávy, zprávy ze speciálně-psychologického vyšetření a dalších vyšetření. Od matek jsem dostala souhlas k nahlédnutí a ke zpracování těchto informací.

Informace prostřednictvím hloubkového rozhovoru pro výzkumné šetření poskytly matky těchto dospělých osob.

6.2 Kazuistiky

6.2.1 Syndrom fragilního X chromosomu

Jedná se o dědičné genetické onemocnění způsobené mutací v genu nazvaném FMR1, ležícím na dlouhém raménku X chromosomu. Syndrom fragilního X chromosomu postihuje především chlapce (cca jednoho z 1200 chlapců), ale i dívky. Protože ženské pohlaví má v dva X chromosomy (muž XY, žena XX), neprojeví se u nich onemocnění v plné míře, nicméně zhruba platí, že z dívek s mutací ve FMR1 genu na X chromosomu je jedna třetina mentálně normální, jedna třetina má inteligenci hraniční a třetina je mentálně zaostalá.

Chlapci jsou mentálně retardováni, míra jejich postižení je různá od hluboké retardace vývoje až k mírně snížené inteligenci v kombinaci různě závažnými projevy autismu, hyperkinetického chování a opožděného vývoje řeči. Vzhledově lze u pacientů pozorovat makrocefalii (větší hlavu), velké ušní boltce, prominentní bradu, vysoký hlas a postpubertálně makroorchidismus (zvětšená varlata). Tato stigmatizace se prohlubuje s věkem, v útlém dětství nemusí být nápadná, což ztěžuje diagnostiku.

Fragilní x má celou škálu projevů. Od mírného autismu po mentální retardaci s IQ 2070. Podle některých výzkumů se autismus či autistické rysy mohou vyskytnout až v 25% případů diagnózy syndromu fragilního x. Mezi fyzické rysy se zahrnuje protáhlý úzký obličej, odstávající uši, vystouplá čelist a čelo. Dalším rysem jsou zvětšená varlata, známá jako makroorchidismus, hranaté klouby, zvláště u prstů na ruce. V dětství se tyto rysy vyskytnout nemusí, po pubertě jsou častější. Fyzické rysy žen jsou často mnohem jemnější, mají také odstávající uši nebo hranaté a hypertenzivní (zvláště citlivý) klouby prstů. Postižení jsou často hypotoničtí (snížené svalové napětí) a mají abnormální stupeň ochablosti vazů, což vede k nebývalé pohyblivosti kloubů.

Dysfunkce spánkového laloku může být příčinou problémů s jazykem (polovypřazený) a chrápáním. Problémy při tvorbě mluveného slova, specifická řeč a jazykové problémy. Je to také rozněcovadlo výbuchů agrese a primitivního chování. Spánkový lalok je místem epileptogenních výbojů vedoucích k různým záchvatům, křečím nebo absencím, které rušivě zasahují do chování a normálního učení. Mohou trpět epilepsií, může se vyskytnout i sebezraňování. Muži a chlapci se syndromem fragilního X jsou obvykle společenější, mají ale nezvyklý způsob reagování na ostatní lidi. Mají sklon vyhýbat se během rozhovoru očnímu kontaktu a často plácají rukama nebo se do nich koušou. Mohou mít nezvyklý způsob řeči, který se vyznačuje rychlým a proměnlivým tempem a opakováním zvuků, slov nebo frází. Včetně přerývané řeči, nezvyklých pohybů rukama a potíží se vztahy k druhým. Mohou mít také potíže se soustředěním, hyperaktivitou a motorické zpoždění. U některých se projevuje autismus.

Být rodičem s postiženým dítětem znamená lišit se. Soužití s mentálně postiženým dítětem (SFXCH ve spojitosti s autismem) není zrovna lehké. Péče vyžaduje trpělivost, důslednost, odříkání a někdy i změnu profese či bydlení. Chce to velkou sílu, ustát tyto situace. Být si jistí sami sebou. Chvilí štěstí a lásky není mnoho, ale stojí za to. Učí si nalézat sami sebe a učí se chápat zvláštní potřeby jejich dítěte. Učí se s ním žít a ono se učí žít s nimi. Pochopila, že nemá smysl snažit se změnit vlastní dítě, změnit můžeme sebe, prostředí, ve kterém žijeme, a tím vším pomoci nalézt cestu, která bude pro ně příjemná, nenucená, plná poznání, možností a lásky. Potom nebudou jen přežívat, ale plnohodnotně žít.

6.2.2 Martin

Martin (17 let)	
Diagnóza	Syndrom fragilního X
Rodinná anamnéza	Pochází z neúplné rodiny. Matka až do narození Martina pracovala na plný úvazek, poté již jen na částečný, aby se mohla Martinovi věnovat. Matka je samoživitelka a otec zasílá na Martina výživné. Martin má staršího sourozence. Rodina žije v bytě v panelovém domě.
Osobní anamnéza	Těhotenství matky bylo bezproblémové, porod proběhl spontánně v termínu, bez komplikací. V 6 měsících, kdy už se u dítěte projevuje snaha o tvorbu slov, zvuky, převaluje se, snaha o lezení atd. Martin nedělal nic, sám neseďel. Diagnóza syndromu fragilního X byla stanovena během dvou let vyšetřování.
Pedagogicko-psychologické vyšetření	Komunikace, dorozumívání je u Martina narušeno. Slovní zásoba na úrovni žáka prvního stupně ZŠ, která se snižuje s únavou. Většinou chápe pokyny, ale má poruchu exprese, nedokáže se vyjádřit své pocity. Při únavě jeho řeč připomíná zpěv, snaží se napodobit zvuk slova. Když mu okolí nerozumí, ztratí trpělivost, je nešťastný a frustrovaný pláče, kouše si nehty, přešlapuje, skáče.
Speciálně-pedagogická Diagnostika	Je schopen zapojení do kolektivu a výchovného procesu ve školním zařízení. Je částečně odkázán na asistenci matky.
Závěr	Lehká mentální porucha, která vyžaduje asistenci. Porucha exprese vede v krizových situacích k sebeagresivitě. Předpoklad zlepšení stavu možný. Díky péči matky, je schopen existence.

Martin je mladý muž ve věku 17 let, který trpí mentálním postižením způsobeným dědičnou genetickou vadou syndrom fragilního X chromosomu.

Komunikace a dorozumívání je u Martina silně narušena. Má slovní zásobu cca 50 slov, kterým se dá rozumět. Většinou chápe, co se mu snažíme říct, ale neumí si říct, co chce, co si přeje. Vyjadřuje se v koncovkách. Jeho řeč připomíná zpěv, snaží se napodobit zvuk slova. Projevy chování vzhledem k fyzické dispozici Martina znamenají velký problém. Má silný hlas a je vysoký 180cm. Často se projevuje poskakováním, kýváním těla a vydáváním hlasitých zvuků až křiku. U malého dítěte jsou tyto projevy brány jako roztomilé, ale u dospělého člověka, působí značně problematicky až nebezpečně. Pokud je Martin nejistý, nervózní či nerozumí situaci, projeví se u něj kousání do prstu.

Matka uvádí, že když ještě nevěděla, že má mentálně postižené dítě, myslela si, že je špatná matka. Obviňovala sama sebe a myslela si, že za to může ona sama. Trvalo jí

téměř pět let, než přistoupila na to, že za stav svého syna nemůže ona. Musí se vyrovnávat s reakcí okolí. Do dnes jsou vystavováni zlým pohledům či sprostým útokům okolí. Někdy však bojují sami se sebou, jindy bojují za dítě, a to někdy i s vlastní rodinou.

Problémy v rodině nastaly v podstatě ihned po definitivním stanovení diagnózy, kdy Martinův otec nezvládl psychický tlak a od rodiny odešel a nakonec bylo manželství rozvedeno s tím, že otec přispívá na Martina výživným. Toto výživné matce značně pomáhá, především proto, že po rozvodu zůstala sama se zdravým a postiženým dítětem. Matka se vrátila zpět do práce, ale pouze na částečný úvazek, aby mohla alespoň nějaký čas trávit s dětmi. Martin byl zapsán do speciální školky a poté školy. Během celého studia bylo matce navrhováno, aby svého syna poslala na ozdravné pobyty, kroužky rozvíjející Martinovu pozornost a další činnosti, které by mohly zmírnit jeho postižení. Bohužel však kvůli finanční situaci to matka Martinovi nemohla zaplatit a on byl odkázán pouze na státem garantovanou výchovu. Otec navíc na tyto aktivity odmítl přispět, ačkoli zdravému dítěti platil veškeré školní výlety apod. Kolektiv, který má Martin ve škole, mu velmi pomáhá a je v něm spokojen, jakmile však školu opustí, začne být velmi netrpělivý, frustrovaný a z jakéhokoli nezdaru velmi nešťastný, což se projevuje sebezničujícím chováním, například kousáním nehtů a celé ruky apod.

Vzhledem k tomu, že bylo manželství rodičů rozvedeno, začala se matka věnovat především Martinovi až do té míry, že bychom to mohli charakterizovat tzv. protekcionistickou výchovou, čili matka se až doslova bála Martina pustit k nějaké činnosti, aby si neublížil. Toto se projevilo i při vypracovávání domácích úkolů a cvičeních, které měl za úkol ze školy. Při rozhovoru mi matka sdělila, že právě v tomto směru udělala velkou chybu, které lituje. Vyčítá si, že kdyby nechala Martina se trochu snažit, mohlo by být jeho postižení mírnější.

Až Martin dostuduje, nečeká ho velká kariéra, protože vzhledem k závislosti na matku a její péči bude nanejvýš schopen bydlení v tzv. chráněném bydlení a pracovat by mohl pouze v chráněných dílnách.

6.2.3 Katka

KATKA (17 let)	
Diagnóza	Syndrom fragilního X
Rodinná anamnéza	Katka pochází z úplné rodiny. Matka je od narození v domácnosti a celou rodinu žíví otec, který je IT specialista v zahraniční firmě. Matka po rodičovské dovolené zůstala v domácnosti, aby se mohla plně věnovat dceři. Má staršího bratra. Bydlí v rodinném domě se zahradou a psem.
Osobní anamnéza	Těhotenství s fyziologickým průběhem, spontánní porod ve 38. týdnu, s hmotností 2500 g a délkou 48 cm. Diagnóza růstová retardace plodu s fyziologickou adaptací po porodu. Problémy se začaly projevovat už v prvním roce života problémy s krmením a celkovým vývojovým opožděním. Během dalších dvou let se projevila i zhoršená artikulace a slovtvorba. V předškolním věku se zlepšila jemná motorika i sebeobsluha. Během studia na speciální ZŠ se zlepšily její verbální schopnosti, čtení a psaní.
Pedagogicko-psychologické vyšetření	V poporodním vývoji žádné nápadné odchylky, chůzi si osvojila později, řeč se rozvíjela z počátku se zhoršenou artikulací. Nyní verbálně komunikuje normálně a její slovní zásoba se postupně zvětšuje. Odpovídá v celých větách. V sebeobsluze je samostatná, nutný je však dohled, zejména při hygieně. Orientuje se v blízkém okolí a na známých místech, jinak vyžaduje doprovod. Číst umí, je její silnou stránkou.
Speciálně-pedagogická Diagnostika	Od tří let navštěvovala speciální mateřskou školu a později i speciální základní školu. Na základní školu speciální docházela 10 let, mimo záchvatů zlosti či konfliktů se spolužáky zvládala školu dobře. Po ukončení základní školy speciální začala docházet do praktické školy dvouleté. Katka ráda chodí na procházky do přírody, sleduje dětské pořady v televizi, hraje společenské hry s rodinou. Ráda navléká korálky a skládá puzzle.
Závěr	Katka je bezproblémová dívka, i když jednodušší. Je emocionálně labilní a uzavřená, nerada navazuje kontakt s cizími lidmi, jakmile je však pozná, je komunikativní. Nepříjemné jsou návaly vzteku a svéhlavost. Po absolvování praktické školy by měla být plně samostatná a to včetně zaměstnání.

Katka je dívka ve věku 17 let s mentálním postižením stejným jako Martin, tedy ovlivněným dědičnou genetickou vadou syndrom fragilního X chromosomu.

Komunikovat s Katkou lze, bez větších problémů, i přesto, že na počátku trpěla zhoršenou artikulací. Sebeobsluhu dívka zvládá samostatně, ale občas potřebuje donutit, aby vše udělala. Katka je velmi stydlivá dívka, která se spíše straní svého okolí a vyhýbá se pohledům cizích lidí.

Katčin vývoj byl zpožděný již od počátku, matka s tím trochu počítala vzhledem k vývoji těsně po porodu. Přibližně v prvním roce života začali lékaři diagnostikovat vadu, kterou Katka trpí a po téměř dvou letech se ustálili na genetické vadě syndromu fragilního X chromosomu. Ačkoli to byla nepříjemná zpráva, která otce i matku velmi zasáhla, jejich vztah to spíše posílilo. Odhodlali se, být Katce oporou a zkusit, v co největší míře zmírnit projevy postižení, což se jim povedlo.

Matka se starala plnohodnotně. I další péče o dítě probíhala stejně, jako u zdravého dítěte. Nelehká životní situace přivedla matku k hledání „něčeho“, co by jí i její rodině pomohlo se s touto situací vyrovnat a žít dál. V roce 1997, kdy se jejich dcera narodila, byla informovanost v tématech mentálního postižení a života rodin s postiženým dítětem značně nedostatečná. V dnešní době se situace zlepšila a dál se vyvíjí k větší osvětě, podpoře a prevenci.

Zdůrazňuje nutnost a potřebnost vzdělávání rodičů a pečujících o osoby s mentálním postižením, a to především v oblasti psychosociální a prevence syndromu vyhoření.

Vhodně zvolenou formou vzdělávání např. přednáškou, seminářem, svépomocnou rodičovskou skupinou nebo i poradenstvím v oblasti osobního rozvoje, lze rodičům a pečujícím usnadnit nelehkou až krizovou životní situaci. Je přesvědčena, že vzdělávání spolu s poradenstvím přispěje k vyrovnání se s touto situací, k rovnováze osobnosti rodičů, dobré komunikaci mezi partnery i v rodinném systému. Mohou se tak vytvořit příznivé podmínky a atmosféra v rodině k výchově postižených dětí i jejich zdravých sourozenců. Založila s dalšími podobně postiženými rodiči občanské sdružení Fragilní X. Cílem tohoto sdružení je seznámení se situací rodin a pečujících o osoby s postižením způsobeným genetickou vadou syndrom fragilního X chromosomu. Dále potom zlepšení kvality života pečujících a získání stability v jejich životě. Ta je potřebná pro ně samotné i pro jejich rodinný systém. Jde o jejich podporu, informovanost a vzdělávání v oblasti psychosociální. Apeluje na větší porozumění a informování veřejnosti, lékařů prvního kontaktu, pracovníků v sociálních službách a pomáhajících profesích o životě rodin s postiženým dítětem a jejich potřebách.

Situace v rodině byla vynikající. Matka zůstala s Katkou doma a vždy po jejím návratu ze školy procvičovaly veškerá cvičení, která dělali ve škole, vypracovaly domácí úkoly a dalšími způsoby se věnovaly rozvoji Katčiny osobnosti. Katka má vlastní pokoj, který je jí plně přizpůsoben se spoustou produktů pro rozvoj jemné motoriky, mluvení a čtení atd. Díky velmi dobrému finančnímu zajištění se Katka mohla zúčastnit mnoha

prázdninových terapeutických pobytů, škol v přírodě, stejně jako kroužků na zmírnění projevů postižení. Výchova rodičů nebyla tak protekcionistická jako v případě Martina, ale naopak, rodiče se snažili Katku nechat pracovat samostatně a v případě, že požádala o pomoc, tak jí s radostí pomohli a nejasnosti vysvětlili.

Katka v domácnosti matce pomáhá, ale u domácích prací dlouho nevydrží, rychle se unaví. Nejraději má vaření společně s matkou. Při činnostech, které ji baví, je důsledná a naopak při těch, které nemá v oblibě, udělá po několikerém připomenutí. Nakonec to však udělá.

Výchova dovedla Katku k tomu, že po dokončení studií bude mít možnost pracovat nejen v chráněných dílnách, ale v podstatě kdekoli si Katka zvykne, vzhledem k její uzavřenosti, stejně jako jí nebude dělat problém bydlet samostatně.

6.3 Interpretace hloubkového rozhovoru s matkami mentálně postižených jedinců

Cílem rozhovorů s matkami bylo specifikovat odpověď na výzkumné otázky:

- Jak rodina reagovala na sdělení diagnózy mentální retardace?
Během rozhovorů vyplynulo, že pro rodinu je velmi nepříjemná frustrace v době, kdy neznají diagnózu, a tudíž ani prognózu onemocnění. I když stanovení závažné diagnózy je pro oba rodiče vždy šokem, vypořádávají se s touto nefrustrující informací lépe, než dokud diagnóza nebyla jistá, a znamenala pro ně frustraci. Stav kdy stále doufají, že dítě bude zdravé a že jeho stav je pouze dočasný, je paradoxně horší než moment sdělení jasné diagnózy.
- Jak ovlivnilo soužití jedince s mentálním postižením soudružnost rodiny?
Z rozhovorů vyplynulo, že narození mentálně postiženého jedince do rodiny ve velké míře ovlivňuje soudružnost rodiny. U jedné z dotazovaných rodin došlo k rozvodu a k rozpadu rodiny. Druhá matka uvedla, že měla podporu v partnerovi a celé rodině. Dále uvedla, že v rodině došlo k přehodnocení hodnot a rodina drží více pohromadě. Bohužel tuto zkušenost nemá každá rodina s postiženým dítětem. Dále soužití zdravých a postižených sourozenců není vždy jednoduché. Zvláště v neúplných rodinách, kde péči o postižené i zdravé dítě má na starosti pouze jeden

z rodičů. Proto je velmi zásadní soudržnost rodiny v těchto nelehkých životních situacích.

- Jak ovlivnila situace rodiny a možnosti její péče integraci postiženého jedince do společnosti?

Pro postiženého jedince je určující, jak se mu bude rodina věnovat a jak se podaří aktivovat omezené mentální schopnosti. Tam, kde jsou mentálně postižení jedinci zanedbáváni, buď nezájmem, nebo časovým limitem rodičů a nedostává se jim intenzivní a motivující péče, jsou jejich výsledné schopnosti horší než v prostředí, kde se jim dostává kvalitní péče a snaží se získat z jejich limitovaných schopností maximum. Šetření jsem prováděla ve dvou rodinách, jejich děti shodou okolností trpí stejným typem postižení. V jedné úplné a jedné neúplné rodině, kde matka je samoživitelka. V úplné rodině se jednalo o skvělé prostředí. Rodiče o svoje postižené dítě pečovali s maximálním úsilím a stabilním rodinným zázemím. V neúplné rodině, kde matka musela pečovat o dvě děti a ještě zajišťovat finančně celou rodinu, byla péče samozřejmě zcela základní a jednodušší. Dostávalo se pouze na základní potřeby. Na různé nadstandardy už nezbýval čas ani finanční prostředky. Významným předpokladem prospívající domácí péče s mentálně postiženým jedincem je vytvoření podněcujícího výchovného prostředí, v němž vnímá, že jej ostatní členové celé rodiny mají rádi a je plnohodnotným členem této nejmenší společenské skupiny.

Právě úplná funkční rodina hraje klíčovou a nenahraditelnou úlohu pro příznivý vývoj jednotlivce a lidstva jako celku.

7 Závěr

Mentální retardace, neboli přeloženo *duševní zaostalost*, není jednotka s pevnou interpretací. Jednoznačná a jednotná definice mentálního postižení neexistuje. V některých dějinných obdobích byla považována za nemoc, jindy byla brána jako postižení či dokonce jako sociální deviace. Samotný termín *mentální retardace* byl zaveden Americkou společností pro mentální retardaci (American Association of Mental Retardation – AAMR) ve 30. letech minulého století. V současnosti odkazuje na definici AAMR publikovanou v roce 1992. Tato definice nepopisuje mentální retardaci ani jako nemoc, ani zdravotní postižení, ale jako funkčního stavu s omezením v oblasti inteligence a adaptivních schopnostech. Klasifikace pracuje s inteligenčním kvocienem (IQ) a mentální retardace odpovídá IQ nižšímu než sedmdesát. Předpokladem pro tuto diagnózu je, že potíže s adaptivní schopností se vyvinou dříve než v osmnácti letech.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na vliv rodinné výchovy a prostředí na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince. Stanovila jsem si základní výzkumné otázky. Z výpovědi matek mentálně postižených jedinců vyplynuly různé zkušenosti. Narození mentálně postiženého jedince do rodiny ve velké míře ovlivňuje soudružnost rodiny, v rodině dochází k přehodnocení hodnot a rodina, pokud překoná krizi, drží více pohromadě. Stanovení diagnózy je klíčové pro další život rodiny, čím dříve se to podaří, tím lépe. Pro postiženého jedince je určující, jak se mu bude rodina věnovat a jak se podaří aktivovat omezené mentální schopnosti. Tam, kde jsou mentálně postižení jedinci zanedbáváni, buď nezájmem, nebo časovým limitem rodičů a nedostává se jim intenzivní a motivující péče, jsou jejich výsledné schopnosti horší než v prostředí, kde se jim dostává kvalitní péče a snaží se získat z jejich limitovaných schopností maximum. Cílem bakalářské práce je posouzení vlivu rodinné výchovy a prostředí na osobní rozvoj mentálně postiženého jedince. Zjistit, jaké měli jedinci možnosti vzdělání a jak je dokázalo ovlivnit. Jak rodina reagovala na život dítěte a později adolescenta a dospělého a jak tato situace ovlivnila vztahy v rodině. Diagnóza mentálního postižení není vždy známa od narození, a proto jsem se zajímala, jak proces stanovení diagnózy mentálního postižení ovlivnil soudružnost rodiny, jednotlivé fáze vyrovnávání se rodiny s daným postižením a styly rodičovské výchovy. Pomoc státních institucí a neziskových organizací v podpoře rodin pečujících o děti s různými postiženími je klíčová a umožňuje rodičům, aby se mohli maximálně starat o své handicapované děti. I když

situace není ideální, je podstatně lepší než před 20 lety. Integrace žáků s mentálním postižením do běžných typů škol je závislá na IQ hodnotách jednotlivých žáků. Integrace MP by se neměla prosazovat za každou cenu, aby nebyli přetěžováni. Nemuseli by zvládnout učivo v běžné škole, které je dáno ŠVP a v tomto případě by integrace byla pro MP žáky přínosem. Integrace by neměla být prosazována za cenu zdraví a psychického vypětí MP žáka. Specifický přístup fundovaného speciálního pedagoga udělá víc než integrace. Počet žáků ve speciálních školách od roku 2005 do roku 2010 klesl o 28%. Počet žáků se zdravotním postižením integrovaných do běžné třídy vzrostl o 88%. Na základě těchto údajů nelze tvrdit, že by klesl počet dětí s mentálním postižením, ale jen to, že se je daří lépe integrovat. Péče rodiny hraje v integraci jistě významnou roli.

8 Seznam použitých zdrojů:

- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 9788073151447.
- BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Testy k distančnímu vzdělávání. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 247 s. ISBN 9788073151584.
- BARTOŇOVÁ, M. a PIPEKOVÁ, J. *Rodina s dítětem se zdravotním postižením*. rozšířené vyd. Brno: Paido, 2010, ISBN 9788073151980
- BROŽOVÁ, D. *Poradenská podpora a možnosti edukace žáků s poruchami učení v širším smyslu*. 1.vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2010. ISBN 9788021053298.
- ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolium, 2008. ISBN 9788024615653.
- DOLEŽEL, R., VÍTKOVÁ, M. (eds.) *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. Brno: Paido, 2007. ISBN 9788073151430.
- FEISTOVÁ, Gabriela. *Postoj matek dětí s těžkým postižením ke školní docházce: diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, 2010. 82 l., Vedoucí diplomové práce Marie Vítková
- FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 144 s. ISBN 9788073686222.
- HORKÁ, Jana. *Dospělost u jedinců s mentální retardací žijících v rodině: diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, 2010. 66 l., Vedoucí diplomové práce Jarmila Pipeková
- KRAHULCOVÁ, B. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: UK – PdF, 2002. ISBN 8072900943.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Grada: PB tisk, 2006. ISBN 8024712849.
- LECHTA, Viktor (ed.) *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN: 9788073676797.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024713624.

- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogickopsychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 8021039779.
- PIPEKOVÁ, J. et al., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přepracované a rozšířené vydání, Brno: Paido, 2010., ISBN 9788073151980.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 8073151200.
- PROCHÁZKOVÁ, L. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, spol.s.r.o., 2009, 172 s. ISBN 9788073920944.
- ROLNÍKOVÁ, Simona. *Dítě s mentální retardací v rodině: bakalářská práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, 2009. 45 l., Vedoucí bakalářské práce Miroslava Bartoňová
- SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 8071789739
- SCHALOCK, R., COULTER, D., POLLOWAY, E., REISS, S., SNOLL, M., SPITALNIK, D., & STARK 1994. *The changing conception of mental retardation: Implications for the field. Mental Retardation, 32, 181193.*
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 160. ISBN 9788024717333.
- SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: PORTÁL, 2010. 160 s. ISBN 9788073676919.
- ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 8024609924.
- ŠIŠKA, J. *Vzdělávání dospělých občanů s mentálním postižením*. In: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2003. ISBN 807178821X.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 8071788023.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 9788073674144.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 8071783080.
- VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 9788073200992.

VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007., ISBN 9788087029145.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 8073150719.

VOSMIK, M., BĚLOHLÁVKOVÁ L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 9788073676872.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 14.3. 2006. [cit.10.3.2011]. Dostupný na WWW: <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon108_2006.pdf>

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. [cit. 10. 1. 2011]. Dostupný na WWW: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>

Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 13.5. 2004. [cit. 9.11.2010]. Dostupný na WWW: <http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004>.

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením [online]. [cit. 11. 12. 2010]. Dostupný na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8#zozp>>

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti [online]. [cit. 25. 12. 2010]. Dostupný na WWW: <http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004>

Půbalová Božena, http://tucnak.fsv.cuni.cz/~hajek/ski/praktika/pubalova_bozena.htm
Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, statistická ročenka školství 2012/2013 - výkonové ukazatele, <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

9 Příloha – tabulky

Zdroj: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, statistická ročenka školství 2012/2013 - výkonové ukazatele, <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

Tabulka 2

	Mentálně postižení - celkem žáků					
	ROC0103					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	41475	39951	36961	35420	34239	30205

Tabulka 3

	Počet žáků MŠ, ZŠ, konzervatoří, VOŠ a přípravek na studium					
	R000402					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	1808976	1769952	1737900	1713721	1697164	1684624

Tabulka 4 Žáci se zdravotním postižením individuálně integrovaní v běžné třídě (MŠ, ZŠ, konzervatoří, VOŠ a přípravek na studium)

	Mentálně postižení celkem					
	R080102					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	950	1099	1258	1356	1417	1789

Tabulka 5

	Mentálně postižení - celkem žáků					
	ROC0103					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	41475	39951	36961	35420	34239	30205

	Těžké mentální postižení - celkem žáků					
	ROC01a03					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	2970	3208	3316	2269	1841	1391

	Hluboké mentální postižení - celkem žáků					
	ROC01b03					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	96	119	144	127	133	117

	Středně těžce mentální postižení - celkem žáků					
	ROC01c03					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	0	0	0	5587	4530	4032

	S kombinací postižení - celkem žáků					
	ROC0603					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	5598	5574	5883	5953	6335	6430

	S lékařskou diagnózou autismus - celkem žáků					
	ROC0803					
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	729	855	1005	1142	1350	1522

	S vývojovými poruchami učení a chování - celkem žáků					
--	------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

R0C0903						
Rok sběru dat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CELKEM	10594	9844	9186	7765	7041	7161

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Petra Dvořáková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Mentální postižení

Rok: 2014

Počet stran bez příloh: 49

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 31

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Králová, MBA