



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Motivy výběru školy pro dítě s mentálním postižením v sekundárním vzdělávání

Vypracovala: Pavlína Valentová (Brabcová)
Vedoucí práce: PaedDr. Erika Nehrerová, Ph.D.
České Budějovice 2015

Poděkování

Dovoluji si tímto poděkovat PaedDr. Erice Nehrerové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, konzultace a připomínky při tvorbě bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům za bezmeznou důvěru, sestře za podporu a své rodině za zázemí a oporu během celého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Pavλίna Valentová

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou rodičů dětí s mentálním postižením.

Teoretická část je zaměřena na problematiku mentální retardace, odlišnosti ve vývoji dítěte s tímto postižením, charakteristiku základních pojmů jako jsou mentální retardace, klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace a jejich stručný popis, typy mentální retardace v závislosti na etiologii a popis osobnosti s mentálním postižením. Druhá část teoretické části se zabývá vzděláváním dětí a dospělých s mentálním postižením, jejich dalším rozvojem a integrací do společnosti, popisuje role rodičů vychovávajících jedince s mentálním postižením a jejich motivace.

Praktická část zkoumá situaci v konkrétních rodinách prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Zjišťuje úroveň informovanosti rodiny o možnostech dalšího vzdělávání dětí s mentální retardací a souvislosti uplatňující se při výběru edukačního zařízení.

Klíčová slova:

Mentální postižení, klasifikace mentální retardace, etiologie, integrace, edukace, motivace

Abstract

This bachelor work is focused on the topic of parents of children with special needs. The theoretical part is focused on topic of mental handicap, differences in the development of children with this kind of handicap, characteristic of basic terms such as mental handicap, clasification of certain levels of mental handicap and its short description, types of mental handicap in addiction to etiology and description of the personality with special needs. The second part of the theoretical part is focused on education of children and adults with mental handicap, their following development and their integration into the society. It describes the role of parents who educate individualities with special needs and it also describes their motivation.

The practical part is focused on situations in certain families with the help of quality research. It also finds out the level of information in families according to the education of children with mental handicap and shows consequences in the choose of educational institute.

Key words :

Mental retardation, mental retardation classification, etiology , integration, education, motivation

Obsah

Úvod	7
1 Charakteristika základních pojmů	8
1.1 Historie pojmu mentální retardace	8
1.2 Mentální retardace	8
1.2.1 Výskyt a příčiny vzniku	9
1.2.2 Příčiny vzniku	9
1.3 Klasifikace etiologických faktorů	10
1.4 Charakteristika mentální retardace	13
1.4.1 Klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace	14
1.5 Typy mentální retardace v závislosti na etiologii	18
2 Osobnost jedince s mentálním postižením	19
3 Vzdělávání osob s mentálním postižením	20
3.1 Zařazení jedinců s mentálním postižením do škol	20
3.1.1 Speciální třídy při základních a praktických školách a ústavech sociální péče	25
3.2 Hodnocení a klasifikace speciální školy	25
3.3 Profesní příprava	26
3.4 Uplatnění lidí s mentálním postižením v životě	27
3.5 Motivy a role rodičů dětí s mentálním postižením	29
3.5.1 Motiv	29
3.5.2 Klasifikace motivů	29
3.5.3 Motivace	30
3.5.4 Sociálně motivační dispozice	31
3.6 Role rodičů vychovávající dítě s mentálním postižením	32
4 Výběr školského zařízení z pohledů rodičů	34
4.1 Výzkumné šetření	34
4.1.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky	34
4.2 Metoda sběru dat	35
4.2.1 Etika výzkumu	35
4.2.2 Výzkumné prostředí	35
4.2.3 Informanti výzkumu	36
4.3 Kazuistiky a rozhovory	36
Závěr	65
Použité zdroje	67

Úvod

V posledních letech zaznamenáváme určité změny v oblasti péče o mentálně postižené. Stále více jedinců s tímto postižením se dostává z izolace ústavů do péče rodin a tímto se stávají součástí života celé společnosti. I když rodina s takto postiženým dítětem není v této nelehké situaci sama, musí přece jenom hledat spoustu odpovědí na řadu specifických otázek. Otázky související s jeho vývojem, výchovou a také řešení budoucnosti, která nemusí být zrovna optimistická. Proto jsem se ve své bakalářské práci zaměřila na problematiku mentální retardace, odlišnosti ve vývoji dítěte s tímto postižením, na rodinu a školu, která se stará o nejlepší zapojení těchto jedinců do života. Pro výběr tématu byla důležitá má osobní zkušenost s péčí o dítě s mentální retardací.

Velkým problémem současné doby je skutečnost, že dnešní dynamická doba a společnost je hlavně zaměřená na maximální výkon. Nebere ohled na ty, co jí nestačí z pohledu této společnosti „zdržují“. Mým cílem v této práci z pohledu odborníka je zjistit motivaci rodičů k dalšímu vzdělávání svých dětí a jejich informovanost k dané problematice.

Vliv mentální retardace se mezi lidmi velmi liší, stejně jako rozpětí schopností mezi lidmi, kteří mentálně retardovaní nejsou. S mentálně postiženými se setkáváme na každém kroku. Jejich projevy mohou být různé. Změny nemusí být na první pohled vůbec patrné. Mnoho lidí s mentální retardací vede nezávislý život v běžné společnosti. Proto je právě cílem výchovy dosažení co největší nezávislosti a soběstačnosti. Speciální vzdělávací programy mohou těmto osobám poskytnout příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. Děti, mládež i dospělí s mentálním postižením představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo. Představy „normálních“ lidí o jedincích s mentálním postižením bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a nezřídka i neopodstatněnými obavami. Poměrně často se dosud můžeme setkat dokonce i s radou, aby rodiče postižené dítě raději „dali do ústavu“.

1 Charakteristika základních pojmů

1.1 Historie pojmu mentální retardace

Popis mentální retardace, jak jej chápeme v dnešním slova smyslu, můžeme najít již v Egyptských papyrových svitcích, které byly nalezeny v Thébách. Tyto svitky jsou datovány kolem roku 1500 před Kristem a popisují postižení těla i mysli, které se vztahují k úrazům hlavy a mozku. Přístup k těmto jedincům s postižením byl vždy výrazně ovlivněn duchem doby a převládajícím dobovým názorem. Ve starověkém Řecku a Římě byla obvyklá infanticida dětí, jejichž zjev ukazoval na postižení rozumu, smyslů či těla. Zatímco Římané topili tyto děti v řece Tibeře, Řekové ve Spartě je vrhali dolů ze spartských skal. Na počátku druhého století po Kristu bylo obvyklou praktikou prodávat děti s postižením kočovným společnostem pro zábavné účely a pro pobavení.

V období středověku dochází k úbytku infanticidy a přístup k osobám s postižením se začíná více diferencovat. Pokles infanticidy souvisí s rozvojem nalezinců, do kterých jsou děti s postižením odkládány. Významný mezník představuje učení Johna Locka, který v roce 1690 publikuje své Eseje o lidském rozumu. John Locke se jako filozof kriticky postavil proti učení Reného Descarta a tvrdí, že člověk na svět přichází bez vrozených idejí a jeho mysl je nepopsaná deska (tabula rasa), na kterou až lidská zkušenost zapisuje dojmy a informace o světě. Jako pedagog byl poté John Locke zastáncem individuální výchovy a vzdělávání, které bere ohled na jedinečnost jedince. <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1303> 20. 10. 2014

1.2 Mentální retardace

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. „*Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován.*“ (Vágnerová, 2004, str. 289)

Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti.

„Mentální retardace je vrozená, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. (Na rozdíl od demence, která vzniká později a je pro ni typický úbytek již rozvinutých schopností.)“ (Vágnerová, 2004, str. 287)

Mentální retardace je trvalá, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentální retardací je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou vhodností působení prostředí, tj. výchovných, výukových a terapeutických vlivů. (Vágnerová, 2004)

O. Matoušek popisuje „*pojem mentální retardace jako poruchy vyvolané nestejnými příčinami, jež vedou ke zpomalení duševního vývoje dítěte, jež mu znemožňují vzdělávání běžného typu, hendikepují ho sociálně, v extrémních případech činí dítě nevzdělatelným a neschopným sociální soběstačnosti.*“ Matoušek (1997, str. 108)

I. Švarcová uvádí, „*že za mentálně retardované se považují takový jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním prostředí. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.*“ V této knize se termíny „mentální retardace“ a „mentální postižení“ používají jako synonyma. (Švarcová 2006, str. 28, 29)

1.2.1 Výskyt a příčiny vzniku

„V populaci se vyskytují přibližně 3% mentálně postižených lidí. Jejich četnost se liší v závislosti na míře defektu, největší počet – téměř 2,6% - připadá na postižené lehkou mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1-0,2% v populaci. Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských zemí.“ (Švarcová, 2006 str. 39)

1.2.2 Příčiny vzniku

Etiologie (příčina vzniku) mentální retardace je velmi rozmanitá, a to nejen vzhledem k množství možných vlivů ohrožujících zdravý růst plodu (příčiny prenatální), ale i k řadě dalších onemocnění, úrazů, infekcí, tzv. biologických faktorů či defektů působících na rozvoj jedince v době pozdější (příčiny perinatální-kolem porodu, a postnatální- ovlivňující

vývoj člověka po narození, prakticky po celý život). Svůj význam má i dědičnost, poruchy chromozomální a metabolické.

Mezi lidmi s mentální retardací existuje obrovská variabilita, která se týká příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací. U každého jednotlivého člověka nelze většinou jednoznačně určit, zda jeho mentální retardace byla způsobena pouze jevy biologickými a do jaké míry se na jeho stavu podílejí vlivy sociální. Biologické i sociální faktory se v osobnosti člověka prolínají, původní obraz postižení může být pozměněn pozitivně i negativně vlivem podnětného či nepodnětného sociálního prostředí a životních zkušeností. (Černá, 2009, str. 84)

Podle M. Vágnerové „příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS. Tato porucha může vzniknout různým způsobem, její etiologie se projeví kvantitativně i kvalitativně v klinickém obrazu, tj. závažností postižení a převažujícími symptomy. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, na jeho vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, tak nejrůznější exogenní faktory, které poškodí mozek v rané fázi jeho vývoje. Obě složky působí ve vzájemné interakci. Mentální retardace může být geneticky podmíněna. V tomto případě je jejím základem porucha struktury nebo funkce genetického aparátu. Takových odchylek existuje velmi mnoho, často jde o syndrom, jehož jedním příznakem je mentální retardace.“(Vágnerová, 2004, str. 293)

1.3 Klasifikace etiologických faktorů

Klasifikace podle Penrose

Rozděluje možné příčiny „oligofrenie“takto:

A. Genetické, dědičné (endogenní)

- **dávné**, způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků
- **čerstvé**, spontánní mutace

B. Vzniklé vlivem prostředí (exogenní)

- **v raném těhotenství**, poškození oplozeného vajíčka
- **v pozdním těhotenství**, intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita
- **intranatální**, abnormální porod
- **postnatální**, nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy

Klasifikační systém vytvořený AAMR (1983)

Definuje deset etiologických kategorií se stručně charakterizovanými příklady.

1. Infekce a intoxikace.

Mentální retardace vzniká jako následek infekčního onemocnění matky v těhotenství (např. zarděnky). Nejčastější příčina intoxikace je otrava olovem a fetální alkoholový syndrom (požívání alkoholu v době těhotenství).

2. Trauma a fyzikální faktory.

Do této skupiny řadíme různá zranění dítěte při porodu nebo v průběhu raného dětství.

3. Metabolismus a výživa.

Organismus jedince vykazuje určitou dysfunkci, která mu nedovolí zpracovávat různé chemické látky, které jsou důležité pro zdravý vývoj.

4. Nemoci mozku.

Okolnosti vzniku nemocí vycházejících z genetických faktorů, týkajících se růstu určitých částí mozku. Nejčastěji jde o nádory a nemoci, u nichž jejich příčiny jsou neznámy.

5. Neznámé prenatální vlivy.

Do této skupiny patří příčiny, působící před porodem. Patří mezi ně anomálie hlavy, jako jsou mikrocefalie (nápadně malá hlava), makrocefalie (nadměrná velikost hlavy), hydrocefalie (vodnatelnost mozku), anencefalie (nevyvinutý mozek).

6. Chromozomální aberace

Nejznámější a nejrozšířenější chromozomální aberace je Downův syndrom způsobený trisomií 21. chromozomu a Klinefelterův syndrom u kterého dochází k nadbytečnému X chromozomu.

7. Ostatní okolnosti prenatálního období

V této kategorii zahrnujeme příčiny vznikající těsně před porodem a přímo při něm. Jedná se o předčasný porod nebo porod protahovaný (malá, nebo naopak velká porodní váha novorozence).

8. Psychiatrické poruchy

Mnohé duševní choroby mohou vést ke vzniku mentální retardace, zvláště ta, která trvá velmi dlouho, a jedinec ztrácí již před tím získané dovednosti.

9. Vlivy prostředí

Do této kategorie zařazujeme stavy spojené s psychosociálním znevýhodněním. (málo podnětné až nepodnětné prostředí, deprivace). Zařazujeme sem také smyslovou a psychickou deprivaci jako následek nedostatku sociálního kontaktu.

10. Ostatní okolnosti

Tato kategorie zařazuje všechny neznámé příčiny a mentální retardace spojené se smyslovým postižením.

Současná klasifikace podle AAMR (2002)

Založena na časovém faktoru a etiologii mentální retardace. Dělení podle vzniku příčin na prenatální, perinatální a postnatální. Uvádí a specifikuje nejčastější vyskytující se příklady.

A. Prenatální

Chromozomální aberace	Downův syndrom Turnerův syndrom syndrom fragilního X chromozomu
Metabolické a výživové poruchy	fenylketonurie nemoc Tay-Sachsova galaktosemie Prader- Williho syndrom
Infekce matky	zarděnky syfilis toxoplazmóza cytomegalovirus Rh inkompabilita
Podmínky prostředí	fetální alkoholový syndrom užívání drog
Neznámé	anencefalie hydrocefalus mikro-, makrocefalus

B. Perinatální

Neonatální komplikace	nízká porodní hmotnost nezralost hypoxie porodní úraz
-----------------------	--

následek klešťového porodu
respirační nouze
překotný nebo protahovaný porod

C. Postnatální

Infekce, otravy, intoxikace	otrava olovem encefalitida meningitida Reyův syndrom
Faktory prostředí	špatné zacházení či zanedbávání dítěte úrazy hlavy podvýživa deprivace
Onemocnění mozku	neurofibromatóza tuberkulózní skleróza

(Luckason et al. 2002), (Černá, 2009, str. 87, 88)

1.4 Charakteristika mentální retardace

„Typickým znakem poznávacích schopností osob s mentálním postižením je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu.“ (Vágnerová, 2004, str. 293).

Mentálně postižení jedinci obvykle bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a vnějším světem, resp. Preference známého prostředí. (Vágnerová, 2004)

Většina autorů se shoduje v tom, že základním kritériem při posuzování jedinců s mentálním postižením je podprůměrná intelektová činnost. Ve speciálně pedagogické praxi stanovení IQ je třeba chápat jen jako prostředek na určení orientační diagnózy.

1.4.1 Klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace

Hloubku mentální retardace je možné určit pomocí inteligenčního kvocientu, který ukazuje úroveň rozumových schopností. V České republice se ke klasifikaci mentálního postižení používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1992. Dle ní klasifikujeme:

A) Druh postižení

1. F 70-79 Mentální retardace

B) Stupeň postižení

- F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50
- F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35
- F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20
- F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace (nelze vyšetřit)

(http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/M/Ment%C3%A1ln%C3%AD_posti%C5%BEn%C3%AD_%28ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace%29) 11. 8. 2014

Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně.

Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

U těchto jedinců se hlavně projevují potíže obvykle při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají problémy, které jsou pro ně specifické, hlavně co se týká čtení a psaní. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

Podle Z. Matějčka „*děti s poruchou intelektového vývoje v pásmu lehké mentální retardace (debility), jež přibližně odpovídá pásmu 50-70 či 75% normálního vývoje, jsou zpravidla žáky pomocných a zvláštních škol, s prognózou pracovního a sociálního uplatnění v chráněném prostředí.*“ (Matějček, 1999, str. 82)

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost
- lehkou mentální abnormalitu
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu), (Švarcová, 2006)

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

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

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní, většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny se střední mentální retardací lze zjistit organickou etiologii. U některých z nich lze diagnostikovat dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které výrazně ovlivňují klinický obraz, způsob a jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu)

Z. Matějček popisuje „*děti s tímto středním stupněm mentální retardace, vyvíjející se alespoň tak rychle, že ve věku 20 let (tj. když vývoj většiny mentálních funkcí dostoupil vrcholu) dosahují úrovně zhruba dětí předškolního věku, popřípadě úrovně školních začátečníků.*“ (Matějček, 2001, str. 41)

Jejich intelektový vývoj se tedy opožďuje přibližně o polovinu až dvě třetiny jejich kalendářního věku. Školsky vzdělavatelné bývají zpravidla jen ve velmi malé míře. V dospělém věku se mohou uplatnit v jednoduchých mechanických pracích, které však provádějí mnohdy velmi pečlivě a spolehlivě.

Děti s inteligencí v horním pásmu střední mentální retardace navštěvují pomocné školy, někdy i zvláštní školy, pokusně bývají integrovány i ve školských zařízeních s vyššími nároky. V případech, kdy mentální retardace je kombinována s poruchami motoriky (nejčastěji DMO) nebo s poruchami smyslovými, získávají při školním zařazení dnes už běžně pomoc formou osobní asistence.

Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F74)

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

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

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu
- hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocie), (Švarcová, 2006, str. 35)

„Děti s nejtěžším opožděním duševního vývoje podle Z. Matějčka zůstávají na vývojové úrovni kojenců, nejvýše na úrovni batolat. V tělesné motorice nedospějí někdy do fáze samostatné chůze, mnohdy se nenaučí kousat a polykat tuhou stravu, zřídka se naučí mluvit tak, aby se mohly s okolím řečí dorozumět.“ (Matějček, 2001, str. 40)

Nechápu nebezpečí a neosvojí si obvykle návyky potřebné k dodržování čistoty a k sebeobsluze. Obvykle nepřežívají dlouho, neboť málo odolný jejich organizmus podléhá snadno buď následkům vrozených defektů, nebo následkům nejrozumnějších běžných onemocnění, jež mají v jejich případě podstatně nebezpečnější průběh. Pokud se dožijí dospělého věku, nejsou samostatnějšího života schopny, pracovně se nemohou uplatnit a vyžadují trvalé ošetřování, dohled a pomoc. (Matějček, 2001)

Jiná mentální retardace (F78)

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

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

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

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS
- mentální subnormalitu NS
- oligofrenii NS

Uvedená klasifikace mentální retardace již neobsahuje kategorii “mírná mentální retardace“ (IQ 85-69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené. (Švarcová, 2006, str. 36)

1.5 Typy mentální retardace v závislosti na etiologii

Struktura intelektových schopností mentálně retardovaného, jejich charakteristické kvalitativní znaky i míra praktické využitelnosti, závisí i na etiologii, tj. příčině postižení. Mentální defekt jako následek organického poškození CNS.

Jestliže mentální defekt vznikl následkem organického poškození CNS v důsledku krvácení či asfyxie, trpí postižení lidé často i dětskou mozkovou obrnou nebo drobnějšími poruchami hybnosti, eventuálně jsou alespoň neobratní. Změna jejich aktivační úrovně se obvykle projevuje hyperaktivitou, zvýšenou dráždivostí, poruchami pozornosti a s tím související rychlejší unavitelností. Mají sklon reagovat impulsivně a zbrkle, výkyvy jsou zřejmé i v oblasti emocionality. Mívají rovněž poruchy řeči různého typu, mnohdy související s poruchou motoriky mluvidel.

Vzhledem k tomu, že děti s tímto postižením mívají většinou zdravé, normálně inteligentní rodiče (porucha není dědičně podmíněna), bývají dostatečně někdy až přehnaně stimulováni. Protože mají sníženou toleranci k zátěži danou organickým postižením mozku, bývá pro ně taková výchova mnohdy spíše stresující. Mívají adaptační potíže způsobené jejich hyperaktivitou, dráždivostí a celkově sníženou tolerancí. Bývá pro ně typické, že nedovedou využívat své schopnosti a pracují na nižší úrovni, než by bylo možné očekávat. Jejich problémy v adolescenci spíše narůstají a později se projeví obtížemi v zaměstnání (neochota

přijmout určitá omezení, nižší úroveň sebeovládání, výbušnost, impulzivita). Menší manuální zručnost rovněž omezuje výběr možného pracovního zařazení. (Vágnerová, 2004, str. 304)

2 Osobnost jedince s mentálním postižením

Důležitou složkou osobnosti je sebepojetí, to je u jedinců s mentálním postižením ovlivněno jejich způsobem uvažování a omezenou možností pochopit, jaké jsou jejich reálné kompetence (resp. v čem jsou odlišné od ostatních). V důsledku toho není jejich sebehodnocení zcela objektivní, bývá nekritické a ovládané především emocionálně (např. přáním). Vzhledem k omezené soudnosti závisejí prakticky po celý život na názorech jiných lidí. Ty přijímají zcela jednoznačně jako danost bez korekce. Nekritičnost a zvýšená sugestivita jsou příčinou snadné ovlivnitelnosti. Na druhé straně je neschopnost přesně chápat význam negativního hodnocení jinými lidmi do určité míry chrání, zejména pokud mají přijatelné zázemí.

Pozitivní sebehodnocení a z něho vyplývající očekávání je i u těchto lidí důležité, protože slouží jako základ pozitivní motivace. Avšak je obtížnější jej dosáhnout, nejen z důvodů objektivně horších předpokladů, ale také kvůli stabilněji horším výkonům ve srovnání s ostatními. V tom spočívá jedno z rizik integrace mentálně postižených dětí do běžných škol. Uvědomění vlastní negativní odlišnosti nemusí být založeno na hlubším pochopení, stačí opakovaná zkušenost, že ostatní dovedou a dělají to, čemu on vůbec nerozumí.

Zkreslené sebehodnocení, byť i subjektivně přijatelné, může na ostatní působit jako potvrzení nedostatečného rozvoje rozumových schopností a vyvolává nanejvýš shovívavý postoj. Spokojenost se sebou samým je sice důležitá, ale pokud naprosto neodpovídá skutečnosti, může vést k projevům chování, které jsou sociálně rušivé, nebo dokonce ohrožující. Mentálně postižený člověk se tak snadno stává z hlediska ostatních směšným (když bude tvrdit, že všechno zvládne) popř. je ochoten dělat něco, co je pro něj nebezpečné (např. zkusí řídit auto).

3 Vzdelávání osob s mentálním postižením

Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.

Pro děti s hlubokým mentálním postižením stanoví krajský úřad, místně příslušný podle místa trvalého pobytu dítěte, se souhlasem zákonného zástupce dítěte takový způsob vzdělávání, který odpovídá jeho duševním a fyzickým možnostem, a to na základě doporučení posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání dítěte, zejména pomoc pedagogickou a metodickou. Dojde-li ke změně duševních a fyzických možností dítěte, krajský úřad způsob vzdělávání odpovídajícím způsobem upraví.

http://aplikace.msmt.cz/HTM/Skolskyzakon_561_2004Sb.htm 6.10.2014

3.1 Zařazení jedinců s mentálním postižením do škol

Mentálně postižení mohou být v oblasti socializace handicapováni nejenom primárním defektem rozumových schopností, ale i z něho vyplývajícím nedostatkem zkušeností. Rozvoj sociálních dovedností může trvat delší dobu, ale většinou jsou schopni zvládnout základní normy chování, jednoduché komunikační dovednosti a sociální návyky. To vše jim usnadňuje adaptaci na jiné prostředí, než je vlastní rodina. K rozvoji těchto dovedností, tj. k samostatnosti a přijatelnému chování, směřuje výuka mentálně postižených. Zařazení do školy, resp. do jiného speciálně pedagogického zařízení (např. stacionáře) je velmi důležité. Je však třeba uvážit stupeň postižení, míru využitelnosti zachovaných schopností, ale i typické vlastnosti osobnosti postiženého dítěte (např. schopnost adaptace, míru dráždivosti). Speciální škola, zvláštní či pomocná, je přizpůsobena možnostem a potřebám mentálně postižených dětí, integrace do běžné školy je náročnější. I dítě

s mentálním postižením si může uvědomit svou odlišnost a může ji prožívat jako zátěž. Kontakt s vrstevníky, kteří jsou na stejné vývojové úrovni, mu umožňuje získat zkušenost symetrického sociálního postavení a uspokojení z dosaženého výkonu, srovnatelného s výsledky ostatních členů skupiny. (Vágnerová, 2004, str. 309)

„Výchovu a vzdělávání mentálně retardovaných podle J. Pipekové je nutné chápat jako celoživotní proces.“ Tento proces se může realizovat přímo v rodinách, v ústavních zařízeních sociální péče a ve vzdělávacích zařízeních. Vzhledem k limitu v poznávacích procesech proti populaci výrazněji vystupuje potřeba jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování znalostí a dovedností a soustavného vedení. Učení je dle zkušenosti řady pedagogů hlavní a nejúčinnější terapií mentální retardace. (Pipeková, 1998)

Speciální školy jejich účel a význam

V současné době je v názvu školy vždy obsažena Základní škola, ale vzdělání určuje ŠVP (školní vzdělávací program), který si školy vytvářejí samy na základě RVP (rámcově vzdělávacího programu).

Školy se zřizují buď samostatně nebo jako součást základních škol nebo ÚSP. Vzdělávají se zde žáci, kteří se řadí do středně těžkého mentálního postižení. Škola umožňuje ve vhodně upravených podmínkách a při odborné speciální pedagogické péči, aby děti získaly základní vědomosti, dovednosti a návyky, které budou potřebovat v okolním světě. Cílem je dosáhnout maximální možné samostatnosti a nezávislosti na druhých. Mnohé zkušenosti, které si žáci přinesou ze speciální školy, mohou využít při trávení volného času, pracovních činnostech, tvořivé činnosti. Všechny tyto zkušenosti vedou ke zlepšení kvality života. Speciální škola vede děti ke kladnému přátelskému vztahu k lidem, potřebě zapojit se do společnosti, ke kultivovanému chování. Základní prioritou speciální školy je naučit žáky číst, psát a počítat. Zvládnutí těchto aktivit má mimořádný význam. Člověk se lépe orientuje v prostředí. Dalším cílem je zdokonalovat pracovní dovednosti, včetně sebeobsluhy a samostatnosti. Mimořádný význam má i estetická výchova, která je obsažena v hudební a výtvarné výchově. Děti s mentálním postižením často mívají mimořádné schopnosti právě v těchto oblastech, což vede k jejich kladnému hodnocení, následně sebehodnocení a tím se zvyšuje i sebevědomí. Jednotlivé oblasti vzdělávání se prolínají a úzce spolu souvisejí. Nezanedbatelnou složkou výchovy a vzdělávání dětí se středně mentálním postižením je spolupráce školy a rodiny. Ve speciálních školách jsou děti vzdělávány podle školního

vzdělávacího programu, pokud některé děti nejsou schopny tyto osnovy zvládnout, připravuje se pro ně individuální vzdělávací plán.

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Zaji.C5.A1t.C4.9Bn.C3.AD_vzd.C4.9Bl.C3.A1v.C3.A1n.C3.AD_jedinc.C5.AF_s_ment.C3.A1ln.C3.ADm_posti.C5.BEen.C3.ADm

Individuálně vzdělávací program

V současnosti vnímáme u významné části dětí zvýšenou potřebu individuálního vzdělávání, potřeby běžné třídy mnoha individualitám nevyhovují. Za tímto účelem se začaly tvořit individuální vzdělávací programy. IVP vytvářejí učitelé, kteří se starají o žáky se speciálními potřebami. Za výsledky a průběh odpovídá ředitel školy. S programy pracují i zaměstnanci speciálně pedagogických center a výchovní poradci.

Individuálně vzdělávací program vychází z pojmu vzdělávací program, jen je zaměřen na jednoho konkrétního jedince. Při tvoření tohoto programu se vychází z diagnostiky, která určuje, co dítě ovládá, co nikoli.

http://aplikace.msmt.cz/HTM/Skolskyzakon_561_2004Sb.htm 6.10.2014

Síť speciálních škol /podle dřívějšího dělení/

- základní speciální školy – výstup je roven běžných ZŠ, mají své osnovy
- střední školy – tato síť není bohatá
- zvláštní školy, včetně ZVŠ pro jiná postižení, např. zvláštní škola pro sluchově postižené, zvláštní školy s vadami řeči
- pomocné školy, dříve stupně, nyní ročníky
- odborná učiliště
- praktické školy
- RT – rehabilitační třídy, pro děti, které nejsou schopni zvládnout osnovy

Docházka je devíti až desetiletá podle typu školy. Vždy záleží na tom, jaké postižení tvoří bariéru pro zařazení dítěte.

http://aplikace.msmt.cz/HTM/Skolskyzakon_561_2004Sb.htm

.

Předškolní výchova a vzdělávání dětí s mentální retardací

Děti předškolního věku s mentální retardací mohou navštěvovat speciální mateřskou školu denního, nebo internátního typu, běžnou mateřskou školu popřípadě speciální třídu pro mentálně retardované děti při běžné mateřské škole. Základní zásadou koncepce speciálních mateřských škol je zachovat v co největší míře přímý vliv rodiny na vývoj dítěte. Mateřská škola zajišťuje soustavnou a individuální péči v oblasti rozvíjení řeči, myšlení, hrubé a jemné motoriky, sociálním i citovém vývoji a to pokaždé ve spolupráci s rodinou. Speciální mateřské školy v České republice jsou relativně stabilizované. Rodiče dětí s mentálním postižením mohou využívat také služeb poradenských speciálně pedagogických center, která pracují při mateřských školách, středisek pomoci v krizových situacích, klubů rodičů dětí s mentálním postižením, půjčoven kompenzačních pomůcek apod.

Integrace jedince do běžné základní školy

V souladu se stávajícími trendy speciální pedagogiky můžeme realizovat výchovu a vzdělávání mentálně retardovaných dětí formou integrace do normálních tříd základních škol.

Základní škola praktická

Vzdělávací program zvláštní školy

V základních školách praktických (dříve zvláštních) se vzdělávají děti školního věku s lehkým stupněm mentální retardace s úrovní rozumových schopností v pásmu podprůměru, které nejsou z různých důvodů schopny prospívat v běžných základních školách. Vzhledem ke značné variabilitě jejich schopností, dovedností a návyků je nezbytné uplatňovat při jejich vzdělávání individuální přístup, odpovídající jejich vývojovým zvláštnostem. Učební plán zvláštní školy zahrnuje obdobné vyučovací předměty jako učební plán základní školy s tím, že v těchto školách nejsou zařazeny do plánu cizí jazyky. Žákům těchto škol je plánován poměrně velký počet hodin pracovního vyučování k osvojení praktických dovedností.

Základní škola speciální

Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy

Vzdělávání v základních školách speciálních (dříve pomocných) je v současné době desetileté. V pomocné škole se vzdělávají děti s takovou úrovní rozvoje rozumových schopností, která jim nedovolí prospívat v běžné ani praktické základní škole. Práce speciální školy spočívá ve výchovné a vzdělávací činnosti zaměřené na poskytování vědomostí,

dovedností a návyků potřebných k uplatnění v praktickém životě a dosažení maximální míry samostatnosti a nezávislosti na druhých a k zapojení se do společnosti. Jedním ze závažných úkolů pomocné školy je vybavit žáky triviem základních vědomostí a dovedností, to znamená naučit je číst, psát a počítat. Zvládnutí těchto požadavků je pro některé velmi náročné, ale v jejich dalším životě velmi potřebné, vzhledem k jejich lepší orientaci. Žáci pomocné školy mají možnost pokračovat ve svém vzdělávání v praktické škole a získat tak kvalifikaci k vykonávání jednoduchých pracovních činností. Na rozdíl od ostatních škol, kde se žáci mohou přizpůsobit požadavkům školy, na speciální škole je třeba vzdělávací požadavky operativně přizpůsobovat individuálním schopnostem jednotlivců.

Přípravný stupeň pomocné školy

Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy

Přípravný stupeň pomocné školy si klade za cíl umožnit školní vzdělávání žákům, kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace nebyli schopni prospívat ani na nižším stupni pomocné školy, ale u kterých jsou patrné určité předpoklady rozvoje rozumových schopností, které by jim perspektivně mohly umožnit absolvovat pomocnou školu nebo aspoň její část. Přípravný stupeň je koncipován jako tříletý, žák má poté možnost po splnění daných kritérií v každém z ročníku přejít do nižšího stupně pomocné školy či jiné formy vzdělávání odpovídající jeho subjektivním schopnostem.

Rehabilitační vzdělávací program

V rehabilitační třídě pomocné školy je vzděláváno kolem čtyřech až šesti žáků s těžkým stupněm mentální retardace. Tyto děti mají důsledkem svého postižení zpravidla i závažné poruchy motoriky, komunikačních schopností a jiných závažných omezení. Rozvoj psychiky těchto dětí je neoddělitelně spjat s rozvíjením jejich tělesných funkcí, zejména motoriky. Využívají se v nich netradiční a alternativní metody komunikace, především nonverbální komunikační metody. (S. Fischer, J. Škoda, 2008)

Nonverbální komunikační metody

Těžce postižené děti nejsou schopny verbálního vyjadřování, proto se stále vyvíjí a hledají jiné metody sociální komunikace tzv. Alternativní komunikace.

- klady alternativních způsobů komunikace (= snižuje tendenci k pasivitě dětí; zvyšuje aktivitu; rozšiřuje možnosti; umožňuje komunikovat i osobám, které mají velké potíže při vyjadřování)
- zápory alternativních způsobů komunikace (= společensky méně využitelné; uživatelé jsou odděleni od „převažující“ části společnosti, která tyto systémy neovládá; může způsobit, že dítě nikdy nebude mluvit;)
- komunikační systém BLISS = statický systém, ve kterém jsou symboly překládány v určité dvojrozměrné nebo trojrozměrné formě, která se v průběhu komunikace nemění; symboly jsou založeny na významu, nikoli na zvucích; dokážou ho číst i ti jedinci, kteří nedokážou číst
- znaková řeč MAKATON = dynamický systém, kdy jednotlivá slova vyjadřují pohybem ruky, hlavy apod.; znaky jsou vždy doprovázeny učitelem normální gramatickou řečí, užívá se i mimický výraz obličeje; znaky Makaton mají původ ve znakovém jazyce neslyšících, slovník je mezinárodní (Švarcová, 2000)

3.1.1 Speciální třídy při základních a praktických školách a ústavech sociální péče

Na základě vyhlášky o speciálních školách se umožňuje zřizovat třídy zvláštních škol při speciálních základních školách, třídy pomocných škol při zvláštních školách a naopak, dále pak speciální třídy pro žáky s autismem a třídy pro žáky s více vadami. Obou uvedených možností mohou využívat i ústavy sociální péče, které mohou otvírat třídy pomocných škol v podobě odloučených pracovišť jak základních škol, tak zvláštních nebo pomocných škol.

3.2 Hodnocení a klasifikace speciální školy

Hodnocení a klasifikace patří mezi metody pedagogické diagnostiky. Úkolem hodnocení je zjišťovat a posuzovat úroveň dosažených kompetencí. Postihuje celou osobnost dítěte a je orientováno především na jeho kladné rysy. Je dlouhodobé. Formy hodnocení jsou například klasifikace, pochvala, odměna. Ve škole využívají hlavně pochvaly a snaží se děti každým způsobem motivovat. Žádný žák rád nedostává pětky, proto bylo u těchto dětí zavedeno slovní hodnocení. Toto je k žákovi šetrnější, nevyvolává

negativní reakce a žáci na něj lépe reagují. Hodnocení a klasifikace jsou nedílnou součástí každé výchovně vzdělávací práce. Přeceňování některé z jejich funkcí se negativně odráží v psychice žáka, nepříznivě ovlivňuje jeho další práci. Například soustavné negativní hodnocení nevede k jeho zlepšení, ale ke ztrátě zájmu o výuku a poznávání. Na druhé straně snadno získávané kladné hodnocení bez vydání energie a snahy postrádá hodnotu motivační i informační. Proto je proces hodnocení jedním z nejnáročnějších úkolů pedagoga. Žáci speciální školy jsou hodnoceni denně. Hodnocení probíhá ve dvou úrovních, jednou je sebehodnocení žáků a druhou hodnocení učitele. Hodnocení dokáže vést žáka ke kritickému sebehodnocení, ale nepodporovat sebedoceňování. Systémy hodnocení a sebehodnocení zpracovávají jednotliví třídní učitelé za pomoci asistentek pedagoga. http://aplikace.msmt.cz/HTM/Skolskyzakon_561_2004Sb.htm

3.3 Profesní příprava

Po ukončení povinné školní docházky se žáci mohou dále vzdělávat v těchto vzdělávacích institucích:

- praktická škola (1 rok a 2 roky)
- odborné učiliště (2 a 3 roky)
- střední odborné učiliště (pokud žák splní požadavky pro přijetí a jeho zdravotní způsobilost to dovoluje)

Praktická škola s jednoletou přípravou je určena pro žáky s těžším mentálním postižením, s více vadami, s autismem, kteří kvůli zdravotním či jiným problémům nemohou studovat jinou školu. Hlavními předměty je zde rodinná výchova, ruční práce a praktická cvičení. Žáci se zde připravují většinou na práci v chráněném prostředí a na pomocné a úklidové práce v sociálních a zdravotních zařízeních.

Praktická škola s dvouletou přípravou je určena pro žáky, kteří ukončili základní školu praktickou nebo speciální, v nižším než devátém nebo ve zvláštních případech v devátém ročníku základní školy. Cílem školy je prohloubení znalostí získaných v povinné školní docházce a osvojení manuálních prací dle vybraného oboru.

Odborné učiliště je svým uspořádáním podobná střednímu odbornému učilišti. Žáci si zde prohlubují a doplňují znalosti získané v základní škole praktické a připravují se na svou profesi, př. kamenické, kovářské, pekařské, prodavačské, zámečnické práce a další. (Švarcová, 2000).

Večerní školy jsou další možností vzdělávání lidí s mentálním postižením. Jsou jednou z celoživotních forem vzdělávání, zřizovatelem jsou občanská sdružení. Ve večerních školách se vyučuje většinou dvakrát týdně po dvou až třech hodinách. Fungují většinou ve školních budovách zvláštních či pomocných škol, nebo v prostorách ústavů. Tímto způsobem umožňují občanům s mentálním postižením vhodně a hodnotně využít svůj volný čas a umožňují tím vzájemně se stýkat a tím i dochází k vzájemné komunikaci. (S. Fischer, J. Škoda, 2008)

3.4 Uplatnění lidí s mentálním postižením v životě

K naplnění svých potřeb potřebují lidé s mentálním postižením podporu a otevřenost většinové společnosti. Podpora a služby by měly být poskytovány v běžném prostředí mezi lidmi bez postižení nikoli v uzavřeném prostředí ústavů či speciálních škol. Integrace je o přijetí lidí s mentálním postižením do každodenního života rodinou, známými, sousedy, učiteli, zaměstnavateli, každým z nás. Pro některé mladé lidi, vzhledem k jejich postižení, je skutečně obtížné najít své místo v životě. Například dospívající, kteří jsou absolventy pomocných škol, mají v současné době před sebou pravděpodobně budoucnost invalidních důchodců, o jejichž, byť omezené možnosti uplatnění nemá fakticky nikdo zájem. U lidí se zdravotním postižením vystupují do popředí nejen ekonomické, sociální a psychické problémy, ale zejména problém přiměřeného smyslu života, problém pocitu lidské důstojnosti. Vzhledem ke stále většímu důrazu na produktivitu práce a výkon mají tito lidé v současné společnosti čím dál menší šanci se uplatnit na trhu práce. Doba jejich evidence na úřadech práce převyšuje několikanásobně dobu evidence zdravých jedinců. Dostávají se často do bezvýchodné životní situace a pro jejich rodiny to znamená starost o nezaměstnaného postiženého rodinného příslušníka. I když dosavadní systém sociálního zabezpečení se podílí na zajišťování jejich základních materiálních potřeb, společenská integrace skupiny zdravotně postižených lidí závisí z velké části na širších sociálních, ekonomických a legislativních podmínkách. O integraci lidí s mentálním postižením do společnosti se u nás snaží několik desítek organizací. Zařízení nejen hledá práci samotným postiženým, ale téměř stejnou péči

věnuje jejich rodičům. Práce je pro lidi s mentálním postižením stejným přínosem, jako pro lidi bez postižení. Nabídka pracovních programů pro lidi s mentálním postižením by měla svou šíří odpovídat jejich potřebám: od programů rozvíjejících základní schopnosti sebeobsluhy a orientace (denní centra a stacionáře) přes programy orientované na osvojení pracovních návyků a dovedností (chráněné dílny) až ke službám směřujícím k uplatnění klienta v přirozeném integrovaném pracovním prostředí (podporované zaměstnání a běžné zaměstnání).

Podporované zaměstnávání je komplex služeb, jejichž cílem je poskytnout člověku takovou podporu, aby si našel a udržel místo na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek. Uplatnění lidem, kteří potřebují dlouhodobou podporu při získání pracovního místa nebo kteří o získání pracovního místa na trhu práce zatím neusilují, nabízejí (chráněné) dílny. Jejich cílem je umožnit lidem v produktivním věku uplatnit své vloh a připravit se na vstup na trh práce.

Chráněná dílna je pouze jeden z mnoha různých nástrojů, které lze pro podporu pracovní nebo společenské integrace lidí se zdravotním postižením využít. Má své zastánce i odpůrce. Někteří vyzdvihují spíše začleňování lidí s postižením na otevřený trh práce prostřednictvím podporovaného zaměstnávání a chráněné dílny považují za příliš uzavřený a ochranný způsob podpory. Jiní se snaží lidem s postižením nabídnout volnočasové nebo terapeutické aktivity s tím, že není nutné pokoušet se o jejich začlenění do pracovního prostředí. Všechny způsoby ale nabízejí tolik potřebné příležitosti pro aktivní a smysluplný život.

Tréninkové pracoviště – to je možnost pracovat a učit se sociálními dovednostmi s potřebnou podporou a následným přechodem do nechráněných podmínek. Informace o nabídce firem, převážně výrobních družstev invalidů, oprávněných vystavit podle zákona č. 474/2001 Sb.

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Zaji.C5.A1t.C4.9Bn.C3.AD_vzd.C4.9Bl.C3.A1v.C3.A1n.C3.AD_jedinc.C5.AF_s_ment.C3.A1n.C3.ADm_posti.C5.BEen.C3.ADm

3.5 Motivy a role rodičů dětí s mentálním postižením

3.5.1 Motiv

Motiv je pohnutka zaměřená na uspokojování určitých potřeb, je to jistá psychologická tendence narovnat určitý stav, který může pramenit z:

- A. **Nedostatku** - pocítujeme prázdnotu - např. žízeň nebo hlad, ale také prázdnotu ve smyslu "hladu" po penězích, po informacích atd.
- B. **Přetlaku** (tenze) - organismus se chce z něčeho vydat, něčeho zbavit - například vybit vztek, vydovádet se, odreagovat se ze stresu (dalším příkladem může být Freudova představa o libidu, které nemá-li volný „odtok“, městná se a jeho tlak si následně proráží náhradní cesty k uvolnění).

3.5.2 Klasifikace motivů

Motivy dělíme:

1. **Biologické motivy** (primární, vrozené, sebezáchovné) - jedná se o fyziologické cyklické potřeby (potřeba kyslíku, potravy - hlad, žízeň), patří sem ale i motivy druhově záchovné - potřeba sexu (tužby, fantazie), poskytování a přijímání rodičovské péče.
2. **Psychické motivy** (sekundární, získané) - vnitřní motivace směřující k uchování vnitřního řádu a k nastolení duševní pohody. Mezi tyto potřeby patří potřeba sebeurčení, stabilní osobní identity, nalezení smyslu života, řízení se vnitřními etickými standardy. Dále pak tendence vyhledávat novost a rozptýlení, dokazovat si schopnost řešit problémy, překonávat překážky, řídit svůj vlastní život.
3. **Sociální (kulturní) motivy** (sekundární, získané) - regulují mezilidské vztahy i jejich prožívání. Mezi tyto motivy patří potřeba dosažení úspěšného výkonu, potřeba vyhnout se neúspěchu (ale i vyhnout se úspěchu - např. ženy se vlivem sociálního tlaku "učí" předstírat neschopnost). Dalšími příklady těchto motivů jsou potřeba afiliace (sdružování se - např. za účelem kolektivního fandění.), potřeba intimity (sdílení niterních pocitů), potřeba moci.

Motivy lze také dělit na:

1. **Primární** - fyziologické cyklické potřeby (kyslíku, potravy)
2. **Sekundární** - projev mozkové aktivity. Tyto motivy nejsou přímo spojeny s fyziologickými procesy (sex lze zařadit někde na pomezí obou kategorií ;)

Mezi motivy běžně nastávají konflikty (konflikt dvou pozitivních motivů - chci se věnovat 2 věcem, ale čas mám jen na 1), ty se mohou odehrávat na vědomé či nevědomé úrovni (touto problematikou se zabývá psychoanalýza).

3.5.3 Motivace

Slovo motivace pochází s latinského slova „motus“, které znamená pohyb. Motivace tedy je jakási „hybná síla“ chování. Motivaci můžeme také popsat jako proces zahájení a následné regulace činnosti, jejíž účelem je dosažení relevantního cíle - kýženého stavu (často doprovázeno pocitem spokojenosti) – rovnováhy. <http://www.studium-psychologie.cz/obecna-psychologie/12-motivace-deleni-motivu.html>30.12.2014

V mnoha odborných pracích se uvádějí dva základní typy lidské motivace a to vnitřní a vnější.

Vnitřní motivace bývá definována jako tendence angažovat se v určitých činnostech ze zájmu, kvůli nim samotným. Člověk vykonává tyto činnosti bez vnějších pobídek bez očekávání nějaké vnější odměny. Je odměněn vnitřně, pocitem hrdosti, úžasem z objevování nového, že něco dokázal.

Vnější motivace je tendence provádět určité činnosti bez zájmu, bez vnitřního uspokojení z ní samé. Jedinec není zvědavý na to, co bude dělat, nemá snahu se něčemu novému naučit. Musí být k těmto činnostem pobízen někým jiným, musí být přesvědčován, ba někdy i dotlačen k provádění takových činností. Odměnou je pochvala, dobrá známka, absence problémů s učitelem či rodiči. Jde o vnější odměnu, vnější dokonce ve dvojím smyslu: přichází od jiných lidí a vnitřně nesouvisí s činností, kterou jedinec vykonal.

Donedávna se předpokládalo, že jde o dva protikladné, navzájem se vylučující typy motivace. Obrazně řečeno, že leží na opačných koncích jedné úsečky, zatímco uprostřed mezi nimi je oblast, kde jedinci chybí kterákoliv motivace k jednání, nezabírá na něj vůbec nic.

„Nové výzkumy ukazují, že záležitost je složitější. Zdá se, že u jednoho a téhož jedince mohou fungovat oba typy motivace, a to dokonce v rozdílných proporcích.“ (Mareš,

2013, str. 287) Z toho lze vyvodit, že lze pracovat s oběma typy motivace, jeden může přecházet ve druhý, jeden může navazovat na druhý, mohou být přítomny oba najednou. (Mareš, 2013)

M. Martin ve své knize uvádí, „ že *motivace je pro psychology a pedagogy velmi složitou a choulostivou záležitostí. Motivace je ochota vynaložit určité úsilí v zájmu dosažení nějakého cíle. Její nedostatek se projevuje- nudou, otálením, leností, lajdáctvím, nezájmem.*“ (Martin, 1997, str. 100)

3.5.4 Sociálně motivační dispozice

V lidském interindividuálním kontaktu působí dvě kategorie základních lidských sociálních potřeb, jsou však u různých jedinců různě intenzivní a v různém vzájemném vztahu.

- **První kategorie** jsou potřeby přiblížení, blízkosti jiných lidských tvorů, afiliace, lásky, kontaktu, družnosti nebo jim protikladných vztahů. Pokud jde o biologickou bázi této kategorie potřeb, souvisí zřejmě v elementární podobě již se způsobem života bezprostředních předchůdců člověka v živočišném světě i v jeho vlastních vývojových počátcích. Tyto potřeby se prosazují nejsilněji v aktivitách, interakcích a vztazích, které bezprostředně souvisejí se zachováním rodu a vytvářejí např. vztah matka a dítě. Cílovým, ovšem do důsledku nerealizovatelným, stavem je „splynutí individualit“ vytvoření nadindividuální jednoty, maximální vzájemná identifikace. Na tomto základě se vyvíjí paradoxní potřeba, uspokojit potřeby lidských partnerů.
- **Druhá kategorie** základních sociálních potřeb patří potřeby sebeuplatnění, sebeprosazení v sociálním kontaktu, dominance nebo podřízení, závislosti, které souvisejí s ještě základnější potřebou sebezachování a rozvoje individua. V interakci se tyto tendence uplatňují nejvýrazněji v jejím řízení, ale také v konfliktu nebo v agresivním nepřátelském chování. Při konfliktu a v ohrožení se projevují jednak jako sebeprosazování, jednak jako pasivní sebeobrana, podřízení se.

V ontogenezi se tedy tyto obě protikladné tendence postupně integrují. Vytvářejí se diferencované, situacím a vlastnostem partnera adekvátní motivační struktury v jednotlivých interpersonálních vztazích. Směr a hloubku vývojových přeměn lze dobře pozorovat na vývoji člověka od milovaného, závislého, řízeného

dítěte, zcela ponořeného do interindividuálních vztahů až k nezávislé, milující, řídící, ale růst nezávislosti podporující matce. Vyzrálý mateřský vztah je však jedním, i když svým způsobem centrálním typem motivačně složitého interindividuálního vztahu s rovnováhou základních tendencí. (Hrabal, 1989, str. 105, 106)

3.6 Role rodičů vychovávající dítě s mentálním postižením

Prvním a nejdůležitějším životním prostředím dítěte je rodina. Postoje k dítěti nevznikají na straně rodičů nijak náhle. Jsou obvykle výsledkem celého předchozího života. Odrážejí se v nich zkušenosti a prožitky z jejich vlastního dětství, vztah k jejich rodičům, zkušenosti z pozdějšího věku a proto také každé dítě přicházející na svět má od počátku zcela osobité, individuální podmínky pro život a vývoj. O dětech s postižením platí přitom totéž co o dětech zdravých. Také ony přicházejí do prostředí připraveného hmotně i psychologicky. První poznání, že s dítětem není něco v pořádku, znamená proto nevyhnutelně jistý otřes v postojích a představách rodičů. Tento první pocit zklamání je obvykle úměrný tomu, jak zjevný je defekt dítěte a jak dalece si rodiče mohou uvědomit jeho dosah pro budoucnost. Bude nutno přebudovat soustavu hodnot, která dosud v rodině platila, jinak upravit denní rozvrh, jinak plánovat do budoucna. A to všechno dohromady se projeví nepochybně jako nová mimořádná zátěž, s níž se rodiče a ostatní nejbližší vychovatelé musí co nejdříve vyrovnat. Těmito okamžiky nepříjemného poznání začíná však pro dítě a rodinu nové období vzájemných vztahů a rodinného soužití. Nyní tedy by mělo dojít k zásadnímu obratu v zaměření vychovatelů z pasivity do aktivity. Dítě jim už nadále nesmí představovat životní nezdár a zklamání, ale naopak životní úkol.

M. Černá popisuje ve své knize, „*že snaha ochránit své děti je charakteristickým rysem rodičovství, který se nemění s věkem dítěte.*“ (Černá, 2008, str. 174)

V rodinách jedince s mentálním postižením se často stává, že obavy rodičů a jejich ochranné postoje rostou s věkem dítěte. Ne všichni dospělí jsou schopni nezávislé samostatné volby v různých oblastech života v dospělosti a soběstačnosti v jejich naplnění. Většina z nich chce žít nezávisle, bez rodičovského dohledu a řízení. Rodiče dětí s mentálním postižením by se měli umět odpoutat od svých obav na téma, jak jejich děti v dospělosti zvládnou samostatný život bez nich. Bohužel tato skutečnost je v jejich rodičovských rolích nelehká. (Černá, 2008)

Matky se za každé situace cítí za své děti zodpovědné. Chtějí za ně odpovídat i po dovršení 18 let věku. Pokud s nimi míří někam na úřady a tam teprve zjistí, že vzhledem k jejich plnoletosti nejsou za jejich činy odpovědné, jsou velice zmatené. Matky v této situaci se chovají velice majetnický. Pokud jejich dítě nebylo zbaveno alespoň částečné svéprávnosti a nebyl mu určen jiný zákonný zástupce, jako např. opatrovník, nemají nad svými dětmi žádnou moc. Tyto jedinci, i když mají určité mentální postižení a dovrší věku 18let, jsou bráni jako svéprávné osoby, odpovídající za své činy.

Rodiče osob s mentálním postižením zvažují mnohé životní otázky:

- Zvládne bydlet sám?
- Jak zvládne práci?
- Dokáže hospodařit s penězi?
- Uživí se?
- Jak zvládne sám rozhodovat, když už tu nebudu?
- Co když si ublíží?
- Nezneužije někdo jeho důvěřivosti?
- Bude žít partnerským životem?

Tváří v tvář všem těmto otázkám cítí rodiče odpovědnost za přípravu svého dítěte na co možná nejsamostatnější život. Cítí nutnost připravit je, jak se sám o sebe postarat, jak vycházet s druhými osobami, jak si utvářet společenské vazby. (Černá, 2008)

4 Výběr školského zařízení z pohledů rodičů

4.1 Výzkumné šetření

Analýza použitých zdrojů a odborné literatury byla východiskem pro zpracování teoretické části mé bakalářské práce, kde jsem se zaměřila na problematiku mentální retardace, odlišnosti ve vývoji dítěte s tímto postižením, charakteristiku základních pojmů mentální retardace. Klasifikaci jednotlivých stupňů mentální retardace a jejich stručný popis. Typy mentální retardace v závislosti na etiologii a popis osobnosti s mentálním postižením. V praktické části budu zkoumat situaci v konkrétních rodinách a formou kazuistiky a rozhovoru se pokusím zjistit informovanost rodičů jedinců s mentálním postižením a jejich motivaci při výběru edukačního zařízení pro další vzdělávání svých dětí.

4.1.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Děti, mládež i dospělí s mentálním postižením představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin. Z tohoto důvodu bych chtěla v praktické části zjistit situaci v rodinách s osobami s mentálním postižením. Popsat problematiku co se týká výběru škol a tím i zlepšení integrace těchto jedinců do společnosti.

V souvislosti s integrací těchto osob výzkumná otázka zní:

- Jaké možnosti měli rodiče při výběru edukačního zařízení?
- Jak přišli k informacím o dalším vzdělávání?
- Kdo jim pomáhal v jejím výběru?
- Jaké důvody je vedly k výběru právě tohoto zařízení?

4.2 Metoda sběru dat

Ke sběru dat jsem použila informace získané studiem, pozorováním a polostrukturovaným rozhovorem s informanty. Data byla zpracována z dlouhodobého pozorování rodičů dětí s mentálním postižením.

Kazuistiku jsem si vybrala z toho důvodu, že mi bude nápomocna ve zjištění a hledání příčin, které vedly k určitému sociálnímu problému.

V praktické části samotného šetření použiji metodu polostrukturovaného rozhovoru, který je považován za osvědčenou metodu pro zjišťování subjektivního pohledu člověka na určitý problém. Polostrukturovaný rozhovor jsem zvolila proto, abych se pomocí předem připravených otázek dozvěděla všechny informace potřebné k výzkumu, a zároveň jsem se během rozhovoru nemusela držet pouze připraveného schématu. Rozhovory s rodiči jsem si nahrávala na diktafon. Následně jsem doslovně přepisovala odpovědi na předem připravené výzkumné otázky z diktafonu a z mého vlastního deníku výzkumníka. Se zvolenými informanty jsem se setkávala na školních chodbách praktické školy, do které jsem doprovázela svého syna.

4.2.1 Etika výzkumu

Informantky jsem předem seznámila s tématem výzkumu a účelem rozhovoru. U každé z nich jsem si ověřila, zda budou ochotné mluvit o svém soukromí a životě. Informovala jsem je, že tento rozhovor budu nahrávat a poté detailně podle odpovědí přepisovat. Pokud nějaká z informantek nebude souhlasit s otázkou a její odpověď na ní jí bude dělat jakékoliv problémy, nebude na tuto otázku odpovídat a nahradím tuto otázku za jinou. Zároveň je ubezpečím, že nebudu uvádět jejich skutečná jména a vše bude anonymní.

4.2.2 Výzkumné prostředí

Prostředí, ve kterém se budou rozhovory odehrávat, nechám pouze na výběru informantů, sama se přizpůsobím jejich požadavkům. Toto prostředí by pro ně mělo být příjemné, a měli by se cítit dobře vzhledem k jejich problémům a rodinné situaci. Samozřejmě

by mělo toto prostředí být anonymní a nejlépe tento rozhovor provádět v absolutním klidu a soukromí.

4.2.3 Informanti výzkumu

Informantkami mého výzkumu bylo pět matek dětí s mentálním postižením. Všem pěti matkám jsem položila deset otázek.

4.3 Kazuistiky a rozhovory

Pan Jakub – 21let klient sociálního zařízení Horizont

rodinná anamnéza:

Počet členů v rodině 5, otec Jaroslav narozen 1974 vyučen, matka Petra narozena 1973 úplné středoškolské vzdělání s maturitou, sourozenci 3, synové 1993 a 1995, dcera narozena 2003 jiný otec.

Nejstarší syn se narodil do úplné rodiny. Rodina zpočátku plnila funkci bez větších problémů. Ve 3 letech věku chlapce nastala krize mezi rodiči ze strany otce. Otec rodinu dostatečně finančně nezabezpečoval, hrál na automatech, pil a navazoval vztahy s jinými ženami. Manželství nebylo možné udržet, po několika měsících ukončeno. Matka dostala do péče oba chlapce, jelikož měla všechny předpoklady zajistit jim dobrou výchovu i do budoucnosti. Po několika letech se opět vdala. V současné době rodina plní všechny funkce potřebné pro správnou výchovu nezaopatřených dětí.

osobní anamnéza:

Těhotenství ve všech fázích probíhalo bez komplikací. Matka i dítě byly po zdravotní stránce v pořádku. Starší syn se narodil jako chtěné dítě, ve 40 týdnu těhotenství s váhou 4350g a 56cm. Porod byl vyvolávaný. Během porodu nastala komplikace a matka musela podstoupit operaci. Chlapec se narodil císařským řezem. Druhý den bylo matce oznámeno, že chlapec byl kříšený a má vrozenou vadu obou dolních končetin, diagnóza (Pedes eqinovaris). Po odchodu z porodnice byl chlapec v péči neurologa i ortopeda. Na neurologii bylo matce sděleno, že stav není vážný a nemusí chodit na kontroly. Na ortopedii byla chlapci aplikována

sádra na obě končetiny. Matka jezdila s chlapcem na kontroly a výměnu sádry každých 14 dní a prodělal několik operací. Začal chodit po dlouhodobých rehabilitacích ve 2 letech, lezení nebylo vzhledem k sádrovým dlahám možné. Problémy byly i ve vývoji řeči. Ve 3 letech matka navštívila pediatra s tím, že chlapec ještě nezačal mluvit. Odpovědí bylo, že chlapci začínají mluvit déle.

Po roce nenastaly žádné změny a matka vyhledala pomoc klinického logopeda. Logoped si vyžádal zdravotní dokumentaci z neurologie. Z této zprávy logoped vyčetl, že chlapec má diagnostikovanou DMO následkem porodu. Tato skutečnost nebyla matce sdělena. Po pravidelných návštěvách logopeda nastává mírné zlepšení, ale má problémy s řečí i nadále. Co se týká motoriky, je chlapec velmi nemotorný. Drobné předměty uchopí s problémy, navlékání korálků nebo zapínání knoflíků zvládá s pomocí. Pohyb neobratný, chůze nápadná, je pohodlný, spíše vyhledává místa k sezení.

zdravotní anamnéza:

Diagnostikována středně těžká mentální retardace IQ 47

Chlapec podstoupil dvě operace dolních končetin, první v 10 měsících, druhá v 7 letech. Operace byla úspěšná. Zlepšení pohybových aktivit, pouze při běhu nepatrně napadá na pravou nohu. Má kožní problémy (atopický ekzém), kvůli kterému byl také hospitalizován. Trpí občasnými bronchitidami a je alergik (pyly, bříza, lípa).

školní anamnéza:

Chlapec nastoupil do MŠ ve čtyřech letech. Do školky chodil rád. Ve školce byl tichý, spíše vyhledával soukromí. Byl poslušný, nezlobil. V šesti letech dostal odklad z důvodů špatné výslovnosti. Do školy nastoupil v sedmi letech na speciální logopedickou školu. Tato škola byla internátní. Ve škole měl každodenní logopedickou výuku. Matka si chlapce odvážela každý víkend domů. Do této školy dojížděl až do 5. třídy. Jeho řeč se výrazně zlepšila. Poté přestoupil do 6. ročníku zvláštní školy. V této škole začaly problémy s učením, nestačil ostatním žákům. Začal být agresivní, potom zase lítostivý. Před odchodem do školy neurotický, stěžoval si na bolesti břicha. Se spolužáky si nerozuměl, neuměl navázat žádný kontakt. Po dohodě s ředitelem školy přeřazen do školy speciální. Již po měsíci výrazné zlepšení psychiky, je spokojený, komunikuje. Nejvíce ho baví hudební výchova a práce v keramické dílně. Čte s porozuměním, píše samostatně, počítá s drobnými chybami. Při práci vyžaduje vedení, rád zpívá a poslouchá hudbu.

osobnost:

Projevuje se jako hodný a milý chlapec. Se svými sourozenci má velice pěkný vztah. Kamarády si vybírá pouze a jenom mezi svými spolužáky. Mezi jinými dětmi je nesmělý, vyhýbá se jim. Má rád svoje soukromí. Inklinuje spíše k ženskému pohlaví (matka, babička učitelka), tak se cítí jistý, komunikuje, nestydí se. V opačném případě u mužů cítí autoritu a respekt. Při dorozumívání s lidmi je spíše uzavřený nekomunikuje, stáčí hlavu na druhou stranu. Jeho řeč je nesrozumitelná. Inteligence odpovídá odhadem na pět až šest let. Osobní hygienu zvládá s pomocí. Není schopen oblékat se adekvátně k počasí. Vše mu musí připravovat dopředu a pořád připomínat. Jeho paměť je velmi krátkodobá.

Rozhovor s paní Petrou matkou Jakuba

Rozhovor s paní Petrou se uskutečnil u mě doma. Přijala mé pozvání a podle mého prvotního pocitu proběhl v klidném prostředí. Nikým jsme nebyly rušeny. Na tento rozhovor jsem upozornila svoji rodinu a ta nám umožnila pohodový průběh asi tak dvouhodinového povídání.

1. Jakým způsobem jste se dozvěděli o diagnóze Vašeho syna?

*O postižení svého syna jsem se dozvěděla až v 5 letech věku. Při porodu byl sice křídšen, ale domů nás pustili s tím, že je zdravý. Na žádné kontroly jsme nechodili, ani nás lékaři nikam nezvali. Byli jsme pouze zváni na ortopedická vyšetření vzhledem k jeho hendikepu. Ve 4 letech nastoupil do běžné mateřské školy. Svého dětského lékaře jsme pravidelně navštěvovali a jediné co bylo na mém synovi zvláštní, bylo to, že vůbec nemluvil pouze slabiky. Na mou žádost jsme byli posláni na vyšetření ke **klinickému logopedovi** a tam nám teprve z vyžádaných papírů z neurologického vyšetření, které musel absolvovat ještě v porodnici, nám sdělili, že má DMO.*

2. Jak jste reagovala na zprávu o zdravotním stavu Vašeho syna?

Jak jsem reagovala na tuto zprávu? Byla jsem velice zmatená. Vůbec jsem netušila, co mi tím chce paní logopedka naznačit. Znělo to hrozně mozková obrna. Ale co to je? Honilo se mi hlavou. Co to obnáší? Co mám dělat? Spoustu těchto otázek, se mi honilo hlavou. Začala jsem samozřejmě plakat a cítila jsem se velice špatně. Na druhou stranu jsem tomu nemohla pořád uvěřit. Vždyť jenom nemluví, říkala jsem si. Myslela jsem, že se pouze spletla a pořád

jsem čekala nějaké vysvětlení. Musíme s tím začít něco dělat, říkala mi paní logopedka a také byla velice překvapena, že tuto diagnózu slyším poprvé a od ní samotné.

3. Pomáhal Vám otec ve výchově Vašeho syna?

Jeho biologický otec s námi žil do věku jeho 3 let. Bohužel i jeho vrozená vada dolních končetin byla pro něho velikou zátěží. Nepřenesl nikdy, že syn je takto hendikepovaný, i když tento hendikep byl na dočasnou dobu. Lékaři mu končetiny v roce věku operovali a nosil velmi dlouho sádky na obou dvou nohách. Zůstala jsem na jeho výchovu sama. Nejvíce mi v této situaci pomáhali moji rodiče. Můj otec s námi jezdil na veškeré vyšetření a každých 14 dní na výměnu sáder.

4. Jakým způsobem jste přišli k informacím o možnostech základního vzdělávání Vašeho syna?

*Tuto otázku jsme řešili s naší **klinickou logopedkou** a ta nám dala na výběr ze dvou variant. Buď Kubu umístím na internátní školu, nebo si ho prý mám nechat doma. Ani jedna z variant se mě v tu chvíli nelíbila. Musela jsem se rozhodnout mezi internátem a zároveň tak být celý týden bez syna, nebo ho nechat doma bez jakéhokoliv vzdělání. Toto rozhodnutí bylo pro mě velice těžké. Přemýšlela jsem, jak ho budu vozit do školy, jelikož jsem v tuto dobu již byla rozvedená a neměla jsem ani auto a ani řidičský průkaz. Spoje v neděli byli velice omezené a přes víkend jsem ho tam nechtěla nechávat. Po několika dnech přemýšlení a rozhodování všeho pro a proti vyhrálo vzdělání a přihlásila jsem se do autoškoly. V září roku 2000 nastoupil můj syn do školy speciální s vadou řeči.*

5. Kdo Vám pomáhal v jejím výběru?

Tuto školu nám vybrala a jako jedinou možnost navrhla paní logopedka. Radu, a hlavně podporu při rozhodnutí, jsem hledala u své rodiny. Rodina souhlasila s mým rozhodnutím a tak mě utvrdila v tom, že jsem se rozhodla správně. Teď když o tom přemýšlím tak ani nevím, jestli byli ještě jiné možnosti ve vzdělávání.

6. Jakým způsobem jste přišli k informacím o dalším vzdělávání?

Informace o dalším vzdělávání? Nevím, internátní škola byla pouze do 5. ročníku a po skončení přeřadily mého syna do speciální školy nejbližší bydlišti, aby dokončil desetiletou školní docházku. Nedostala jsem nic na výběr, co se týká jiných škol. Automaticky byl přeřazen a vlastně ani nevím, jestli byli v okolí ještě jiné školy pro děti s mentálním postižením.

7. Kdo nebo co Vás nejvíce ovlivnilo při výběru dalšího vzdělávání?

*Po ukončení desetileté školní docházky jsem syna umístila do sociálního zařízení v místě bydliště. Dočetla jsem se v **místních novinách**, že toto zařízení je formou chráněné dílny a že se starají o děti s mentálním postižením. Tuto variantu jsem si vybrala **sama** jako možnost umístění mého syna.*

A o jiné možnosti vzdělávání jako například praktická škola jste neuvažovala?

Ne bohužel, praktickou školu, vůbec že existuje, jsem se náhodou dozvěděla asi po roce, když už byl umístěn v sociálním zařízení. Zeptala jsem se na ní paní ředitelky současného zařízení, jestli by tato varianta nebyla pro mého syna lepší a bylo mi sděleno, že když nastoupí do této školy, mohlo by se stát, že by přišel o plný invalidní důchod. Po této skutečnosti jsem tuto otázku přehodnotila. Tak vlastně ani nevím, co se v té praktické škole vůbec učí a čím by byla pro mého syna přínosem.

8. Jak se líbí Vašemu synovi v současném zařízení?

Kuba je v tomto zařízení velice spokojený. Má tam své kamarády. Jezdí na různé výlety a představení. Každý rok jezdí na týden do lázní. Během dne pracují v dílnách, kde vyrábějí různé keramické věci, malují obrázky a dokonce i tkají koberce. Nejvíce se mu líbí dny, kdy si sami vaří a pak to všechno snědí. Je na něm vidět že je tam spokojený.

A procvičují s ním základní věci jako je psaní, čtení a počítání?

Ano, každý den ráno si otevrou sešity a něco si napíší a spočítají. Na to jsem se také hned ptala sociální pracovnice. Vím totiž, když se s ním nepracuje a nečte, tak snadno zapomíná i písmena. Byla jsem ujištěna, že se s nimi učí.

9. Kde jste získala nejvíce informací o současném zařízení?

Informace jsem získávala z místních novin. Ještě když chodil do školy tak jsem si o tomto zařízení přečetla každý měsíc v místních novinách. Byli tam často příspěvky, v kterých bylo uváděno, co poskytuje toto zařízení pro své klienty. Jací klienti a s jakými vadami jsou v tomto zařízení a postupně jsem přemýšlela a dospěla k tomu, že toto zařízení je vhodné pro postižení mého syna.

10. Jak si představujete budoucnost Vašeho syna?

*Jo, tak tato otázka už mě trápí delší dobu. Dříve jsem o tom tolik nepřemýšlela, ale čím je člověk starší tím ho více zajímá, co bude s jeho dítětem, kdo se o něho postará. Promýšlela jsem více variant. Nevím nebo nejsem si jistá, jestli se o něho postará **vlastní rodina**, co jest jeho mladší sourozenec, ale taky nevím, jestli to po něm mohu chtít. Napadla mě také varianta samostatného **bydlení někde s pečovatelskou službou**. Je to velice těžké rozhodování, ale teď ještě nevím, která z těchto dvou možností by byla nejlepší.*

Pan Filip – 20let v současné době na Úřadu práce

rodinná anamnéza:

Počet členů v rodině 4, otec Pavel narozen 1972 vyučen, matka Zdenka narozena 1974 vyučena, první syn narozen 1993 a druhý syn narozen v roce 1994.

Syn Filip se narodil do úplné rodiny. V rodině již v tu dobu byli rozepře mezi rodiči. Otec se místo rodiny začal více věnovat návštěvám restaurací. Ve 2 letech věku chlapce problémy v rodině ještě vzrostly. Otec začal hrát automaty a trávil čas ve společnosti jiných žen. Nebyl schopen v plné míře zabezpečovat chod rodiny, jelikož v té době byla matka na mateřské dovolené a otec všechny finanční prostředky propil a zbytek prohrál. Zhruba po roce si otec našel novou přítelkyni a manželství na žádost otce bylo rozvedeno. Obě dvě děti, byly svěřeny do péče matky.

osobní anamnéza:

Těhotenství matky zpočátku probíhalo bez komplikací. Syn se narodil v době krize obou rodičů, ve 35. týdnu těhotenství s váhou 2800g a 49cm. Porod byl předčasný a probíhal spontánní cestou. Během porodu nastaly komplikace, lékaři zjistili slabé ozvy plodu a vypadalo to, že matka urychleně podstoupí porod císařským řezem. Chlapce se nakonec podařilo porodit spontánní cestou. Po porodu byl ihned odvezen do inkubátoru na nedonošenecké oddělení a tam vzhledem k svému zdravotnímu stavu strávil první 3 týdny svého života. Matka ihned po porodu byla převezena na pokoj k matkám bez dětí. Druhý den bylo matce lékařem oznámeno, že stav chlapce je stabilizovaný a že při porodu byl přidušený nedostatkem kyslíku. Matka byla propuštěna po čtyřech dnech domů, jelikož měla doma svého prvního syna ve věku 11 měsíců. Matka denně zhruba týden dojízděla do nemocnice s mateřským mlékem, které pravidelně odšťikávala. Z důvodu malého množství mateřského mléka byl syn převeden na umělou stravu. Po třech týdnech byl propuštěn domů ke své rodině.

zdravotní anamnéza:

Diagnostikována lehká mentální retardace IQ 54

Chlapec vzhledem k předčasnému narození a nedovyvinutých plic se v sedmém roce stal astmatikem a alergikem. Alergie se u něj projevuje nejvíce na jaře a na podzim je alergický na pyly, břízu a lípu. Léky na astma v podobě inhalátorů užívá denně.

školní anamnéza:

Chlapec nastoupil do MŠ ve čtyřech letech. Do školky chodil rád. Ve školce byl veselý a spíše vyžadoval větší pozornost, pokud nebylo po jeho, vyjadřoval své emoce pláčem. V šesti letech dostal odklad školní docházky z důvodů špatné výslovnosti. Do základní školy nastoupil v sedmi letech. Již po čtrnácti dnech byla matka pozvána do školy kvůli špatnému chování svého syna. Syn celé hodiny vyrušoval, byl hlučný a po napomenutí učitele byl velice lítostivý. Učitel poslal matku znova do pedagogicko-psychologické poradny, kde matce sdělili, že má dítě s lehkou mentální retardací. Matka nejdříve nepochopila tento termín, chtěla vysvětlení této diagnózy. Sociální pracovnice poradny matce vysvětlila termín lehké mentální retardace tím způsobem a větou „maminko, pán Bůh mu nenadělil rozum.“ Po dohodě matky a učitele byl v pololetí přerazen do Základní školy praktické (v té době ještě zvláštní škola). Do praktické školy musel denně dojíždět, protože v místě bydliště byla pouze škola základní. Ve škole, co se týká chování, byl bezproblémový

dítě. Problémy míval pouze se svou samostatností. Pořád vyžadoval jakýkoliv dohled, jak ve škole, tak i v rodině byl velice fixován na matku. Sám nebyl schopen cokoliv udělat. Pokud dostal samostatnou práci, vždy toto odmítl dělat a uzavřel se do sebe. Jeho věta vždy zněla. „*Já to nezvládnou.*“ Tato situace trvala po dobu zhruba tří let. Celou tuto dobu se matka snažila o jeho samostatnost a pomocí neustálého chválení ho přivést k větší sebedůvěře. Chlapec si začal po nějaké době více věřit. Úspěšně ukončil devítiletou školní docházku praktické školy. Po skončení praktické školy nastoupil na tříletý učební obor vhodný pro žáky z těchto škol. Učební obor byl pro něho změnou. Učení moc nezvládal, některé předměty byli nad jeho síly. Třetí ročník musel opakovat pro nedostatečnou jednoho z povinných předmětů. Opakovaný třetí ročník zvládl a vyšel s výučním listem.

V této době, je chlapec již půl roku registrován na Úřadu práce, vzhledem ke své diagnóze lehké mentální retardaci, patří mezi osoby, které obtížně shánějí jakoukoliv práci.

osobnost:

Chlapec se projevuje jako velice hodný, milý a veselý. Se svým sourozencem má velice pěkný vztah. Vzhledem ke své spontánnosti nemá moc kamarádů. Je velice kamarádský, ale kamarádi se přímému kontaktu s ním spíše vyhýbají. Celý svůj volný čas tráví u počítače, komunikuje se svými vrstevníky prostřednictvím internetu. Při dorozumívání s lidmi je velice veselý, ale jelikož má velice rychlou verbální komunikaci, málo kdo mu rozumí. Právě i z tohoto důvodu má málo přátel. Povahově je velice hodný, působí na druhé lidi optimistickým dojmem, rád pomáhá druhým, všechno je schopen půjčit i věnovat za cenu toho, že on sám nebude mít nic. Rodina má strach, že se může snadno stát předmětem využívání cizí osoby.

Rozhovor s paní Zdenkou matkou Filipa

Rozhovor proběhl u mě doma. Paní Zdenka přijala mé pozvání. Byly jsme domluveny na všední den dopoledne. Proběhl příjemný rozhovor, který trval kolem tří hodin. Sdělily jsme si mnoho informací. U nás doma v tento čas nikdo nebyl. Rozhovor proběhl v úplném soukromí. Paní Zdenka na mě působila velice optimistickým dojmem.

1. Jakým způsobem jste se dozvěděli o diagnóze Vašeho syna?

*O postižení mého syna jsem se dozvěděla v **pedagogicko-psychologické poradně v 7 letech**. Byla jsem tam poslána třídním učitelem, po dvou měsících chození do první třídy základní školy. Důvodem bylo jeho špatné přizpůsobování, nechtěl sedět v lavici ani po několika napomenutí nechtěl poslechnout. Zdálo se spíš, že je velice hyperaktivní a vyžadoval neustálou pozornost.*

2. Jak jste reagovala na zprávu o zdravotním stavu Vašeho syna?

Byla jsem zpočátku velice překvapena z diagnózy, kterou mě sociální pracovnice sdělila. Myslím si, že jsem si i v té době všechny věci vztahovala na sebe. Vyčítala jsem si, že za tento aktuální stav můžu já. Potom jsem se pořád ptala sama sebe proč zrovna já? Samozřejmě jsem se s touto otázkou trápila hodně dlouho a snažila jsem se s tím nějakým způsobem vyrovnat.

3. Pomáhal vám otec dítěte ve výchově Vašeho syna?

Otec mého syna od nás odešel, když mu byli 3 roky. Žila jsem se svými dvěma syny sama. Při rozvodovém řízení nebyly stanoveny pravidelné návštěvy. U soudu jsme se dohodli, že pro děti si bude chodit po vzájemné domluvě. Nikdy už své syny nenavštívil.

4. Jakým způsobem jste přišli k informacím o možnostech základního vzdělávání Vašeho syna?

*Možnost jsem měla pouze jednu a tu rozhodla sociální pracovnice pedagogicko-psychologické poradny. Můj syn po vyšetření **pedagogicko-psychologické poradny**, byl přeřazen do zvláštní školy vzdálené 8 km od bydliště. Žádné jiné řešení nebo jiný návrh či rada při výběru jiné školy nebyla. Abych řekla pravdu, bránila jsem se jeho přeřazení, ale nebylo to nic platné. Uvědomila jsem si postupem času, že musím udělat něco pro svého syna a ne koukat na ostatní jak se na nás dívají. Nejhorším úkolem pro mě bylo se s tím vyrovnat a smířit se s tím, že můj syn bude chodit do zvláštní školy.*

5. Kdo Vám pomáhal v jejím výběru?

Dostali jsme na výběr pouze jednu školu, ale i s tímto rozhodnutím jsem byla za svými rodiči, protože jsem věděla, že tam mě vždy podpořili a nejvíce chápali moji situaci a mé pocity. Při každé návštěvě mě dokázali nabít novou pozitivní energií a přijmout i ty negativní zprávy jako výzvu pro další boj.

6. Jakým způsobem jste přišli k informacím o dalším vzdělávání?

*Po ukončení devítileté školní docházky jsme vybírali učební obor pro žáky ze zvláštních škol a hlavně podle jeho možností a schopností. Informace jsme získávali z **různých letáků ze školy**. Syn jezdil se školou na různé dny otevřených dveří, ve škole měli **informační schůzky** a tímto způsobem se tak rozhodoval ve svém pokračování ve studiu. Myslím si, že toto bylo pro něho velice přínosným informacema. Dostával přehled o tom, co by chtěl v budoucnosti dělat.*

7. Kdo nebo co Vás nejvíce ovlivnilo při výběru dalšího vzdělávání?

*Při výběru učiliště bylo pro nás asi nejvíce podstatné to, aby byl vůbec schopen toto učiliště zdárně ukončit. Dále pak **zdravotní stav**, jelikož je silný astmatik tak by nemohl jít třeba na obor zahradník. Nakonec vyhrál obor pomocný kuchař i z toho důvodu že i **v naší rodině jsou vyučeni kuchaři** a mohli by mu nějakým způsobem pomoci v jeho studiu.*

8. Jak se líbilo Vašemu synovi na tomto učilišti?

Líbilo, on nemá nějaký problém s novým prostředím. Chodil velice rád do školy. Na praxi docházel také bez komplikací. Musím říct, že tento výběr učiliště se nám povedl. Tato práce ho bavila a byl rád v menším kolektivu, kde měli během studia na něho více času. Největším jeho problémem byla jeho spontánnost a špatná výslovnost. Je velice temperamentní a projevuje více než ostatní své emoce. Z tohoto důvodu neměl moc kamarádů. Komunikuje spíše se staršími lidmi.

9. Našel Váš syn nějakou pracovní příležitost vzhledem k jeho postižení?

Bohužel v současné době je veden na úřadu práce. Pravidelně dochází na konzultace a vždy přichází velice zklamán z nezdaru. Chodí se ptát do restaurací i do různých sociálních zařízení, kde mají kuchyně. Nikde se mu ale nedaří práci sehnat. Není schopen dělat samostatného kuchaře, musí být pod stálým dohledem. Pomáháme mu s tím, celá rodina. Hledáme různé inzeráty jak v novinách, tak i na internetu. Bohužel ty práce, které by mohl dělat, mají všechny jednu podmínku, a ta je že ho vezmou, pouze když bude osobou s nějakým zdravotním znevýhodněním. A to mi bohužel nemáme.

10. Jak si představujete budoucnost Vašeho syna?

*Hlavní výhodou bude **sehnat** mému synovi nějakou **práci**. V současné době mu byla nabídnuta brigáda v kuchyni v nedalekém sociálním zařízení. Velice se mu tam líbí, ale bohužel je to pouze na dočasnou dobu. Již jsem přemýšlela i o tom jestli by vzhledem ke svému postižení neměl možnost požádat alespoň o částečný invalidní důchod, ale bohužel nevím jakým způsobem toho docílit, kde se dávají žádosti a tak.*

*Nedovedu si moc představit jeho **samostatný život**, ale přála bych si to. Nejlepší řešení pro něho by bylo bydlet někde nebo s někým kdo na něho bude občas dohlížet a kontrolovat.*

Pan Miloslav – 41 let klient sociálního zařízení Horizont

rodinná anamnéza:

Počet členů rodiny 4, otec Miloslav narozen 1948 vyučen, matka Zdena narozena 1951 vyučena, první syn narozen roku 1972 a druhý syn narozen v roce 1975. Starší syn narozen do úplné rodiny. Rodina po celou dobu plní všechny povinnosti, co se týká zaopatření, výchovy a vzdělávání svých dětí.

.osobní anamnéza:

Těhotenství matky probíhalo bez komplikací. Syn se narodil jako chtěné dítě ve 40. týdnu těhotenství s váhou 2850g a 49 cm. Porod proběhl spontánní cestou. Během porodu ani po porodu nenastaly u matky ani dítěte žádné komplikace. Po týdnu stráveném v porodnici byli propuštěni domů. Po 14 dnech přišla na kontrolu zdravotní sestra od dětského lékaře. Po rozbalení miminka zjistila, že synovi odchází částečně stolice pupíkem. Byli posláni do nemocnice. Prohlídka nedopadla dobře, lékaři zjistili, že opravdu dítěti odchází stolice částečně pupíkem a část konečníkem. Matka s dítětem byla objednána ihned na operaci do Motolské nemocnice v Praze. Operace byla úspěšně provedena, a po 14 dnech byli z nemocnice propuštěni. Ve třech měsících nastala komplikace s dýcháním a chlapec byl opět hospitalizován se zápalom plic v nemocnici. Následkem této nemoci byl přidušený a nastalo odumření mozkových buněk. Od této doby se vyvíjel velmi opožděně. Začal sedět v deseti měsících a chodit ve dvou letech. Byl celkově velmi náchylný na kašel, rýmu a opakované bronchitidy. V roce nastaly problémy vzhledem k jeho diagnóze s trávením, nebyl schopen si říhnout po jídle. Matka spolu s lékařem se dohodli na úpravě výživy. Ve dvou letech rodiče navštívili očního lékaře s podezřením, že jejich syn začíná šilhat. Po vyšetření u očního lékaře zjištěna u chlapce tupozrakost. Motorická stránka chlapce je velmi oslabena. Drobné předměty uchopí velmi obtížně, je neobratný. Nedokáže udělat dvě věci najednou. Při jízdě na kole je schopen buď řídit, nebo šlapat. Obě dvě věci si nedokáže spojit najednou. Stejný problém je i s plaváním pokud zapojí ruce, tak nohy není schopen používat a naopak. Chlapec má problémy i co se týká verbálního projevu. Matka se synem navštěvují klinického logopeda. Jeho řeč působí velmi zpomaleně, ale je celkem srozumitelná.

zdravotní anamnéza:

Diagnostikována středně těžká mentální retardace IQ 40

Chlapec podstoupil v jednom měsíci operaci tlustého střeva. Operace proběhla úspěšně. Zjištěna u chlapce tupozrakost. Vzhledem k diagnóze nosí chlapec brýle. Trpí občasnými bronchitidami a zápalom plic.

školní anamnéza:

Chlapec nastoupil do MŠ ve čtyřech letech. Do školky chodil rád. Ve školce nastaly problémy s ostatními dětmi. Děti poznaly u chlapce určitý hendikep a nechtěly si s ním hrát. Chlapec se vyhýbal společnosti spolužáků a hrál si většinou o samotě. Jeho chování bylo bez problémů. V pěti letech začala matka řešit s paní učitelkou nástup do základní školy. Po společné domluvě byli posláni do pedagogicko-psychologické poradny. Chlapec vzhledem ke svému postižení dostal odklad školní docházky o dva roky. V osmi letech nastoupil do první třídy zvláštní školy. V této třídě byl velice nešťastný. Nezvládal tempo ostatních spolužáků i v učení měl problémy. V druhé třídě byl po dohodě matky a ředitele školy přeřazen do školy pomocné. V této třídě bylo pět žáků a vzhledem k menšímu počtu se cítil dobře. Ve třídě byl velmi spokojený a jeho psychický stav se výrazně zlepšil. Začal více komunikovat s okolím. Ve škole ho nejvíce baví pracovní výchova a kreslení. Čte s porozuměním, počítá s drobnými chybami a píše samostatně.

osobnost:

Chlapec na první pohled působí křehce. Jeho velmi štíhlá postava často přitahuje pozornost druhých. Komunikace s ním je velice příjemná. Vzbuzuje pocit pohody a klidu. Snaží se vše druhému vysvětlit a čeká na porozumění. Se svým sourozencem má velmi hezký vztah. Kamarády má jenom mezi svými spolužáky a lidmi se stejným postižením. Druhým lidem se raději vyhýbá a je k nim nedůvěřivý. Jeho verbální komunikace je zpomalená, ale srozumitelná. Není schopen se sám obléci adekvátně k současnému počasí. Matka musí chlapci připravovat předem věci, které si má obléknout. Hygienu zvládá bez problémů. Jídlo si nedokáže připravit, je zvyklý na určitý čas snídaně, obědů a večeří a v tu určitou dobu přesně podle hodin vyžaduje jídlo od matky. Je navyklý na určitý denní režim a jeho nedodržení nebo změna v něm vyvolává nejistotu a neklid.

Rozhovor s paní Zdenou matkou Miloslava

Rozhovor s paní Zdenou probíhal v restauraci v místě bydliště informantky. Seděly jsme ve velice příjemném prostředí. Dohodly jsme se telefonicky na termínu a domluvily se na všední den, jelikož jsme doufaly, že v restauraci bude málo hostů. Po příchodu do restaurace jsme byly příjemně překvapeny, protože jsme byly jedinými hosty. Vybraly jsme si stůl až na konci restaurace, abychom nebyly rušeny. Byly to velice příjemné tři hodiny

povídání a zároveň vyměňování informací. Odcházely jsme obě v dobré náladě. Toto setkání bylo pro nás velkým přínosem.

1. Jakým způsobem jste se dozvěděli o diagnóze Vašeho syna?

O postižení mého syna jsem se dozvěděla v nemocnici od lékařů ve třech letech. Hospitalizovali nás, se zápalom plic a odcházeli jsme domů s postižením. V nemocnici začal mít komplikace s dýcháním a musel být kříšený a poté napojený na kyslík. Lékaři nám tento stav vysvětlili jako nešťastnou náhodu a následnou možnost komplikací při zápalu plic. Nastala zástava dechu, při níž došlo k odumření mozkových buněk.

2. Jak jste reagovala na zprávu o zdravotním stavu Vašeho syna?

To první když jsem zjistila co s ním je to už si nějak ani nepamatuju přesně, jak jsem reagovala. Myslím si nebo si tak matně vybavuji, že nám ani nebylo nějak vysvětlováno, jak dalece je postižený nebo co nás čeká v dalším jeho vývoji. Rozdíl mezi jinými dětmi jsme vnímali, až tak ve třech letech věku. Do té doby jsme ani nepřemýšleli nad tím, že je nějakým způsobem postižený.

A to vás nikdo nepřipravoval na to, co toto postižení obnáší a jak se bude projevat?

Ne, nějak jsme si to vůbec neuvědomovali a žádný z lékařů nás ničím neinformoval. Začalo se to řešit až nástupem do MŠ, kde byli vidět viditelné rozdíly ve srovnání s druhými dětmi.

3. Pomáhal Vám otec ve výchově Vašeho syna?

On musel, ono mu nic jiného nezbyvalo, protože jsem v té době pracovala v obchodě. Museli jsme se střídat při vyzvedávání syna ze školky a bylo nutné se nějakým způsobem postarat o celý chod rodiny. Asi tak po roce jsem musela práci opustit a naplno se věnovat rodině a svému synovi. Jezdila jsem se synem po lékařích a otec chodil do práce, aby uživil rodinu.

4. Jakým způsobem jste přišli k informacím o možnostech základního vzdělávání Vašeho syna?

*O tom kam bude chodit do školy, jsem řešila s **paní psycholožkou**, ke které nás poslali ze školky. Po vyšetření Míly nám sdělila, že bude pro něho nejlepší nejbližší zvláštní škola. Dostali jsme na výběr ještě jednu možnost a to je škola internátní také pro takto postižené děti, ale tu nám zamítla, protože s vyšetření Míly zjistila, že je velice fixovaný na rodinu. Po dvou odkladech školní docházky nastoupil do zvláštní školy vzdálené 15km od domova. Každý den ráno jsem ho tam vezla autobusem a odpoledne jsem pro něho jezdila.*

5. Kdo Vám pomáhal v jejím výběru?

S výběrem školy nám pomáhala paní psycholožka a dala nám na výběr ze dvou škol. Shodovali jsme se s jejím výběrem, jelikož pro nás bylo také nepřijatelné, že by byl někde na internátě, když vím, jakým způsobem byl na mě závislí.

A v okolí vašeho bydliště nebyli ještě jiné školy pro děti s mentálním postižením?

To nevím, ani jsem to nikde nezjišťovala. Věřila jsem, že nám určitě dobře poradila a byla to pro nás jediná vhodná varianta. Tenkrát moc možností asi nebylo a moc se o takto postižených dětech nemluvalo. Byli jsme rádi, že byla alespoň nějaká škola.

6. Jakým způsobem jste přišli k informacím o dalším vzdělávání?

Po skončení povinné školní docházky byl Míla celý rok doma, protože nebyl žádný ústav pro takové děti. Tady, nejbliže našemu bydlišti, byli jenom domovy důchodců, nebo psychiatrické léčebny. Asi po roce jsem se dozvěděla od známé, že budou stavět ve vedlejším městě sociální ústav, ve kterém by měla pracovat. Tuto informaci jsme zjistily také od našeho známého, který dělal ředitele v psychiatrické léčebně v Opařanech. Ten nám zavolal a sdělil nám všechny potřebné informace, které se týkají nastoupení do nového zařízení.

7. Kdo nebo co Vás nejvíce ovlivnilo při výběru dalšího vzdělávání?

*Nejvíce nás přesvědčil, **náš známí**, který pracoval v psychiatrické léčebně. Přijel za námi domů a vysvětlil nám, co všechno by Míla dělal v tomto zařízení a hlavní věc pro něho důležitá, že nemusí zůstat doma. Po tomto rozhovoru jsme se s manželem rozhodli, že tam Mílu přihlásíme. Tento ústav pro něho byl velkým přínosem. Chodil tam rád, protože tam mohl dělat různé věci jako třeba malovat obrazy. Asi po deseti letech nastala výměna ředitelů a s nástupem nového ředitele už nebyli podmínky takové, které by nám vyhovovali. To co mohli vždycky dělat, jim bylo zakazováno a spíše je vyháněli ven. Nutili je chodit do lesa tahat popadané stromy. Bylo to pro něho velice fyzicky namáhavé. Už tam nechtěl dojíždět. Tyto problémy měli i ostatní děti i zaměstnanci ústavu. Domluvili se mezi sebou a jedna zaměstnankyně z ústavu si po třech měsících otevřela svoje sociální zařízení, jelikož i ona byla matkou jedné z nespokojených dětí. Po otevření nového zařízení většina dětí přestoupila.*

8. Jak se líbí Vašemu synovi v současném zařízení?

Míla je velice spokojený s tímto zařízením. Má tam své kamarády, se kterými si velice rozumí. Je tam již jedenáct let, proto je tam brán jako takový velitel a chlap s největšími zkušenostmi. Navštěvuje zařízení denně a klidně by docházel i o víkendu pokud by bylo otevřeno. Jezdí s nimi na různé výlety a také se zúčastňuje výtvarných soutěží. Kreslení je jeho koníčkem. Naučil se tam různé techniky malování a i v soutěžích bývá úspěšný. Jsem velice spokojena s tímto zařízením a doufám, vzhledem k současným problémům v tomto státě, že bude ještě dlouho otevřeno.

9. Kde jste získala nejvíce informací o současném zařízení?

Informace jsem získala od známé, která pracovala v předchozím zařízení. Byla jsem při jeho prvotním nápadu zrealizovat nové zařízení pro takto postižené děti. Největší problém byl v tom, sehnat dostatek klientů, kteří by docházeli do tohoto zařízení. Není moc informací o tom, které rodiny mají děti s tímto postižením, a museli jsme dlouho pátrat, abychom nějaké sehnali.

Dávali jste nějaké reklamy do tisku, aby se ostatní dozvěděli o tomto zařízení?

Ano, dávali jsme různé reklamy do všech možných dostupných novin. Uváděli jsme tam datum otevření nového zařízení, jeho práce s postiženými spoluobčany i na jaký druh postižení se toto zařízení zaměřuje. V současné době, je v tomto zařízení dostatek klientů a jsem ráda, že tento nápad před deseti lety vznikl.

10. Jak si představujete budoucnost Vašeho syna?

*No, naše budoucnost je taková, že dokud tady budeme tak se o něj budeme starat. Pak ho dostane **na opatrování náš mladší syn**. Ten už je s tím smířený. Už asi od dvaceti let říká, že si musí najít takovou přítelkyni, které nebude jeho brácha vadit. Ted' má vážný vztah a jeho přítelkyně s tím souhlasí, že se o něho postarají. Všichni se přestěhují k nám do domu, a každý bude mít svoji půlku baráku. Současná přítelkyně, má s Mílou velmi pěkný vztah. Jezdí s ním na výlety a do aquaparku, kde se mu moc líbí.“*

Pan Karel – 18let žák posledního ročníku Speciální školy (pomocná škola)

rodinná anamnéza:

Počet členů v rodině 5, otec Karel narozen 1970 vyučen, matka Karla narozena 1965 vyučena. Počet dětí v rodině 3, první syn narozen 1986, syn je z prvního manželství matky, druhý syn narozen 1995 a třetí syn narozen 1997 oba ze současného manželství.

Syn narozen jako druhé dítě a zároveň jako první syn v novém vztahu matky. Matka po druhé vdána. Rodina v současné době plně funkční, rodiče plní všechny předpoklady pro zdravý vývoj svých dětí.

osobní anamnéza:

Těhotenství matky probíhalo bez komplikací. Matka i dítě byly po celou dobu těhotenství bez zdravotních komplikací. Matka během těhotenství procházela různými vyšetřeními, všechna vyšetření byla v pořádku. Chlapec se narodil jako chtěné dítě, ve 40. týdnu těhotenství. Porod probíhal spontánní cestou. Během porodu a ani po porodu nebyly zjištěny žádné komplikace. Ve třech měsících věku dítěte se matce nezdál optimální vývoj svého dítěte. Porovnávala chlapce s předešlými dvěma dětmi, co ony všechno v jeho věku již uměly a on neustále jenom ležel. Nezvedal ani hlavičku. Matka navštívila svého

dětského lékaře a svěřila se, se svým podezřením. Dětský lékař poslal matku se svým synem do nemocnice na rehabilitační oddělení. Po prohlídce rehabilitačního lékaře bylo matce oznámeno, že chlapec je postižený na levou stranu a má nepřiměřeně propadnutý hrudník. Matka po podstoupení tohoto vyšetření byla objednána do Prahy do Vojtova centra. Termín objednání byl zajištěn během týdne a tak odjela se svým chlapcem na 14 dní do Prahy. Matka po celou dobu synovi rehabilitace bydlela u svých známých a každý den docházela na cvičení. Takto dojížděla do Vojtova centra po celý rok. Tato metoda chlapci velice pomohla a jeho stav se výrazně zlepšil. Chlapec začal chodit ve dvou letech, a mluvit ve třech letech. Matka s tímto pokrokem byla velmi spokojena. Jeho verbální projev nebyl zcela odpovídající věku, matka poslána do logopedické poradny. Klinickou logopedii navštěvovali do pěti let věku dítěte. Co se týká motoriky, měl problémy s chůzí, často padal, byl nemotorný, neuměl udržet rovnováhu. Drobná motorika mu dělala také problémy, drobné předměty uchopí s obtížemi.

zdravotní anamnéza:

Diagnostikována lehká mentální retardace na hranici se středně těžkou mentální retardací

Chlapec trpí dýchacími problémy z důvodů výrazně propadlého hrudníku, časté hospitalizace v nemocnici. Po celý rok v péči rehabilitačních pracovníků Vojtova centra v Praze. Výrazné zlepšení pohybových aktivit. Ve třinácti letech operace achillovy šlachy a klenby na pravé dolní končetině.

školní anamnéza:

Chlapec nastoupil do MŠ ve čtyřech letech. Do školky se chlapci ze začátku vůbec nechtělo chodit. Každé ráno chodil s pláčem. Po nějaké době si zvykl a pak se mu tam líbilo. Byl kamarádský, vyhledával společnost druhých. Z důvodu špatné výslovnosti a nezralosti byl poslán ze školky do pedagogicko-psychologické poradny. Dostal rok odklad a v sedmi letech nastoupil do první třídy základní školy. Tato škola byla pro něho velice náročná. Učivo, které ostatní zvládali, chlapec nezvládal. Každý den se s ním matka učila i čtyři hodiny. Nechápal vůbec základní věci jako je psaní a čtení. Chlapec začal být lítostivý, unavený, vystresovaný. Matka byla pozvána do školy a bylo jí oznámeno, že chlapec není schopen učiva, že má ve škole velké problémy. Po dohodě s ředitelem školy chlapec přeřazen do Základní školy praktické v místě bydliště. V praktické škole došlo k mírnému zlepšení psychiky chlapce. Problémy, co se týká učení, neustávaly ani v této škole. Měl problémy s učiteli, bylo mu vytýkáno, že nespolupracuje. Chlapec odmítal číst

i psát. Tuto školu absolvoval s většími problémy do čtvrté třídy. Chlapec učivo stále nebyl schopen zvládat. Matka opět pozvána do školy k panu řediteli. Bylo jí doporučeno přendat chlapce v jeho zájmu do speciální školy (pomocné). Matka po dohodě se svým manželem svolili k přeřazení chlapce do speciální školy (pomocné). Chlapec v této třídě byl velice spokojen. Zlepšila se celková psychika chlapce, začal více komunikovat a již po týdnu se plně zařadil do kolektivu. Chodí do školy rád, nejvíce se mu líbí práce v keramické dílně a práce s počítačem.

osobnost:

Na první pohled se projevuje jako skromný a milý chlapec. Snaží se druhým vše vysvětlit i s ohledem na to, že jeho verbální projev není zcela srozumitelný. Vypadá spíše jako introvert. Je tichý a časem by mohl spíše inklinovat k vůdčím osobnostem. Snadno se dá stáhnout do nějaké party, která by byla schopna chlapce negativně ovlivňovat. Není schopen toto rozpoznat. Inteligence odpovídá odhadem na devět až deset let. Není schopen se sám o sebe postarat. Osobní hygienu zvládá bez potíží.

Rozhovor s paní Karlou matkou Karla

Tento rozhovor se uskutečnil u informantky doma. Nejdříve jsem jí navštívila s tím, jestli by byla ochotna odpovědět na pár otázek o svém synovi. Domluvily jsme si schůzku na neděli odpoledne. Byla to velice příjemná návštěva, přítomen rozhovoru byl i její syn Karel. Bylo mi poskytnuto i soukromé číslo matky, kdyby byla potřeba ještě nějaká informace. Paní Karla byla velice příjemná a na moje otázky odpovídala bez viditelných problémů.

1. Jakým způsobem jste se dozvěděli o diagnóze Vašeho syna?

*Na rehabilitačním oddělení v **Okresní nemocnici**. Tam nám řekli, že bude mít syn špatnou motoriku a je nehybný na levou část těla. Řekli nám, že je to vrozená vada, která se neprojevila.*

2. Jak jste reagovala na zprávu o zdravotním stavu Vašeho syna?

No, tak to blbě. Honila se mi hlavou jeho budoucnost. Co s ním, až já tady s manželem nebudu. Co s ním bude. Kdo se o něj postará. Nedovedla jsem si to vůbec představit co je to za nemoc. Představila jsem si od nás jednu paní co má také postiženého chlapce, který je stejně starý jako je náš Kája a vůbec se nehýbe. Tak jsem si řekla, když jsem viděla tohohle malýho a mýho malýho, tak jsem řekla, že přeci jenom je na tom někdo daleko hůř než já. Jediný, co je pro mě veliký plus je, že je Kája zdraví, že může chodit, že může mluvit, že vidí a že mě slyší. Pokud já a můj manžel máme zdravé ruce, bude s námi a žádné ZTP jsme neřešili. Já jsem ho brala jako zdraví dítě, který když se chce tak se dá všechno naučit.

3. Pomáhal Vám otec ve výchově Vašeho syna?

Ježiš a jak. Moc. Naučil ho jezdit na kole, chodí s ním do truhlárny, na mašinách umí úplně v pohodě. To já vím daleko méně o tom než on. Kája věděl hned, o co se jedná. Umí i tu mašinu zapojit. Myslím, že je Kája výbornej.

4. Jakým způsobem jste přišli k informacím o možnostech základního vzdělávání Vašeho syna?

*Kája nastoupil do základní školy, ale jelikož tam měl **problémy s učením** tak jsem se rozhodla ho přemístit na jinou školu. Tento přechod, jsem si vyběhala sama. Došla jsem si do zvláštní školy za panem ředitelem a zeptala se ho, jestli by mohl Kája přestoupit na tuto školu. Největší problémy byli s mým manželem, který zásadně nesouhlasil, aby šel Kája do zvláštní školy. V tomto mi ohromě pomohl pan ředitel, který zavolaal mému manželovi a sjednal si s ním schůzku. Manžel potom na tento přechod přistoupil, ale velice špatně to nesl.*

5. Kdo Vám pomáhal v jejím výběru?

Nikdo, tu jsem si vybrala sama. Byla nejbliž domova, máme jí hned za rohem a Kája je za pět minut ve škole. Je tam akorát jeden přechod, ale to už se naučil.

6. Jakým způsobem jste přišli k informacím o dalším vzdělávání?

Od pana ředitele, více méně můj muž. Ten nám nabídl, aby Kája šel do praktické školy vzdálené 20 km od domova, že je to nejbližší. Ještě vím, že ještě něco existuje v Praze, protože to nám říkal jeden náš známí, který je z Prahy a má tady pronajmutý barák a je to manželovo dlouholetý kamarád. Je to pan doktor, který se zabývá léčivý tak ten nám říkal, že v Praze je taky nějaká škola pro tyhle děti, že tam je i internát, kde ty děti se vyučí, jo že jezdí jenom na víkendy. A já říkám tomu známému. Dovedeš si představit našeho Káju, že by byl bez nás někde sám na internátě? On, kterej je zvyklej, že mu všechno strčím pod nos, kterej si maximálně uvaří čaj a to ještě trnu hrůzou, aby se neopařil.

A o jiné Praktické škole nevíte?

Jé tak to nevím, jenom o té co nám nabídl pan ředitel. Abych řekla pravdu, já sem se o to nikdy nezajímala, prostě až to přijde tak to budu řešit. Ale abych něco úplně řešila, to jsem neřešila, kam bude dál chodit.

7. Kdo nebo co Vás nejvíce ovlivnilo při výběru dalšího vzdělávání?

Zase pan ředitel, on už nepracuje ve zvláštní škole, ale už dělá ředitele v praktické škole, kam by mohl Kája nastoupit. Volal mému manželovi a společně o tom mluvili. U nás většinou rozhoduje taťka. Už jsme se tam byli i podívat. Kája vystoupí na nádraží, jsou tam často policajti a dávají pozor na dopravu. Vlastně tam i auta dávají přednost chodcům, co jsem se sama přesvědčila na vlastní zkušenost. Přejde pěší zónu a už je ve škole. A má to tak daleko, jako by šel od našeho domu tady ke škole. To je stejná štreka. Nejvíce mě motivuje tato škola k tomu, že si tam dodělá to základní vzdělání a ten výuční list taky dělá svoje. Když si najde nějaké děvče, tak aby mu neomlátila o hlavu, že není nic.

8. Uvažovali jste o výběru chráněné dílny?

Ne, tam Kája nechce. Nedělají tam prakticky vůbec nic, tam jenom sečou trávu a dělají venkovní práce a to by Káju nebavilo. Ne, to není pro něj. Kdyby se tam aspoň dělalo něco s keramikou, to Káju velice bavilo.

9. Jak se těší Váš syn do nové školy?

Jo, těší se tam, byli jsme se tam i podívat. Provedl nás pan ředitel po celé škole. Bylo to o víkendu, žádný žáci tam zrovna nebyli, tak jsme měli čas si to prohlídnout. Nejvíce se mu tam líbili dílny a dělají tam prý i různé věci ze dřeva. Mám akorát hrůzu z toho, aby se tam nechytil nějaký party, protože jsou tam různý individua, který mu řeknou, hale Kájo mi jdem tam a tam a on se nechá svést a nepůjde na autobus. On je takovej důvěřivej a půjde, kam oni chtějí.

10. Jak si představujete budoucnost Vašeho syna?

*No, to nevím. Záleží na tom, jestli **se najde nějaká slečna**, která mi ho třeba odvede, nebo on mně přivede nějakou slečnu. Děláme tady s manželem nahoře pro kluky dva byty, každý bude mít svůj. Bude na nich, jestli budou chtít být tady. Holky se mu líbí až moc, tak uvidíme, co nastane. Možná, že se nějaká najde a hlavně, aby byla rozumná, a pochopí jeho situaci, která ho bude rozumně vést, bude schránšlivá a nebude rozhazovat a tak.*

Myslíte si, že by se dokázal **o rodinu postarat**?

*No myslím si, že **s naší pomocí ano**. Když by bylo potřeba, tak jsme tady s mužem, samozřejmě bysme se jim do ničeho nemíchali, ale určitý dohled by byl potřeba. Co nám budou síly stačit tak jim pomůžem.*

Pan Miroslav – 21 let klient sociálně terapeutické dílny Chelčický domov sv. Linharta

rodinná anamnéza:

Počet členů v rodině 3, matka Martina narozena 1973 vyučena, syn narozen 1993 a druhý syn 2004. V současné době rodina bez otce.

Matka měla první vztah trvající zhruba jeden rok. V tomto vztahu se narodil první syn. Ve dvou měsících věku dítěte se rodiče rozešli, jelikož tento vztah nefungoval, otec s nimi ani nežil ve společné domácnosti. Občas docházel na návštěvy za svým synem, ale po několika měsících se matka dozvěděla, že otec zpronevěřil peníze a byl odsouzen na pět

let nepodmíněně. Do vězení matka se svým synem nejedli otce navštěvovat. Napsala mu pouze dopis, ve kterém se s ním rozchází. Rodina otce také nejevila zájem o syna. Matka po pěti letech si našla novou známost. Po roce se narodil druhý syn. Oba rodiče museli řešit, kam se přestěhují, jelikož byt matky byl malý pro čtyř člennou rodinu. Otec dítěte pocházel z vesnice a dožadoval se přestěhování k jeho rodičům. Matka svolila a přestěhovali se tam s celou rodinou. Toto soužití trvalo půl roku. Matka nebyla schopna žít na vesnici a začali probíhat neshody mezi partnery. Matka i se svými dvěma syny se přestěhovala zpět do města, ale bohužel už bez otce. Partner matky je asi ještě dvakrát navštívil a pak už se neozval a jejich vztah ukončil.

osobní anamnéza:

Těhotenství matky nebylo zrovna optimální. Matka během těhotenství byla fyzicky i psychicky napadána otcem dítěte. Matka podstoupila běžná vyšetření během těhotenství. Výsledky vyšetření byly v pořádku. Matce praskla doma plodová voda a byla sanitkou převezena do porodnice. Syn se narodil ve 39. týdnu těhotenství spontánní cestou. Vážil 2950g a měřil 49cm. Během porodu zlomena dítěti klíční kost a matka si nepamatuje první zakřivení svého dítěte. Je si jista, že nemohlo probíhat vše v pořádku. Po pěti dnech matka propuštěna se svým dítětem domů. Vyrůstal a byl vychováván jako zdravé dítě bez komplikací. Matka docházela pravidelně se svým synem ke svému dětskému lékaři, ale ani ten nezjišťoval problémy ve vývoji. Matka matky, ale neměla pocit, že její vnuk je zcela v pořádku. Bylo jí divné, že ještě nezvedá ve čtyřech měsících hlavičku a i jiné úkony chlapce byly rozdílné od intaktních dětí. Matka opět navštívila svého dětského lékaře s prosbou, aby jejího syna poslal na odbornější vyšetření. Lékař poslal syna na ortopedii. Vyšetření ortopeda bylo také negativní. Matce bylo sděleno, že její syn je naprosto zdravý až na obezitu chlapce. V pěti letech chlapec poslán na ortopedii z důvodu plochých nohou. Ortoped vyžadoval svléknutí syna a ptal se matky na diagnózu a na názor pediatra dítěte. Matka mu sdělila všechny informace od narození svého syna. Ortoped matce sdělil, že její syn má DMO. Matka poslána s výsledky ortopeda ke svému pediatrovi a ten jí poslal na celkové vyšetření do okresní nemocnice. Po všech vyšetřeních diagnostikováno u chlapce mentální postižení. Chlapec má i problémy co se týká motoriky. Drobná motorika na velmi špatné úrovni. Chlapec není schopen si zapnout knoflík a zavazování tkaniček mu dělá také problémy. Pohyb je neobratný. Vzhledem ke své obezitě je velice nemotorný a jeho chůze je kolébavá. Chlapec je pomalejší a raději vyhledává klidné prostředí.

zdravotní anamnéza:

Diagnostikována středně těžká mentální retardace

Při porodu zlomena klíční kost. Nosí vložky do bot vzhledem k diagnóze plochých nohou.

Obezita. Žádné jiné zdravotní komplikace nemá.

školní anamnéza:

Chlapec nastoupil do školky ve čtyřech letech. Ve školce se mu moc nelíbilo. Nemohl si zvyknout na tak velký kolektiv dětí. Matka ho vodila denně do školky a vždy byla připravena na zavolání paní učitelky, aby si chlapce vyzvedla, pokud by ho nešlo uklidnit. Byl lítostivý a velice fixovaný na svou matku. Kamarády ve školce neměl. Neuměl s nimi komunikovat a i ostatní děti vzhledem k jeho obezitě se s ním nechtěly kamarádit. Ve školce poslán kvůli špatnému verbálnímu projevu do pedagogicko-psychologické poradny. Chlapec dostal roční odklad školní docházky a matce bylo navrženo dát svého syna do první třídy praktické školy. Do praktické školy nastoupil v sedmi letech a tuto školu absolvoval do třetí třídy. Ve třetí třídě po dohodě s matkou a zástupcem školy přeřazen z důvodů nezvládání učiva do školy speciální. V této třídě se mu líbilo, komunikoval se svými spolužáky. Po roce nastoupili do třídy dva noví žáci. Chlapec měl s nimi velké problémy. Oba spolužáci se mu neustále posmívali a dělali si z něho legraci. Nadávali mu. Na chlapce to působilo velice emotivně. Začal mít i agresivní sklony. Matka musela se svým synem navštívit psychiatra. Chlapci byly předepsány léky na zklidnění. Jeho stav se výrazně zlepšil. Po roce přestoupili spolužáci, se kterými měl chlapec problémy, do jiné školy. Chlapec přestal brát léky a jeho stav se stabilizoval.

osobnost:

Chlapec má velice výraznou postavu. Vzhledem ke své obezitě je často terčem posmívání a určitým verbálním projevům. Jeho chůze je houpavá. Verbální komunikace je na nižší úrovni, je málo srozumitelná a pomalá. Jeho povaha je mírná pokud má okolo sebe málo lidí a nejlépe když je v klidném prostředí. Pokud ho někdo vyrušuje, nebo překřikuje, dokáže být i agresivní. Vyhledává místa, kde může být sám. Se svým sourozencem si rozumí. Osobní hygienu zvládá s pomocí. Oblečení si není schopen připravit adekvátně k počasí. V oblékání je samostatný.

Rozhovor s paní Martinou matkou Miroslava

Rozhovor s paní Martinou probíhal u informantky doma. Domluvily jsme si termín po telefonu. Kontakt na paní Martinu jsem dostala od předchozí informantky. Rozhovor jsme si domluvily na úterý dopoledne. Návštěva byla velice příjemná. Paní Martina byla doma sama.

1. Jakým způsobem jste se dozvěděli o diagnóze Vašeho syna?

*No, vlastně úplně tu diagnózu, že má DMO jsem se **dozvěděla v 6 letech od ortopeda**. No, že byl trochu jinej, to jsem věděla, jako nestíhal a proto šel do týhle školy, já ani v podstatě nevím, jak se jeho choroba vlastně jmenuje.*

2. Jak jste reagovala na zprávu o zdravotním stavu Vašeho syna?

No, překvapeně ne? Když vám to řeknou po takový době. A teď se dozvím, prostě že vlastně jako já furt očekávám, že se vlastně to dítě jako zlepší, že půjde dopředu a teď najednou, když už je mu pomalu sedm, no tak vám řeknou, že se nikam nezlepší? Že už to bude prostě jenom tak, jak to je, že to může bejt ještě horší než lepší. Tak to jste z toho celá paf ne? A jak ještě jsem reagovala docela nasraně, že mi to neřek náš dětskej doktor, že prostě proč mi to neřek a vduchu jsem si říkala. Proč mi ten doktor pořád jenom říkal, že je ten kluk tlustej, línej, že za něj všechno dělám a že až mu bude osmnáct, tak toho budu litovat. A proč mi neřek rovnou, že má tadyhle postižení a proč nás neposlal někam, kde by se s nim dalo, že jo nějak pracovat? Jo tohleto mě úplně jako... Od té doby já mu nemůžu přijít na méno. Já vlastně ani vůbec nevím proč to je, jako jo, protože mě řekly, že to není vrozená vada, že je to vývojová vada. Ale jako co se stalo, kdy se stalo a proč to je, to já nevím do dneška. Já si furt kladu otázku, byla to moje vina, že jsem se nechala mlátit a prostě se to přenášelo na to dítě? Nebo to byla vina těch doktorů, protože jsem ho neslyšela při porodu vůbec brečet. Stalo se něco při tom? Jo, prostě já vůbec nevím. Nevím to.

3. Pomáhal Vám otec ve výchově Vašeho syna?

Ne nepomáhal mi vůbec, ani nevěděl o něm vlastně nic. On ho viděl vlastně naposledy, když jsme se potkali ve městě a to mu byl vlastně rok. Tak to ho viděl naposledy.

Nejvíce mi pomáhali moji rodiče.

4. Jakým způsobem jste přišli k informacím o možnostech základního vzdělávání Vašeho syna?

*Vlastně ten **psycholog** nám dal informace, kam ho máme dát. A ještě taky **ve školce**. Nastoupil rovnou do první třídy zvláštní školy. Do třetí třídy byl ve zvláštní a potom přestoupil do pomocný, protože nestačil na učení. Počítat drobet uměl, ale jak začala násobilka, tak to už nebyl schopnej dělat. Měli jsme na výběr jednu jedinou školu.*

5. Kdo Vám pomáhal v jejím výběru?

Z pedagogicko-psychologický poradny a sama jsem se rozhodla. Mě vlastně nic nenabídli, a aby byl někde celej tejden jako nějakou takovouhle školu, nebo ani bych ho tam nedala, že jo protože člověk je rád, že ho má doma. Rozhodla jsem se z pomoci svých rodičů. Akorát s nima jsem to řešila jinak s nikým vlastně. A jestli ve školce to už ani nevím.

6. Jakým způsobem jste přišli k informacím o dalším vzdělávání?

***Žádný další vzdělávání, mi nebylo nabídnuto.** Nic prostě. Vlastně když chodil ten poslední rok tak ani nevím teda, už od koho jsem se to dozvěděla, že tady v těch Chelčicích je jako, ono to není ani jako stacionář, ani nevím, jak tomu říkají v těch Chelčicích.*

7. Kdo nebo co Vás nejvíce ovlivnilo při výběru dalšího vzdělávání?

*Hm, já snad přemejšlim, jestli mi o těch Chelčicích řekla nějaká **kamarádka**, jo že se to tam otvírá a vlastně potom ještě jedna pani, která měla postiženou holčinu a její holka tam jezdila. Tak mě tam vzala se podívat ta pani. A tím vlastně jsme začali přemýšlet, že tam toho Míru dám. Když jsem viděla, že tam s nima jako něco prostě pracujou a než bejt doma a nedělat nic, tak je pro něj dobře bejt když to tak řeknu mezi svejma. Jeli jsme se tam podívat i s Mírou jestli by se mu to líbilo. Žádný jiný informace o jiným zařízení jsem neměla a ani nemám.*

Nehledala jste někde na internetu, jestli nejsou ještě jiná zařízení vhodná pro Míru?

Ne já jsem takovej ten člověk, kterej na internet jde, jenom když tam musí. Já prostě počítač nee. A jsem furt takovej člověk, kterej nejde kupředu. Já jsem tady zavřená ve škatuli a nevystrčím nos, když to tak řeknu.

A ve škole Vám nic nenabídly?

.Ne tam mně nic nenabídly. Já si jako nevzpomínám, že by mi tam nabízeli nějaký jako ty praktický školy nebo něco že tady v okolí je. Nikdo mi nic takovýho nedoporučil, člověk si tak nějak musel vyřešit sám. No ale všude mluvěj o tom, jak se všichni nebo jsou všelijaký sdružení a jak se o všechny staraj, ale o mě se nikdo nestaral a o moje dítě taky ne. Jestli někam pude nebo nepude, jestli má nějaký možnosti a jak na tom je. Co by dokázal a zvládnul, prostě co jsem si nevyřádila sama nebo to, tak jsem neměla a nevěděla.

8. Jak se líbí Vašemu synovy v současném zařízení?

Někdy se mu tam líbí a někdy ne. Záleží na tom, jakou zrovna on má náladu. A jak ho tam kdo seřve. Ale jako bych řekla, že je tam v celku spokojenej. Když tam začal chodit tak chodil vlastně dvakrát týdně, pak jsme přidali třikrát a teď už teda dokáže chodit celej tejden. No někda třeba nejde v pátek. Tak jsem si říkala, kdyby tam nebyl spokojenej, tak tam nepude. Jako taky se po něm nesmí moc chtít.

A co tam rád dělá?

On tam rád nedělá nic. On dělá to, co musí. Jeho prostě nic nebaví. On si klidně sedne do křesla a bude sedět a koukat. Jen tak si sedí a kouká.

9. Kde jste získala nejvíce informací o současném zařízení?

Byla jsem se tam na vlastní oči podívat s tou paní co má stejně postiženou tu holčinu. Ale co tam dělají nebo jestli vůbec něco, tak to nevím. On mi toho Míra moc neřekne. Ptám se ho, když přijde domů, ale vždycky mi odpoví, že nic. Vím jenom, že se tam teď vyměnilo vedení a že se tam předělávali ty prostory. Je to tam teď hezký.

10. Jak si představujete budoucnost Vašeho syna?

*Hm, představuju si tak, aby na tom byl dobře, to by si přál každej vid'te? Aby byl schopnej se o sebe postarat, ale vim, že to je nereálný. No, **nevím, skončí někde v nějakým***

domově, kde se o něj budou starat. Já jako jiný východisko nevidím, když si představím, že by mu třeba pomohl brácha, že by se o něj postaral, ale jak to vidím, jak se mají rádi a jak se k sobě chovají tak nevím.

Myslíte si, že by si našel nějakou partnerku?

No, o tom taky přemýšlím, on by chtěl si najít, protože to je jasné. Když jsme byli na svatbě, tak se mu tam líbila jedna holka, která je normální zdravá, bylo na něm vidět, že jí prostě balí. Chodil pro ni tancovat a ona s ním teda šla v dobrém úmyslu jenom že se ho pak nemohla chudáka zbavit. Potom brečel, že ho nechce, protože má někoho jiného. Vím, že by nějakou chtěl. Trápí se s tím, ale neumím si to představit, že by nějakou měl.

Hodnocení výsledků výzkumného šetření

Otázka: *Jakým způsobem jste se dozvěděli o diagnóze Vašeho dítěte?*

Matka 1: Od klinického logopeda v pěti letech dítěte.

Matka 2: V pedagogicko- psychologické poradně, v sedmi letech dítěte.

Matka 3: V nemocnici od lékařů, ve třech letech dítěte.

Matka 4: V Okresní nemocnici.

Matka 5: V šesti letech, od ortopeda náhodou.

Otázka: *Jakým způsobem jste přišli k informacím o možnostech základního vzdělávání?*

Matka 1: Od klinického logopeda.

Matka 2: Z pedagogicko-psychologické poradny.

Matka 3: Od psycholožky

Matka 4: Vlastní iniciativa, nezvládal základní školu.

Matka 5: Školka, psycholog.

Otázka: *Jakým způsobem jste přišli k informacím o dalším vzdělávání?*

Matka 1: Sama, informace z místních novin.

Matka 2: Z informačních letáků, škola, informační schůzka o učebních oborech

Matka 3: Až po roce od ukončení povinné školní docházky od známého.

Matka 4: Od ředitele praktické školy.

Matka 5: Sama, žádné informace nedostala.

Otázka: *Kdo nebo co Vás nejvíce ovlivnilo při výběru dalšího vzdělávání?*

Matka 1: Vlastní iniciativa

Matka 2: Zdravotní stav, rodinná tradice

Matka 3: Od známého

Matka 4: Od ředitele praktické školy

Matka 5: Od kamarádky

Otázka: *Jak si představujete budoucnost Vašeho dítěte?*

Matka 1: Pomoc rodiny při péči, nebo chráněné bydlení

Matka 2: Osamostatnění, zařazení do pracovního procesu

Matka 3: Péči bude zajišťovat jeho sourozenec, až tady nebudeme

Matka 4: Osamostatnění, nalezení partnerky

Matka 5: Momentálně nevím, asi v nějakém domově

Stupeň mentálního postižení dětí informantek:

Matka 1: Středně těžká mentální retardace, IQ 47

Matka 2: Lehká mentální retardace, IQ 54

Matka 3: Středně těžká mentální retardace, IQ 40

Matka 4: Lehká mentální retardace na hranici se středně těžkou

Matka 5: Středně těžká mentální retardace

Závěr

V naší společnosti bychom jen těžko hledali dva identické jedince. Každý člověk má svojí individualitu s nezaměnitelnými osobnostními rysy a vlastnostmi. Ani člověk s mentálním postižením není žádnou výjimkou. Mentální postižení je poruchou trvalou, ale vhodným působením výchovně vzdělávacích vlivů, může docházet ke zlepšení.

Bakalářskou práci člením na dvě části. Teoretická část se věnuje problematice mentální retardace, odlišnostem ve vývoji dítěte s tímto postižením a etiologií vzniku. Práce dále popisuje typy mentální retardace v závislosti na etiologii a popis osobnosti s mentálním postižením. Nedílnou součástí teoretické části práce jsou možnosti vzdělávání osob s mentálním postižením od předškolní výchovy až po vzdělávání osob v dospělosti a jejich uplatnění v životě. V praktické části, zkoumám situaci v konkrétních rodinách a v kvalitativním výzkumu poukazují na detailní rozdíly v motivaci rodičů k výběru dalšího vzdělávání svých dětí. Cílem práce bylo zmapovat motivy rodičů k výběru druhu zařízení pro další vzdělávání dětí s mentální retardací a srovnat je v závislosti na jejich informovanosti.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že podstatná část informantek nebyla včas informována o postižení svých dětí. Ve většině případů dostaly informaci až od učitelek mateřských škol, které je odkázaly na různá vyšetření specialistů pedagogických poraden. Samy také začaly vnímat rozdíly v chování a vývoji svých dětí ve školce mezi ostatními dětmi. Pouze jedna informantka měla srovnání od vlastních dětí. U ostatních matek byly děti prvorozené a neměly možnost srovnání zdravého vývoje. Byla jsem sama překvapena, že ani u jedné matky nebyl dětský lékař zdrojem informací o postižení dítěte. Předpokládala jsem, že děti od narození dochází k dětskému lékaři na pravidelné a časté preventivní prohlídky, kde se také zjišťuje zdravý vývoj dítěte. O možnostech základního vzdělání pro své děti získaly informace čtyři matky z pěti dotázaných od specializovaných odborníků. Naopak o možnostech dalšího vzdělávání dětí po ukončení povinné školní docházky dostaly informace pouze dvě matky dětí a to z praktické školy. Ostatní matky získaly informace od známých, nebo náhodně z médií. Při rozhovorech mi také vyplynulo, že podstatné pro výběr dalšího vzdělávání byl také stupeň postižení dětí. Děti matky 2 a matky 4, které mají diagnostikovanou lehkou mentální retardaci, měly více možností dalšího vzdělávání a byli více informováni. Naopak ostatní matky dětí se středně těžkým mentálním postižením měly výběr velmi omezen a jejich informovanost byla na velice nízké úrovni. Při výběru dalšího vzdělávání bylo pro matky dětí se středně těžkou mentální retardací hlavní motivací dostupnost sociálního zařízení a spokojenost dítěte. Pokud by jejich dítě nebylo spokojené

v současném sociálním zařízení, pak by byly teprve nuceny vyhledávat další informace o možnostech vzdělávání, jako to bylo u matky 3. Její hlavní motivací byla právě nespokojenost dítěte v sociálním zařízení. Mimo záznam jsem se matek ptala, zda si myslí, že by se jejich dítě mohlo ještě zlepšit a být více samostatné. Byla jsem překvapena jejich odpovědí. Matky dětí se středně těžkým mentálním postižením vyjádřily obavy, že pokud by se jejich dítě zlepšilo v nějakém sebeobslužném úkonu, mohl by jim být snížen či odebrán příspěvek na péči. Nesplňovaly by prý určitý počet úkonů daných pro co nejvyšší stupeň. U všech matek informantek je to podstatný zdroj příjmů a zlepšení sebeobsluhy u dítěte by bylo pro ně nežádoucí.

Výzkum mi potvrdil mou domněnku o tom, že rodiče dětí se středním stupněm mentální retardace nemají dostatek potřebných informací, které by jim byly nápomocny k výběru dalšího vzdělávání pro rozvoj svých dětí. O něco kvalitnější informovanost se ukázala u rodičů dětí s lehkým stupněm mentální retardace.

Po rozhovorech s informantkami i podle mého subjektivního pocitu si myslím, že všechny milují své děti a jsou jim plně oddány svou péčí a starostlivostí o jejich budoucí život. A všechny matky věří, že pro svoje děti udělaly maximum pro jejich spokojenost.

.

Použité zdroje

Černá Marie., *Česká psychopedie*, nakladatelství Karolinum, Praha 2009, ISBN 978-80-246-1565-3

Fischer S., Škoda J. *Speciální pedagogika*, nakladatelství Triton, Praha 2008, ISBN 978-80-7387-014-0

Gavora Peter., *Úvod do pedagogického výzkumu*, Paido, Brno 2010, ISBN 978-80-7315-185-0

Hrabal Vladimír., *Pedagogicko psychologická diagnostika žáka*, SPN, Praha 1989, ISBN 80-04-22149-1

Matějček Zdeněk., *Náhradní rodinná péče*, Portál, s.r.o., Praha 1999, ISBN 80-7178-304-8

Matějček Zdeněk., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, nakladatelství H&H, 2001, ISBN 80-86022-92-7

Matoušek Oldřich., *Rodina jako instituce a vztahová síť*, Sociologické nakladatelství, Praha 1997, ISBN 80-85850-24-9

Mareš Jiří., *Pedagogická psychologie*, Portál, s.r.o., Praha 2013, ISBN 978-80-262-0174-8

Martin Michael, Cynthie Waltmanová- Greenwoodová., *Jak řešit problémy dětí se školou*, Portál, s.r.o., Praha 1997, ISBN 80-7178-125-8

Pipeková J. a kol., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Paido, Brno 1998, ISBN 80-85931-65-6

Švarcová Iva., *Mentální retardace*, Portál, s.r.o., Praha 2000, ISBN 80-7178-506-7

Švarcová Iva., *Mentální retardace*, Portál, s.r.o., Praha 2006, ISBN 80-7367-060-7

Vágnerová Marie., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portál s.r.o., Praha 2004, 2008, ISBN 978-80-7367-414-4

<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1303>

(http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/M/Ment%C3%A1ln%C3%AD_posti%C5%BEen%C3%AD_%28ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace%29)

http://aplikace.msmt.cz/HTM/Skolskyzakon_561_2004Sb.htm

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Zaji.C5.A1t.C4.9Bn.C3.AD_vzd.C4.9Bl.C3.A1v.C3.A1n.C3.AD_jedinc.C5.AF_s_ment.C3.A1ln.C3.ADm_posti.C5.BEen.C3.ADm