

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Karolina Frasová

Rodinné prostředí s dítětem s mentální retardací

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Kateřina Jeřábková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 18. dubna 2018

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Jeřábkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Dále děkuji i rodině za ochotu podělit se o své životní zkušenosti.

Obsah

Úvod	6
1 Mentální retardace	7
1.1 Pojmové vymezení mentální retardace	7
1.2 Druhy mentální retardace.....	10
1.3 Stupně mentální retardace.....	11
1.3.1 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace	12
1.4 Příčiny vzniku mentální retardace	13
2 Vývoj dítěte s mentální retardací.....	15
2.1 Předškolní věk (0-6 let).....	15
2.1.1 Novorozenecké období.....	16
2.1.2 Kojenecké období.....	16
2.1.3 Batolecí období	16
2.1.4 Předškolní období.....	16
2.2 Školní věk (6-15 let)	17
2.3 Období adolescence	18
3 Rodina a dítě s mentální retardací	19
3.1 Reakce na přijetí faktu dítěte s mentální retardací.....	19
3.2 Funkce rodiny a jejich výchova dítěte s mentální retardací.....	20
3.2.1 Funkce rodiny.....	20
3.2.2 Výchovné přístupy k dítěti s mentální retardací.....	21
3.3 Mentální retardace a postoje společnosti	22
4 Metodologie výzkumu.....	24
4.1 Metody získávání dat	24
4.2 Kazuistika	25
4.2.1 Rodinná anamnéza	25
4.2.2 Osobní anamnéza	26

4.3 Získaná data	29
4.4 Výzkumné otázky	35
4.5 Závěr praktické části	38
5 Závěr.....	39
Seznam použité literatury	40
Seznam zkratk.....	42
Seznam tabulek.....	43
Seznam příloh.....	44
Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor	45

Úvod

Bakalářská práce se zabývá rodinným prostředím s dítětem s mentální retardací. Rodina představuje pro dítě nejsilnější citovou vazbu, která je velmi důležitá nejen pro fyzický vývoj dítěte, ale také pro jeho sociální vývoj. Inspirací zabývat se tímto tématem byla psychopedická praxe, která probíhala v prvním ročníku VŠ. Zajímá nás pohled ze strany rodičů – čím si v životě dítěte prošli a jak je vnímá společnost.

Termín mentální postižení je velmi široký pojem, proto se bakalářská práce zaměřuje pouze na mentální retardaci.

První část bakalářské práce objasňuje teoretické aspekty. První kapitola se zaměřuje na objasnění pojmu mentální retardace, její druhy, stupně a příčiny. Druhá kapitola popisuje jednotlivá vývojová období dítěte s mentální retardací od předškolního věku do období adolescence. Poslední, třetí kapitola, se zabývá rodinou s dítětem s mentální retardací. Popisuje jednotlivá stádia vyrovnávání se skutečnosti diagnózy dítěte, dále kapitola obsahuje informace o tom, jaké má rodina funkce a jaké jsou typy výchovy dítěte s mentální retardací. V závěru této kapitoly je přiblížena problematika vnímání společnosti jedinců s mentální retardací.

Hlavním cílem v praktické části je zjistit vliv narození dítěte s mentální retardací na chod rodiny. Tvoří ji čtvrtá kapitola, jejíž obsahem je kvalitativní výzkum. Z výzkumných metod byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, přičemž byla zúčastněna rodina s dítětem se středně těžkou mentální retardací. Kapitola také obsahuje rodinnou a osobní anamnézu a výzkumné otázky.

1 Mentální retardace

V bakalářské práci se zaměříme na rodinu s dítětem s mentální retardací, v této kapitole se budeme zabývat definicí pojmů jako je mentální retardace, mentální postižení a oslabení kognitivního výkonu. Dále klasifikujeme druhy a stupně mentální retardace, které blíže charakterizujeme. Závěrem první kapitoly popíšeme příčiny vzniku mentální retardace.

1.1 Pojmové vymezení mentální retardace

V literatuře se uvádí různé definice mentální retardace, např. Hutyrová (2014) definuje mentální retardaci jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí především v oblasti poznávací, řečové, pohybové a sociální schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií. Autoři uvádí, že k diagnostice syndromu mentální retardace nestačí stanovení inteligenčního kvocientu (IQ pod 70), ale také zhodnocení mnoha dalších aspektů osobnosti.

Podle dalších definic je mentální retardace souhrnné označení pro vrozenou poruchu v oblasti rozumových a poznávacích schopností. Je to neschopnost jedince dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

„Definice mentální retardace podle MKN-10, DSM-IV a AAMR (American Association for Mental Retardation, transformované na AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities)“ (in Valenta, Müller, 2013, s. 12):

MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize) – mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován narušením schopností projevujících se během vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se o poznávací, motorické, řečové a sociální dovednosti. Mentální retardace se může, ale nemusí, vyskytnout s jinou duševní, smyslovou a tělesnou poruchou.

DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) – mentální retardace je diagnostikována u jedince s inteligencí IQ 70 a méně. Dalším diagnostickým kritériem je souběžný deficit v oblasti adaptability jedince, nejméně ve dvou z uvedených oblastí: sebeobsluha, komunikace, život v domácnosti, využití komunitních zdrojů, sociální a interpersonální dovednosti, sebeřízení, akademické dovednosti, zdraví, bezpečnost, práce. Porucha začíná před 18. rokem života.

AAMR – mentální retardace je snížená schopnost, která je charakterizována výraznými omezeními intelektových funkcí a adaptability, projevující se především v oblasti praktické, pojmové a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života a je multidimenzionální.

Globální obraz mentální retardace představuje následující znaky, které se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a hierarchii: zvýšená závislost na rodině, rodičích, nevyvinutá osobnost, pohotovost k úzkosti, rigidita a sugestibilita chování, opoždění psychosexuálního vývoje, zvýšená potřeba bezpečí a uspokojení, porucha komunikace, porucha interpersonálních vztahů, malá přizpůsobitelnost ke školním a sociálním požadavkům, dále impulzivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, malá srovnávací schopnost, snížení mechanické a logické paměti, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace. Primárním specifickým mentální retardace je postižení kognitivního procesu, který představuje poznání bezprostřední, tedy smyslové, a zprostředkované, tj. myšlení a řeč. (Hutyrová, 2014)

Smyslová percepce je obsahem první signální soustavy. Obsahem bezprostředního vnímání či poznání jsou počítky (odráží znaky podnětu), vjemy (odráží podnět jako celek) nebo představy (kategorie paměti). U jedinců s mentální retardací je proces utváření zkušeností pomalý a probíhá s určitými odchylkami. Literatura uvádí následující zvláštnosti percepce:

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání (zvláštnost pohybu zraku – postupné vnímání, čímž se ztěžuje orientace v novém prostředí. Při vnímání obrazu jedinec s mentální retardací není schopen pochopit perspektivu, překrývání kontur, nerozlišuje polostíny);
- nediferencovanost počítků a vjemů, tj. tvarů, předmětů a barev (porušení diskriminace figury a pozadí – jedinci s mentální retardací nedokáží vydělit obrys geometrických tvarů z prostředí, proto musíme tyto obrazce výrazně odlišit od pozadí);
- inaktivita vnímání – jedinec s mentální retardací není schopen si prohlédnout materiál podrobně, vnímat všechny detaily;
- nedostatečné prostorové a časové vnímání;
- snížená citlivost hmatových vjemů (objem, materiál atd.). (Hutyrová, 2014)

Myšlení je poznávací funkcí, v souvislosti s ním hovoříme o poznání zobecněném a zprostředkovaném, jehož nástrojem je řeč. Myšlení jedince s mentální retardací je ovlivňováno aktuálním děním. Pro jedince je důležité, jak se mu situace jeví, o její podstatě není schopen přemýšlet. Nedokáže se odpoutat od vlastního pohledu, vlastních pocitů a potřeb, které jeho poznávání různými způsoby zkreslují. Neschopnost nadhledu se projevuje sníženou

kritičností a vyšší sugestibilitou. Myšlení mentálně retardovaných jedinců je zatíženo přílišnou konkrétností, je zjednodušené, omezené a vázané na konkrétní skutečnost. Myšlenky vyjadřujeme pomocí slov, tj. řečí, která bývá u jedinců s mentální retardací postižena z hlediska formálního i obsahového. Projev bývá nápadný méně přesnou výslovností, nižší schopností porozumění a omezenou slovní zásobou. Jedinci s mentální retardací mají větší potíže v pochopení celkového kontextu, např. složitější slovní obraty, ironii apod. U těžších stupňů mentální retardace se verbální schopnosti nerozvíjejí vůbec. (Fischer, Škoda, 2008)

Paměť zaručuje, že každým novým dnem, okamžikem nepoznáváme nové a nové věci. Z hlediska vývoje se jedná o geneticky uložené informace, která je na bázi DNA a o paměti individuální, která je podstatnější z hlediska vzdělávacího procesu. Paměť je selektivní, tedy pamatujeme si jen to důležité, funkce nemá charakter technického záznamu, paměť nejen uchovává, ale i zobecňuje zkušenosti. Také paměť mentálně retardovaných jedinců má svá specifika. Tito jedinci si vše nové osvojují pomalu až po mnohačetném opakování. Naučené zapomínají rychle a pamětní stopy si pamatují nepřesně, vědomosti neuplatní v praxi včas. (Valenta, Müller, 2013)

Pozornost lze členit na bezděčnou a záměrnou, která je vázaná na vůli. Jedinci s mentální retardací jsou nestálí a snadno unavitelní, což vykazuje záměrná pozornost. Je pro ni charakteristické, že s vyšší kvantitou výkonu narůstá i počet chyb. Jedinec s mentální retardací udrží záměrnou pozornost kratší dobu než jeho intaktní vrstevník, po soustředění musí následovat odpočinek a relaxace. (Hutyrová, 2014)

Po emoční stránce je jedinec s mentální retardací vybaven menší schopností ovládat se v porovnání s intaktními vrstevníky. Obvykle se jedná o zvýšenou dráždivost a větší pohotovost k afektivním reakcím. Nedostatečná kontrola a ovládání vlastních emocí, spojená s koncentrací na přítomnost, vede k takovému jednání, které přináší uspokojení. Jedinci mají tendenci uspokojovat svoje potřeby neodkladně a bez zábran. Pokud toho nedosáhnou, prožívají tuto situaci jako frustrující a reagují na ni obrannými mechanismy, např. zesílení tendence zbavit se nežádoucího omezení nebo afektu vzteku. (Fischer, Škoda, 2008)

U jedinců s mentální retardací v oblasti volných projevů je patrná zvýšená sugestibilita, volní a citová labilita, agresivita, impulzivnost, pasivita a úzkostnost. Specifickým rysem v tomto ohledu je dysbulie, neboli porucha vůle, a abulie, či nerozhodnost, neschopnost zahájit činnost. (Valenta, Müller, 2013)

Vedle termínu mentální retardace se také setkáváme s termínem mentální postižení, což je podle Valenty, Müllera (2013) pojem používaný v pedagogické dokumentaci a označuje na jedné straně jedince s mentální retardací, ale také jedince s IQ pod 85 – tedy kategorii dříve nazývanou hraniční pásmo mentální retardace či mentální subnorma, dle novější terminologie oslabení kognitivního výkonu. To Valenta (2015) charakterizuje jako nižší úroveň poznávání jedince v porovnání s jedincem intaktním. Na oslabení kognitivního výkonu se můžeme také dívat jako na variabilní profil dílčích deficitů, které se u každého jedince projeví specifickým způsobem. Dílčími funkcemi jsou myšleny určité složky kognitivních procesů myšlení a učení. V prostředí školy můžeme o oslabení kognitivního výkonu hovořit např. u poruch učení. Nejedná se tedy o tzv. specifické poruchy učení, které oslabují specifickou oblast (čtenářské nebo matematické dovednosti), ale komplexní oslabení v oblasti nabývání vědomostí. Kognitivní funkce lze cílenou podporou a tréninkem zdokonalovat a obohacovat. Naopak nedostatkem podpory, sociálním znevýhodněním, komplikacemi v rodinném prostředí, se mohou obtíže prohlubovat.

1.2 Druhy mentální retardace

V literatuře se uvádí různá dělení mentální retardace, např. Vítková (2004) hovoří o následujících druzích mentální retardace:

- vrozená mentální retardace – dříve nazývaná též oligofrenie, je spojená s poškozením, odchylnou strukturou nebo odchýlným vývojem nervového systému od prenatalního období do dvou let života.
- získaná mentální retardace – demence, jedná se o proces rozpadu mentálního vývoje, který nastane z důvodu pozdější poruchy, úrazu mozku nebo nemoci. Nejčastější příčinou je zánět mozku (encephalitis), úrazy mozku, zánět mozkových blan (meningitis), intoxikace, poruchy metabolismu, duševní poruchy, onemocnění mozku. Porucha může mít progresivní charakter nebo dochází k úplnému zastavení, tj. porucha se nezhoršuje. Demence způsobuje úbytek intelektových schopností a mezi nejčastější příznaky se řadí zvýšená únava, dráždivost, výkyvy pozornosti, emocionální labilita, poruchy paměti a učení. Dětské demence se projevují zastavením psychického vývoje, jako důsledek zpomalení psychických procesů, dále snížením adaptability dítěte a ztrátou intelektových schopností.

- sociálně podmíněná mentální retardace – pseudooligofrenie, vzniká nejčastěji v důsledku působení vnějšího prostředí, např. nedostatečnou stimulací prostředí dítěte – výchovná zanedbanost, sociokulturní znevýhodnění, psychická deprivace. Sociálně podmíněná mentální retardace tedy není způsobena poškozením CNS (centrální nervové soustavy). Sociální faktory se mohou podílet na variaci inteligenčního koeficientu v rozpětí 10 až 20 bodů. Tyto faktory bývají ve většině případů příčinou lehké mentální retardace. Sociálně podmíněná mentální retardace se projevuje opožděním vývoje myšlení, řeči a schopnosti sociální adaptace.

Pipeková (1998) uvádí následující dělení podle druhu chování:

- Typ eretický (instabilní, dráždivý, neklidný);
- Typ torpidní (strnulý, netečný);
- Typ nevyhraněný (procesy vzruchu, útlumu jsou relativně v rovnováze).

1.3 Stupně mentální retardace

Nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient (IQ), který je zavedený Spearmanem a Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících mentálnímu věku a mezi chronologickým věkem.

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100 \quad ^1$$

Stanovení inteligenčního kvocientu informuje o celkové rozumové úrovni jedince. (Švarcová, 2006; Fisher, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Mentální retardace představuje výrazně sníženou inteligenční úroveň. Při její klasifikaci se v současné době používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která je zpracována Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do následujících kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a neurčená mentální retardace. Kategorie a jejich příslušná pásma IQ jsou znázorněna v tabulce 1. (Fisher, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

¹ Mentální věk: udává mentální vyspělost člověka
Chronologický věk: značí fyzický věk

Tabulka 1. Rozdělení mentální retardace do jednotlivých kategorií podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

KÓD PODLE MKN-10	KLASIFIKACE INTELIGENCE	PÁSMO IQ
F70	Lehká mentální retardace	50-69
F71	Středně těžká mentální retardace	35-49
F72	Těžká mentální retardace	20-34
F73	Hluboká mentální retardace	0-19
F78	Jiná mentální retardace	
F79	Neurčená mentální retardace	

V tabulce jsou uvedené rozmezí hodnot inteligenčního kvocientu, které jsou pro dané klasifikace inteligence charakteristické. (Fisher, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

1.3.1 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace je tvořena genetickou transmisí nebo i fyzickým strádáním. Její etiologie je v negenetickém poškození plodu asi v 10 % případů, sociální vlivy způsobují defekt asi v 30 %, určitou polygenní dědičností dáno kolem 60 % případů. IQ se pohybuje mezi 50 až 59. (Vítková, 2004) Jedinci jsou schopni užívat účelně řeč v každodenním životě. Udrží konverzaci, komunikaci a začlenění do sociálního prostředí probíhá bez závažnějších problémů. Řeč jedinců s lehkou mentální retardací se nachází na úrovni zobecňování a abstrahování, ale vážně schopnost usuzování, což negativně ovlivňuje vlastní komunikační proces. (Bendová, Zíkl, 2011)

U **střední mentální retardace** je dědičný podklad chromozomální aberace a mezi další příčiny patří infekce organismu, zvláště CNS, a traumata. V 10 % jsou genetickými příčinami chromozomální anomálie a ve 3 % vrozené poruchy metabolismu. IQ jedinců se střední mentální retardací dosahuje hodnot 35 až 49. (Vítková, 2004) Myšlení, řeč a schopnost sebeobsluhy jsou výrazně omezené. Jedinci vyžadují chráněné prostředí, tj. chráněné bydlení a zaměstnání. Řeč je jednoduchá a obsahově chudá, někdy zůstává na nonverbální úrovni. Střední mentální retardace je často kombinovaná s neurologickými, duševními a tělesnými poruchami a epilepsií. (Valenta, Müller, 2013)

Příčiny vzniku **těžké mentální retardace** jsou genetické i negenetické. Negenetickými příčinami se rozumí poškození zárodečné buňky embrya, plodu a novorozence. Jedinci s těžkou mentální retardací tvoří 7 % z celkového počtu osob s mentální retardací. IQ se pohybuje v pásmu od 20 do 34. Stav jedinců vyžaduje trvalou potřebu podpory. (Vítková, 2004) Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn. Těžkou mentální retardací často doprovází porucha chování v podobě hry s fekáliemi, stereotypní pohyby, sebepoškozování, agrese. (Valenta, Müller, 2013)

Ve většině případů u jedinců s **hlubokou mentální retardací** jde o organickou etiologii. Běžná jsou přidružená tělesná nebo neurologická postižení, která ovlivňují hybnost. Často se objevují nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus. IQ dosahuje nejvýš 20. Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při komunikaci, pohybu a hygienické péči. Jedinci jsou těžce omezení porozumět požadavkům a instrukcím. Tvoří 1 % populace s mentální retardací. (Vítková, 2004)

Kategorie **jiná mentální retardace** by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace je nesnadné nebo nemožné z důvodu přidružených senzoryckých a somatických poškození, např. u neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem, u nevidomých a těžce tělesně postižených jedinců. (Švarcová, 2006)

Pokud jde o **neurčenou mentální retardaci**, je stanoveno, že se o mentální retardaci jedná, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některých z uvedených stupňů mentální retardace. (Pipeková, 1998)

1.4 Příčiny vzniku mentální retardace

Příčinou mentální retardace je postižení centrální nervové soustavy, jejíž etiologie se projeví kvantitativně nebo kvalitativně v klinickém obraze, tj. závažnosti postižení a převažující symptomy. (Fisher, Škoda, 2008) Nejčastěji se příčiny mentální retardace člení podle časového hlediska na prenatalní, perinatální a postnatální. (Hutyrová, 2014)

V **prenatálním období**, v období vývoje plodu v těle matky, působí na plod velké množství vlivů. Nejdůležitější roli mají vlivy dědičné neboli hereditární. K těmto vlivům přiřazujeme nejen zděděné nemoci po předcích, které vedou postupně k mentální retardaci, ale také nedostatek zděděných vloh k určité činnosti. Z kvantitativního hlediska jsou převažující specifické genetické příčiny. Vlivem mutagenních faktorů (např. dlouhodobé hladovění, ozařování, další chemické vlivy) dochází k mutaci genů, k aberaci chromozomů či jejich změnám v počtu. Chromozomové aberace jsou mutace, vznikající v době, kdy dochází

k buněčnému dělení a také rozchodu chromozomů. U některých syndromů jsou poruchy tak závažné, že jen velice málo takto narozených jedinců přežívá. Nejrozšířenějším reprezentantem trizomií je Downův syndrom. Dalšími faktory ovlivňující prenatální období vývoje plodu jsou environmentální a onemocnění matky v době těhotenství (např. zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza), dále ozáření dělohy, nedostatečná výživa matky, intoxikace embrya, zneužívání návykových látek. Na vznik mentální retardace může mít vliv také nedostatek plodové vody, vrozené vady lebky a mozku. (Hutyrová, 2014)

V **perinatálním období** může nejčastěji dojít k poškození vlivem nedostatku kyslíku (asfyxie) nebo mechanickým stlačením hlavičky, což způsobuje krvácení do mozku. (Fisher, Škoda, 2008) Dalšími příčinami v tomto období jsou např. nedonošenost, nízká porodní váha a nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka, při které neodchází bilirubin z těla, čímž způsobuje patologické změny. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012)

Postnatální období je z hlediska etiologie mentální retardace obdobím, kdy dochází k více různým vlivům negativních faktorů. Mezi ně patří např. náhlé zevní události, které vedou k narušení celistvosti a neporušenosti organismu, dále specifické infekce a záněty mozku, nádorové onemocnění, aj. Další vliv mohou mít také sociální faktory, zejména deprivace, tedy dlouhodobé nenasycení některé ze základních lidských potřeb. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012)

2 Vývoj dítěte s mentální retardací

V této kapitole se zaměříme na období předškolní, které zahrnuje období novorozenecké, kojenecké, batolecí a předškolní. Poté na období školního věku a adolescence, které charakterizuje vývoj jedinců s mentální retardací od 6 do 21 let. Charakteristické znaky pro úrovně mentální retardace jsou blíže popsány v tabulce 2 a 3.

2.1 Předškolní věk (0-6 let)

Tabulka 2. Úrovně adaptivního chování u osob s mentální retardací od narození do šesti let podle Sattlera, 2002.

Úroveň	Věk od narození do šesti let
Lehká mentální retardace	Vývoj sociální a komunikačních dovedností je běžný, dítě je v tomto období těžko odlišitelné od ostatních. Minimální postižení senzomotorické stránky.
Střední mentální retardace	Opoždění v motorickém vývoji, dítě používá řeč nebo se učí komunikovat. Slabé sociální uvědomění. Potřeba výcviku v oblasti sebeobsluhy.
Těžká mentální retardace	Použití řeči je minimální, dítě používá pár slov nebo žádné, má výrazné problémy v oblasti sebeobsluhy. Chabý motorický vývoj.
Hluboká mentální retardace	Postižení je rozsáhlé, potřeba celoživotní péče. Minimální schopnost v senzomotorické oblasti.

(Černá a kolektiv, 2015)

Tabulka 2. znázorňuje jednotlivé úrovně adaptivního chování u osob s lehkou, střední, těžkou a hlubokou mentální retardací od narození do šesti let. U dětí s lehkou mentální retardací je vývoj běžný, proto je dítě těžko odlišitelné od dětí intaktních. Postižená může být pouze senzomotorická stránka. Naopak u hluboké mentální retardace je postižení rozsáhlé a je potřeba celoživotní péče. V senzomotorické oblasti je schopnost minimální.

2.1.1 Novorozenecké období

Období novorozenecké trvá obvykle jeden měsíc. Je to období, kdy se organismus adaptuje na nové prostředí. Schopnost vývoje dítěte je omezená v závislosti na stupni postižení. Již v novorozeneckém období je možné diagnostikovat odchylky, které povedou právě k odlišnému vývoji jedince. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

2.1.2 Kojenecké období

Kojenecký věk je obdobím mezi prvním měsícem a prvním rokem života jedince. Dítě je schopno koncem prvního měsíce sledovat pohyb hračky v rozpětí 90 stupňů, ve druhém měsíci se úhel rozšiřuje na 180 stupňů. O měsíc později dítě vyhledává předměty očima, narůstá hra s řečovým ústrojím a hra rukou, kterou zvedá do výše. Později je dítě schopno předávat si hračku z ruky do ruky, hrát si s pohyby nohou. (Valenta, Müller, 2013)

V tomto období se vytváří vazba na matku a začínají se rozvíjet sociální kontakty. U dětí s mentální retardací se v tomto věku setkáváme s nápadnými poruchami vegetativními, je porušena jemná motorika, senzomotorická koordinace a zaostává vývoj pohybových funkcí. (Černá, 2015)

2.1.3 Batolecí období

Batolecí období trvá od druhého do třetího roku života jedince. Dochází ke kvalitativním změnám psychických projevů v oblasti prožívání a chování, s psychickým vývojem souvisí i fyzický. Opoždění celkového vývoje dítěte s mentální retardací je závislé na stupni a poškození centrální nervové soustavy. Děti v pásmu lehké mentální retardace jsou celkovým vývojem opožděny o rok až rok a půl, děti v pásmu střední a těžké mentální retardace jsou opožděny ve vývoji výrazně – jako by se vůbec nerozvíjely. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

2.1.4 Předškolní období

Předškolní období zahrnuje věk od tří do šesti let dítěte. Dochází zde k rozvoji poznávacích schopností, sociálního chování a formování dětské osobnosti. Rozvíjí se také

sociální vztahy, zdokonaluje se motorika, nejvíce senzomotorická koordinace. Základní činností v tomto období je hra, kdy dochází ke změně a utváření struktury motivů. V období předškolního věku bývá obvykle diagnostikována lehká mentální retardace, kdy se projevuje stereotypní myšlení a mechanická paměť. Děti s mentální retardací v předškolním věku mají sníženou schopnost komunikace a navazování sociálních vztahů, výrazněji vystupují poruchy vnímání a uvažování. (Černá, 2015)

2.2 Školní věk (6-15 let)

Období školního věku se u dětí s mentální retardací prodlužuje v závislosti na stupni postižení. Plnění povinné školní docházky je dle školského zákona devítileté, u dětí s těžším stupněm mentální retardace je možné tuto dobu o rok prodloužit. Pro děti ve školním věku je důležité zvládnutí sociálních dovedností pro další etapu života. V období dospívání jsou děti s těžší mentální retardací stále závislé na rodině. Fyzické zrání je v rozporu se sociální nezralostí a mentálním deficitem. Dítě s mentální retardací není schopno osvojovat nové sociální role z důvodu snížené intelektové schopnosti. Možnost dalšího vzdělávání na střední škole je diferencované podle stupně mentální retardace. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

Tabulka 3. Úrovně adaptivního chování u osob s mentální retardací od šesti do jednadvaceti let podle Sattlera, 2002.

Úroveň	Věk od šesti do jednadvaceti let
Lehká mentální retardace	Jedinec si ke konci svých -nácti let osvojí akademické dovednosti na úrovni 6. ročníku základní školy, potřebuje při tom speciálně pedagogický přístup.
Střední mentální retardace	Ke konci -nácti let si jedinec osvojí funkční akademické dovednosti na úrovni 4. třídy základní školy, pokud je mu poskytnuto speciální vzdělávání.
Těžká mentální retardace	Naučí se mluvit, komunikovat a osvojí si základní sebeobslužné dovednosti.
Hluboká mentální retardace	Částečně se vyvine v oblasti motoriky, potřebuje totální péči.

(Černá, 2015)

V tabulce 3 je blíže popsáno adaptivní chování dětí s mentální retardací od šesti do jednadvaceti let. Znárodnuje lehkou, střední, těžkou a hlubokou mentální retardaci.

2.3 Období adolescence

Za období adolescence se považuje období mezi 15. až 21. rokem života. Je to období, kdy jedinec tělesně a pohlavně dozrává, rozvíjí se emoce, a hlavně je to období odchodu ze školy. Absolvent školy postupně ztrácí návyky z období školní docházky a tím pádem ztrácí i motivaci. (Černá, 2015)

Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny absolvovat odborné učiliště za určitých podmínek a zařadit se na trh práce, založit rodinu a vychovávat potomka. U osob s těžším stupněm mentální retardace je situace složitější. Při volbě pracovního uplatnění je potřeba hledat podporované zaměstnávání s asistenční pomocí nebo chráněné dílny. Uspokojování potřeb osob s těžším stupněm mentální retardace zůstává v tomto období závislé na jejich bezprostředním okolí. Zvýšené nároky na zvládání sociálních situací mohou vést ke zhoršení adaptačních schopností jedince a vyvolat poruchy chování. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

3 Rodina a dítě s mentální retardací

Kapitola o rodině vychovávající dítě s mentální retardací se zaměřuje na prvotní reakci a přijetí faktu diagnózy dítěte s mentální retardací, poté charakterizuje funkce rodiny a jejich výchovné přístupy. Na závěr popisuje postoje společnosti k jedincům s mentální retardací.

Nejdůležitější roli ve výchově a socializaci dítěte s mentální retardací by měla hrát jeho rodina. Rodina je prvním sociálním a také nejpřirozenějším prostředím, s nímž dítě přijde do styku. Je také prvním a někdy i jediným zdrojem při podpoře v nesnázích. Přístupy rodičů k dítěti jsou spolu se sociálně-kulturní úrovní rodiny hlavním faktorem rodinné výchovy. (Valenta, Müller, 2013)

3.1 Reakce na přijetí faktu dítěte s mentální retardací

V životě rodiny s dítětem s postižením hraje důležitou roli otázka, jak se rodina s touto situací vyrovná. První sdělení diagnózy vyvolává u rodičů šok, úzkost a smutek a vede k rozvoji obranných mechanismů. Rodina se ocitne v neočekávané realitě a prožívá hluboké zklamání. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

Podle Vágnerové (1999) rodina prochází následujícími fázemi:

- 1. fáze šoku a popření – šok je první reakcí na traumatizující skutečnost, že dítě je trvale postižené. Situace je natolik tíživá, že ji nelze přijmout, a proto dochází k popření. Nepřijetí této informace je projevem obrany před možnou ztrátou psychické rovnováhy. Celková zátěž při neočekávané, negativní změně situace, ztráty předpokládané hodnoty (zdravého dítěte) přináší rodině prožitek stresu. V této době se musí rodiče vyrovnat s danou situací, a teprve potom přemýšlet o krocích do budoucna.
- 2. fáze postupné akceptace a vyrovnávání s problémem – rodiče v této fázi „kolísají“ mezi emočním (pocity vlastní viny, nutnost sebeobětování atd.) a racionálním zpracováním problému, což je do jisté míry závislé na jejich zkušenostech, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, aj. Zvládnutí této fáze a její zpracování má nezastupitelný význam pro další postoje a přístupy k dítěti. Může dojít ke vzniku psychických obran – únik nebo útok. Únikem rozumíme popření situace, odchod z rodiny od dítěte s postižením atd. Útokem jedinec hledá náhradního viníka nebo je agresivní.

- 3. přechodná fáze smlouváním – období, kdy rodiče již akceptují skutečnost diagnózy dítěte a mají tendenci udělat aspoň malé zlepšení.
- 4. fáze realismu – dochází v okamžiku, kdy rodina přijme dítě takové, jaké je. Takového postoje však není schopna každá rodina. Ve fázi realismu by mělo být plně připraveno „zázemí“ pro celkové fungování rodinného klimatu.

3.2 Funkce rodiny a jejich výchova dítěte s mentální retardací

3.2.1 Funkce rodiny

Podle Michalíka (2013) je cílem rodiny snaha o uspokojení potřeb všech svých členů. Může mít různé postavení v různých společnostech, může vykazovat rozdílné vztahy a její struktura může být taktéž odlišná. Aby potřeby členů byly uspokojeny, je třeba funkční rodiny. Michalík (2013) uvádí následující funkce rodiny:

Biologicko-reprodukční funkce zajišťuje reprodukci další generace. Nejedná se primárně o narození potomka, ale především o dovednost zajištění vhodných podmínek pro jeho život. Do uvedené činnosti sem řadíme rozdělení a vnímání rolí matky a otce. Matka je považována pro zajištění somatických potřeb dítěte, je pro něj zdrojem výživy. Otec je zodpovědný za ekonomické potřeby rodiny.

Emocionálně-socializační funkce rodiny nebo výchovná rodina, vyplývá ze zákona o rodině, který ukládá rodičům převzetí odpovědnosti za své dítě. Tato funkce je podle některých odborníků nejsložitější. Rodiče pracují s více rozhodnutími, např. vhodná volba povolání, náboženství, možnost výchovného stylu. Cílem emocionálně-socializační funkce rodiny je podpora dítěte, zájem o dítě a umožnění jeho osobnostního rozvoje prostřednictvím přímého a nepřímého formování osobnosti. S touto funkcí souvisí i vybudování blízkého vztahu mezi rodiči a dítětem s určitými hranicemi, které představuje pro dítě předvídatelnost a jistotu.

Ekonomická funkce rodiny zasahuje všechny členy rodiny, která je závislá do jisté míry na produkci společnosti. Rodina je spíše spotřební jednotkou. Dostatek ekonomických prostředků naplňuje výchovnou funkci rodiny. Materiální zajištění má význam pro koníčky dětí, přípravy na školu atd.

3.2.2 Výchovné přístupy k dítěti s mentální retardací

Výchovné přístupy rodičů k dítěti s mentální retardací mohou být různé. Mezi nejpřijatelnější výchovu patří např. dodržování zásad chování, které nepotlačují osobnost, dále důslednost a jednota uvnitř rodiny, mezi rodinou a školou. Rodiny by měly umět svoji výchovnou činnost zorganizovat a rozpracovat do konkrétních úkolů (vybudování potřebných sociálních a hygienických návyků, nácvik časové a prostorové orientace, nácvik manipulace s předměty denní potřeby, aj.). (Valenta, Müller, 2013)

V různých rodinách se objevují různé typy výchovných přístupů. Michalík (2013) uvádí následující výchovné přístupy:

- autoritářský výchovný přístup – nadměrné kontrolování a ovlivňování života dítěte. Jsou vymezené jasné hranice a jejich porušení se trestá. Rodiče kladou na potomky zvýšené nároky a vyžadují jejich plnění. Emocionální vztah k dětem je spíše záporný.
- liberální výchovný přístup – z hlediska výchovného působení zde dominuje pozitivní emocionální vztah mezi rodiči a dětmi. Rodiče potomka kontrolují minimálně, což může u dítěte vyvolat pocit nezájmu.
- demokratický výchovný přístup – rodiče jsou pro dítě vzorem. Dítě má možnost rozhodování, rodiče vyslychají jeho argumenty, avšak požadavky mohou být náročné. Rodič jasně vymezení důsledky negativního chování.
- hyperprotektivní výchovný přístup – rodiče negativně ovlivňují rozvoj potomka nadměrnou ochranou a starostmi. Dítě se od závislosti na rodičích není schopno odpoutat.
- odmítající (repulzivní) výchovný přístup – objevuje se v rodinách, kdy je dítě nechtěné. Rodiče dítě odstrkují a nejeví o něj zájem. Dítě má pocit, že nepatří do rodiny, tudíž se může objevit riziko nástupu sociálněpatologických jevů.

Největším možným rizikem rodinné výchovy je nebezpečí vzniku dysfunkčních nebo úplně nefunkčních vztahů rodičů k dítěti (např. menší srozumitelnost a „zpětnovazebnost“ dítěte s mentální retardací). V takové situaci dochází k přidruženým poškozením jeho vývoje a je nutné vyhledat nápravná nebo náhradní opatření (např. služby sociální péče, rodinná terapie apod.). (Valenta, Müller, 2013)

Opakem rezignace na rozvoj a výchovu dítěte s mentální retardací je neúměrná snaha vychovat dítě tak, aby se co nejméně lišilo od svých vrstevníků. Tato snaha vyžaduje úsilí, které není přiměřené schopnostem dítěte a vede k neurotizaci dítěte a rodičů. Rodiče by se měli snažit vychovávat potomka co nejlépe s vědomím odpovědnosti k dítěti, ke společnosti a k sobě

samému. Požadavky kladené dítěti mají odpovídat jeho mentální úrovni a unavitelnosti. Při vyžadování požadavků by měla rodina, později i škola, dodržovat zásadu důslednosti, tj. vytrvalost při vyžadování a kontrole určitých požadavků. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

3.3 Mentální retardace a postoje společnosti

Postupným vývojem společnosti se vyvíjely vztahy a postoje k jedincům s mentální retardací. V průběhu historie prošel vztah k osobám s postižením mnoha změnami. V historii jsou zaznamenány tři charakteristická období – represivní, charitativní a humanitní. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

Represivní stadium je charakteristické upřednostňováním potřeb většiny před nároky jednotlivců s mentální retardací. Jedinci byli buď přímo zavrženi nebo vyloučeni ze skupiny. Později přinesl feudalismus nové postoje k jedincům s postižením. Objevuje se charitativní činnost – vznikají kláštery, azyly a řády, kde byla poskytována péče potřebným a ubohým. Uplatňují se hlavně náboženské prvky postoje k defektním osobám. (Michalík, 2013)

Poslední stadium, tedy humanitní, se dále dělí na stadium renesanční humanismus, rehabilitační, socializační a prevenční. Renesanční humanismus hledal k postiženým jedincům lidský poměr. V rehabilitačním stadiu se pro společnost jevílo výhodnější najít jedincům s postižením pracovní uplatnění, než je žít zdarma. Socializační stadium se nese v duchu humanismu, kdy má být jedinec s postižením prostřednictvím rehabilitace uschopňován ke společenskému životu a práci. Ve stadiu prevenčním dominuje snaha v předcházení vzniku abnormalit. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

Otázka poznání problematiky jedinců s mentální retardací nebo jiným postižením byla dlouhou dobu v naší společnosti mezi laickou veřejností tabuizována a touto oblastí se zabýval pouze úzký okruh profesionálů a rodiny s jedincem s postižením. Postoje intaktní společnosti k jedincům s mentální retardací vyplývají z různých psychických potřeb. Mezi ně patří potřeba bezpečí a jistoty (vyhýbání se jedincům s postižením), ochranná tendence (odlišný citový vztah), uspokojení potřeb úcty a sebeúcty, potřeba seberealizace, poznávání a učení (malá informovanost, neznalost problematiky). (Vágnerová, Hadjmousová, 2003)

Podle Sowíka (2007) každý z nás může být při pohledu na jedince s postižením ovlivněn předsudky. Většina lidí si myslí, že jsou jedinci se zdravotním postižením nešťastníci, nemají smysl pro humor, nebaví se. U některých lidí se objeví strach nebo také odpor při pohledu

na osoby s postižením. Může se vyskytnout i nejistota, která je příčinou toho, že jedinec s postižením nemůže naplňovat některé normy. Hlavním kritériem je pojetí normality, které při hodnocení nebo posuzování sledujeme – blíže znázorněné v tabulce 4.

Tabulka 4. Přehled druhů pojetí normality.

Druh pojetí	Význam
statistické	normální je to, co je běžné
zdravotní	normální je to, co odpovídá zdraví
funkční	normální je to, co umožňuje chování, které splňuje nároky kladené určitou situací
sociokulturní	normální je to, co je za normální vnímáno společenskou většinou
ideální	přiblížení k ideální představě
skupinové	pravidla sociální skupiny (př. etnická menšina)
individuální	vlastní rámec norem

(Slowík, 2007)

Tabulka 4 udává přehled druhů pojetí normality (statistické, zdravotní, funkční, sociokulturní, ideální, skupinové a individuální), ke kterým přiřazuje jejich význam.

4 Metodologie výzkumu

Hlavním cílem praktické části v bakalářské práci je zjistit vliv narození dítěte s mentální retardací na chod rodiny. Výzkumné šetření proběhlo formou kvalitativního výzkumu, zejména z toho důvodu, že pomocí rozhovoru lze obsáhnout určité téma do hloubky a odhalit tak problémy vyskytující se v rodině.

Otázky v polostrukturovaném rozhovoru jsme si připravili na základě čtyř témat – těhotenství a porod, diagnóza, vztahy v rodině, společnost a budoucnost (příloha 1). Každá z nich je otevřená, takže nabízí plnohodnotnou odpověď obsahující nejen informace, ale také pocity zúčastněných.

Podle hlavního cíle praktické části jsme si stanovili dílčí cíle, na které navazují konkrétní výzkumné otázky.

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit reakci rodičů a bližších rodinných příslušníků na diagnózu dítěte.
- 2) Zjistit, jak rodina vnímá reakce společnosti na mentální retardaci dítěte.
- 3) Dozvědět se, jaké mínění mají rodiče týkající se budoucnosti dítěte s mentální retardací.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaká je reakce rodičů a blízkých na diagnózu dítěte?
- 2) Změnily se narozením dítěte vztahy v rodině?
- 3) Jak podle rodičů vnímá společnost Jonáše?
- 4) Jak si rodiče představují budoucnost Jonáše?

4.1 Metody získávání dat

Metodou získání dat praktické části byl polostrukturovaný rozhovor, který proběhl s rodiči dítěte s mentální retardací v jejich klidném domácím prostředí. Tato rodina byla vybrána přes známé, a díky nim byli ochotní se svěřit. Seznámili jsme je s povahou metody získání dat a také se způsobem, kterým bude rozhovor probíhat. Informováni byli i o svém právu kdykoliv odstoupit. Rozhovor probíhal přibližně 50 minut.

Mezi základní postupy vedení rozhovoru patří kladení z větší části otevřených otázek, které vedou k obsáhlejšími odpovědím. Také je žádoucí vyvarovat se sugestivním otázkám.

Při kladení otázek zpravidla postupujeme od obecnějších otázek ke konkrétnějším. (Valenta, 2015)

Pro zpracování dat jsme použili zvukový záznam se souhlasem rodiny, se kterou byl rozhovor proveden. Rozhovor byl nahrán na diktafon, tyto nahrávky nám později pomohly ve zpracování detailnějších informací, které jsme mohli během samotného rozhovoru zapomenout. Pomocí nahrávky jsme si taktéž lépe uvědomili intonaci, barvu hlasu a emocionální úroveň sdělení. Díky zvukového záznamu jsme se mohli plně soustředit na vedení rozhovoru bez zdržování se zápisem odpovědí. Další metodou, kterou jsme využili, je záznamový arch. Ten nám sloužil pro osobní krátké poznámky, které nás v průběhu rozhovoru napadaly. Poté jsme zvukový záznam přepsali do kapitoly získaných dat. Byla tedy provedena tzv. doslovná transkripce. Odpovědi rodičů dítěte s mentální retardací jsme doslovně přepsali. Pracovali jsme i se zpracovanými odbornými posudky ze zařízení SPC, které dítě se středně těžkou mentální retardací navštěvuje. Díky nim jsme mohli vypracovat osobní anamnézu dítěte.

4.2 Kazuistika

Kapitola je zaměřená na osobní a rodinnou anamnézu, která zahrnuje osobní údaje rodičů dítěte. Dále je popsána kazuistika dítěte s mentální retardací.

4.2.1 Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza zjišťuje údaje o rodičích, sourozencích a o dalších rodinných členech. Metoda se týká sledování výskytu zdravotních chorob v rodině (např. mentální retardace, duševní choroby, povahové úchyly apod.). (Pipeková, 1998)

Matka: 43 let, středoškolské vzdělání, 25 let při prvním porodu

Otec: 53 let, vysokoškolské vzdělání

Dvojčata: 16 let, starší se vzdělává na gymnáziu, mladší navštěvuje základní školu speciální

Nejmladší syn: 13 let, vzdělávání na základní škole, 8. třída

Jedná se o pětičlennou rodinu se třemi dětmi. Bydlí na vesnici v rodinném domě, který v současné době rekonstruují. Matka má středoškolské vzdělání a pracuje jako bankovní

poradce. Otec má vysokoškolské vzdělání a pracuje v obchodní firmě. Rodiče za prací denně dojíždí. Synové, dvojčata, oslaví letos 17 narozeniny. Starší z nich studuje gymnázium. Mladší z nich, Jonáš, kterého se bude šetření týkat, chodí do základní školy speciální. Nejmladší syn, 13 let, chodí na základní školu do 8. třídy. Rodiče jsou oba zcela zdraví, v rodině nebylo zaznamenáno žádné postižení.

Vztah mezi manželi je velice dobrý. Po celou dobu manželství se nezměnil. Vždy se navzájem podporovali a ve všem si radili. Manželé spolu žijí přes 20 let a vždy spolu dobře vycházeli.

Matka se mi jeví jako velmi aktivní žena. S diagnózou, dle mého úsudku, ale není vyrovnaná. Při rozhovoru se u některých otázek odmlčela a dlouho přemýšlela. Velmi jí záleží na komfortu Jonáše, dělá pro něj vše, co je v jejích silách. Nemá problém mluvit o postižení Jonáše, ale hůře se jí vzpomíná na krizové období po zjištění diagnózy, kdy rodina prožívala velký šok.

Otec je pro rodinu velmi silnou psychickou oporou. Vždy je podržel a utěšoval. Přestože je spíše uzavřený, dokáže na mé otázky upřímně odpovídat.

Rodinné prostředí je nekonfliktní, pečující a na velmi dobré sociální úrovni. Děti chodí do školy upravené a nosí bohaté svačiny. Často je navštěvuje babička, která pomáhá s hlídáním.

4.2.2 Osobní anamnéza

Jméno: Jonáš

Věk: 16 let

U chlapce byla diagnostikována středně těžká mentální retardace, vada řeči a sluchová vada. Aktuální projevy ve znalostech a chování odpovídají 6 až 8 let vývojového věku.

Těhotenství matky bez komplikací, dvojčetné početí. Porod proběhl normálně, v termínu. Jonáš narozen jako druhý. P.V. 3200 g. Po porodu strávil pár dní v inkubátoru, jelikož hůře sál. Sestřičky ho dokrmovaly. Kojený nebyl, krměn pouze odstříkaným mlékem. V prvních měsících povinné cvičení Vojtovou metodou. Psychomotorický vývoj opožděný. Jonáš začal lézt ve 14 měsících, seděl ve 14 měsících. Do 2 let nosí plenky ve dne i v noci, během třetího roku se naučil nosit plenky pouze v noci. První slova opakoval v 16 měsících a v 19 měsících začínal chodit. Ve třech letech dokázal jíst sám lžící. V dětství prodělal běžné dětské nemoci.

Jonášovi je v současné době 16 let a bydlí s rodiči v rodinném domě. Chodí na základní školu speciální, do které denně dojíždí s maminkou a sourozenci. Školy všech dětí se nachází ve stejném městečku nedaleko jejich domova.

Jonáš je sociálně velmi vyspělý, má rád malé děti, ve třídním kolektivu je spíše tichý, jelikož je samotář. Pokud mu ale někdo z kamarádů nabídne nějakou společnou činnost, rád se zapojí. V prostředí, kde nikoho nezná, je nejistý a uzavřený. Jonáš v činnostech, které vyžadují důslednost, potřebuje jistotu a oporu dospělého.

Nyní je více sebejistý a spokojený sám se sebou. Rád vtipkuje a baví lidi kolem sebe.

Hrubá motorika

Jonáš chodí samostatně. Chůze je jistá, ale držení těla není vyrovnané. Ve třídě i doma nosí ortopedické sandály. Umí chodit po špičkách i po patách. Při chůzi po šikmé ploše potřebuje vedle sebe doprovod. Mezi překážkami (kuželky rozestavěné po rovině) jít neumí, obchází je. Překračování nižších překážek mu nedělá problém. Zvládá chůzi do schodů a naopak. Při běhu nepadá, umí běžet za vedoucím dítětem i změnit směr. Při poskoku snožmo neudrží nohy u sebe, dopadne tedy jen na jednu nohu. Jonáš vyhazuje do výšky míče různých velikostí oběma rukama. Pokud je jeho úkolem trefit cíl, neuspěje.

Jemná motorika

Jonáš při hře s prsty dokáže spojit palec s ukazovákem jedné ruky a vytvořit tzv. okénko. Taktéž dokáže spojit palce a malíky obou rukou. Při tvoření špetky mu dělá problém spojit všechny prsty dohromady. Je schopen navléct větší korálky na tkanici. Nemá rád práci s modelínou, uštipovat nedokáže. Papír se mu podaří roztrhnout pouze na větší části.

Vzdělávání

Jonáš nastoupil ve 3 letech do speciální třídy mateřské školy. Nástup do školy byl chlapci odložen o rok po vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně. Kvůli pomalému pracovnímu tempu při kreslení i psaní a poklesu koncentraci pozornosti, byl Jonáš přeřazen do základní školy speciální. Vzdělává se podle individuálního vzdělávacího plánu, který mu vytváří pedagogicko-psychologická poradna za spolupráce s třídní učitelkou a asistentem pedagoga. Je vypracovaný na všechny vyučovací předměty.

Nyní je Jonáš žákem 8. třídy základní školy speciální. Ve třídě se vzdělává 7 žáků, učí se ze speciálních učebnic a pracovních sešitů. Školní prostředí je klidné a přizpůsobené potřebám všech žáků. Jonášovi byla přidělena asistentka pedagoga.

Základní škola speciální nabízí žákům možnost osvojit si elementární znalosti a kompetence. Obsah výchovně-vzdělávací činnosti se zaměřuje na rozvíjení a osvojování poznatků a pracovních dovedností. Rozvíjí komunikační a motorické schopnosti. V těchto školách se vzdělávají žáci se střední až těžkou mentální retardací. Vzdělávání žáků vyžaduje vhodně upravené podmínky. (Švarcová, 2006)

Školní činnost

Čtení

Jonáš z důvodů vady řeči musí neustále procvičovat hlásky – A, I, T, L, M, O, E, U a jejich spojování do slov. Procvičuje i další hlásky. Velmi rád poslouchá paní učitelku při čtení pohádek. Vyprávění mu nedělá problém, i když mu není dost jasně rozumět. Pro vyprávění se vždy hlásí jako první. U příběhů rád sleduje i obrázky v učebnici. Pro Jonáše je důležitá podpora hlasitého čtení a hlasité řeči.

Psaní

Jonáš ovládá psaní i opis tiskacích písmen. Trénuje i psaní psacím písmem. Své jméno napíše bez problémů, ale chyby se vyskytují např. při rozlišování. Neustále cvičí dolní obloučky a smyčky. Při opisování z tabule spíše upřednostňuje psaní tiskacím písmem, jelikož je rychlejší. Před psaním je důležité zařazení uvolňovacích cviků pro zápěstí a prsty.

Počty

V počtech je Jonáš schopen napočítat do 20. Neustále nacvičuje sčítání a odečítání, které mu někdy dělá problém. Psaní číslíc a jejich určování zvládá bez chyby. Trénuje určovat čas na hodiny a půlhodiny.

Řečová výchova

Jonáš pravidelně dochází k logopedovi a procvičuje logopedická cvičení denně i doma. Snaží se spolupracovat, jen někdy podle nálady déle mlčí. Naopak při dobré náladě se rozpovídá a rád vtipkuje. Nejlepší motivace pro Jonáše je vyprávění vtipných příběhů nebo mluvení o barvičkách. Místy je jeho řeč nesrozumitelná. Slovník je chudší.

Smyslová výchova

Jonáš rozezná všechny geometrické tvary a umí je zařadit do správných otvorů. Nedělá mu ani problém rozlišovat barvy a velikosti (malé a velké tvary). Zvuková a hmatová percepce je na dobré úrovni.

Tělesná, výtvarná, hudební a pracovní výchova

Ve všech výchovách se Jonáš velmi snaží. V tělesné výchově je aktivní a pohyblivý. Rodina je sportovně založená, a tak praktikují s Jonášem většinu sportů. Ve výtvarné výchově rád maluje a radí pastelky podle barev a velikostí. Zpívání mu dělá menší problém, ale snaží se. Rád pomáhá ve školní kuchyňce, kde umývá a utírá nádobí.

Sebeobsluha

Jonáš je samostatný, umí se o sebe postarat. Sám jí, používá příbor. Zvládá samostatně se obléct, umí si poskládat věci, zvládá si samostatně nazout a vyzout boty. Vše po sobě uklidí, ve všem má svůj systém

4.3 Získaná data

Tato část obsahuje přepsané otázky a odpovědi polostrukturovaného rozhovoru, který probíhal s rodinou s dítětem se středně těžkou mentální retardací. Na většinu otázek odpovídala spíše matka dítěte.

Otázka č. 1: „Probíhalo těhotenství v pořádku? Porod v termínu?“

Matka: „Těhotenství probíhalo v pořádku, bylo to dvojčetné početí. O postižení jednoho z nich jsme vůbec nevěděli. Vše probíhalo podle normy, ke konci těhotenství jsem měla rizikové těhotenství z důvodu dvojvaječných dvojčat. Doktorů mluví o tom, že děti jsou v naprostém pořádku, akorát jedno je menší a že vypadá na holčičku, jelikož je drobnější. Rodila jsem v termínu a samotný porod probíhal bez vážnějších komplikací. Nejdříve přišel na svět jeho bratr, tedy dítě zdravé, až poté přišel na svět Jonáš. Byla jsem překvapená nad pohlavími dětí, ale v ten moment mi to bylo jedno. Byla jsem šťastná.“

Otázka č. 2: „Co se dělo v nemocnici po narození dítěte?“

Matka: „Vše pokračovalo úplně normálně, děti odvezli na novorozenecké oddělení a já jsem čekala na převoz na pokoj. Jonáš byl pár dnů v inkubátoru, jelikož huř jedl a sál. Sestřičky ho musely dokrmovat. Jeho bratr neměl žádné problémy s krmením.“

Otázka č. 3: „Kdy jste se dozvěděli o postižení dítěte?“

Otec: „O postižení jsme se dozvěděli ve dvou měsících života Jonáše od doktorů v Brně.“

Otázka č. 4: „Kdy a co Vám doktoři řekli?“

Matka: „Jeden z doktorů se nás zeptal, zda víme o tom, že je naše miminko mentálně postižené? Na tuto otázku nikdy nezapomenu.“

Otec: „Od té doby jsme od lékařů neslyšeli jedinou pozitivní věc. Dnes si říkám, že kdyby Jonáš s jeho bratrem nebyly naše první děti, tak bychom situaci možná zvládli lépe.“

Otázka č. 5: „Jaká byla Vaše reakce?“

Otec: „Reakce byla příšerná.“

Matka: „Přirovnala bych to k reakci, jako když navždy ztratíte dítě. Ihned jsem telefonicky kontaktovala starší sestru, kterou jsem informovala o všem. V tu chvíli jsem se potřebovala uklidnit, ale nešlo to. Chtěla jsem brečet, taktéž to nešlo. Bylo to jako ve snu. Situace, která nastala a samotná diagnostika mě velmi poznamenala, byla jsem z toho všeho velmi špatná. Muž byl v té době mou velikou psychickou podporou, bez něj bych to nezvládla. Dlouhou dobu jsem o postižení mého dítěte nemohla mluvit. Pokaždé jsem se rozbřečela. Nyní, když se za tím vším poohlédnu nazpět, myslím si, že mou rodinu měli informovat lékaři.“

Otázka č. 6: „Jaká byla reakce blízkých?“

Matka: „Sestru jsem kontaktovala v den, kdy mi doktoři prozradili diagnostiku Jonáše. Do telefonu jsem podle ní hodně nadávala, že je něco špatně. Sestra dále informovala mé a manželovy rodiče. Od té doby si myslím, že jako rodina fungujeme mnohem lépe. Jsme silnější a už nás jen tak něco nerozhodí. Za naši rodinu jsem velice ráda. Od všech jsme s manželem přijímali obrovskou psychickou podporu.“

Otázka č. 7: „V čem a čím Vám rodina pomáhala? Kdo nejvíce?“

Matka: „Nejvíce nám pomohla babička, tedy moje matka, která žije poblíž. Pokud jsem potřebovala chvíli, kdy jsem chtěla být sama, vystřídala mne v hlídání dětí. Vždy mě psychicky podržela. I sestra s jejími dcerami mi pomohly. Při jejich návštěvě dům „ožil“. Atmosféra byla šťastnější. Jonáš miluje své sestřenice a rád s nimi stráví volný čas. Je komunikativnější a více se snaží v každodenních činnostech.“

Otázka č. 8: „Které období považujete za nejhorší?“

Otec: „Určitě začátky. Byli jsme s manželkou v šoku a ve stresu. Pomalu nám docházelo, že je naše dítě nemocné do konce jeho života. Museli jsme ale situaci zvládnout, kvůli druhému dítěti.“

Matka: „Hledali jsme různá východiska a pomoc. Nikde jsme nemohli dopátrat pozitivnějších informací, sháněli jsme i různé knížky, abychom se dozvěděli detailnějších informací o mentální retardaci.“

Otec: „Obtížné bylo i to, když jsme přišli do kontaktu se zdravými dětmi. Pociťovali jsme závist k jejich rodičům. Museli jsme si zvykat, vždy jsme se s něčím malým smířili, a to nás posunulo dál.“

Otázka č. 9: „Kdo Vám kromě rodiny nejvíce pomohl v té době?“

Matka: „Pomohly nám telefonáty s blízkými, svěřování, i když to bylo velmi těžké. Ochotní pomoci byli i lékaři v Dětské nemocnici v Brně. Využili jsme formu Rané péče taktéž v Brně, která nás posunula dopředu. Dále styky s matkami na Facebooku. Navštěvovali jsme logopedii a SPC.“

Otázka č. 10: „Změnily se vztahy v rodině po narození dítěte?“

Matka: „V manželství se vztahy nezměnily. Pořád máme mezi sebou lásku, toleranci. Možná bych řekla, že jsou naše vztahy lepší, otevřenější. Držíme při sobě, strávíme spolu více času, jezdíme na společné dovolené, provozujeme spolu různé aktivity. Jak už jsem zmínila, díky velkému kamarádství se sestřenicemi se Jonáš také snaží více komunikovat. V různých hrách je velmi vynalézavý.“

Otázka č. 11: „Jak probíhala/probíhá výchova?“

Otec: „Adekvátní výchova, se vším pomaleji. Výchova byla na začátku náročná a poměrně vyčerpávající, ale nic tragického. Neustále jsme ho hlídali a věnovali se mu. Někdy se stává, že neposlechne, jelikož je v tu chvíli Jonáš zaujatý na určitou činnost.“

Otázka č. 12: „Jak se dítě vyvíjelo/vyvíjí?“

Matka: „Zhruba první rok jsme museli s Jonášem pravidelně cvičit Vojtovu metodu. Vyvíjel se pomaleji. Do 3 let mu ve vývoji pomohl bratr, který mu ale časem svým vývojem utekl. Při porodu dalšího dítěte, se Jonáš navázal více na mladšího sourozence, který ho opět posunul dál. Každý jeho pokrok doprovázela neskutečná radost a hrdost.“

Otázka č. 13: „Jak reaguje společnost na dítě?“

Matka: „Někteří lidé se na Jonáše podívají škaredě, což mi vadí hodně. Doted'. Nevidím důvod, proč by se měli lidé dívat na mého syna ošklivě. Každý je svým způsobem jedinečný. Co se týká společnosti, dle mého názoru není žádná změna jejich vnímání takových dětí.“

Otec: „Reakce společnosti moc nevnímám. Mávnu nad pohledy rukou a plně se věnuji synovi.“

Otázka č. 14: „Jak reakce společnosti vnímá Vaše dítě?“

Matka: „Jonáš společnost nevnímá, má rád děti. Vytuší spíše dusno. Ne tak ve společnosti, ale hlavně doma. Vycítí hádku a špatnou atmosféru, která v daný okamžik panuje. Vždy se zeptá, co se děje a proč.“

Otázka č. 15: „Máte pocit, že je Váš život na vesnici jednodušší než život ve městě?“

Matka: „O tom jsem přemýšlela často. Myslím, že příroda Jonášovi více prospívá. Na zahradě tráví hodně času. Naši sousedé berou Jonáše velmi hezky. Na vesnici se nám nikdy nestalo, že by se k nám někdo choval nešetrně. S ošklivými pohledy, jak už jsem zmínila, se setkávám spíše ve městech, např. v MHD.“

Otázka č. 16: „Jaký má Jonáš vztah se svými bratry?“

Otec: „Se svými sourozenci vychází velmi dobře. Mají se navzájem rádi a respektují se. Bratři Jonášovi vždy poradí a se vším mu pomůžou.“

Otázka č. 17: „Jaké má vztahy s vrstevníky?“

Matka: „Jonáš je spíše samotář, ale ve škole má nejlepšího kamaráda. V okamžiku, kdy kluci hrají o přestávce na chodbě ping-pong, tak spíše kluky sleduje, ale když mu někdo řekne, aby si také zahrál, tak jde. Ve třídě je vtipálek. Loni Jonáš navštívil se starší sestřenicí letní tábor, kde si spíše maloval, jelikož děti neznal. Ve všem potřebuje čas a trpělivost lidí kolem.“

Otázka č. 18: „V čem mu pomáhá základní škola speciální?“

Matka: „Škola Jonášovi pomohla ve vývoji, ale dle mého by měl být přiřazen spíše na základní školu praktickou. Ve třídě se velmi snaží.“

Otázka č. 19: „Jak vychází s paní učitelkou?“

Matka: „Paní učitelku má velmi rád. Vždy ji pomůže s rozdáním sešitů, smaže tabuli, a tak podobně. Potřebuje dohled dospělé osoby.“

Otázka č. 20: „Jak s paní učitelkou vycházíte Vy?“

Matka: „S paní učitelkou máme hezký vztah. Vždy nás o všem upřímně informuje. Sděluje nám pokroky, nebo naopak rezervy Jonáše. Její rady dodržujeme a Jonášovi se ve školních povinnostech maximálně věnujeme a dohlížíme na něj.“

Otázka č. 21: „Co byste si přáli, aby Jonáš ve škole zvládal lépe?“

Matka: „Jelikož má problém s mluvou a artikulací, uvítala bych, kdyby se zlepšil na úroveň, kdy mu porozumí i okolí.“

Otázka č. 22: „Máte nějaké styky s rodinami s dítětem se stejným zdravotním postižením?“

Matka: „Na Facebooku existuje skupina, ve které jsou začleněné všechny matky dětí s mentálním postižením. Navzájem si radíme a podporujeme. Jsem velmi vděčná za to, že je většina matek upřímná a nedělá jim problém se s něčím svěřit, říct pravdu. Několik matek jsem poznala osobně, což mi velmi pomohlo. Diskutujeme nejen o každodenních zážitcích s dětmi, ale také o životních nepříjemných událostech. Mluvit o věcech, které se komukoliv z nás přihodily, je důležité. Stýkám se také s matkami dětí ze školy, kterou Jonáš navštěvuje. Slyšela jsem hodně příběhu, díky kterým si uvědomuji, jak mám silnou a láskyplnou rodinu. Někteří prarodiče vnuky/vnučky se zdravotním postižením zezáčátku vůbec nepodporovali, ani své děti, tedy rodiče dítěte.“

Otázka č. 23: „Přemýšlíte o Jonášově budoucnosti?“

Otec: „Domluvili jsme Jonášovi střední školu praktickou pro jeho lepší vývoj. Za chvíli ale proběhne soud, který určí, jak se věci budou dál rozvíjet. Nyní navštěvuje Jonáš chráněnou dílnu, do které se vždy těší. Děláme pro něj všichni maximum a snažíme se pro jeho komfort a spokojenost.“

Otázka č. 24: „Co by podle Vás, po všech Vašich těžkých zkušenostech, pomohlo rodičům s dítětem s mentální retardací?“

Otec: „V první řadě největší roli mají lékaři, kteří diagnózy sdělují. Věta, kterou nám řekl náš doktor, byla až moc drsná. Podle nás, se takové důležité věci říkají s citem vzhledem k dané situaci. Přivítali bychom i nějaké vysvětlení, že taková věc se stává i jiným rodinám.“

Matka: „Také bych já osobně byla ráda, kdyby nás odkázal na někoho, kdo by podal drobnější informace o mentální retardaci. V druhé řadě, co se týče psychické stránky, by pomohlo, kdyby za námi přišel psycholog, který má zkušenosti s rodinami jako jsme my. Uvítala bych i pomoc při zařizování možnosti úlev – chození po úřadech atp.“

Otázka č. 25: „Co Vám Jonáš přinesl do rodiny?“

Matka: „Máme pocit, že vztahy v rodině jsou díky Jonášovi mnohem lepší.“

Otec: „Hodnoty vidíme v jiných stránkách než dříve. Uvědomujeme si, co je pro nás nejvíce důležité.“

Otázka č. 26: „Co si na Jonášovi nejvíce ceníte?“

Matka: „To, jak se dokáže postarat nejen o sebe, ale také jeho ochota pomoci mladšímu bratrovi. Poskládá mu např. věci, uklidí pastelky rozházené po pracovním stole atd. Jsem na Jonáše velmi pyšná a nic bych nikdy neměnila.“

Otec: „Nade vše ho milujeme, je to náš vtipálek.“

4.4 Výzkumné otázky

Pro dosažení hlavního cíle bakalářské práce byly stanoveny následující výzkumné otázky, jejichž odpovědi vycházejí z předešlého polostrukturovaného rozhovoru.

1. „*Jaká je reakce rodičů a blízkých na diagnózu dítěte?*“

K výzkumné otázce se vztahovaly:

- otázka č. 3
- otázka č. 4
- otázka č. 5
- otázka č. 6

Odpověď:

Matka reakci na sdělení diagnózy přirovnala k výroku „jako když navždy ztratíte dítě“. Uvádí, že ji diagnóza velmi poznamenala a byla ze situace nešťastná. V té době byl pro ni manžel velkou oporou, kterou jí je dodnes. Mezi prvními, které kontaktovala, byla její starší sestra, která ji přes telefon uklidňovala. Reakce širší rodiny byla pozitivní, s manželem přijímali obrovskou psychickou podporu.

Otec s odpověďmi matky souhlasí a přikyvuje. Jeho reakce na diagnózu dítěte s mentální retardací byla šokující. Také vzpomíná, že v období po zjištění diagnózy neslyšeli od lékařů žádnou pozitivní věc.

2. „Změnily se narozením dítěte vztahy v rodině?“

K výzkumné otázce se vztahovaly:

- otázka č. 7
- otázka č. 9
- otázka č. 10
- otázka č. 25

Odpověď:

Matka dítěte pociťuje výrazné zlepšení vztahů mezi rodinnými členy – vztahy jsou lepší a otevřenější. V manželství stále přetrvává láska a tolerance. Rodina spolu tráví více volného času. Jonáš má s bratry a sestřenicemi velmi pěkný vztah, který mu také pomáhá ve snaze lépe komunikovat.

Otec udává, že rodina vidí hodnoty v jiných stránkách než dříve. Uvědomují si, co je pro ně nejvíce důležité.

3. „Jak podle rodičů vnímá společnost Jonáše?“

K výzkumné otázce se vztahovaly:

- otázka č. 13
- otázka č. 14
- otázka č. 15
- otázka č. 16
- otázka č. 17
- otázka č. 19

Odpověď:

Podle **matky** je pohled společnosti na chlapce v neznámém prostředí negativní, lépe je chlapec vnímán ve známém prostředí, tedy na vesnici, kde žijí. Se sousedy vychází pěkně. Ve třídním kolektivu má jednoho kamaráda, jelikož je Jonáš uzavřenější. Velmi dobře vychází i s třídní paní učitelkou.

Otec pohled společností nevnímá. Je mu jedno, co si o něm nebo o synovi lidé myslí. Raději se plně soustředí na své dítě a věnuje se mu.

3. „*Jak si rodiče představují budoucnost Jonáše?*“

K výzkumné otázce se vztahovala:

- otázka č. 23

Odpověď:

Matka i otec dítěti zajistili pro Jonáše do následujících let vzdělávání na střední škole praktické, která mu pomůže v lepším vývoji. Uvedli, že Jonáše čeká soud, který rozhodne o dalším dění. Nyní Jonáš navštěvuje chráněnou dílnu, do které se podle rodičů, vždy těší. Další představu o jeho budoucnosti rodiče nevedli.

4.5 Závěr praktické části

Cílem celé bakalářské práce bylo zjistit vliv narození dítěte s mentální retardací na chod rodiny a jeho další rodinné členy. Toho se podařilo dosáhnout na základě studia odborné literatury v části teoretické a následné kazuistiky rodiny v části praktické.

Rodina, která se podílela na kvalitativním výzkumu je úplná, funkční rodina, která má velmi silné vztahy. Získané výsledky z polostrukturovaného rozhovoru jsou zajímavé a přínosné. Diagnóza středně těžké mentální retardace dítěte ovlivnila vztahy v rodině pouze po pozitivní stránce. Tato rodina nyní stráví spolu více volného času, jsou otevřenější a po narození dítěte změnili pohled na své životní hodnoty. Reakce rodičů a širší rodiny na diagnózu dítěte byla šokující, přesto se navzájem psychicky podporovali.

Díky polostrukturovanému rozhovoru jsme se dozvěděli, že se Jonáš vyvíjel spolu s bratrem dvojčetem, který ho do 3 let posouval dopředu. Poté ho ale vývojově předběhl, jelikož se na Jonášovi začalo více projevovat psychomotorické opožďení. Díky mladšímu bratrovi, který se narodil o 3 roky později, se Jonáš s ním vyvíjel dále. Výchova rodičů byla na začátku velmi náročná, jelikož museli Jonáše hodně hlídat. Se vším postupovali pomaleji a s velkou trpělivostí.

Matka dítěte uvádí, že i v současné době vnímá negativní pohled společnosti na svého syna, naopak otec pohled společností nevnímá a raději se plně věnuje dítěti. Vnímání společnosti se v průběhu pár let podle názoru rodičů nezměnilo. Při porovnání života na vesnici nebo ve městě, upřednostňují vesnici, jelikož jsou vztahy mezi sousedy přátelské.

Rodiče dítěte zatím moc o Jonášově budoucnosti nepřemýšlejí, jelikož ho čeká za pár let soud. Nyní je žákem základní školy speciální a poté bude pokračovat ve svém vzdělávání na střední škole praktické.

5 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá rodinným prostředím s dítětem s mentální retardací. Rodiče, se kterými proběhl polostrukturovaný rozhovor, jsou v dnešní době čím dál více schopni mluvit o svém dítěti s postižením, zpříjemnit mu každodenní činnosti a hledat pro něj vhodné vzdělávání.

Mentální retardace znamená pro dítě i jeho rodinu výrazné omezení v životních možnostech. Proto je velmi důležitá psychická podpora v rodině, pomoc ze strany odborníků a dostatečná informovanost o daném postižení.

Předložená bakalářská práce se zaměřila na rodinu s dítětem s mentální retardací. V teoretické části se věnuje nejen vymezení mentální retardace a vývoje dítěte s mentální retardací, ale také na vnímání společnosti takových jedinců a samotný chod rodiny – výchova dítěte, fáze vyrovnávání se skutečností diagnózy dítěte.

Výzkumné šetření se zabývalo konkrétní rodinou s dítětem se středně těžkou mentální retardací. Především nás zajímalo, jak rodina zvládla náročnou situaci, zda se změnil vztahy mezi rodinnými členy a jak společnost vnímá jejich dítě. Rodina svého potomka přijala a od počátku se snaží o jeho komfort a potřebnou péči.

V kontextu s výše uvedeným lze konstatovat, že byly naplněny dílčí cíle a tím pádem i hlavní cíl bakalářské práce.

Práce by měla posloužit těm, kteří docházejí do styku s rodinami s dítětem s mentální retardací, aby se na celou situaci podívali očima těch nejbližších a vcítili se do jejich pohledu na svět. Člověk, který se nikdy v takové situaci neocítl, není schopen na první pohled pochopit, čím si rodiče dítěte s mentální retardací museli projít, a stále procházejí.

Seznam použité literatury

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 9788073151614.

BENDOVIÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011, 140 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3854-3.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

FISCHER, Slavomil, Jiří ŠKODA, Zdeněk SVOBODA a Ladislav ZILCHER. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2014, 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.

HANÁKOVÁ, Adéla. *1000 pojmů ze speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 225 s. ISBN 978-80-244-3218-2.

HUTYROVÁ, Miluše. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Editor Milan VALENTA. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-731-5071-9.

MICHALÍK, Jan. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 133 s. ISBN 978-80-244-3643-2.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, edice pedagogické literatury, 1998, 234 s. ISBN 8085931656.

VALENTA, Milan. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 238 s. Ostatní odborné publikace. ISBN 978-80-244-4614-1.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada Publishing, 2012, 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJMOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 230 s. ISBN 8071849294.

VÁGNEROVÁ, Marie a Zuzana HADJMOUSSOVÁ.: *Psychologie handicapu 2. část.*, 2. vyd. Liberec: Technická univerzita, fakulta pedagogická, 2003. ISBN 80-7083-764-0.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika: terapie a poradenství: vzdělávání osob s různým postižením: člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7.

Seznam zkratek

AAMR – American Association for Mental Retardation

AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

CNS – centrální nervová soustava

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

IQ – inteligenční kvocient

MHD – městská hromadná doprava

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

SPC – Speciálně pedagogické centrum

VŠ – vysoká škola

Seznam tabulek

Tabulka 1. Rozdělení mentální retardace do jednotlivých kategorií podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

Tabulka 2. Úrovně adaptivního chování u osob s mentální retardací od narození do šesti let podle Sattlera, 2002.

Tabulka 3. Úrovně adaptivního chování u osob s mentální retardací od šesti do jednadvaceti let podle Sattlera, 2002.

Tabulka 4. Přehled druhů pojetí normality.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

Témata:

1. Těhotenství + porod
2. Reakce na diagnózu dítěte
3. Vztahy v rodině
 - a. mezi rodiči
 - b. širší rodina
4. Vnímání společnosti
5. Budoucnost

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Karolina Frasová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Kateřina Jeřábková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Rodinné prostředí s dítětem s mentální retardací
Název v angličtině:	Family background with a child with mental retardation
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá rodinným prostředím s dítětem s mentální retardací. Dělí se na dvě části - teoretickou a praktickou. První tři kapitoly teoretické části obsahují poznatky z odborné literatury. Praktická část je zpracována kvalitativní metodou. Hlavním cílem výzkumu bylo prostřednictvím rozhovoru zjistit vliv narození dítěte s mentální retardací na chod rodiny. Díky provedenému rozhovoru jsme se seznámili s životem rodiny, která vychovává dítě s mentální retardací.
Klíčová slova:	Mentální retardace, příčiny mentální retardace, výchova, rodinné vztahy, kazuistika
Anotace v angličtině:	The bachelor's thesis deals with a family where a child is affected with mental retardation. It is divided in two parts theoretical and practical. The first three chapters of the theoretical part contain the findings we gathered from literature research. The practical part is processed by a qualitative research method. The main objective of the research was to find out the influence of the birth of a child with mental retardation on the family. Thanks to the interview with family members involved, we could get a better view of the actual life of a family that takes care of a child with mental retardation.
Klíčová slova v angličtině:	Mental retardation, causes of mental retardation, raising, family relationships, case study

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor
Rozsah práce:	45 s.
Jazyk práce:	Český

