

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálně pedagogických studií

Pavλίna Jasenská

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2 st. ZŠ a SŠ a španělská filologie

**NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE
Z HLEDISKA DOBY VZNIKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.

OLOMOUC 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci, dne 20. 6. 2012

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní MUDr. Miladě Bezděkové, Ph.D. za pomoc a odborné vedení bakalářské práce.

Pavλίna Jasenská

Obsah

Úvod.....	5
I PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ	6
1 Mentální retardace	6
1.1 Vymezení pojmu.....	7
1.2 Definice	8
1.3 Mentální retardace v číslech.....	9
2 Historie péče o osoby s mentálním postižením	11
3 Terminologie.....	13
4 Klasifikace mentální retardace.....	14
5 Etiologie	17
5.1 Příčiny vnější	23
5.1.1 Příčiny prenatální	23
5.1.2 Příčiny perinatální	26
5.1.3 Příčiny postnatální.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
6 Výzkumné šetření	28
6.1 Cíl šetření.....	28
7 Výzkumný soubor	29
8 Metodika šetření.....	32
8.1 Způsob vyhodnocení dotazníkové metody	32
9 Interpretace výsledků šetření	33
10 Diskuze a závěr.....	42
Souhrn/Summary.....	45
Použitá literatura	46

Úvod

Tato bakalářská práce na téma „Nejčastější příčiny mentální retardace z hlediska doby vzniku“ pojednává o nejčastější poruše intelektu – mentální retardaci a o její etiologii.

Téma mentální retardace mě vždy zajímalo. Ze zjištěných údajů víme, že MR je nejrozšířenější poruchou intelektu, kterou trpí lidé, především děti s mentálním postižením. S tímto postižením jsem se setkala již několikrát, když jsem v rámci praxe navštívila speciální a praktické školy, kde se děti s mentální retardací vzdělávají. Ale i v tak pokročilé době, ve které žijeme, nejsou úplně známy její příčiny. Proto jsem se rozhodla, že se této problematice budu věnovat podrobněji.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, proč tomu tak je, proč se rodí tolik dětí s tímto typem postižení. Jaké jsou hlavní příčiny a jestli je možné zabránit, či předejít vzniku tohoto postižení.

V teoretické části se budu zabývat mentální retardací jako takovou – vymezení pojmu, definice. Jedna kapitola bude věnována historii péče o osoby s mentální retardací, jednotlivým stádiím přístupu k osobám s postižením, především zde zmíním stadia přístupu k lidem s postižením od Sováka a Jesenského. V další kapitole se krátce podívám na dělení mentální retardace z hlediska závažnosti na lehkou, střední, těžkou a hlubokou. Nejvíce se však zaměřím na příčiny podle doby vzniku, tzn. prenatální, perinatální a postnatální.

V praktické části bych chtěla pomocí dotazníku zjistit, jaké má intaktní společnost povědomí a mentální retardaci, jestli zná její příčiny a jaký postoj zaujímá k lidem s mentální retardací.

I PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ

1 Mentální retardace

Mentální retardace (dále MR) (oligofrenie¹) se řadí mezi poruchy intelektu, spadá pod mentální postižení. Tyto poruchy se dělí na vrozené a získané. Vrozené poruchy se počítají od početí do dvou let věku a získané od dvou let a výše. MR (...) se řadí mezi vrozené poruchy.

Valenta, Müller (2007, s. 12) uvádí vysvětlení mentální retardace (MR) podle MKN-10²: „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.*“

Širší pojem než MR je mentální postižení, které vymezuje terminologický a výkladový slovník Speciální pedagogika (Vašek a kol., 1994) jako nejširší, nejvšeobecnější, střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci a který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85.

„*Jestliže se jedná o MR vrozenou či získanou časně, do 2 let života (někteří autoři ještě dodávají následkem orgánového poškození mozku), hovoříme o tzv. primárním mentálním postižení zvaném **oligofrenie** (tj. slabomyslnost), přestože tento termín v posledních letech jako by poněkud ustupoval nadřazenému pojmu MR.*

Pokud došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení – demenci, která má v porovnání s oligofrenií většinou progredující charakter s tendencí k postupnému zhoršování a prohlubování symptomů“ (Valenta, Müller, 2007, s. 13-14).

¹ Oligofrenie = slabomyslnost (Hartl, 1993) – název pro mentální retardaci vzniklou v období prenatalním, perinatálním a postnatálním.

² MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí; MKN-10: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Švarcová (2006) uvádí dělení mentální retardace podle vývojového období, v němž dochází ke vzniku mentálního postižení. Jestliže dojde k opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním, nazývá se mentální postižení oligofrenií, jestliže k němu dojde v průběhu života jedince, pak mluvíme o demenci.

Termínem oligofrenie se označuje stav připomínající mentální retardaci. U osob trpících pseudooligofrenií sice dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, ne však vlivem poškození mozku, ale z jiných důvodů (např. výchovně zanedbané děti, děti i dospělí s emočními poruchami nebo vážným smyslovým postižením).

1.1 Vymezení pojmu

„Vlastní termín mentální retardace (z lat. Mens, 2. p. mentis = mysl, retardare = zdržet, zaostávat) byl uveden ve třicátých letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci“ (Vašek, 1994, in Krejčířová, Hutýrová, 2006, s. 8).

Podle terminologického a výkladového slovníku (Vašek, 1994) je mentální retardace [z lat. mens, 2. p. mentis – mysl, retardare – zaostávat] souborným označením pro výrazně podprůměrnou úroveň všeobecné inteligence (IQ nižší než 70). Pojem MR se začal používat v odborné terminologii po konferenci Světové zdravotnické organizace v r. 1995 v Miláně. Předtím se pro poruchu tohoto druhu nejednotně používala i jiná označení: slabomyslnost, slaboduchost, oligofrenie, duševní zaostalost, rozumový defekt apod. Termín MR vystihuje medicínské, psychologické, pedagogické a sociální aspekty života mentálně retardovaného člověka od narození po smrt – je pojmem interdisciplinárního charakteru. V pojmu mentální retardace slovo retardace znamená zaostávání, zdržení, zpomalení, což zdůrazňuje, že mentální postižení není definitivně ukončené, neměnné.

Pavel Hartl (1993) uvádí ve svém Psychologickém slovníku toto: **„retardace mentální**, zpomalení, zpoždění duš. vývoje jedince, většinou soc. zanedbáním, někdy v důsledku somatického onemocnění“.

Vedle pojmu mentální retardace se můžeme také setkat (především v odborné literatuře) s pojmem mentální postižení. Podle Světové zdravotnické organizace (Novosad, 2009, s. 12) je pojem „postižení“ definován jako *„částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“*.

Lečbych (2008) k tomu dodává, že postižení je samo o sobě faktem neutrálním, teprve hodnoty a postoje společnosti z něj vytvářejí „handicap“.

Jak uvádí Černá (2008, s. 75): „*Termíny jedinec s mentální retardací a jedinec s mentálním postižením se v současné české psychopedii používají jako synonyma. Samotný syndrom³ je pak nazýván mentální retardace.*“

1.2 Defínice

Definovat mentální retardaci jako ucelený jednotný pojem není vůbec jednoduché a snad ani možné. Podle Lečbycha (2008) existuje v současné době řada různých definic mentální retardace. Proto uvedeme několik definic od různých autorů. Každý z nich se na pojem „mentální retardace“ dívá z trochu jiného úhlu pohledu.

Mentální retardace jako „zastřešující“ termín pro jedince s poruchami intelektu se začal šířející používat v odborné terminologii až po konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1959 v Miláně. Postupně jím byla nahrazována řada analogických termínů – jako například duševní úchylnost, duševní abnormalita, duševní opoždění, rozumová zaostalost, intelektová abnormalita, slabomyslnost, mentální defekt, oligofrenie, ... (Bajo – Vašek, 1994 in Müller, 2002).

Definice mentální retardace zdůrazňující inteligenční kvocient vycházejí z rozdělení jedinců podle stupně inteligence. Při zdůrazňování IQ jako základního kritéria, bývají za mentálně retardované považovány všechny osoby, jejichž inteligence je nižší než pásmo hraniční (IQ 70-80) (Müller, 2002).

„**Mentální retardaci** lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“ (Valenta, Müller, 2007, str. 12).

Stanislav Langer nám ve své knize Mentální retardace uvádí definici Matulaye – předního slovenského neuropsychiatra a odborníka na mentální retardaci: „*Mentální retardace, oligofrenie čili slabomyslnost jako nevyvinutost celé osobnosti s výrazným postižením rozumových schopností*“ (Matulay, 1984, in Langer, 1996, s. 5).

Pojem mentální retardace znamená v překladu opožděnost rozumového vývoje a byl převzat z mezinárodní lékařské nomenklatury (Dolejší, 1973, in Langer, 1996).

³ Syndromem se označuje soubor symptomů neboli příznaků.

„V doslovném překladu bychom mohli hovořit o mentální retardaci jako o duševním zpomalení či zaostávání. Pojem mentální retardace z podstaty svého názvu upozorňuje na opožďování vývoje rozumových schopností a pomáhá mírnit pedagogickou rehabilitační skepsi na možné zlepšení tohoto stavu“ (Lečbych, 2008, s. 17).

Švarcová (2006) definovala mentální retardaci jako „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku“.

O syntézu všech hledisek se v definování MR pokusil Dolejší. Podle něho: „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečných genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické 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).

1.3 Mentální retardace v číslech

Malá (2002, in Lečbych, 2008) uvádí, že kdyby byly hodnoty IQ rozděleny podle normálního rozdělení četnosti a respektovaly by Gaussovo rozložení biologických jevů, tak do inteligenčního pásma ohraničujícího mentální retardaci bude patřit celkem 2,5 % populace. Četnost výskytu lidí s MR se však v literatuře udává vyšší, zpravidla kolem 3-4 %.

„Přesný počet lidí s MR, kteří žijí v České republice, není znám, neboť jejich evidence není úplná a jejímu vytváření zabraňuje nutnost dodržení lékařského tajemství. Podle údajů Národní rady zdravotně postižených (NRZP, 2004) se mentální postižení v České republice vyskytuje u 294 231 osob a lidé s mentálním postižením tvoří nejpočetnější skupinu mezi dalšími skupinami osob se zrakovým, sluchovým nebo pohybovým postižením“ (Lečbych, 2008, s. 24).

Stejně procento najdeme i u Švarcové (2006), která uvádí, že mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin a jejich počet neustále stoupá. Konkrétní počet mentálně retardovaných není znám, ale uvádí se 3 %, z nichž 2,6 % připadá na

postižené lehkou mentální retardací, 0,1 – 0,2 % zastupují jedinci s těžkou a hlubokou mentální retardací. Dále uvádí informaci z roku 1993, kdy bylo v Národním plánu opatření ke snížení negativních důsledků zdravotního postižení uvedeno, že na základě kvalifikovaných odhadů žije v České republice 300 tisíc osob s mentálním postižením.

Valenta a Müller (2003) uvádějí podobné procentuální rozdělení stupňů mentální retardace v populaci jako Švarcová. Osob s lehkou mentální retardací je přibližně 2,6 % (jsou to více jak $\frac{3}{4}$ mentálně retardovaných), osob se středně těžkou mentální retardací 0,4 %, s těžkou 0,3 % a hluboká se vyskytuje zhruba u 0,2 % osob. V celosvětovém měřítku se uvádí číslo 200 milionů osob.

2 Historie péče o osoby s mentálním postižením

Podle Vojtka (2005) je v české speciální pedagogice stále respektována Sováková periodizace vývoje přístupu společnosti k lidem s postižením z roku 1972.

Nyní uvedeme jednotlivá stádia přístupu k osobám s postižením podle Sováka (1980) a stručně vysvětlíme, co znamenají a jaký postoj zaujímají k lidem s postižením:

1. stádium represivní – starověk – vyvrhování osob starých, nevyléčitelně nemocných, slepých a zmrzačených i jinak postižených ze společnosti (vyloučením, zabitím)
2. stádium zotročování – otrokářské vykořisťování defektních (především novorozenců)
3. stádium charitativní – feudalismus – náboženské postoje k defektním osobám (kláštery, azyly, špitály a řády)
4. stádium renesančního humanismu – hledání lidského poměru, respektování důstojnosti života k lidem s postižením
5. stádium rehabilitační – nástup kapitalismu – péče z ekonomických důvodů, začali pracovat a vydělávat si na sebe
6. stádium socializační – v duchu socialistického humanismu se provádí rehabilitace defektních za účelem sociálního a pracovního uplatnění
7. stádium prevenční – předcházení defektivitě (negativnímu vztahu lidí s postižením a společnosti)

Těchto sedm stádií doplňují naši dva nejznámější představitelé speciální pedagogiky Jaroslav Kysučan a Jindřich Kuja o stádium osmé, tj. integrační – společné vzdělávání v běžných školách.

Podobné dělení uvádí také Jesenský ve své publikaci *Základy komprehensivní speciální pedagogiky* (2000) a těchto stádií je celkem 8. Pouze tyto stádia vyjmenujeme pro srovnání s předchozími, jinak jsou ve svém vysvětlení velmi podobná:

1. stádium represivně lhostejných postojů
2. stádium výběrově utilizačních postojů
3. stádium charitativních postojů
4. stádium humánně filantropických postojů
5. stádium altruisticko-segregačních postojů
6. stádium rehabilitačně emancipačních postojů
7. stádium preventivně integračních postojů
8. stádium nevyřazování handicapovaných z hlavního proudu

Vojtko (2005) dále uvádí, že organizované péči o postižené dominovala do konce 20. století charita a soukromá humanita. Teprve od roku 1862 začala přecházet podpora postižených do sféry veřejnoprávní. Závažným však zůstával fakt, že péče o postižené byla v rukou chudinského zákonodárství. Mnohé odborné ústavy by nevznikly, kdyby na ně nebyly použity prostředky ze sirotčích fondů.

Jak uvádí Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007, s. 40): „*Od přímé likvidace postiženého jedince v období represivním přes příchod křesťanství s hlásáním lásky k bližnímu v období charitativním se dostáváme do období humanitní péče....*“

Toto stádium, jak dále uvádí Bartoňová, Bazalová, Pipeková se dělí dle Mühlpachra (2001) na stádium:

- renesančního humanismu – hledal lidský poměr k postiženým
- rehabilitační – pro společnost se jevílo výhodnější najít postiženým pracovní uplatnění, než je zdarma žít
- socializační – v duchu humanismu má být postižený člověk prostřednictvím rehabilitace uschopňován k práci a ke společenskému životu
- prevenční – dominuje snaha předcházet vzniku abnormalit

Vančová (2005, in Valenta, Müller, 2009) nám uvádí trochu jiný pohled na to, jak společnost přistupovala k minoritě postižených.

- společnost bez mentálně postižených
- mentálně postižení mimo společnost
- mentálně postižení vedle intaktních
- mentálně postižení mezi intaktními
- mentálně postižení spolu s intaktními

„*U nás jsou počátky péče o slabomyslné spojeny s rokem 1871. V tomto roce byl založen Spolkem paní sv. Anny v Praze první ústav pro idioty. Jeho prvním ředitelem se stal lékař Karel Slavoj Amerling (1807–1884). Další významnou osobností počátku 20. stol byl univerzitní profesor František Čáda. Jednou z nejvýznamnějších osobností u nás je MUDr. Karel Herfort (1871–1940). Významným průkopníkem výchovy a vzdělání slabomyslných byl také Josef Zeman (1867–1961)*“ (Kozáková, 2005, s. 14).

3 Terminologie

Existuje mnoho termínů pro označení duševního opoždění. Podle Dolejšího (1983) se v lékařské a nápravně pedagogické literatuře nejvíce vyskytují termíny „oligofrenie“ a „slabomyslnost“. Někteří autoři používají tyto dva pojmy ve stejném významu. Jiní, např. Sovák, rozlišují slabomyslnost, oligofrenii a demenci. Sovák (1986) chápe slabomyslnost jako pojem obsahově širší, který zahrnuje jak oligofrenii, tak demenci. Termín oligofrenie používá tehdy, došlo-li k opoždění vývoje na dědičném podkladě a termín demence užívá tam, kde se slabomyslnost vyvinula následkem poškození mozku během života dítěte.

Dále pak uvádí, že se termínu „mentální retardace“ dává přednost před jinými, která jsou svými důsledky nešťastná.

Jak uvádí Valenta, Müller (2009, s. 8): „*Slovenští autoři (Vašek, Bajo, 1994) napočítali na dvacet analogických termínů vztahujících se k osobě s mentální retardací, které se objevily v letech 1952-1989 v naší (tehdy československé) speciální pedagogice: duševně vadní, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektní, rozumově vadní, děti s vadným rozumovým vývojem, děti se sníženými rozumovými schopnostmi, rozumově zaostalí, intelektově vadní, intelektově úchylní, intelektově abnormální, slabomyslní, oligofrenní, mentálně vadní, mentálně defektní, mentálně deficientní, mentálně nenormální, mentálně abnormální, mentálně subnormní, mentálně nevyvinutí, mentálně opoždění, mentálně retardovaní.*“

Podle Matulaye (1989) je MR novým pojmenováním stavů, které se dříve označovaly jako slabomyslnost a v lékařské literatuře jako oligofrenie (z řeckého oligo – málo, phren – duše). Pod označením mentální retardace rozumíme opožděný nebo poškozený normální vývoj dítěte v oblasti rozumu, velmi často se vyskytují pohybové poruchy a narušené je celkové chování.

„*Z dalších termínů relevantních oboru se v psychopedii užívají následující pojmy, z nichž nejdůležitější roli hraje poměrně nejednoznačný termín **mentální retardace** (volně přeloženo jako zpoždění duševního vývoje), který je v současnosti vymezován značným množstvím definic, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho schopnosti adaptace na prostředí. Termín se začal používat v širším měřítku až po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 a pozvolna nahradil celou řadu relevantních pojmů*“ (Valenta, Müller, 2007, s. 10).

4 Klasifikace mentální retardace

Podle Müllera (2001) jsou při klasifikaci používána různá kritéria. Nejčastějšími jsou etiologická, symptomatologická, vývojová a podle stupně postižení. Pro současné speciálně pedagogické působení je na prvním místě kritérium dle stupně mentálního postižení.

Jak už zde bylo uvedeno, mentální retardace představuje snížení rozumových schopností, tedy snížení inteligence. Inteligence se dá vypočítat. „*Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem*“ (Švarcová, 2006, s. 32).

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

Jak uvádí Švarcová (2006) nejznámější a stále uznávaná klasifikace úrovně rozumových schopností je klasifikace podle Wechslera (tab. 4.1).

Tab. 4.1 Klasifikace IQ podle Wechslera (Švancara, 1974, s. 226)

IQ	Klasifikace	Procento populace
130 a výše	značně nadprůměrná	2,2
120 – 129	nadprůměrná	6,7
110 – 119	mírně nadprůměrná	16,1
90 – 109	průměrná	50,0
80 – 89	podprůměrná	16,1
70 – 79	hraniční inferiorita	6,7
69 a níže	slabomyslnost	2,2

Z tabulky tedy můžeme vyčíst, že za mentálně retardované (slabomyslné) jsou považovány všechny osoby, jejichž IQ je nižší než 69.

⁴ Mentální věk: udává mentální vyspělost člověka
Chronologický věk: značí fyzický věk

Při klasifikaci mentální retardace platí od roku 1992 desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací. V MKN-10 je každá kapitola oboru označena písmenem a následuje číslice, která blíže určuje a zpřesňuje diagnózu. Duševní poruchy jsou označeny písmenem F, pro mentální retardaci je odpovídající číslice 7 (Valenta, Müller, 2003).

K základnímu označení (kódu) jednotlivých stupňů mentálního postižení se podle MKN – 10 přidává kód, který vyjadřuje postižení chování (Müller, 2001):

0. – žádná nebo minimální porucha
1. – významná porucha chování, vyžadující pozornost nebo léčbu
8. – jiné poruchy chování
9. – bez zmínky o poruchách chování

„Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace“ (Švarcová, 2006, s. 33).

Stupně MR podle Valenty a Müllera (2003, s. 11)

F70-F79 MENTÁLNÍ RETARDACE

Stupeň mentálního postižení je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu takto:

F70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation) – IQ 50-69, dříve debilita.

F71 Středně těžká mentální retardace (moderate mental retardation) – IQ 35-49, dříve imbecilita.

F72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation) – IQ 20-35, dříve idioimbecilita, prostá idiocie.

F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – do 19 IQ, dříve idiocie, vegetativní idiocie.

Takto rozdělují mentální retardaci Valenta s Müllerem. Jak už jsem se zde zmínila MKN-10. dělí mentální retardaci do šesti kategorií. Valenta s Müllerem uvádí pouze 4, proto zde zbylé dvě doplníme od Švarcové (2006).

F78 Jiná mentální retardace.

F79 Nespecifikovaná mentální retardace.

„Číselná hodnota IQ ale není samospasitelnou. Vzhledem k tomu, že etiologické faktory (způsobující mentální retardaci) postihují kromě rozumových schopností také jiné psychické funkce a složky osobnosti (které hodnotou IQ nezachytáváme), je tato číselná hodnota jen jakousi aktuální mírou výkonnosti a nevypovídá o možném vývoji vlivem speciálně pedagogického působení“ (Bajo - Vašek, 1994, in Müller, 2001, s. 13).

5 Etiologie

Podle Hartla (1993) je etiologie „nauka o původu a příčinách nemocí“.

Etiologií mentální retardace se zabývá mnoho autorů a najdeme ji v mnoha publikacích. Vzhledem k mnoha vlivům, které působí jak na matku během těhotenství, tak přímo na dítě po narození nelze přesně určit příčinu mentální retardace. Jak uvádí Langer (1995, s. 27): „*Přestože u mentálně retardovaných se v minulosti zkoumaly a v současné době zkoumají nejrůznější možné vlivy biologické a sociální, nelze určit příčiny mentální retardace jednotně a jednoznačně pro jejich značnou symptomatologickou variabilitu a kvalitativní a kvantitativní rozdíly v mentálním deficitu.*“ Dále dodává, že se kromě biologických a sociálních faktorů zjišťovaly i jiné faktory. Mezi nimi uvádí např. množství dětí mentálně retardovaných v rodinách s nižším vzděláním, posloupnost mentálně retardovaných dětí mezi sourozenci, starosti a chronická duševní zátěž matek v době gravidity aj.

Neexistuje ani jednotná klasifikace mentální retardace podle příčin. Někteří autoři dělí mentální retardaci na faktory prenatální a perinatální, jak tomu je v případě autorů Raboch a Zvolský (2001, in Černá, 2008), kteří mezi první zmíněné řadí:

1. infekční onemocnění matky
2. endokrinní poruchy matky
3. Rh inkompatibilitu
4. fetální alkoholový syndrom
5. kokainový syndrom
6. získaný defekt imunity (AIDS)
7. další intrauterinní⁵ poškození

Mezi perinatální faktory řadí mozkové hypoxie novorozence a krvácení do mozku, chromozomální aberace⁶ a genetické enzymové defekty.

Jiní autoři jako např. Valenta a Müller dělí etiologické faktory na prenatální⁷, perinatální⁸ a postnatální⁹. Mezi prenatálními jsou zdůrazněny dědičné vlivy, specificky genetické příčiny a faktory environmentální. Perinatální faktory zahrnují encefalopatii, mechanické poškození mozku při porodu, hypoxii, předčasný porod, nízkou porodní

⁵ Intrauterinní = nitroděložní

⁶ Aberace = odchylky

⁷ Prenatální: příčiny vztahují k období před narozením (porodem)

⁸ Perinatální: příčiny vztahující se k období těsně před, během a těsně po porodu

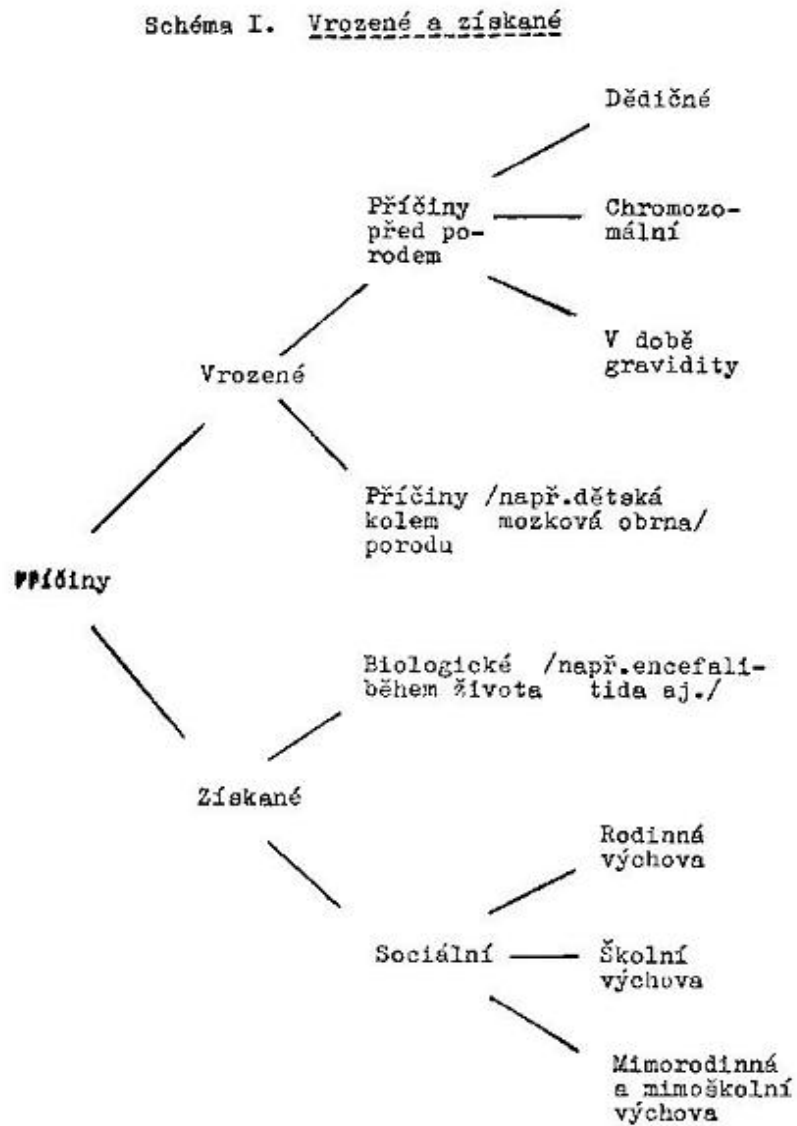
⁹ Postnatální: příčiny vztahující se k období po narození (porodu) (Matulay, 1989)

váhu a nefyziologickou novorozeneckou žloutenku. Postnatální příčiny jako encefalitidy, meningitidy, nádorová onemocnění, krvácení do mozku, alkoholové demence, schizofrenie uvádějí jako nejčastější a řadí k nim ještě vlivy senzorické, citové a sociokulturní deprivace (Valenta, Müller, 2003).

Langer (1995) rozděluje příčiny mentální retardace na vrozené a získané, endogenní a exogenní, dědičné a získané. Na vysvětlení tohoto rozdělení uvádí: „*Tyto tři formy zde uvádíme proto, protože se těchto rozdělení běžně používá v teoretickém přístupu k řešení těchto otázek, uvedená rozdělení vycházejí z různých pohledů, přičemž záleží hlavně na tom, jak si sémanticky vymezíme pojmy „vrozené-získané, endogenní-exogenní, dědičné a získané“*“ (Langer, 1995, s. 30-31).

V následujících obrázcích uvádíme, jak Langer (1995) tyto pojmy schematicky vymezil (viz schéma č. I, II a III (Langer, 1995, s. 31-33)).

Schéma I. Vrozené a získané (Langer, 1995, s. 31)



K tomuto schematickému rozdělení Langer uvádí, že podle schématu můžou vrozené příčiny zahrnovat dědičné, chromozomální, příčiny z období gravidity a kolem porodu. Kdežto dědičné zahrnují pouze příčiny před koncepcí a zděděné po předcích.

Schéma II. Endogenní a exogenní (Langer, 1995, s. 32)

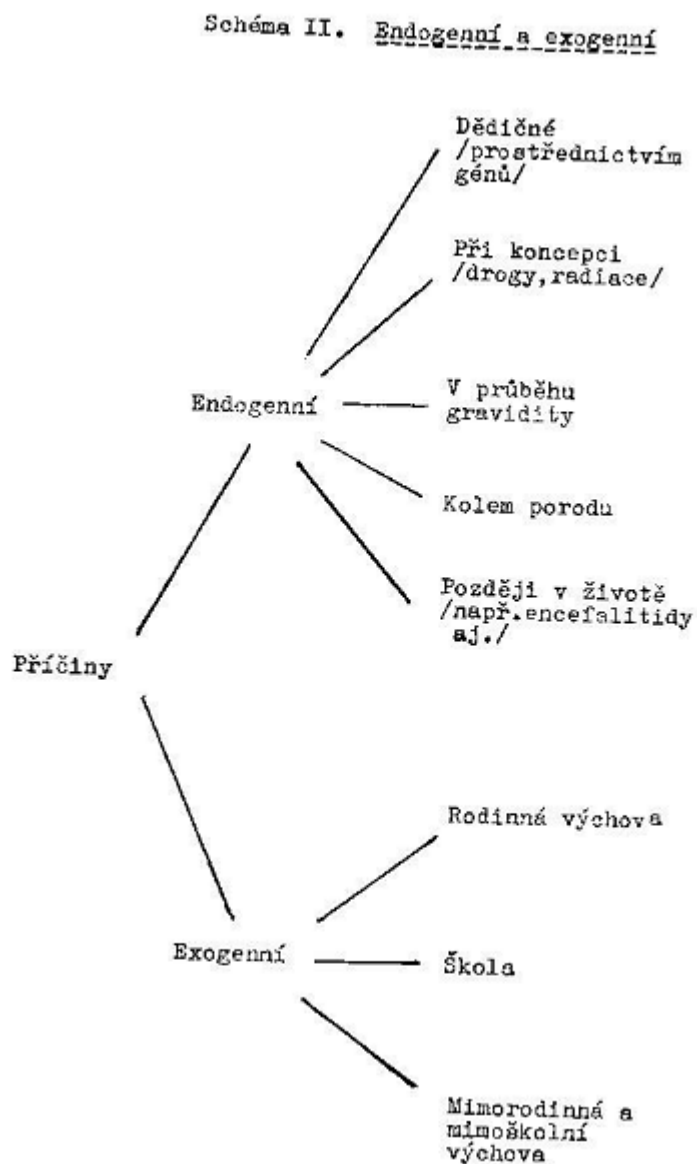
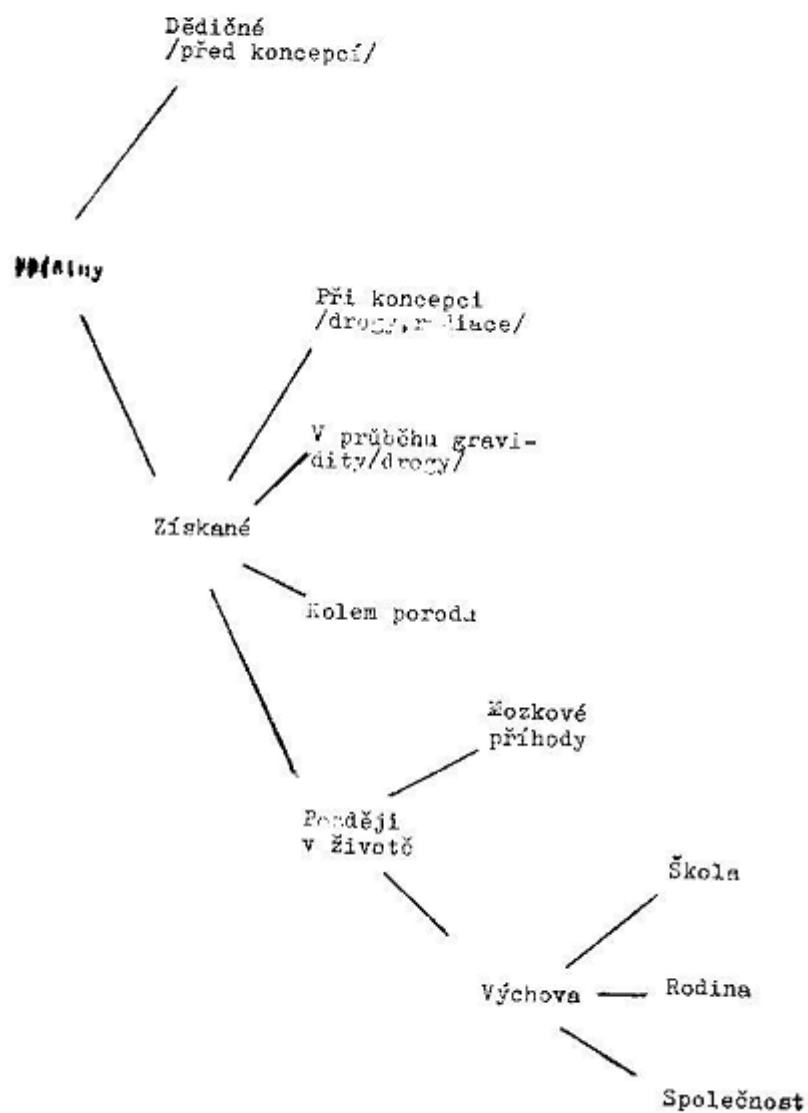


Schéma III. Dědičné a získané (Langer, 1995, s. 33)

Schéma III. Dědičné a získané



Matulay (1989, s. 10) uvádí: „*Poznanie príčin čiže etiológie vzniku mentálnej retardácie má dvojaký význam: 1. napomáha predchádzanie (prevenciu), 2. umožňuje výber správnej liečby. Príčin je veľa a mnohé sú zatiaľ neznáme, i keď sa tušia.*“

Stejně stanovisko zaujímá i Dolejší (1983), který říká, že mentální retardace nejsou etiologicky homogenní skupinou a jejich charakteristiky a vývoj mohou být značně individuální.

Podle Švarcové (2006, s. 28) je příčinou mentální retardace „organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku“.

Matulay (1989) rozděluje příčiny na vnitřní neboli zděděné (genetické) a vnější (exogenní). Vnitřní příčiny jsou podle něho v pohlavních buňkách, spojením kterých vzniká nový jedinec. Vnější příčiny působí od početí, po dobu těhotenství, přes porod a období porodu až po rané dětství. Kromě příčin vnitřních a vnějších uvádí ještě třetí příčinu a to sociální faktory. Je dokázáno, že sociokulturní činitele mají největší význam při lehké mentální retardaci. Nejvhodnější prostředí pro malé dítě tvoří matka a její kvalita a informovanost, jak pečovat o postižené dítě. Do sociálních faktorů zahrnujeme i celou rodinu. Když hovoříme o příčinách, je třeba upozornit, že poškození vzniká v mozku. Základem mozku jsou nervové buňky, které navzájem spolupracují. Počet buněk se odhaduje na 14 miliard. Je to velmi složitý systém.

Lečbych (2008) také rozděluje etiologii MR na vlivy endogenní (genetické) a na vlivy exogenní, tedy okolnosti v období gravidity, porodu a raném dětství. Přidává k tomu ještě tzv. encefalopatii, kterou se označují následky poškození mozku bez ohledu na příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter.

Lečbych (2008, s. 25) dále uvádí: „*Příčiny, které vedou k mentální retardaci, mohou být různorodé. Zpravidla se jedná o 1. variaci normálního rozložení četnosti; 2. genetické vlivy; 3. prenatální poškození plodu; 4. perinatální poškození dítěte; 5. časné postnatální poškození dítěte.*“

Dolejší (1983) nám předkládá tyto podklady pro vznik mentální retardace:

1. dědičný,
2. encefalopatický (raná poškození CNS, infekce, úrazy),
3. sociální, psychologický a výchovný (citová, senzorická a kulturní deprivace).

Jak už jsme zde uvedly poškození mozku do 2 let věku dítěte je považováno ještě za mentální retardaci – tzv. období raného dětství, jak uvádí Matulay (1989). Po 2 roce života už se jedná o demenci – čili získané poškození mozku.

5.1 Příčiny vnější

Jelikož jsou naším hlavním tématem příčiny MR z hlediska doby vzniku, uvedeme dále rozdělení příčin MR na příčiny prenatální, perinatální a postnatální. Podle Matulaye (1989) spadají tyto tři období příčiny vzniku MR pod příčiny vnější (exogenní). Stejně jako u Lečbycha (2008), který také řadí tyto stádia pod exogenní příčiny. Podle Langra (1995) spadají pod příčiny endogenní neboli vnitřní. Dále se tyto příčiny řadí mezi příčiny vrozené.

Vnější příčiny tedy Matulay (1989) rozděluje podle toho, ve kterém období vývoje dítěte nastaly na:

prenatální – období gravidity, tedy před porodem

perinatální – doba porodu

postnatální – období, které trvá do sedmého dne po porodu.

„Jako encefalopatie se obvykle označují následky poškození mozku bez ohledu na příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter“ (Lečbych, 2008, s. 24).

5.1.1 Příčiny prenatální

Jak už zde bylo uvedeno, patří mezi příčiny vnější neboli exogenní a působící od početí do narození, čili před porodem.

Na plod, respektive na jeho vyvíjející se nervový systém, mohou působit jakékoliv škodliviny, neboť placenta neposkytuje zvláštní ochranu plodu, takže např. infekce matky může přejít na plod. Čím dříve tyto škodliviny působí, tím vážnější jsou následky. V období gravidity může být velmi nebezpečné rentgenové záření, chemické látky působící buď v zaměstnání, nebo v prostředí, ve kterém těhotná žije, užívání léků, kouření, nadměrné požívání alkoholu → fetální alkoholový syndrom, krvácení, aj. (Matulay, 1989).

Příčiny prenatální někteří autoři dále ještě dělí například podle toho, jestli se dědí po předcích, nebo vznikají geneticky a nebo je získáváme vlivem různých přírodních faktorů. My zde uvádíme dělení podle autorů Valenty a Müllera (2009), kteří člení prenatální příčiny na vlivy dědičné – hereditární, genetické příčiny a environmentální faktory. Z každé skupiny jsme vybraly nejdůležitější pojmy a podrobněji je vysvětlily.

Vlivy dědičné – hereditární

Valenta, Müller (2009) řadí mezi dědičné vlivy nemoci zděděné po předcích (hlavně metabolické poruchy) a také to, kdy dítě dětí po rodičích nedostatečné množství vloh k určité činnosti.

Genetické příčiny

Valenta s Müllerem (2009) také zmiňují specifické genetické příčiny – mutace genů, aberace chromozomů či změny v jejich počtu – ke kterým dochází vlivem mutagenních faktorů, jako je např. záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy ...

„Největší skupinu příčin mentální retardace však tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů zvláště pak tzv. trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru – dizomie, kdy jeden chromozom získáváme od otce a jeden od matky) se svým nejznámějším a nejrozšířenějším reprezentantem – Downovým syndromem způsobeným trizomií chromozomu 21 (příčina 23 % mentálních retardací)“ (Valenta, Müller, 2009, s. 59).

Lečbych (2008, s. 25) uvádí: *„Downův syndrom je kromě postižení intelektu také charakteristický tzv. „mongoloidním zjevem“.*

Zvolský (1998, s. 158) uvádí, že *...“mentální retardace je ve 25 % častější u mužů než u žen, častěji se nachází nadbytečný X chromosom (trizomie)“.*

Lečbych (2008) řadí mezi nejčastější příčiny mentální retardace **Syndrom fragilního X-chromozomu (FRAX)**. Jak dále uvádí, je tento syndrom charakteristický přítomností fragilního místa na dlouhém raménku chromozomu X. Pro jedince s FRAX je typická podlouhlá tvář s vystupujícím čelem a bradou, velké, často odstávající uši, také se vyskytují abnormality kostry.

Na podkladě metabolických poruch vzniká fenylketonurie, která může být spojena s různými stupni postižení intelektu. Příčinou je chybění enzymu hydroxylázy fenylalaninu, který katalyzuje fenylalanin v tyrosin. Atypické metabolity fenylalaninu potom poškozují CNS (Janík, Dušek, 1974).

Downův syndrom

„Downův syndrom (mongolismus) má poruchy v somatochromozómech. Jako nejčastější příčina se uvádí trizomie 21. Chromozómu, kdy se místo obvyklých dvou chromozomů tohoto čísla vyskytují tři. Postižený má místo 46 chromozomů 47. Byly

však zjištěny i jiné chromozomální poruchy u Downova syndromu, např. translokace“ (Janík, Dušek, 1974, s. 77).

Dále Janík a Dušek (1974) uvádí, že u Downova syndromu je postižení intelektu různého stupně a jeho průvodními znaky jsou: tzv. facies mongolica – šikmé a úzké oční štěrby, na vnitřním koutku očním je kožní řasa (epicanthus), gotické patro, tlustý rozbrázděný jazyk, ruce s krátkými prsty. Kůže, u lidí trpících tímto syndromem, bývá suchá, vlasy řídké, uši často deformované.

Fenylketonurie

„Fenylketonurie. Její příčina je chybění enzymu hydroxylázy fenylalaninu, který katalyzuje přeměnu fenylalaninu v tyrosin. Vlivem toho dochází k nadměrné produkci kyseliny fenylpyrohroznové a dalších produktů, které jsou pak nadměrně vylučovány močí. Při fenylketonurii může být různý stupeň postižení intelektu. Ale jsou známí i jedinci s normální úrovní“ (Janík, Dušek, 1974, s. 77).

Environmentální faktory

K těmto faktorům Valenta s Müllerem (2009) řadí onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, otravy olovem a přímou intoxikaci embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), její nedostatečnou výživu aj.

Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Vavřínková, Bindera (2006) uvádí, že účinky alkoholu na plod popsal již Aristoteles a tudíž jsou nám známy již po staletí. U těhotné ženy prochází alkohol volně placentární bariérou a působí toxicky na plod.

„V roce 1973 Jones poprvé popsal soubor anomálií u dětí, které se narodily ženám závislým na alkoholu. Tento soubor anomálií byl nazván fetální alkoholový syndrom (FAS). Tento specifický soubor malformit je charakterizován: prenatalním a postnatalním růstovým deficitem, abnormalitami CNS, kraniofaciálními abnormalitami“ (Vavřínková, Bindera, 2006, s. 56).

5.1.2 Příčiny perinatální

Také řadíme mezi exogenní příčiny a působí těsně před, během a těsně po porodu.

Jde o rozmanité příhody týkající se jak předčasného porodu, tak opožděného porodu. Mnohé příčiny jsou způsobeny nesprávnou polohou plodu, velikostí plodu, kdy plod je příliš velký a porodní cesty jsou úzké – to způsobuje krvácení buď do mozku nebo do dutin okolo něho, případně kratší či delší bezvědomí novorozence. Bezvědomí je důsledkem nedokrvění mozku, buňky jsou nedostatečně vyživované kyslíkem, následkem toho odumírají (asfyxie) (Matulay, 1989).

Valenta, Müller (2009) uvádí tyto perinatální faktory: mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku), předčasný porod a nízká porodní váha dítěte, nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka – hyperbilirubinémie, při které bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (při nesouladu Rh faktorů).

„Z hlediska vzniku mentální retardace jsou rizikové protrahované porody, při kterých dochází ke kompresi novorozence, předčasné porody, nezralé děti s nedostatečně vyvinutou plicní ventilací“ (Drtilková, 2001, in Lečbých, 2008, s. 27).

Asfyxie

„Jednou z nepříznivých okolností porodních, již lze vyabstrahovat v řadě případů je asfyxie způsobená přerušением přívodu kyslíku k mozgovým buňkám. Mozek je nejnáročnější orgán lidského těla, pokud jde o zásobení kyslíkem. V kritickou dobu porodu se jeho tolerance vůči nedostatku kyslíku přechodně zvýší, nicméně v intervalu mezi podvázáním pupečnicku a zahájením plicního dýchání dochází i v normálních případech ke krátkodobému dvou- až tříminutové hypoxii (snižování obsahu kyslíku v krvi). Při delším přerušování (čtyři až pět minut se ještě nepovažuje za nebezpečné) dochází vlivem nedostatku kyslíku ke krvácení z cév, které poškozuje mozkovou tkáň, i k přímému odumírání mozkových buněk“ (V. Mydlil, 1974, in Černá, 1999, s. 31-32).

Předčasný porod (před 37. týdnem těhotenství)

Za předčasně narozené jsou považovány plody, které matka porodí před dokončeným 37. týdnem gestace (do 259 dní od prvního dne poslední menstruace a do 245 dní od koncepce). Plody vážící méně než 1500 gramů jsou velmi nezralé a extrémně nezralé jsou plody vážící méně než 1000 gramů. Frekvence předčasných porodů v České republice kolísá kolem 6 % (Čech, 2006).

„Mozek savců podle Matulaye /1984/ je zranitelný při toxických, metabolických a nutričních poruchách, a to zvláště v perinatálním a časném postnatálním období“
(Langer, 1995, s. 29)

5.1.3 Příčiny postnatální

Exogenní příčiny působící na dítě po narození.

Postnatální faktory – infekce, úrazy a nedostatečná výživa kojence a jakýchkoli příčin. Tyto příčiny jsou v porovnání s předchozími dvěmi nejméně významné (Matulay, 1989).

V době po narození může na dítě působit mnoho vlivů. Mezi tyto příčiny řadí Valenta s Müllerem (2009) zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a v pozdějším období onemocnění vedoucí k deterioracím typu Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické demence apod. Dále může být snížení intelektových schopností zapříčiněno senzoricou, citovou a sociokulturní deprivací dětí. Tzn., že mentální retardace může postihnout děti vyrůstající v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí nebo děti, které vyrůstají v institucionální péči.

Zvolský (2001, s. 157) uvádí: *„Snížení intelektových schopností je způsobeno sociokulturní deprivací v rodinách, dětských domovech a jiných institucích. Rodiče, kteří mají sami nízké intelektové vybavení, postihují potomky dvojnásobně – jednak dědičností, jednak nepodnětnou výchovou.“*

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkumné šetření

6.1 Cíl šetření

Cílem mého šetření bylo zjistit, jak se na osoby s mentální retardací a na problematiku mentální retardace dívá společnost. Jestli jsou jí známy příčiny tohoto postižení, jaký postoj zaujímají k lidem s mentální retardací a jaké pocity v nich tito lidé vzbuzují. Víme, že v minulosti lidé zaujímali různé postoje – od zabíjení, přes segregaci až k jejich postupnému přijímání a začleňování do společnosti. Dnes jsou lidé s tímto postižením běžnou součástí společnosti, žijí vedle nás, s námi a jejich postavení ve společnosti se mnohonásobně zlepšilo. I přesto jsou případy, kdy k jejich segregaci dochází. Jak uvádí Langer (1995, s. 5): „*Přes různé názory a prohlášení, že tito jedinci by neměli být segregováni v běžném občanském životě, přesto k tomu často dochází pro jejich obtížnost zapojit se samostatně do života a pro psychické zábrany akceptovat tato jedince do sociální skupiny.*“

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, jaké je povědomí intaktních osob o mentální retardaci a jejich příčinách a jak se společnost staví k lidem s tímto postižením.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda společnost ví, co znamená pojem „mentální retardace“.
2. Zjistit, zda lidé znají příčiny mentální retardace.
3. Zjistit, jaký postoj zaujímá společnost k lidem s mentální retardací.
4. Zjistit, jaké pocity v lidech vzbuzuje člověk s mentální retardací.

7 Výzkumný soubor

Cílovou skupinou mého šetření byla široká veřejnost. Neměla jsem přesně vymezenou věkovou hranici ani dosažené vzdělání. Zajímal mě názor všech lidí, ať už vysokoškolsky vzdělaných nebo těch, kteří mají pouze základní vzdělání. Většinu dotazníků jsem distribuovala přes internet – pomocí diskusního fóra a e-mailu, dále jsem část dotazníků rozdala pracovníkům v sociálním zařízení a zbytek jsem rozdala ve svém okolí.

Celkem jsem rozdala 50 dotazníků, zpátky jsem obdržela 40. Z celkového počtu 40 respondentů bylo 27 žen a 13 mužů (*viz tabulka č. 1*). Nejvíce zastoupená byla věková hranice 20 – 40 let s počtem 25 respondentů. Druhá nejpočetnější byla věková hranice 40 – 60 let, ke které se přihlásilo 12 respondentů. Méně jak 20 let měli 2 respondenti a více jak 60 let 1 (*viz tabulka č. 2*).

Co se týče dosaženého vzdělání, tak největší skupinu tvořili vysokoškolsky vzdělaní lidé s počtem 20, střední škola s maturitou byla zastoupena 8 dotázanými, 6 lidí zakroužkovalo možnost gymnázium. K základnímu vzdělání se přihlásili 4 respondenti, 1 dotázaný byl pouze vyučen a jinou možnost zakroužkoval 1 člověk (*viz tabulka č. 3*).

Také mě zajímalo, jestli v současné době pracují, studují, nebo jsou nezaměstnaní. Pracujících bylo 19, 15 lidí zakroužkovalo možnost „studuji“, 3 byli nezaměstnaní a 3 respondenti zvolili dvě možnosti a to, že studují a zároveň i pracují (*viz tabulka č. 4*).

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	n	f %
Muž	13	32,5
Žena	27	67,5
Celkem	40	100

Z tabulky č. 1 vyplývá, že mužů je 13 (32,5 %) a žen 27 (67,5%). Celkem tedy výzkumný soubor tvoří 40 lidí (100%) (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Věk	n	f %
Méně jak 20 let	2	5
20 – 40 let	25	62,5
40 – 60 let	12	30
60 a více let	1	2,5
Celkem	40	100

Z tabulky č. 2 můžeme vyčíst věkové zastoupení respondentů. Tabulka nám ukazuje, že méně jak 20 let měli 2 lidé (5 %), 20 – 40 let 25 lidí (62,5 %), 40 – 60 let 12 lidí (30 %) a 60 a více let 1 člověk (2,5 %) (viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 3: Maximální dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	n	f %
Základní	4	10
Střední škola s maturitou	8	20
Gymnázium	6	15
Vysoká škola	20	50
Vyučen	1	2,5
Jiná možnost	1	2,5
celkem	40	100

Z tabulky č. 3 vyplývá, že základního vzdělání dosáhli 4 lidé (10%), střední školu s maturitou dokončilo 8 lidí (20 %), gymnázium 6 lidí (15%), vysokou školu má 20 lidí

(50 %), vyučen je 1 člověk (2,5 %) a jinou možnost zvolil 1 člověk (2,5 %) (viz tabulka č. 3).

Tabulka č. 4: Současný stav respondentů (práce, studium)

Současný stav	Počet	procenta
Studují	15	37,5 %
Pracují	19	47,5 %
Nezaměstnaní	3	7,5 %
Studují/ pracují	3	7,5 %
Celkem	40	100 %

Tabulka č. 4 nám ukazuje, jaký je současný stav dotazovaných, co se týče jejich práce a studia. Odpověď „studují“ zakroužkovalo 15 lidí (37,5 %), 19 lidí zvolilo možnost „pracují“ (47,5 %), 3 jsou nezaměstnaní (7,5 %) a 3 studují a zároveň pracují (7,5 %) (viz tabulka č. 4).

8 Metodika šetření

Pro výzkumnou část jsem použila metodu dotazníku.

Podle Svobody (1992, s. 170) jsou dotazníky „psychodiagnostické metody založené na subjektivní výpovědi vyšetřované osoby o jejích vlastnostech, citech, postojích, názorech, zájmech, způsobu reagování v nejrůznějších situacích atd.“

Dále Svoboda (1992) uvádí, že úkolem osoby, která je zkoumána, je zatrhnout nebo jinak označit odpověď, která podle něho nejlépe vystihuje zkoumaný znak.

„Dotazníky jsou formulovány jako otázky, na které klient odpovídá „ano“, „ne“, případně „nevím“. V jiných formách dotazníků zkoumaná osoba má možnost volby z několika navrhovaných alternativ (metoda mnohonásobné nucené volby)“ (Svoboda, 1992, s. 170).

Při tvorbě dotazníku (viz příloha č. 1) jsem vycházela z přehledu teoretických poznatků. Dotazník je nestandardizovaný, tzn., že jsem si jej vytvořila sama a je zaměřený na zjištění informovanosti společnosti o mentální retardaci. Otázky jsem se snažila formulovat způsobem snadno pochopitelným laické veřejnosti.

Celkem jsem položila 16 otázek. Otázky jsem seřadila od obecnějších ke konkrétnějším. Respondenti odpovídali na jednotlivé otázky kroužkováním jedné či více možností. Některé otázky nabízeli respondentům možnost vlastní odpovědi. Dotazník se skládal jak z otázek uzavřených, tzn. možnost výběru ano/ne, tak z otázek, které obsahovaly více možností (možnost zakroužkovat více odpovědí) i otázek otevřených, které dávaly respondentům možnost volné odpovědi. První 4 otázky směřovaly na zjištění údajů o respondentech.

Při vyhodnocení dotazníku jsem postupovala otázku po otázce a sčítala zakroužkované, případně podtržené odpovědi k jednotlivým otázkám. Výsledné číslo jsem si vždy zapsala a přepočítala na procenta.

8.1 Způsob vyhodnocení dotazníkové metody

U otázky č. 2 „Víte, co znamená pojem mentální retardace?“ v případě kladné odpovědi následovala ještě otevřená podotázka „Jestliže ano, vlastními slovy zkuste popsat tento pojem“. U této podotázky jsem použila postup shlukování. Stejně nebo podobné odpovědi jsem rozřadila do 6 nadřazených kategorií, které jsem zapsala do tabulky. K jednotlivým kategoriím jsem uvedla počty shodných odpovědí. Pod tabulku jsem vypsala pár konkrétních případů.

9 Interpretace výsledků šetření

Pro interpretaci použijí jednak tabulky, v nichž uvedu jak počet odpovědí v absolutních hodnotách, tak v procentech, a jednak grafy, ve kterých budou uvedeny hodnoty přepočtené na procenta. Výsledky otázek, na které respondenti odpovídali „ano“, „ne“, zanesu do tabulek a výsledky otázek, které obsahovaly možnost výběru z několika navrhovaných alternativ, znázorním graficky. U otevřených otázek použiji postup shlukování. Tzn., že se budu snažit stejné nebo podobné odpovědi sloučit dohromady.

Otázka č. 1: Setkal (a) jste se někdy s člověkem s mentální retardací?

Tabulka č. 1: Setkal (a) jste se někdy s člověkem s mentální retardací?

Odpověď	n	f %
Ano	39	97,5
Ne	1	2,5
Celkem	40	100

Z tabulky č. 1 můžeme vyčíst, že kladně odpovědělo 39 respondentů (97,5 %) a záporně 1 respondent (2,5 %) (viz tabulka č. 1).

Otázka č. 2: Víte, co znamená pojem mentální retardace?

Tabulka č. 2: Víte, co znamená pojem mentální retardace?

Odpověď	n	f %
Ano	40	100
Ne	0	0
Celkem	40	0

Tabulka č. 2 nám ukazuje, že všech 40 dotázaných osob (100 %) ví, co znamená pojem mentální retardace. Možnost „ne“ nezvolil žádný respondent (0 %) (viz tabulka č. 2).

K této otázce patří v případě, že na ni odpoví kladně, ještě otevřená podotázka „Jestliže ano, vlastními slovy zkuste popsat tento pojem“.

Tabulka č. 3: Vysvětlení pojmu „mentální retardace“ ze strany respondentů

Odpověď	n	f %
Mentální (psychické) postižení	9	22,5
Zaostalost v psychickém vývoji	10	25
Snížené IQ	11	27,5
Poškození mozku	6	15
Člověk se chová jako dítě	2	5
Zdravotní postižení	2	5
Celkem	40	100

Podle tabulky č. 3 definovalo mentální retardaci jako mentální (psychické) postižení 9 lidí (22,5 %), zaostalost v psychickém vývoji uvedlo 10 lidí (25 %), pro 11 lidí (27,5 %) znamená mentální retardace snížené IQ. 6 lidí (15 %) vysvětlilo tento pojem jako poškození mozku, 2 lidé (5 %) uvedli, že se mentálně retardovaný člověk chová jako dítě a 2 lidé (5 %) považují mentální retardaci za zdravotní postižení (viz tabulka č. 3).

Nyní uvedu pár konkrétních příkladů, kterými respondenti popsali pojem mentální retardace: „*Mentální retardace je snížení intelektové a rozumové schopnosti, které se projevuje nejen v oblasti učení, ale i komunikace, navazování vztahů, orientace v dění.*“; „*Jedinec s postižením, které se projevuje zaostávajícím vývojem v rozumové oblasti, s horší adaptací na okolní prostředí.*“; „*Je to oneskorený vývoj dieťaťa resp. jeho mozgovej činnosti, ktorý je spôsobený chybou na chromozóme.*“; „*Poškození mozku nemocí, v prenatálním věku, vliv okolí, které působí na dlouhou dobu negativně.*“; „*Mentální postižení, poškození mozku vzniklé v období prenatálním, narušení schopnosti inteligence, sociálních a citových funkcí.*“; „*Člověk, který není zdravotně – po duševní stránce zcela zdrav.*“; „*Člověk se chová a posuzuje věci jako dítě (různě staré – většinou asi 5 – 8 leté). Tedy potřebuje někoho, kdo by se o něho staral, protože to nedokáže sám.*“ (citované odpovědi z dotazníku)

Otázka č. 3: Znáte někoho ve svém okolí, kdo má mentální retardaci?

Tabulka č. 4: Znáte někoho ve svém okolí, kdo má mentální retardaci?

Odpověď	n	f %
Ano	30	75
Ne	10	25
Celkem	40	100

Z tabulky můžeme vyčíst, že 30 dotázaných (75 %) zná ve svém okolí někoho, kdo má mentální retardaci. Naopak 10 lidí (25 %) nikoho takového ve svém okolí nezná (viz tabulka č. 4).

Následující otázka rozvíjí kladnou odpověď respondentů na otázku č. 3 – tedy ano, znám ve svém okolí člověka s mentální retardací.

Znáte příčinu jeho mentální retardace?

Tabulka č. 4: Znáte příčinu jeho mentální retardace?

Odpověď	n	f %
Ano	15	50
Ne	15	50
Celkem	30	100

Tabulka č. 4 uvádí, že 15 respondentů (50 %) zná příčinu mentální retardace u člověka, který bydlí v jejich okolí a 15 respondentů (50 %) ji nezná (viz tabulka č. 4).

Pokud odpověď zněla ano, měli respondenti ještě možnost uvést danou příčinu konkrétně. Tuto možnost využilo 10 lidí. Odpovědi byly následující: „*Downův syndrom*“ napsali 3 lidé, 1 člověk napsal „*DMO a Downův syndrom*“, další odpovědi jsou „*dětská obrna*“, „*alkohol*“, „*vrozená vada – 23. chromozom*“, „*zánět mozkových blan/dětská obrna*“, „*hypoxie plodu (perinatálně)*“ a jedna odpověď zněla „*po operaci*“.

Otázka č. 4: Víte něco o problematice mentální retardace?

Tabulka č. 5: Víte něco o problematice mentální retardace?

Odpověď	n	f %
Ano	29	72,5
Ne	11	27,5
Celkem	40	100

Tabulka č. 5 nám ukazuje, že 29 dotázaných lidí (72,5 %) je s problematikou mentální retardace obeznámeno a 11 lidí (27,5 %) o problematice mentální retardace nic neví (viz tabulka č. 5).

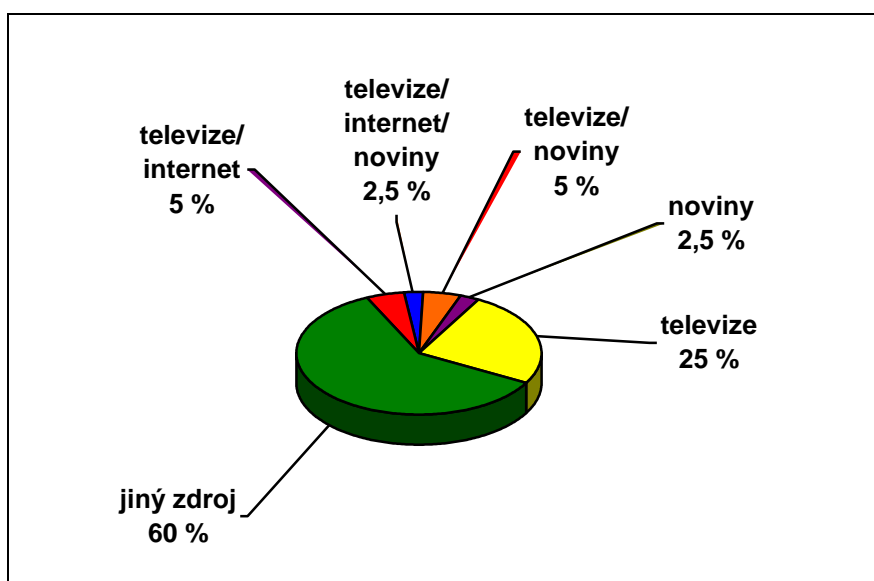
Otázka č. 5: Kde se s tématikou mentální retardace nejčastěji setkáváte?

Tabulka č. 6: Kde se s tématikou mentální retardace nejčastěji setkáváte?

Odpověď	n	f %
V novinách	1	2,5
V televizi	10	25
Internet	0	0
Jiný zdroj	24	60
Televize/internet	2	5
Televize/internet/jiný zdroj	1	2,5
Televize/noviny	2	5
Celkem	40	100

Jako jiný zdroj uváděli respondenti nejčastěji školu.

Graf č. 1: Kde se s tématikou mentální retardace nejčastěji setkáváte?



Z tabulky č. 6 a grafu č. 1 vyplývá, že v novinách se s tématikou mentální retardace setkává 1 člověk (2,5 %), v televizi 10 lidí (25 %), internet jako jedinou možnost ne zvolil nikdo. Odpověď „jiný zdroj“ byla nejčastěji zvolenou odpovědí. Tuto možnost zvolilo 24 lidí (25 %). 2 lidé (5 %) zakroužkovali jak televizi, tak internet, 1 člověk (2,5 %) zvolil tři možnosti a to televizi, internet a jiný zdroj a 2 dotázaní (5 %) volili možnost televize a noviny (viz tabulka č. 6 a graf č. 1).

Otázka č. 6: Je podle Vás příčinou mentální retardace (můžete zakroužkovat více odpovědí)

U této otázky měli dotázaní možnost zakroužkovat více z nabízených odpovědí, proto nám výsledné číslo nedá dohromady 40 lidí, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, a převedeno na procenta ani 100 %.

Tabulka č. 7: Je podle Vás příčinou mentální retardace

Odpověď	n	f %
Dědičnost	27	67,5
Poškození mozku	23	57,5
Infekce	21	52,5
Úrazy	20	50
Sociální prostředí	9	22,5
Výchova	4	10
Citová deprivace	3	7,5
Jiná možnost	7	17,5

Z tabulky č. 7 můžeme vyčíst, že 27 lidí (67,5 %) má za nejčastější příčinu mentální retardace dědičnost, druhou nejčastější příčinou je podle 23 respondentů (57,5 %) poškození mozku. Infekce je také podle respondentů častou příčinou, tuto odpověď zakroužkovalo 21 lidí (52,5 %). Možnost „úrazy“ zakroužkovalo 20 lidí (50 %). Že je jednou z možných příčin i sociální prostředí, si myslí 9 lidí (22,5 %), 4 lidé (10 %) zvolilo, jako jednu z příčin, výchovu, 3 dotázaní (7,5 %) citovou deprivaci a 7 dotázaných (17,5 %) jinou možnost (viz tabulka č. 7).

Otázka č. 7: Mohou podle Vás rodiče (matka) za to, že jejich dítě je mentálně retardované?

Tabulka č. 8: Mohou podle Vás rodiče za to, že jejich dítě je mentálně retardované?

Odpověď	n	f %
Ano	16	40
Ne	24	60
Celkem	40	100

Tabulka č. 8 nám ukazuje, že 16 respondentů (40 %) si myslí, že matka může za postižení svého dítěte. 24 respondentů (60 %) si myslí, že matka není zodpovědná za to, že její dítě je postižené (viz tabulka č. 8).

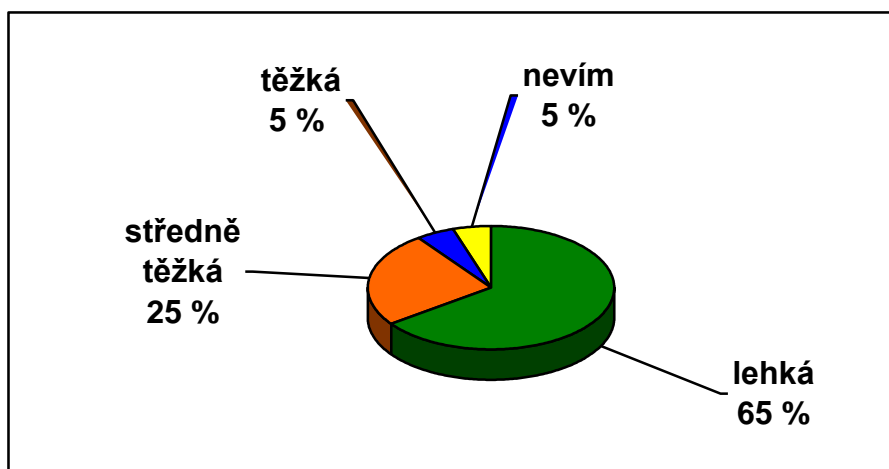
Otázka č. 8: Který stupeň mentální retardace je podle Vás nejvíce procentuelně zastoupen ve společnosti?

Tabulka č. 9: Který stupeň mentální retardace je podle Vás nejvíce procentuelně zastoupen ve společnosti?

Odpověď	n	f %
Lehká mentální retardace	26	65
Středně těžká mentální retardace	10	25
Těžká mentální retardace	2	5
Hluboká mentální retardace	0	0
Nevím	2	5
Celkem	40	100

Podle tabulky č. 9 zvolilo možnost „lehká mentální retardace“ 26 lidí (65 %), středně těžkou mentální retardaci označilo 10 lidí (25 %). Těžká mentální retardace je podle respondentů nejméně procentuelně zastoupena ve společnosti, tuto možnost zvolili pouze 2 lidé (5 %), hlubokou mentální retardaci nezvolil nikdo (0 %). 2 respondenti (5 %) napsali odpověď „nevím“, i když tato možnost v nabídce nebyla (viz tabulka č. 9).

Graf č. 2: Který stupeň mentální retardace je podle Vás nejvíce procentuelně zastoupen ve společnosti?

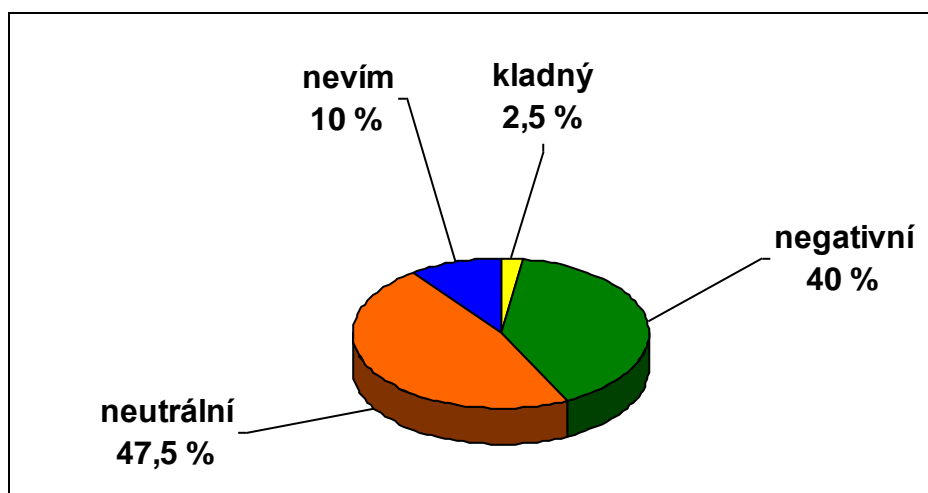


Otázka č. 9: Jaký je podle Vás postoj společnosti k lidem s mentální retardací?

Tabulka č. 10: Jaký je podle Vás postoj společnosti k lidem s mentální retardací?

Odpověď	n	f %
Kladný	1	2,5
Negativní	16	40
Neutrální	19	47,5
Nevím	4	10
Celkem	40	100

Graf č. 3: Jaký je podle Vás postoj společnosti k lidem s mentální retardací?



Z tabulky č. 10 a grafu č. 3 vyplývá, že podle 1 dotázaného je postoj společnosti k lidem s mentální retardací kladný, 16 dotázaných (40 %) odpovědělo, že je negativní, 19 lidí (47,5 %) si myslí, že společnost zaujímá k lidem s mentální retardací postoj neutrální a 4 lidé (10 %) zvolili možnost „nevím“ (viz tabulka č. 10 a graf č. 3).

Otázka č. 10: Jaké pocity ve Vás vzbuzuje mentálně retardovaný člověk?

U otázky č. 10 respondenti opět volili více odpovědí a u možnosti „jiné“ měli prostor k volné odpovědi. Mezi těmito se objevily odpovědi: „*snaha pomoci*“, „*podobný pocit, jako člověk, kterého společnost považuje za zdravého*“, „*vzpomínky na předchozí zaměstnání*“, „*jako když se potkám s dítětem, těžko říct*“, „*přistupuji k němu jako k ostatním lidem s úctou a důstojností*“, „*asi uvědomělost, snaha pomoci i snaha případného informování lidí s negativním postojem (spíše dětem – tábory)*“.

Tabulka č. 11: Jaké pocity ve Vás vzbuzuje mentálně retardovaný člověk?

Odpověď	n	f %
Strach	7	17,5
Soucit	27	67,5
Respekt	6	15
Bezmocnost	11	27,5
Výsměch	2	5
Odpor	2	5
Jiné	7	17,5

Podle tabulky č. 11 vzbuzuje mentálně retardovaný člověk strach u 7 lidí (17,5 %), soucit u 27 lidí (27 %), respekt k člověku s mentální retardací má 6 lidí (15 %), bezmocnost zakroužkovalo 11 lidí (27,5 %), výsměch 2 lidé (5 %) a jiné 7 lidí (17,5 %) (viz tabulka č. 11).

Otázka č. 11: Může mít nižší vzdělání rodičů a s tím související nízká hmotná i kulturní úroveň vliv na postižení jejich dítěte?

Tabulka č. 12: Může mít nižší vzdělání rodičů a s tím související nízká hmotná i kulturní úroveň vliv na postižení jejich dítěte?

Odpověď	n	f %
Ano	12	30
Ne	28	70
Celkem	40	100

Z tabulky č. 12 můžeme vyčíst, že 12 respondentů (30 %) odpovědělo „ano“, tedy nižší vzdělání rodičů má vliv na postižení jejich dítěte. Většina respondentů tj. 28 (70 %) si myslí, že ne (viz tabulka č. 12).

Otázka č. 12: Může podle Vás být jednou z příčin i předčasný porod?

Tabulka č. 13 : Může podle Vás být jednou z příčin i předčasný porod?

Odpověď	n	f %
Ano	36	90
Ne	4	10
Celkem	40	100

Z tabulky č. 13 vyplývá, že předčasný porod, jako jednu z možných příčin, zvolilo 36 dotázaných (90 %), 4 dotázaní (10 %) odpověděli negativně (viz tabulka č. 13).

10 Diskuze a závěr

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jaké je povědomí intaktních osob o mentální retardaci a jejích příčinách, a jak se společnost staví k lidem s tímto postižením.

Výzkumné šetření ukázalo, že povědomí intaktních osob o mentální retardaci je odpovídající jejich vzdělání. O něco lépe na tom byli vysokoškolsky vzdělaní lidé, kteří mají k informacím o mentální retardaci blízko, což potvrzují výsledky otázky: „Kde se s tematikou mentální retardace nejčastěji setkáváte?“, na kterou odpověděla většina „jiný zdroj“. Tím jiným zdrojem, jak sami respondenti k této možnosti připsali, je škola nebo praxe. Nicméně na otázku, zda ví, co znamená pojem mentální retardace, odpověděli všichni kladně, což mě překvapilo, ale zároveň i potěšilo. Také pro mě bylo potěšující, že se všichni dotázaní někdy ve svém životě s člověkem s mentální retardací setkali. Je to pro mě dobrá zpráva, že tito lidé žijí mezi námi a mi je můžeme běžně potkávat na ulici, v obchodě atd., že jsou běžnou součástí společnosti a nejsou segregováni a vytlačováni na okraj společnosti. Zvolský (2001, s. 164) ve své publikaci Speciální psychiatrie píše: *„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.“*

Mentální retardace se dále dělí na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Jejich procentuální zastoupení v populaci je podle Valenty a Müllera (2003) následující. Osob s lehkou mentální retardací je přibližně 2,6 % (jsou to více jak $\frac{3}{4}$ mentálně retardovaných), osob se středně těžkou mentální retardací 0,4 %, s těžkou MR 0,3 % a hluboká se vyskytuje zhruba u 0,2 % osob. Nejvíce je tedy osob s lehkou mentální retardací. Stejný názor sdílí i respondenti, kdy z celkového počtu 40 respondentů zvolilo lehkou mentální retardaci, jako nejvíce procentuálně zastoupenou ve společnosti, 26 dotázaných (65 %). 10 respondentů (25 %) si myslí, že nejvíce zastoupena je středně těžká mentální retardace. Těžkou mentální retardací zvolili pouze 2 dotázaní (5 %).

Co se týče příčin mentální retardace, nejvíce lidé volili tři možnosti a to dědičnost, poškození mozku a infekce, tyto možnosti zvolilo více jak 50 % respondentů. Z dalších možností to byly úrazy, které získaly 50 % a sociální prostředí 22,5 %. Že jsou jednou z možných příčin i výchova a citová deprivace, se ví málo. Zvolský (2001, s. 157)

k těmto příčinám uvádí: „*Snížení intelektových schopností je způsobeno sociokulturní deprivací v rodinách, dětských domovech a jiných institucích. Rodiče, kteří mají sami nízké intelektové vybavení, postihují potomky dvojnásobně – jednak dědičností, jednak nepodnětnou výchovou.*“

Podle Valenty, Müllera (2009) tvoří největší skupinu příčin mentální retardace syndromy způsobené změnou počtu chromozomů. Nejznámějším a nejrozšířenějším reprezentantem těchto syndromů je Downův syndrom – ten je příčinou 23 % mentálních retardací. Downův syndrom jako příčinu mentální retardace člověka ve svém okolí napsali 4 respondenti.

Jedna z otázek výzkumného šetření směřovala i na nižší vzdělání rodičů a s tím související nízkou i hmotnou kulturní úroveň, jestli tento faktor může zapříčinit postižení jejich dítěte. Většina respondentů, tj. 28 (70 %) si myslí, že ne. Odpověď zní „ano“. Podle Langer (1995) se jak v minulosti zkoumaly, tak v současnosti zkoumají nejrůznější příčiny. Kromě biologických a sociálních faktorů se zjišťovaly i jiné faktory. Mezi nimi uvádí například množství dětí mentálně retardovaných v rodinách s nižším vzděláním, posloupanost mentálně retardovaných dětí mezi sourozenci, starosti, chronickou duševní zátěž matek v době gravidity aj. Langer – Novotná (Langer, 1995) ve svém šetření z roku 1986 zjistili, že rodiče lehce mentálně retardovaných mají nižší vzdělání a v průměru mají více dětí. Také jejich hmotná i kulturní úroveň je nižší než v normálních rodinách.

Jednou z příčin mentální retardace je i předčasný porod. Na otázku, jestli může být jednou z příčin i předčasný porod, odpovědělo „ano“ 36 respondentů (90 %).

Mým dalším dílčím cílem bylo zjistit, jaký postoj zaujímá společnost k lidem s mentální retardací. Na výběr měli čtyři možnosti: kladný, negativní, neutrální a nevím. Odhadovala jsem, že nejvíce budou lidé volit možnost „negativní“. Můj odhad vyšel pouze částečně. Nejvíce lidé volili možnost „c“ a to neutrální (47,5 %) Tak trochu jsem doufala, že bude více kladných ohlasů, ale tuto možnost zvolil pouze jeden člověk. Myslím si, že společnost se těžko srovnává s odlišnostmi a těžko je také přijímá. Jak vyplynulo z výzkumu, raději zaujmeme postoj neutrální. Je to i tím, že tito lidé byli dlouhou dobu vyvrhováni a segregováni od společnosti. Důkazem je Sovákova periodizace vývoje přístupu společnosti k lidem s postižením z roku 1972, kdy společnost musela projít šesti různými stádii přes vyvrhování osob starých a postižených ze společnost, jejich zotročování, charitativní přístup, kdy se o ně bylo sice postaráno, ale byli zavřeni ve špitálech a kláštřech, až po stádium sedmé, kdy se

konečně začalo předcházet defektivitě postižených osob, tzn. negativnímu vztahu těchto osob a společnosti.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jaké pocity v lidech vzbuzuje člověk s mentální retardací. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce lidé k takto postiženým spoluobčanům cítí soucit – 27 lidí (67,5 %) zakroužkovalo tuto možnost. Bezmocnost člověk s mentální retardací vyvolává u 11 respondentů (27,5 %), respekt u 6 dotázaných (15 %). Negativní pocity jako výsměch a odpor cítí při setkání s tímto člověkem 2 lidé (5 %). Strach z něho má 7 lidí (17,5 %). Respondenti také měli možnost vlastní odpovědi. Mezi jinými se objevila odpověď: „*Přistupuji k němu jako k ostatním lidem - s úctou a důstojností.*“ A také já bych si přála, abychom člověka, ať už s mentálním nebo s jakýmkoli jiným postižením, brali, my intaktní, jako sobě rovného.

Cílem této bakalářské práce bylo charakterizovat mentální retardaci, popsat její příčiny z hlediska doby vzniku a pomoci tak předejít vzniku tohoto postižení. Mentální retardace má mnoho příčin a není jednoduché ji vymezit a definovat.

V **přehledu teoretických poznatků** jsem se snažila vymezit mentální retardaci jako pojem a uvedla jsem několik definic od různých autorů. Dále jsem uvedla pár čísel, co se týče výskytu mentální retardace v populaci a podívala jsme se do historie, jak se vyvíjel přístup k osobám s postižením. Také jsem mentální retardaci klasifikovala podle stupně IQ a z hlediska její závažnosti na lehkou MR, středně těžkou MR, těžkou MR a hlubokou MR. V poslední kapitole jsem se věnovala etiologii a jejímu dělení na příčiny prenatální, perinatální a postnatální. Mezi nejčastější příčiny patří dědičnost, genetické příčiny – především aberace chromozomů a změny v jejich počtu (Downův syndrom), poškození mozku, infekce, hypoxie plodu, předčasný porod, alkoholismus matky v době těhotenství, ale také výchova a citová deprivace.

V **praktické části** jsem si stanovila za cíl zjistit, jaké je povědomí intaktních osob o mentální retardaci a jejich příčinách, a jak se společnost staví k lidem s tímto postižením. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že společnost je o této problematice dobře informována, znají pojem mentální retardace a znají také její příčiny. Všichni respondenti se s člověkem s mentální retardací již setkali a většina také zná někoho ve svém okolí, kdo je takto postižen. Co se týče postoje společnosti k osobám s mentální retardací, většina respondentů si myslí, že intaktní společnost zaujímá neutrální postoj. S pocity, které v lidech vzbuzuje člověk s mentální retardací, převládá soucit a bezmocnost.

Souhrn

V bakalářské práci se zabýváme mentální retardací a jejími příčinami z hlediska doby vzniku. Cílem je informovat společnost o nejčastějších faktorech, které zapříčiňují vznik tohoto postižení a předejít tak, pokud je to možné, jeho vzniku. Práci jsme rozdělily na přehled teoretických poznatků a praktickou část. V přehledu teoretických poznatků jsme se zabývaly především příčinami prenatálními – tedy před porodem, příčinami perinatálními – těsně před a během porodu a příčinami postnatálními – působící na dítě do dvou let po porodu. V praktické části se zabýváme analýzou dat z dotazníku, pomocí kterého jsme zjišťovaly, jaké je povědomí intaktní společnosti o mentální retardaci.

Summary

In this paper we investigate mental retardation and its causes according to its etiology. The main objective of this paper is to inform the society about the most common factors causing this disability and if possible, to prevent its development. The whole paper is divided into a theoretical and a practical part. The first part presents a review of theoretical findings about prenatal causes (originating before the birth), perinatal causes (originating during the birth) and postnatal causes (originating up to two years of age). In the second part we analyse a set of questionnaire data, in which we investigated general knowledge of intact population about this topic.

Použitá literatura

BARTOŇOVÁ, Miroslava, BAZALOVÁ, Barbora, PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4

ČERNÁ, Marie a kol. *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3

ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9

ČERNÁ, Marie a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha : Karolinum, 1999. 224 s. ISBN 80-7184-880-8

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

HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Budka, 1993. 297 s. ISBN 80-901549-0-5

JANÍK, Alojz. DUŠEK, Karel. *Diagnostika duševních poruch*. 1. vyd. Praha : AVICENUM, 1974. 352 s. bez ISBN

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7

KREJČÍŘOVÁ, Olga, HUTYROVÁ Miluše. *Speciální pedagogika 6*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 53 s. ISBN 80-244-1214-4

LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 2. vyd. Hradec Králové : Kotva, 1995. 250 s. ISBN 80-900254-6-3

LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. vyd. Hradec Králové : Kotva, 1996. 273 s. ISBN 80-900-25-48-X

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 247 s. ISBN 978-80-244-2071-4

MATULAY, Karol. *Ošetrovanie mentálne poškodených*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1989. 159 s. bez ISBN

MÜLLER, Oldřich. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 87 s. ISBN 80-244-0207-6

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha : Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 231 s. bez ISBN

SVOBODA, Mojmir. *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. 1. vyd. Praha : CAPA, a.s., 1992. 262 s. ISBN 80-7064-036-5

ŠVANCARA, Josef. *Diagnostika psychického vývoje*. 2. vyd. Praha : Avicenum, 1974. 385 s. bez ISBN

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha : Portál, 2006. s. 198. ISBN 80-7367-060-7

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha : PARTA, 2007. 439 s. ISBN 80-7320-039-2

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha : PARTA, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 4. vyd. Praha : PARTA, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1

VAŠEK, Štefan a kol. *Špeciálna pedagogika*. 1. vyd. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. 245 s. ISBN 80-08-01217-X

VAVŘINKOVÁ, Blanka, BINDER, Tomáš. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha : Triton, 2006. 122 s. ISBN 80-7254-829-8

VOJTKO, Tibor. *Postižený člověk v dějinách*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 48 s. ISBN 80-7041-007-8

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 1998. 206 s. ISBN 80-7184666-X

Příloha

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Pavlína Jasenská a chci Vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který poslouží ke zpracování praktické části bakalářské práce. Tématem bakalářské práce je mentální retardace (tento pojem spadá pod mentální postižení) a její příčiny. Ráda bych zjistila, jak se na tuto problematiku dívá společnost.

Dotazník je anonymní a výsledky poslouží pouze pro výzkumné účely. Prosím vyplňujte ho svědomitě. Děkuji.

Pohlaví : a) muž b) žena

Věk

- a) méně jak 20 let
- b) 20 – 40 let
- c) 40 – 60 let
- d) 60 a více let

Maximální dosažené vzdělání

- a) základní
- b) vyučen
- c) střední škola s maturitou
- d) gymnázium
- e) vysoká škola
- f) jiná možnost

V současné době:

- a) studuji
- b) pracuji
- c) nezaměstnaný(á)

1) Setkal(a) jste se někdy s člověkem s mentální retardací?

a) ano

b) ne

2) Víte, co znamená pojem mentální retardace?

a) ano

b) ne

Jestliže ano, vlastními slovy zkuste popsat tento pojem

.....

.....

.....

3) Znáte někoho ve svém okolí, kdo má mentální retardaci?

a) ano

b) ne

Pokud ano, znáte příčinu jeho mentální retardace?

a) ano

b) ne

Pokud ano, můžete uvést konkrétně (nepovinné)

.....

4) Víte něco o problematice mentální retardace?

a) ano

b) ne

5) Kde se s tématikou mentální retardace nejčastěji setkáváte?

a) v novinách

b) v televizi

c) internet

d) jiný zdroj

6) Je podle Vás příčinou mentální retardace (můžete zakroužkovat více odpovědí)

a) dědičnost

b) poškození mozku

c) infekce

- d) úrazy
- e) sociální prostředí
- f) výchova
- g) citová deprivace
- h) jiná možnost

7) Mohou podle Vás rodiče (matka) za to, že jejich dítě je mentálně retardované?

- a) ano
- b) ne

8) Který stupeň mentální retardace je podle Vás nejvíce procentuelně zastoupen ve společnosti?

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

9) Jaký je podle Vás postoj společnosti k lidem s mentální retardací?

- a) kladný
- b) negativní
- c) neutrální
- d) nevím

10) Jaké pocity ve Vás vzbuzuje mentálně retardovaný člověk?

- a) strach
- b) soucit
- c) respekt
- d) bezmocnost
- e) výsměch
- f) odpor
- g) jiné

11) Může mít nižší vzdělání rodičů a s tím související nízká hmotná i kulturní úroveň vliv na postižení jejich dítěte?

a) ano

b) ne

12) Může podle Vás být jednou z příčin i předčasný porod?

a) ano

b) ne

Děkuji, že jste si udělali čas a vyplnili tento dotazník, moc jste mi tím pomohli.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Pavčina Jasenská
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvdy
Vedoucí práce:	MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011/2012

Název práce:	Nejčastější příčiny mentální retardace z hlediska doby vzniku
Název v angličtině:	The most common causes of mental retardation in terms of time
Anotace práce:	Bakalářská práce pojednává o mentální retardaci a jejích příčinách. Přehled teoretických poznatků obsahuje vymezení pojmu mentální retardace, definici, periodizaci vývoje přístupu společnosti k lidem s postižením, klasifikaci podle inteligenčního kvocientu a z hlediska závažnosti, a především etiologii z hlediska doby vzniku, tzn. příčiny prenatální, perinatální a postnatální. Cílem výzkumného šetření v praktické části bylo zjistit povědomí společnosti o mentální retardaci a o jejích příčinách. Zajímalo mě, jak se lidé staví k lidem s tímto postižením a jaké pocity v nich tito lidé vzbuzují.
Klíčová slova:	mentální retardace, oligofrenie, demence, inteligenční kvocient, klasifikace MR, etiologie, příčiny prenatální, perinatální a postnatální
Anotace v angličtině:	This paper deals with mental retardation and its causes. The review of theoretical findings defines the mental retardation and presents a periodisation of society attitudes towards people with disabilities, a classification according to the intelligence quotient, and above all the etiology according to the time of the origin of this disability - its prenatal, perinatal and postnatal causes. The objective of the investigation in the

	practical part of the paper was to find out people's general knowledge about the mental retardation and its causes, their attitudes towards disabled people and their feelings towards them.
Klíčová slova v angličtině:	mental retardation, oligophrenia, dementia, intelligence quotient, classification of mental retardation, etiology, prenatal, perinatal and postnatal causes of mental retardation
Přílohy vázané v práci:	Příloha: Dotazník
Rozsah práce:	48 stran
Jazyk práce:	český