

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Mičková Miroslava

**Budoucnost dětí s mentálním postižením v představách jejich
rodičů**

Olomouc 2016

Vedoucí práce: Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: " Budoucnost dětí s mentálním postižením v představách jejich rodičů" vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Martinu Dominiku Polínkovi Ph.D., za odborné vedení práce, konzultace, cenné rady a oporu, kterou mi poskytoval.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Mentální postižení, mentální retardace	8
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace	8
1.2 Etiologie mentálního postižení	9
1.1.1 Prenatální příčiny	9
1.1.2 Perinatální příčiny	9
1.1.3 Postnatální příčiny	9
1.2 Klasifikace mentální retardace	10
1.2.1 Lehká mentální retardace (F70, IQ 69-50)	10
1.2.2 Středně těžká mentální retardace (F71, IQ 49-35)	11
1.2.3 Těžká mentální retardace (F72, IQ 34-20)	11
1.2.4 Hluboká mentální retardace (F73, IQ 20 a níže)	12
1.2.5 Jiná mentální retardace (F78)	12
1.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)	12
1.3 Podle chování dělíme mentální retardaci na typy:	12
2 Adaptace rodičů na narození dítěte s mentálním postižením	14
2.1 Rodina s mentálně postiženým dítětem	14
2.2 Výchovné přístupy rodičů k dětem s mentálním postižením	16
2.3 Základní potřeby rodiny s postiženým dítětem	16
2.4 Budoucnost dětí s mentálním postižením	17
3 Sociální služby	18
3.1 Základní druhy a formy sociálních služeb	18

3.1.1	Formy poskytování sociálních služeb	18
3.1.2	Zařízení sociálních služeb.....	19
3.1.2	Základní činnosti při poskytování sociálních služeb	19
3.2	Sociální služby poskytované osobám s mentálním postižením	20

PRAKTICKÁ ČÁST

4	Metodologická východiska	24
5	Analýza výsledků průzkumu	25
6	Závěry výsledků šetření.....	36
	Závěr	37
	Seznam použité literatury	38
	Seznam příloh.....	40

Úvod

„Prorok je ten, kdo vidí daleko dopředu, ale zároveň vidí všechno kolem sebe, protože budoucnost se začíná dnes.“ (Konstantin Eduardovič Ciolkovskij)

Téma bakalářské práce je „Budoucnost dětí s mentálním postižením v představách jejich rodičů.“ Téma jsem si vybrala, jelikož se začalo řešit v mém blízkém okolí. Když jsem se o tématu zmínila na praxi, tak mi bylo řečeno, že mezi rodiči je to v poslední době dost časté téma. Musela jsem zvolit však jiné výzkumné metody, než jsem měla původně v plánu, jelikož pro rodiče je to téma dosti citlivé.

Bakalářská práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se dělí na celkem tři kapitoly. První kapitola je zaměřená na definici, vymezení, klasifikaci a etiologii mentálního postižení. Další kapitola je zaměřená na rodinu s dítětem s mentálním postižením, reakce rodičů na narození dítěte s mentálním postižením, na výchovné přístupy rodičů, na budoucnost dětí s mentálním postižením a na základní potřeby rodičů dítěte s mentálním postižením.

Cílem praktické části bude zjistit, jestli rodiče plánují budoucnost svých mentálně postižených dětí a jak k ní přistupují. K zjištění výsledků bude sloužit anonymní dotazník, který bude e-mailem poslán do ústavních zařízení a rozdán mezi rodiči mentálně postižených dětí.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je zaměřená na sběr informací o dané problematice. Je rozdělena na tři části. První se zabývá mentální retardací, konkrétně definice a vymezení mentální retardace, její klasifikace a etiologie a další dělení. Druhá část je zaměřená na rodinu s dítětem s mentálním postižením, na reakce rodičů na narození mentálně postiženého dítěte a na jejich výchovné vlivy. Dále je zde zmíněna budoucnost dětí s mentálním postižením. Třetí část je zaměřená na sociální služby, jejich vymezení a na služby, které jsou poskytovány mentálně postiženým dětem.

1 Mentální postižení, mentální retardace

Pojem mentální postižení neboli mentální retardace (vychází z latinských slov mens (mysl, duše) a retardace (opozdit, zpomalit); doslovný překlad je tedy opoždění (zpomalení) myslí. Je to vrozené a trvalé postižení osobnosti, které má mnoho projevů.“ (Slowík, 2007, str. 59)

„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“ (MKN-10)

Vašek (1994, In: Valenta, Müller, 2009 , str. 13) uvádí: *„Širší pojem než mentální retardace je mentální postižení jako střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci a který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85.“*

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Pojem mentální retardace má v dnešní době spoustu definic, které se zaměřují na snížení intelektových funkcí a sníženou schopnost adaptace. Záleží také, kdo a jak se na pojem mentální retardace dívá a z jaké perspektivy. Na pojem mentální retardace se bude dívat jinak lékař, který posuzuje hlavně diagnostickou kategorii, jinak sociální pracovník, kteří se s klienty setkávají denně v pobytovém zařízení, jinak učitelé a pracovníci, kteří se zabývají integrací nebo inkluzí, nebo psychologové. Avšak úplně jiný pohled budou mít rodiče a příbuzní jedince s mentální retardací nebo samotný jedinec. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Znakem mentální retardace je snížení intelektových schopností. Jedná se o vývojovou poruchu, která zasahuje kognitivní vývoj jedince především v oblasti myšlení, sociální adaptace a řeči. Základními determinanty je zvýšená závislost na rodičích, náchylnost k úzkostnému a neurastenickým reakcím, sugestibilita a rigidita chování, infantilní chování, opožděný psychosexuální vývoj, poruchy komunikace, snížená adaptace, impulzivita, hyperaktivita x hypoaktivita, labilita, zpomalené chápání, nedostatky v osobní identifikaci, snížená logická a mechanická paměť, narušená pozornost, impulzivita a poruchy pohybových koordinací. (Valenta, Müller, 2013).

Mentální retardace se může pojít společně i s dalším postižením např. smyslovým, tělesným, řečovým nebo jiným onemocněním. Mentální retardace může mít příčinu v prenatální, perinatální nebo v postnatálním období života. (Valenta, Müller, 2013).

1.2 Etiologie mentálního postižení

Při narození dítěte s mentálním postižením nebo při pozdějším zjištění mentální retardace u dítěte si rodiče dítěte a příbuzní položí otázku „proč?“ a začnou se zaměřovat na příčiny postižení. Snaží se od lékařů zjistit, proč k tomu došlo a zda i další případné těhotenství může postihnout stejný průběh. Snaží se zjistit, kdo „tuto situaci“ zavinil. Avšak objektivní viník neexistuje. Ke vzniku mentální retardace může vést spousta různorodých příčin (Švarcová, 2011).

1.1.1 Prenatální příčiny

Prenatální období je velmi významné v důsledku působení dědičných faktorů, jako například geneticky podmíněné poruchy, především metabolické nebo specificky genetické poruchy. Pro vznik mentálního postižení převažují právě specifické genetické příčiny a syndromy způsobené změnou počtu chromozomů. Další skupinu tvoří environmentální faktory, jako například onemocnění matky (toxoplazmóza, alkohol v těhotenství, zarděnky, syfilis, intoxikace aj. (Valenta, Müller, 2013)

1.1.2 Perinatální příčiny

Patří zde především mechanické poškození mozku při porodu (hypoxie či asfyxie nebo-li nedostatek kyslíku), předčasný porod a nízká porodní váha dítěte nebo i delší „přenášení“ dítěte. Perinatální příčina je též nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka – tzv. hyperbilirubinémie (bilirubin neodchází z těla ven a působí toxicky na centrální nervovou soustavu dítěte). (Valenta, 2003)

1.1.3 Postnatální příčiny

V době po narození může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů. Záněty mozku (meningitida, klíšťová encefalitida aj.). Mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku Podle Vágnerové (1999) se do diagnostické skupiny mentálních retardací zahrnují taková postižení, která vznikla v průběhu prvních 18-ti

měsíců. Zvolský (1998) užívá diagnózu mentální retardace pro období prvních 2 – 3 let života dítěte.

1.2 Klasifikace mentální retardace

Dle WHO (Světová zdravotnická organizace) 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí rozděluje mentální retardaci do 6 základních kategorií:

- Lehká mentální retardace
- Středně těžká mentální retardace
- Těžká mentální retardace
- Hluboká mentální retardace
- Jiná mentální retardace
- Nespecifikovaná mentální retardace

1.2.1 Lehká mentální retardace (F70, IQ 69-50)

Někdy se používá pojem lehká slabomyslnost.

Myšlení jedinců s lehkou mentální retardací je opožděné a narušené. Logické myšlení je porušeno. Při řešení neznámých situací využívají nejčastěji techniku pokus a omyl. Snadno podléhají vlivu jiných osob.

Paměť převážně mechanická. Dle Švingalové (2003) paměť bývá oslabena ve všech fázích – všípivosti, uchovávání (rychlé zapomínání) a vybavování, které bývá pomalé ale neúplné.

Mentální retardace je doprovázena poruchami percepce.

Pozornost je nestálá, jednoduše odklonitelná a často unavitelná. Špatná pozornost má vliv na proces učení.

Řeč se vyvíjí opožděně. Porozumění řeči je omezené, mluvní stereotypy, objevuje se dyslalie, artikulační neobratnost a agramatismy. Většinou jedinci dosáhnou schopnosti užívat řeč v každodenním životě a udržovat konverzaci.

Motorika je typická motorická neobratnost, avšak jedinci jsou často úplně nezávislí v sebe obsluze (stravování, oblékání, hygiena apod.) a v praktických domácích dovednostech.

Děti s lehkou mentální retardací bývají citově nevyspělé, mají nižší úroveň sebekontroly, jejich chování a prožívání má mnoho infantilních znaků. (Vágnerová, 1988)

Dle Vágnerové (1988) se děti většinou naučí číst, psát a počítat a jsou šikovné na praktické dovednosti. Většinou se vyučí v praktických učebních oborech a vykonávají jednoduchou manuální práci. V dospělosti jsou schopni vést samostatný život. Tato skupina tvoří 80% osob s mentální retardací.

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

Úroveň rozumových schopností je snížena.

Myšlení je velmi jednoduché. Schopnost učení je velmi snížena a nácvik jakýchkoliv dovedností trvá delší dobu.

Paměť je mechanická a má malou kapacitu.

Řeč je velice omezená. Artikulace je neobratná, dyslalická výslovnost u nich přetrvává často až do dospělosti. Řeč i slovník je velmi chudý. Používají jednoduché věty nebo jednoduchá slovní spojení. U některých jedinců přetrvává pouze nonverbální komunikace. U tohoto stupně mentální retardace jsou všechny poznávací procesy výrazně porušeny.

Schopnosti Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v senzomotorických dovednostech

Motivace Nedovedou předvídat důsledky svého chování.

Motorika vývoj je zpomalen, celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Podobně je také omezena schopnost sebeobsluhy.

Vzdělání většina dětí se vzdělává v pomocné škole a v rehabilitačních třídách pomocných škol. Některé děti si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Vzdělání je zaměřeno hlavně na vytváření základních návyků sebeobsluhy, osvojení základních hygienických návyků, základního společenského chování a dosažení maximální úrovně samostatnosti (Renotiérová, Ludíková a kol. 2005).

1.2.3 Těžká mentální retardace (F72, IQ 34-20)

Snížená úroveň schopností je v této skupině mnohem výraznější. Častá je kombinace s dalšími vadami.

Řeč je omezena zpravidla jen na několik špatně artikulovaných výrazů, které jsou používány stereotypně a bez porozumění. Při těžších stupních nejsou jedinci vůbec schopni artikulovat a vydávají jen neartikulované zvuky.

Pozornost, je zde výrazné porušení afektivní sféry, impulzivita a nestálost nálad. Dokáží poznat blízké osoby.

Vzdělání a výchova je značně omezena. Bývají často umístováni v ústavech sociální péče, neboť ve většině případů nejsou schopni ani základní soběstačnosti a potřebují stálou péči druhých osob. Tělesnou čistotu neudrží ani v dospělosti, často se nepodaří nacvičit sebeobsluhu, takže jim musí být podávána strava a musí být ošetřováni další osobou. (Bajo, Vašek, 1994)

1.2.4 Hluboká mentální retardace (F73, IQ 20 a níže)

Švarcová (2003, s. 31) uvádí, že „ve většině případů osob s hlubokou mentální retardací lze určit organickou etiologii“. Časté jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Řeč převládají neartikulované výkřiky s grimasováním. Někdy dochází k porozumění jednoduchým výzvám, které se častěji opakují.

Většina jedinců je imobilních nebo výrazně omezená v pohybu. Bývají inkontinentní. Nejsou schopni sebeobsluhy a vyžadují stálou pomoc a dohled. U jedinců s hlubokou mentální retardací převládají funkce pudové.

Motorika převládají stereotypními automatické pohyby, totální porucha afektivní sféry a také častým sebepoškozováním. (Bazalová 2014)

1.2.5 Jiná mentální retardace (F78)

Jiné poruchy chování (MKN-10)

1.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Patří sem:

- Subnormalita
- Slabomyslnost
- (Oligogrenie) NS

1.3 Podle chování dělíme mentální retardaci na typy:

1) **Typ eretický** (neklidný, verzatilní) – tyto jedinci se vyznačují rychlým střídáním vzruchu a útlumu, afektivní dráždivostí, výrazným celkovým neklidem, nadměrnou, nepřiměřenou a neúčelnou pohyblivostí, zvýšenou impulzivitou, nepozorností a neovladatelností. Jsou velice nestálí v oblasti emocí, nedovedou se dlouho soustředit na

jednu věc, často přebíhají od jedné činnosti ke druhé.
(https://is.muni.cz/th/200065/pedf_b/1_cast.txt)

2) Typ torpidní (netečný, apatický) – jde o typ výrazně pomalý, se sníženou dráždivostí, často se stereotypními zautomatizovanými pohyby (kývavými pohyby, přešlapováním apod.), těžkopádností a výraznou chudostí, obtížně, dlouho a těžkopádně si osvojují učební látku, ale většinou s dobrými výsledky. Postižení jedinci se vyznačují zpomaleným střídáním vzruchu a útlumu, netečností, strnulostí, tichým a klidným chováním a neschopností soustředění. (https://is.muni.cz/th/200065/pedf_b/1_cast.txt)

3) Nevyhraněný – střídání vzruchu a útlumu je relativně v rovnováze.

2 Adaptace rodičů na narození dítěte s mentálním postižením

Narození dítěte vždy znamená velkou změnu pro fungování rodiny, v právech i v povinnostech ale i v časovém harmonogramu. Rodina dítěte s mentálním postižením je vystavena daleko větší psychické zátěži. Velmi důležitou úlohu v životě rodiny s dítětem s postižením hraje, jakým způsobem se s touto situací vyrovná. Sdělení diagnózy způsobí rodičům šok a vede k rozvoji obranných mechanismů. Rodiče prožívají velké zklamání a rodina vždy prochází několika fázemi (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

2.1 Rodina s mentálně postiženým dítětem

„Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, která jedinci nabízí uspokojování potřeb, poskytování zázemí ke společenské realizaci, je zdrojem nejen primárních zkušeností, ale i vzorem chování. Rodina plní biologické, ekonomické, sociální a psychologické funkce. Nedostatkem těchto funkcí dochází k negativnímu vývoji, poruchám chování nebo sociálněpatologickým jevům. (Fischer; Škoda, 2008) Dle Vágnerové (2008) je dítě prostřednictvím kontaktu s dospělým (nejčastěji s matkou), informováno o okolním světě. Primárně matka a později celá rodina se stává pro dítě zdrojem bezpečí a jistot. Rodinné prostředí má dítě stimulovat k optimálnímu rozvoji a zároveň jej učí určitému hodnotovému systému, který by měl být v souladu s příslušnou společností a zároveň s hodnotami vyznávanými v rodině. To vše posléze odráží komunikaci v rodině.“ (Michalík, 2013)

Dle Michalíka (2013) v České republice žije cca 20 tisíc rodin pečující o dítě s těžkým mentálním postižením. V rodinách s dítětem s mentálním postižením je nejčastěji zastoupen model tradiční rodiny (matka pečuje o dítě a otec zajišťuje rodinu ekonomicky). Postupně proto může docházet k odcizení otce nebo izolaci matky, což nemusí být na první pohled zřejmé. Procesu izolace nebo odcizení lze předejít výměnou rolí. Mnoho matek často závidí otcům možnost seberealizace. Jakákoliv závažná nemoc a postižení člena domácnosti ovlivní určitým způsobem chod jakékoli rodiny. To znamená, že se mění role, vztahy, hodnoty i normy rodiny. (Vágnerová, 1999)

Rodiče si uvědomují, že mentálně postižené dítě nenaplní jejich rodičovské ambice. Matka z téhle skutečnosti může být traumatizována. Tato traumatizace je psychoanalytiky

nazývána narcistické trauma. Matka se může cítit, že má takovým způsobem handicapované dítě sama nedokonalá. Obranou reakcí může být přenesení důvodu postižení na jiného „viníka“. Otcové mentálně postižených dětí často situaci nezvládnou a opouští rodinu.

Rodiče se musí rozhodnout, zda dítě zůstane v domácí péči nebo bude umístěno do ústavního zařízení. Obě dvě varianty jsou pro rodiče velice těžké a náročné, a proto by neměli být odsuzováni za jakékoli jejich rozhodnutí. (Michalík, 2013)

Fáze šoku a popření

Šok je první reakcí rodiče na skutečnost, že dítě není zdravé. Pro rodiče je to rána a objevují se reakce typu „to není možné, to nemůže být pravda“ (Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. a kol, 2012).

Rodiče zatím nepřijali informaci o postižení dítěte, takže ani nejsou schopní přijímat informace o možnostech péče o dítě (Bazalová, 2014).

Fáze bezmocnosti

Rodiče jsou zoufalí, neví, co mají dělat. Zažívají pocity zklamání a bezmoci. Nejčastěji převládá strach z reakce rodiny a okolí. (Valenta, M., Michalík, Lečbych a kol., 2012). V této fázi je častou reakcí hledání viníka (např. doktoři, hledání viníka jeden v druhém apod.), agresivní pocity a vztek, také smutek, sebelítost a pocit viny (Pipeková, 2010).

Fáze postupné adaptace

V tomto období se začínají rodiče zajímat a hledat informace o postižení svého dítěte a jak nejlépe by se měli o své dítě starat, vzhledem k jeho postižení. Tuhle fázi rodiče mohou zvládnout buď aktivním nebo pasivním přístupem nebo tzv. únikovou reakcí. Aktivní přístup - rodiče hledají způsoby léčby a nové postupy v medicíně. Únikovou reakcí může být umístění dítěte do ústavního zařízení nebo odchodem jednoho z rodičů (Valenta, Michalík, Lečbych a kol, 2012).

Fáze smlouvání

V této fázi rodiče už akceptují postižení svého dítěte, ale často si dělají naděje na aspoň nějaké zlepšení nebo na uzdravení dítěte. Hledají zázračné postupy a metody, které nefungují.

Fáze smíření

Rodiče se vyrovnávají s tím, že mají postižené dítě a jeho postižení je trvalé.

2.2 Výchovné přístupy rodičů k dětem s mentálním postižením

Opatřilová (2006) uvádí tyto přístupy:

- Zavrhuující výchova – většinou se projevuje skrytě. Dítě nedokáže naplnit očekávání rodičů a rodiče dítě trestají.

- Zanedbávající výchova – rodiče dítě zanedbávají jak po stránce biologických potřeb, tak po stránce citové

- Rozmazlující výchova – rodiče na dítěti příliš lpí, rozmazlují ho, oceňují za nesmyslné věci a dělají vše, co si dítě přeje. Rodiče u dítěte ztrácí autoritu.

- Úzkostná výchova – rodiče se o dítě příliš bojí. Nedovolují mu zapojit se do běžných činností, protože by si mohlo ublížit. Brání dítěti jeho vlastní iniciativě

- Perfekcionalistická výchova – rodiče se snaží, aby jejich dítě bylo dokonalé bez ohledu na jeho skutečné možnosti.

- Protekční výchova – rodiče se snaží, aby jejich dítě nemělo v životě a ani v denním režimu žádné překážky. Řeší za něj problémy.

2.3 Základní potřeby rodiny s postiženým dítětem

• Vhodná informovanost – o zdravotním stavu dítěte a jeho dalších možnostech a postupem léčby. Vhodně a pravdivě podané informace o postižení dítěte.

• Emocionální podpora – psychologická péče, podpora rodiny

• Finanční a sociální podpora – je důležitá péče o dítě. Pro dítě je lepší, aby zůstalo v rodině. Je tedy důležitá podpora center pro rodinu, rané péče, denních stacionářů apod. (Pipeková, 2007)

Úkoly, které pro rodiče vyplývají z péče o mentálně postižené dítě, vytváří u rodičů také mimořádné potřeby. Jednou ze zásadních potřeb rodičů dětí s postižením, je podle Matějčka „první psychohygienický požadavek“, což je možnost vhodného odpočinku.

Každodenní starost a péče, kterou dítě s mentálním postižením potřebuje, je často náročná a po dobu mnoha let. To vše vede k vyčerpání rodičů. Důležitou roli v péči o dítě má taky podpora širší rodiny a institucí, díky kterým může o dítě část dne pečovat někdo jiný než matka nebo rodina. Aby nedocházelo k přetěžování určitých členů rodiny (nejčastěji matka dítěte, nebo rodiče) je důležité, aby se celá rodina na situaci adaptovala a byla schopna pomáhat.

Pro rodinu je jeden z nejtěžších okamžiků předání informací o postižení dítěte. Rodiče by měli dostat informace co nejdříve. Emocionální podporu mohou zajistit odborníci například formou psychoterapie nebo psychologové. Velice významnou roli hraje též finanční podpora rodiny s postiženým dítětem a celková podpora rodin. Např. zřizování denních center, možnost krátkodobého umístění mimo rodinu, osvětová činnost ve společnosti, která stále není připravena na integraci osob se zdravotním postižením.

2.4 Budoucnost dětí s mentálním postižením

Dítě je pro rodiče tzv. předávání genů další generaci (vlastnosti, podoba, rodinné tradice a hodnoty). Pokud se rodičům narodí dítě s mentálním postižením je tzv. předání genů narušeno a dítě dost často nemůže být „pokračovatelem rodu“. Budoucnost dítěte je nejistá. Rodiče neví, co všechno se jejich potomek naučí a jestli bude alespoň trochu soběstačný. Zároveň se rodiče trápí, co s potomkem bude, až oni sami se nebudou moc o potomka starat nebo až zemřou. Matky o budoucnosti dětí přemýšlejí a z části doufají, že dítě připravily na to, aby bylo schopné žít v některém zařízení sociálních služeb (Vágnerová a kol. 2009, s. 18-19).

3 Sociální služby

„Sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb. Veřejné služby jsou služby poskytované v zájmu veřejnosti. Na rozdíl od služeb komerčních jsou financovány z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji definovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Sociální služba však může být poskytována i jako služba komerční, a to na základě obchodního kontraktu mezi poskytovatelem a uživatelem.“ (Matoušek a kol., 2007, s.9)

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“ (Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách). „Před rokem 1989 se služby pro lidi s mentálním postižením omezovaly na ústavy sociální péče. Rodičům dětí s postižením se často hned v porodnici doporučovalo, aby své dítě dali do kojeneckého ústavu nebo aby si pořídili další dítě. Tento trend potvrzuje např. publikace Děti z planety D.S. (Strusková 2000), v níž rodiče dětí s Downovým syndromem popisují, jak se k nim personál v porodnici choval. Určitou podporu (různé kroužky a výlety) poskytovalo pouze Sdružení pro pomoc mentálně postiženým.“ (Matoušek 2005,2010,s. 59)

3.1 Základní druhy a formy sociálních služeb

Sociální služby zahrnují:

- a) sociální poradenství
- b) služby sociální péče
- c) služby sociální prevence (Zákon 108/2006 o sociálních službách)

3.1.1 Formy poskytování sociálních služeb

- 1) Sociální služby jsou poskytovány formou pobytových, ambulantních nebo terénních služeb.
- 2) Pobytové služby- jsou to služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

3) Ambulantní služby- jsou služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí služby není ubytování.

4) Terénní služby- jsou služby, které jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí.

(Zákon 108/2006 o sociálních službách)

3.1.2 Zařízení sociálních služeb

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

1. centra denních služeb,
2. denní stacionáře,
3. týdenní stacionáře,
4. domovy pro osoby se zdravotním postižením,
5. domovy pro seniory,
6. domovy se zvláštním režimem,
7. chráněné bydlení,
8. azylové domy,
9. domy na půl cesty,
10. zařízení pro krizovou pomoc,
11. nízkoprahová denní centra,
12. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
13. noclehárny,
14. terapeutické komunity,
15. sociální poradny,
16. sociálně terapeutické dílny,
17. centra sociálně rehabilitačních služeb,
18. pracoviště rané péče,
19. intervenční centra,
20. zařízení následné péče.

(108/2006 sb. Zákon o sociálních službách)

3.1.2 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

Základními činnostmi při poskytování soc. služeb jsou:

- a) pomoc nebo dopomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,

- b) pomoc při osobní hygieně,
 - c) poskytnutí stravy,
 - d) poskytnutí ubytování,
 - e) pomoc při zajištění běžného chodu domácnosti,
 - f) výchovné a vzdělávací činnosti,
 - g) základní sociální poradenství,
 - h) socializace,
 - i) sociálně terapeutické činnosti,
 - j) pomoc při uplatňování práv,
 - k) telefonická krizová pomoc,
 - l) nácvik péče o vlastní osobu
 - m) podpora a zdokonalování základních pracovních návyků
- (Zákon 108/2006 sb. O sociálních službách)

3.2 Sociální služby poskytované osobám s mentálním postižením

Cílem služeb bývá

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele,
 - rozvíjet schopnosti uživatelů
 - snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů
- druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.

(Sociální služby [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>)

Sociální poradenství

Sociální poradenství je poskytováno osobám v nepříznivé sociální situaci. Předává osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství musí poskytovat všechny druhy sociálních služeb. Odborné sociální poradenství poskytují např. občanské poradny, manželské poradny, poradny pro oběti domácího násilí, poradny pro seniory. Služba se poskytuje bezúplatně.

(Sociální služby [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>)

Sociálně zdravotní služby

Pomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob. Jsou určeny osobám, které potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech. Tato pomoc jim nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb jsou placené. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.

(Sociální služby [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>)

Sociální rehabilitace

Cílem je nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je součástí poskytování sociálních služeb.

Osobní asistence

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí. Poskytuje se osobám se zdravotním postižením a seniorům. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieně, zajištění chodu domácnosti. Služba se poskytuje za úplatu.

Pečovatelská služba

Poskytuje se dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, kteří vyžadují pomoc jiné osoby. Poskytuje se v přirozeném prostředí i v zařízeních. Služba zahrnuje pomoc při zvládnání běžných úkonů, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy apod. Služba je placená. Bezplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí současně.

(Sociální služby [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>)

Služby rané péče

Raná péče se poskytuje rodičům dítěte se zdravotním postižením do 7 let. Služba se zaměřuje na podporu rodiny a vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytována terénně, tudíž nejčastěji v domácím prostředí dítěte. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační a terapeutické činnosti. Služba se poskytuje bezplatně.

(Čámský P, 2011)

Podporované bydlení

Sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením. Služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba se zaměřuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti. Služba se poskytuje za úplatu.

Stacionáře denní a týdenní

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům nebo osobám se zdravotním postižením, kteří potřebují péči druhé osoby. Jsou poskytovány většinou v běžnou pracovní dobu.

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům nebo osobám se zdravotním postižením a osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Klienti jsou zde většinou po dobu 5 dnů a na víkendy si je rodina bere domů.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Poskytují celoroční pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, terapeutické činnosti. Služba se poskytuje za úplatu

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba. Poskytuje se osobám zdravotním postižením, které vyžadují pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení je formou individuálního nebo skupinového bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za poplatek.

PRAKTICKÁ ČÁST

Průzkum byl zaměřený na to, jak rodiče mentálně postižených dětí plánují dětem budoucnost, nebo zda ji mají již nějak naplánovanou a zda z ní mají obavy či ne. V praktické části jsou využity převážně grafy tabulky, do kterých je výzkum zaznamenáván.

4 Metodologická východiska

Tato kapitola má za úkol vymezit cíle a metody šetření, které byly použity k získání informací a vytvoření dotazníku.

Cíle šetření

Hlavním cílem praktické části bylo pomocí dotazníkové metody zjistit, jak rodiče mentálně postižených dětí plánují dětem budoucnost, jaké mají obavy při „tomhle“ plánování a zda se dá budoucnost dětem naplánovat či ne.

Dílčí cíle dotazníkové metody:

- kteří z rodičů se o budoucnost dítěte zabývají více (matky, otcové, nebo dle věku)
- zda se o budoucnost dětí zabývají více rodiče, kteří mají dítě v ústavním zařízení nebo se o dítě starají doma
- jakou podporu rodiny, okolí popř. soc. zařízení mají rodiče dítěte

Metoda šetření

Jako metodu průzkumného šetření jsem zvolila anonymní dotazník. Dotazník se skládal celkem z 11 otázek. Otázky byly uzavřené, polozavřené a otevřené. Na začátku dotazníku jsou otázky zaměřeny na role v rodině, věk, rodinný stav a vzdělání rodičů. Následné otázky se zaměřují již na získání informací ohledně plánování budoucnost dětí.

Výhody a nevýhody zvolené metody šetření

Výhodou anonymního dotazníku je, že je méně časově náročný. Jelikož je dotazník anonymní, respondenti se nebojí napsat více věcí nebo odpovídat pravdivě ve velmi citlivých otázkách. Nevýhodou je, že si nemůžeme již na získané informace dále doptávat a dotazníky se nám nemusí vrátit v takové míře, v jakých byly rozdány či rozposlány.

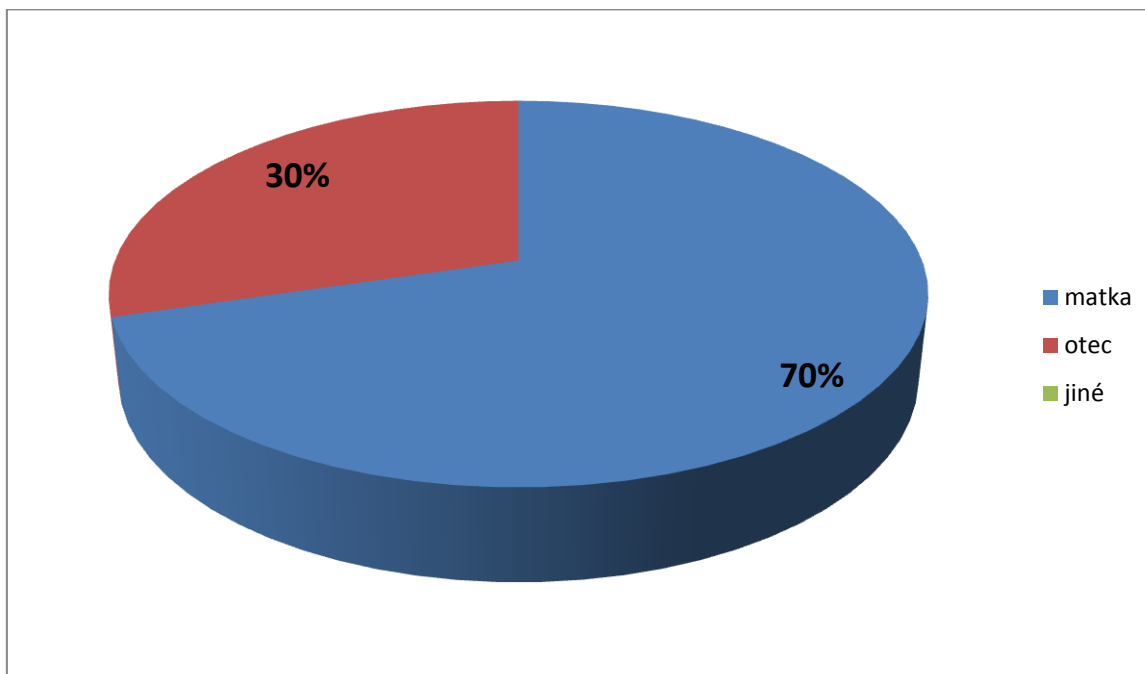
Charakteristika průzkumného vzorku

V rámci průzkumného šetření byli osloveni ředitelé, pracovníci v soc. službách a rodiče dětí v České republice. Zařízení byla kontaktována pomocí e-mailu, nebo přímo vytištěných dotazníků. Zpět se vrátilo pouze 27 dotazníků. Šetření probíhalo od listopadu 2015.

5 Analýza výsledků průzkumu

Tato kapitola se zaměřuje na výsledky průzkumného šetření. Výsledky jsou seřazeny dle pořadí otázek v dotazníku.

Otázka č. 1 Vaše role v rodině



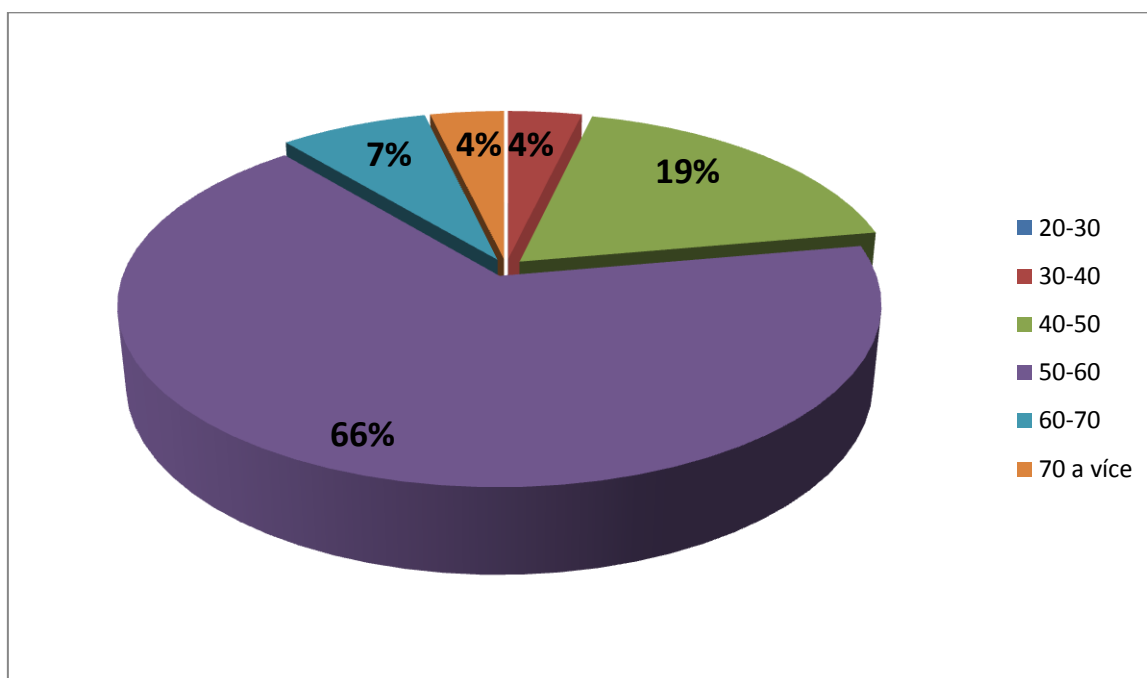
Graf č.1 Vaše role v rodině

role	respondenti	Procentní zastoupení
matka	19	70%
otec	8	30%
jiné	0	0%
celkem	27	100%

Tabulka č. 1 Role respondentů v rodině

První otázka byla zaměřená na roli respondentů v rodině. Zastoupení matek je 70% a otců 30%.

Otázka č.2 Jaký je váš věk?



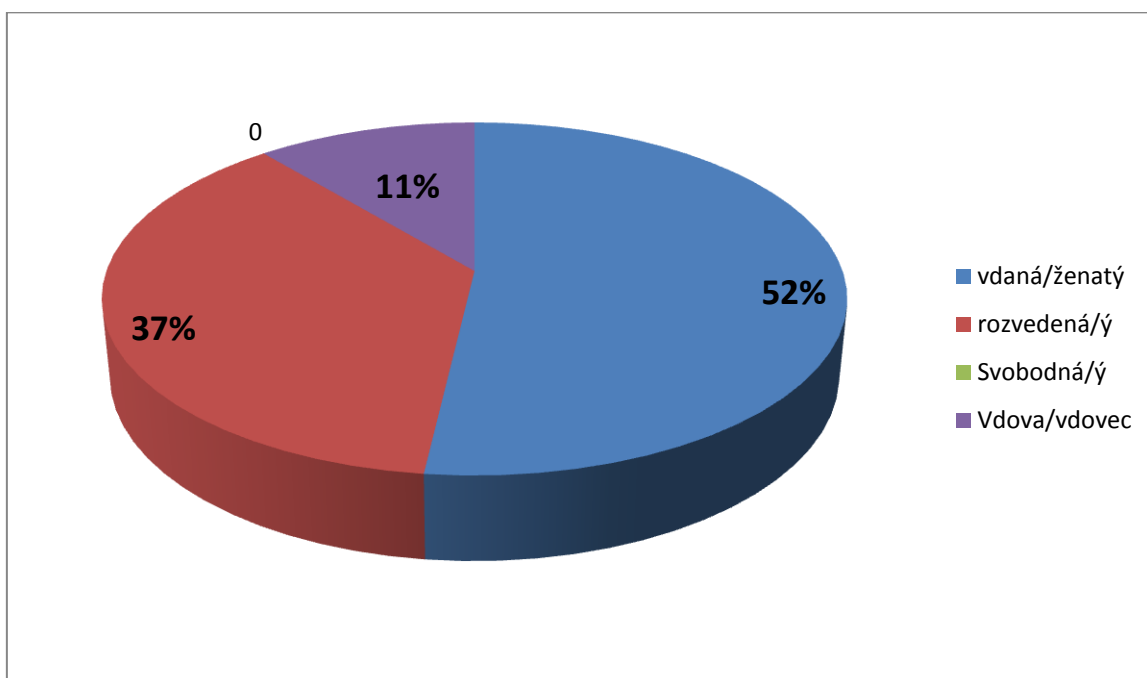
Graf č. 2 Věk rodičů

věk	respondenti	Procentní zastoupení
20-30	0	0%
30-40	1	4%
40-50	5	19%
50-60	18	66%
60-70	2	7%
70-více	1	4%
celkem	27	100%

Tabulka č. 2 Věk rodičů

Cílem otázky bylo zjistit jaký je věk rodičů a který věk v dotazovaných je nejčetnější. 0% v dotaznících tvoří skupina rodičů s věkem 20-30 let. Rodiče s věkem 30-40let tvoří 4% skupinu. Větší zastoupení a to 19% mají rodiče s věkem 40-50 let. Nejčetnější skupinou jsou rodiče s věkem 50-60let a to s více jak polovičním zastoupením a tj. 66%. Rodiče s věkem 60-70 tvoří 7% a rodiče 70 a více pouhé 4%.

Otázka č. 3 Jaký je Váš rodinný stav?



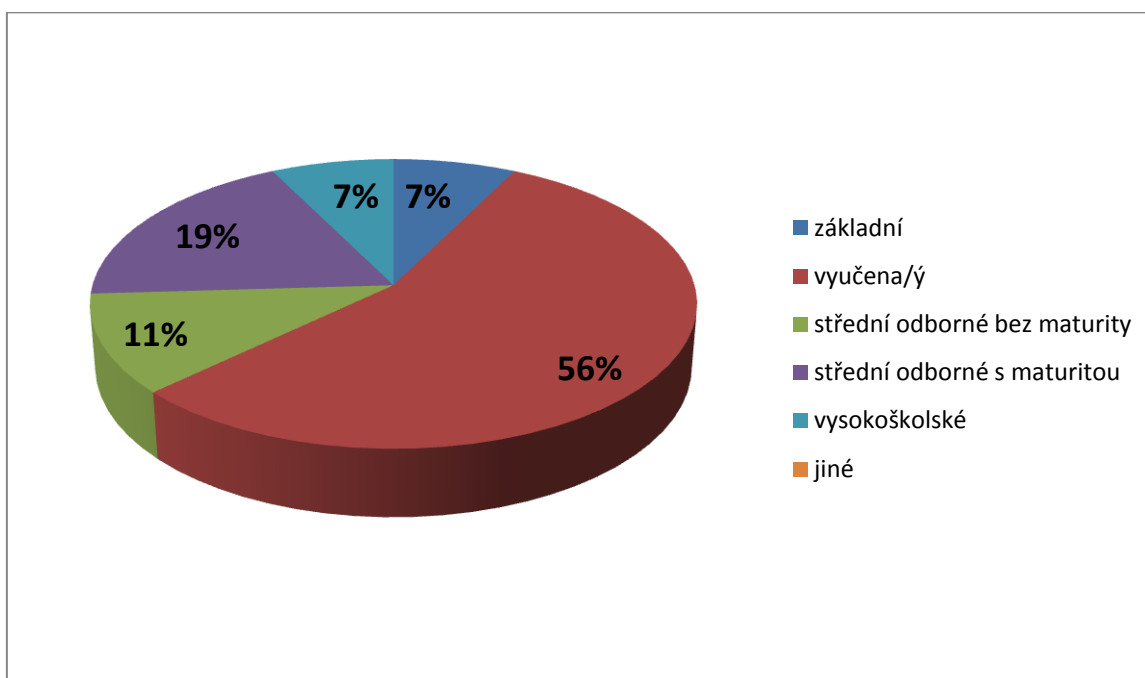
Graf č. 3 Rodinný stav

rodinný stav	respondenti	Procentní zastoupení
vdaná/ženatý	14	52%
rozvedená/ý	10	37%
svobodná/ý	0	0%
vdova/vdovec	3	11%
celkem	27	100%

Tabulka č. 3 Rodinný stav

V této otázce jsem se zaměřila na rodinný stav dotazovaných respondentů. Nejčetnější zastoupení měli vdání/ženatí rodiče s počtem 52%. Rozvedení rodiče tvořili skupinu s 37%. Svobodní rodiče na dotazník neodpovídali, tudíž měli zastoupení 0%. Rodiče, kteří ovdověli, tvořili skupinu 11%.

Otázku č. 4 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



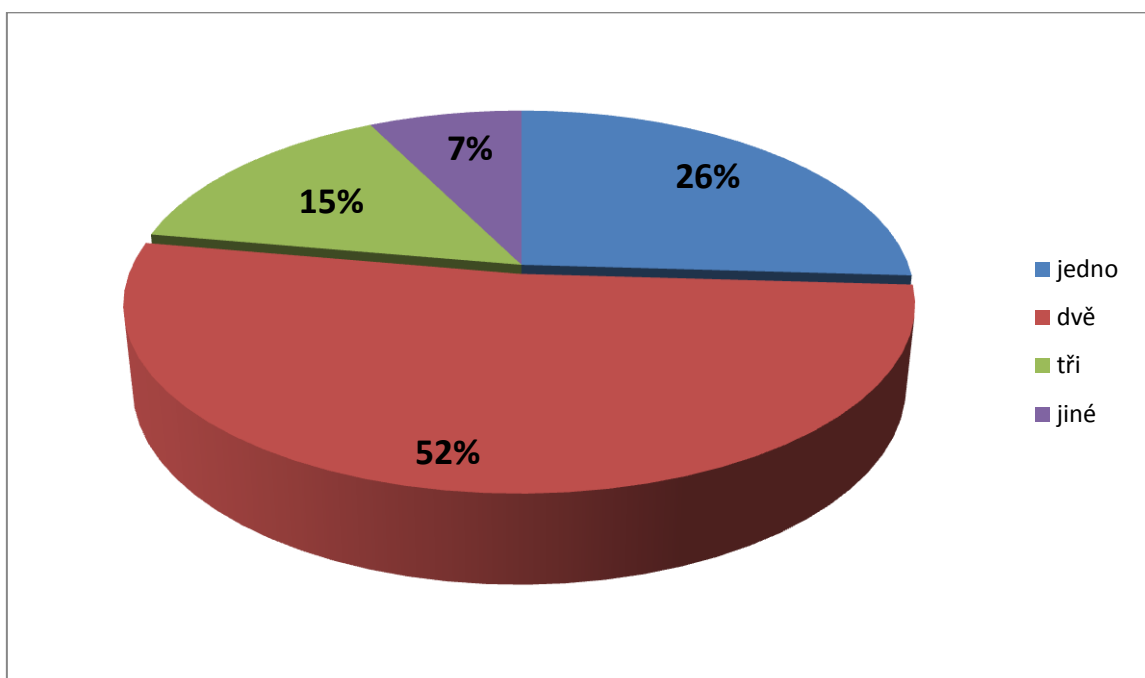
Graf č. 4 Vzdělání

vzdělání	respondenti	Procentní zastoupení
základní	2	7%
vyučena/ý	15	56%
střední odborné bez maturity	3	11%
střední odborné s maturitou	5	19%
vysokoškolské	2	7%
jiné	0	0%
celkem	27	100%

Tabulka č.4 Vzdělání

Otázka č. 4 se zaměřovala na vzdělání rodičů. Nejčetnější skupinu tvořili vyučení rodiče s 56%. Základní a vysokoškolské vzdělání tvořili skupiny se stejným zastoupením 7%. Střední odborné bez maturity mělo 11% dotazovaných. 19% byli rodiče se středním odborným s maturitou.

Otázka č. 5 Počet dětí



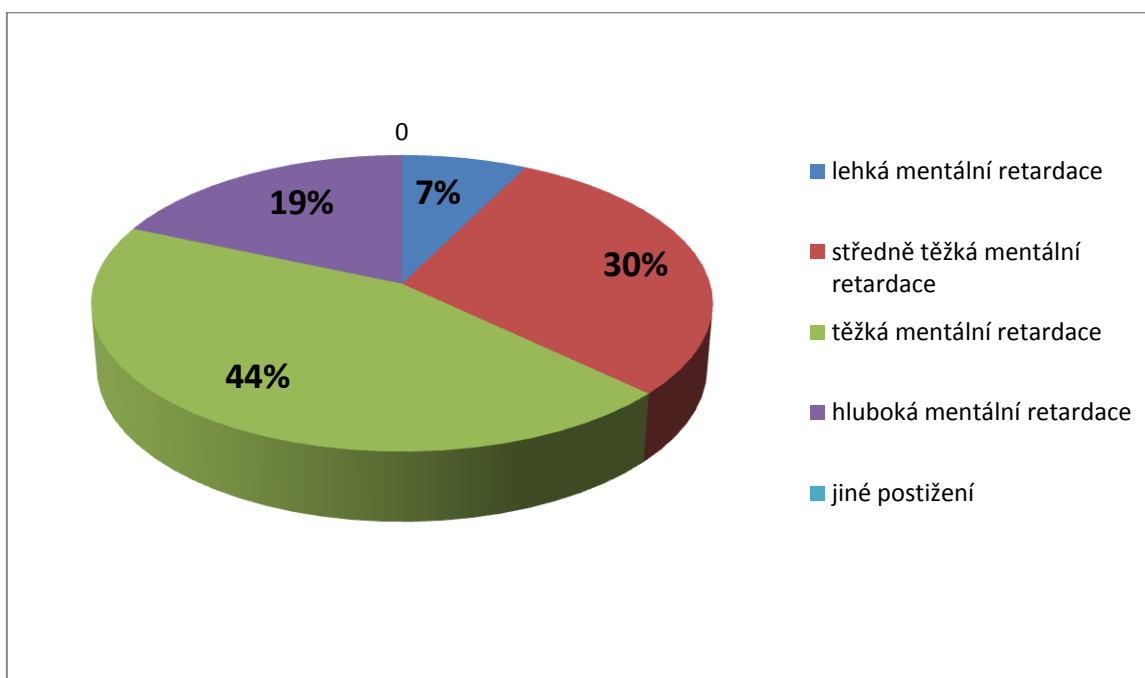
Graf č.5 Počet dětí

počet dětí	respondenti	Procentní zastoupení
jedno	7	26%
dvě	14	52%
tři	4	15%
jiné	2	7%
celkem	27	100%

Tabulka č. 5 počet dětí

V otázce na počet dětí byla nejvíce zastoupená skupina s dvěma dětmi 52%. Skupina s jedním dítětem tvořila celkem 26%. Tři děti má celkem 15% rodičů. Na otázku jiné odpověděli celkem 2 rodiče se zastoupením 7%. Odpovědi na jiné byly: Máme celkem 5 dětí. Z toho 3 vlastní a 2 v pěstounské péči. Druhá odpověď zněla: Máme jednoho syna a pak máme adoptovanou dceru.

Otázka č. 6 Jaký stupeň mentální retardace má diagnostikované Vaše dítě?



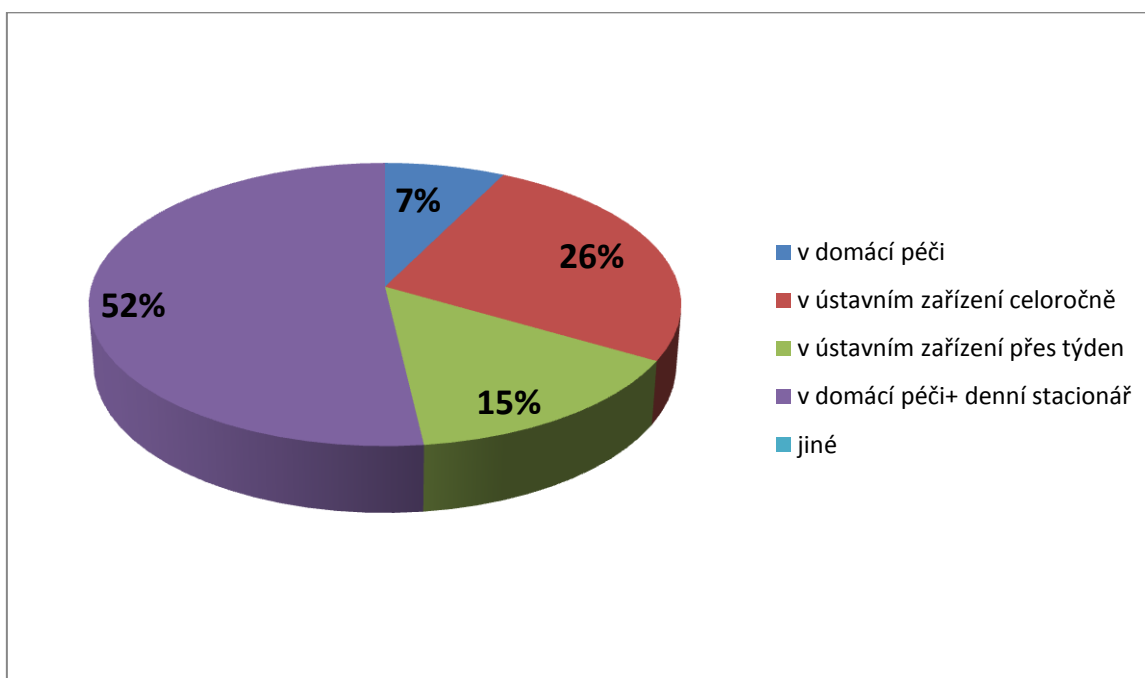
Graf č. 6 Stupeň MR

stupeň MR	respondenti	Procentní zastoupení
lehká MR	2	7%
středně těžká MR	8	30%
Těžká MR	12	44%
Hluboká MR	5	19%
Jiné:	0	0%
celkem	27	100%

Tabulka č. 6 Stupeň MR

V otázce č. 6 jsem se dotazovala na stupeň mentální retardace dětí respondentů. Děti s lehkou mentální retardací tvoří celkem 7%. Se středně těžkou mentální retardací bylo celkem 30% dětí. Těžkou mentální retardací má celkem 44% dětí dotazovaných respondentů. Hlubokou mentální retardací má 19% dětí. Otázka jiné postižení nebyla vyplněna ani jednou.

Otázka č. 7 Máte dítě v domácí a nebo ústavní péči?



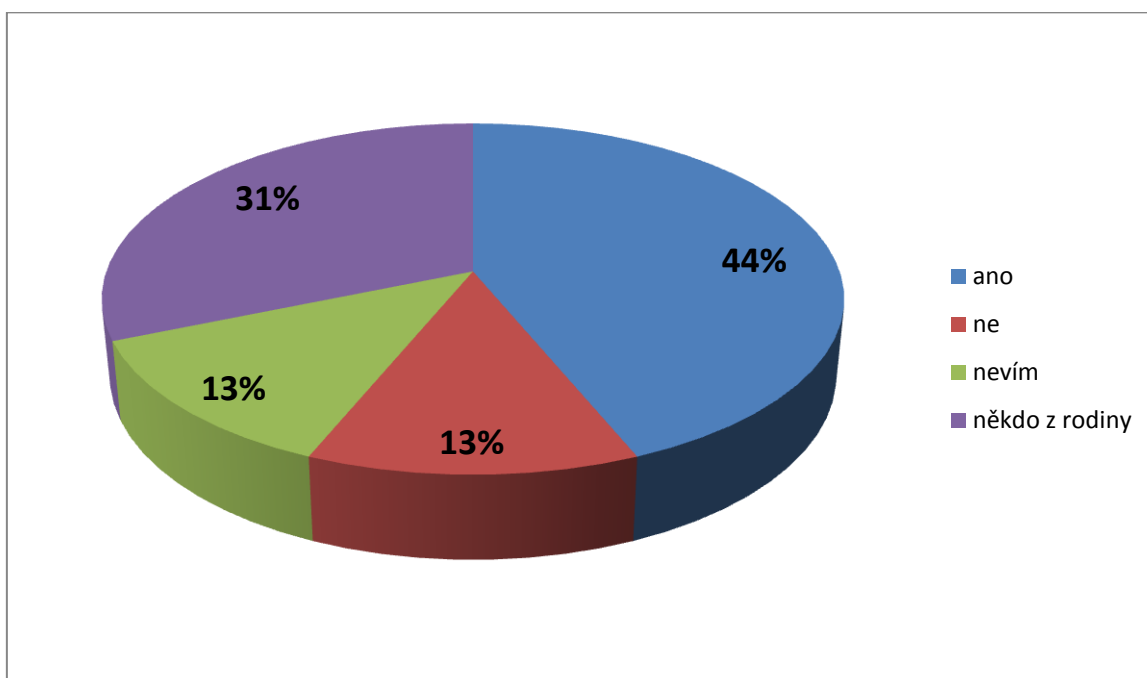
Graf č. 7 domácí x ústavní péče

domáci x ústavní péče	respondenti	Procentní zastoupení
v domácí péči	2	7%
v ústavním celoročně	7	26%
v ústavním přes týden	4	15%
v domácí péči+ denní stacionář	14	52%
Jiné:	0	0%
celkem	27	100%

Tabulka č. 7 domácí x ústavní péče

Cílem této otázky bylo zjistit, kolik rodičů využívá služeb sociálních zařízení či nikoli. V domácí péči má dítě celkem 7% dotazovaných. 26% má dítě umístěné celoročně v ústavním zařízení. V ústavním zařízení přes týden je celkem 15% dětí dotazovaných. Největší skupinu tvoří děti, které jsou v domácí péči, ale dojíždějí do denních stacionářů tj. celkem 52%. Na otázku jiné nebyla žádná odpověď.

Otázka č. 8 Má se kdo postarat o Vaše dítě, když Vy onemocníte?



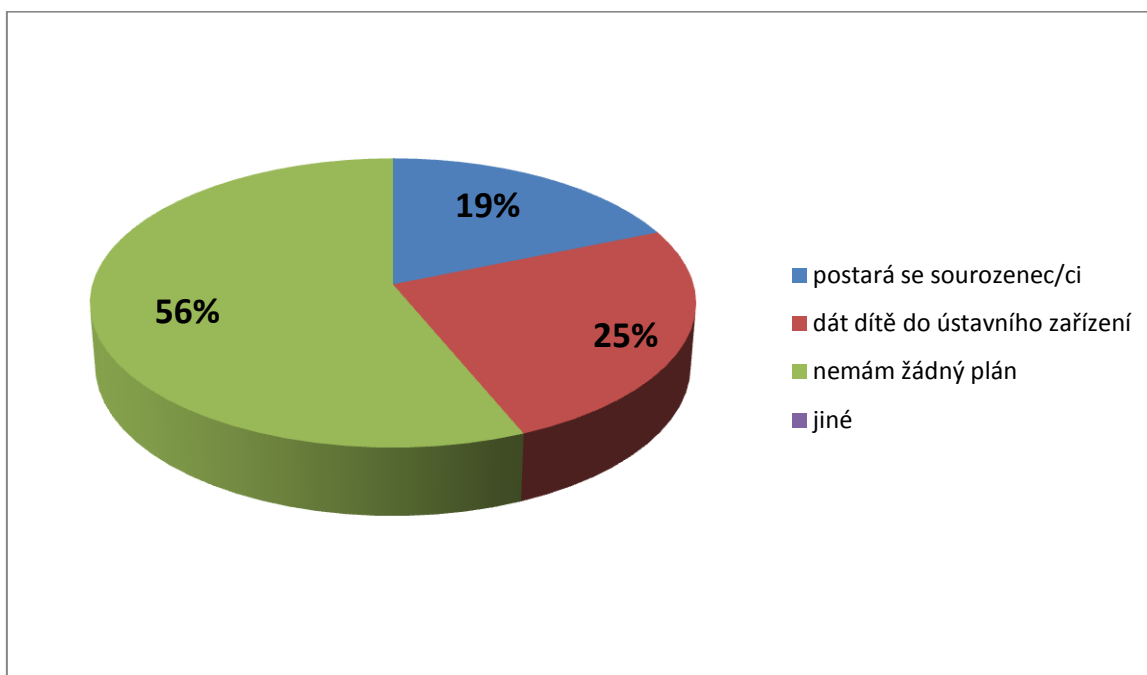
Graf č. 8 Má se kdo postarat o Vaše dítě?

má se kdo postarat o vaše dítě	respondenti	Procentní zastoupení
ano	7	44%
ne	2	13%
nevím	2	13%
někdo z rodiny	5	31%
celkem	16	100%

Tabulka č. 8 Má se kdo postarat o Vaše dítě?

Cílem otázky bylo zjistit, zda mají rodiče podporu od své rodiny nebo okolí, pokud sami rodiče onemocní a nebudou se schopni o své dítě postarat. Celkem 44% rodičů odpovědělo, že se o dítě má kdo postarat. Celkem 13% rodičů nemá nikoho, kdo by jim v případě nemoci mohl pomoci. 13% rodičů neví, zda by jim někdo pomohl-ještě takovou situaci nemuseli řešit. Celkem 31% má podporu rodiny, která by se byla schopna o dítě postarat.

Otázka č. 9 V případě, kdy se nebudete moci o vaše dítě již starat (v důsledku stáří, nemoci nebo smrti)



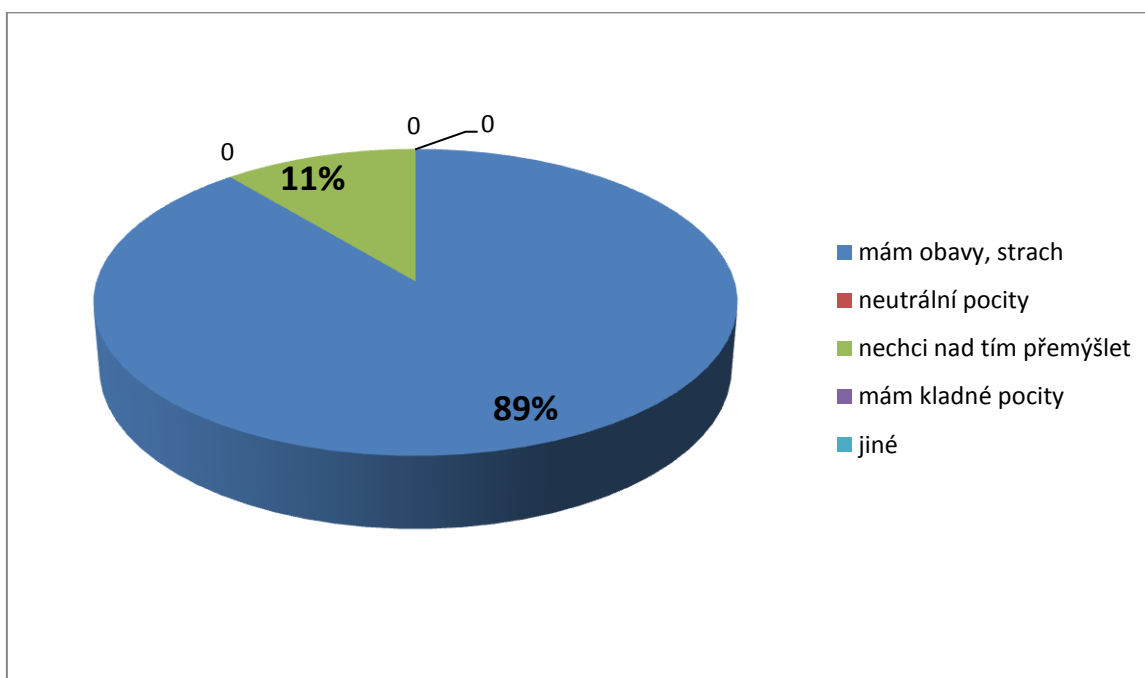
Graf č. 9 V případě nemoci, stáří, smrti

když se už o dítě nebudete moci starat	respondenti	Procentní zastoupení
postará se sourozenec/ci	3	19%
Dát dítě do ústavního zařízení	4	25%
nemám žádný plán	9	56%
jiné	0	0%
celkem	16	100%

Tabulka č. 9 V případě nemoci, stáří, smrti

Cílem otázky bylo zjistit, zda přemýšlejí nad tím, že se o své dítě nebudou moci už jednou starat a zda tuhle otázku řeší nebo ne. Popřípadě, zda ji už mají vyřešenou. Z otázky vyplynulo, že více jak polovina rodičů 56% nemá ještě otázku vyřešenou -nemají žádný plán. 25% rodičů chtějí v případě, že už se o dítě nepostarají sami, dát dítě do ústavního zařízení. 19% uvedlo, že se o postižené dítě postarají v případě, že rodiče už nebudou moc sourozenci postižených dětí. Celkem odpovídalo 16 rodičů.

Otázka č. 10 Jaké pocity máte při představě budoucnosti Vašeho dítěte



Graf č. 10 Pocity z budoucnosti postiženého dítěte

pocity při představě budoucnosti postiženého dítěte	respondenti	Procentuální zastoupení
mám obavy, strach	24	89%
neutrální pocity	0	0%
nechci nad tím přemýšlet	3	11%
mám kladné pocity	0	0%
jiné	0	100%
celkem	27	100%

Tabulka č. 10 Pocity z budoucnosti postiženého dítěte

Při otázce, jaké mají rodiče pocity při pomyšlení na budoucnost svých postižených dětí převládají u rodičů obavy a strach a ve velkém procentuálním zastoupení a tj. 89%. Dále 11% rodičů nechce nad budoucností potomka přemýšlet. Neutrální, kladné a ani jiné odpovědi v dotazníku nebyly zaznamenány.

Otázka č. 11 Jak by jste si přáli, aby o Vaše dítě bylo postaráno v případě, že se už o dítě nebudete schopni sami postarat?....

Na tuhle otázku mi odpověděli celkem 3 rodiče.

První respondent: Mám těžce postiženého syna, který má ke svému postižení spoustu dalších nemocí. Vím, že syn umře dřív jak já a jsem s tím smířena. Popravdě si nedokážu představit, že bych ho měla „dát“ do jakéhokoli zařízení u nás v kraji. Péče v ústavech je stále na hrozně úrovni. A ani si nepřeji, aby se o syna starala jeho sestra. Má svůj život a nebude přeci přebírat v tak mladém věku odpovědnost za mě.

Druhý respondent: Jelikož už jsme s manželem ve věku, kdy je péče o naše dítě již náročná, hledali jsme, zda existuje zařízení, konkrétně myslíme pro seniory, kde by dcera mohla být s námi a bylo postaráno jak o nás tak o ní. Bohužel neexistuje žádné takové zařízení. Naše děti slíbili, že se o dceru postarají, kdybychom náhodou nemohli.

Třetí respondent: Opravdu nevím! Stát není schopen se postarat o naše děti a stará se o vše ostatní!

Výsledky nejčastějších odpovědí: 1. Nejvíce odpovídali matky

2. rodiče v rozmezí 50-60 let

3. Rodiče jsou nejčastěji v manželství

4. Rodiče jsou převážně vyučení

5. Nejčastěji mají rodiče dvě děti

6. Děti nejčastěji má těžkou mentální retardaci

7. V domácí péči + denní stacionář

8. Má se o dítě kdo postarat

9. Nemám do budoucna žádný plán

10. Mám z budoucnosti obavy a strach

6 Závěry výsledků šetření

Průzkum byl prováděn pomocí anonymní dotazníkové metody. Dotazník vyplňovali rodiče mentálně postižených dětí. Po zpracování jsme měli možnost získat následující výsledky. Dotazník převážně vyplňovali matky postižených dětí. Otcové se v dotazníku také zapojili, i když v menším procentním zastoupení. Z dotazníku máme možnost vyčíst, že nejvíce rodičů, kteří vyplňovali dotazník, měli věk od 50 do 60 let. Více jak polovina rodičů je v manželském svazku, avšak více jak třetina je rozvedená. V dotazníku můžeme vidět, že více jak polovina rodičů je vyučená a jen pouhých 7% rodičů má vysokoškolské vzdělání. Většina dotazovaných respondentů má dvě děti. Z toho dva rodiče napsali, že mají ještě další dítě buď v adopci, nebo pěstounské péči. Těžce mentálně postižené děti jsou v největším zastoupení, hned po těžkém mentálním postižení je středně těžká mentální retardace. Nejvíce rodičů má dítě v domácí péči, avšak dováží nebo doprovází dítě do denního stacionáře, tahle skupina má více jak poloviční zastoupení. Na otázku, pokud rodiče onemocní, zda se má kdo postarat o jejich dítě, odpověděla většina, že ano. V případě, že se rodiče už o své dítě nebudou moci starat z důvodu nemoci, stáří či smrti rodiče zatím nemají převážně žádný plán, kdo by se o dítě postaral. Při představě budoucnosti postižených dětí mají rodiče z budoucnosti potomka obavy a strach a to skoro ve většinovém zastoupení. Na otázku, jak by si představovali, že o jejich dítě bude pečováno v budoucnu, odpověděli jen tři rodiče a to jak v kladném, tak negativním smyslu. Cíle, které byly před průzkumným šetřením stanoveny, byly podle zjištěných výsledků naplněny.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak rodiče vidí budoucnost mentálně postižených dětí. V teoretické části bylo cílem shromáždit teoretické a odborné znalosti a informace k tomuto tématu. V praktické části byl cíl zjistit, jak si rodiče představují budoucnost svého mentálně postiženého dítěte.

Bakalářská práce obsahuje celkem čtyři části. První tři části jsou obsaženy v teoretické části. První kapitola se zaměřuje na mentální retardaci, jeho vymezení, klasifikaci, etiologii a dělení. Další kapitola je zaměřená na adaptaci rodičů s mentálně postiženým dítětem, na rodinu obecně, na rodinu s postiženým dítětem, na zjištění, že se narodilo rodičům postižené dítě. Také se zaměřuje na výchovné postoje rodičů a na budoucnost dětí s mentálním postižením. Další kapitola se zaměřuje na sociální služby, formy poskytování sociálních služeb a na základní činnosti při poskytování služeb. Dále na sociální služby poskytované mentálně postiženým.

V praktické části je obsažena analýza výsledků průzkumu a metodologická východiska. Cílem bylo zjistit, budoucnost dětí s mentálním postižením v představách jejich rodičů. Nejvíce vyplynulo, že rodiče mají strach a obavy o budoucnost svých mentálně postižených dětí. Z výsledků také vyplývá, že rodiče převážně zatím neví, co s dítětem bude, pokud se sami rodiče už o dítě nebudou moci postarat.

Po zhodnocení výsledků bychom mohli doporučit, aby se rodiče více zajímali i o budoucnost svých postižených potomků a zjistili, jaké mají možnosti, popř. pokud budou dítě chtít umístit do ústavního zařízení, jak zařízení pracuje apod.

Seznam použité literatury

BAJO, Ivan a Štefan VAŠEK. Pedagogika mentálne postihnutých: psychopédia. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.

BAZALOVÁ, Barbora. Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

CHVÁTALOVÁ, Helena. Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0054-3.

JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.

MICHALÍK, Jan. Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3643-2

PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MICHALÍK, Jan. Rodiče a dítě se zdravotním postižením (nejen) na základní škole: speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se vzácnými onemocněními .. Vyd. 1. Čáslav: Studio Press pro Společnost pro MPS, 2013. ISBN 978-80-86532-29-5.

Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10. Vyd. 3. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992.

OPATŘILOVÁ, Dagmar (ed.). Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1073-7

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

SVOBODA, Pavel. Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3067-6.

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

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. Psychopedie: [teoretické základy a metodika]. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. Škola rodičů. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-29-5.

Internetové zdroje:

Sociální služby [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>

Mentální retardace [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/200065/pedf_b/1_cast.txt

Seznam příloh

Příloha č.1 – Seznam grafů

Příloha č.2 – Seznam tabulek

Příloha č.3 - Dotazník

Příloha č. 1 – Seznam grafů

Graf č. 1: Vaše role v rodině

Graf č. 2: Věk rodičů

Graf č. 3: Rodinný stav

Graf č. 4: Vzdělání

Graf č. 5: Počet dětí

Graf č. 6: Stupeň MR

Graf č. 7: Domáci x ústavní péče

Graf č. 8: Má se kdo postarat o Vaše dítě

Graf č. 9: V případě nemoci, stáří, smrti

Graf č. 10: Pocity z budoucnosti postiženého dítěte

Příloha č.2 – Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Role v rodině

Tabulka č. 2: Věk rodičů

Tabulka č. 3: Rodinný stav

Tabulka č. 4: Vzdělání

Tabulka č. 5: Počet dětí

Tabulka č. 6: Stupeň MR

Tabulka č. 7: Domácí x ústavní péče

Tabulka č. 8 Má se kdo postarat o Vaše dítě?

Tabulka č. 9: V případě nemoci, stáří, smrti

Tabulka č. 10: Pocity z budoucnosti postiženého dítěte

Příloha č.3 - Dotazník

Dobrý den, jsem studentka na Univerzitě Palackého v Olomouci. Studuji obor Speciální pedagogika-dramaterapie.

Milí rodiče, potřebovala bych od Vás vyplnění mého dotazníku k mé bakalářské práci na téma: Budoucnost dětí s mentálním postižením v představách jejich rodičů. Vím, že tohle téma je mezi Vámi hodně diskutované, ale zároveň je hodně citlivé. Proto jsem zvolila formu anonymního dotazníku. Předem děkuji za váš čas při vyplňování dotazníků.

Vyplněné dotazníky mi zašlete prosím na e-mail Mijunka2@seznam.cz nebo předejte paní I. Ježíškové. Pokud budete mít zájem o výsledky dotazníků, tak mě kontaktujte na výše uvedený e-mail. Děkuji moc. Mičková Miroslava

1) Vaše role v rodině

- a) Matka
- b) Otec
- c) Jiné:

2) Jaký je váš věk?

- a) 20-30
- b) 30-40
- c) 40-50
- d) 50-60
- e) 60-70
- f) 70 a více

3) Jaký je váš rodinný stav?

- a) Vdaná/ženatý
- b) Rozvedená/ý
- c) Svobodná/ý
- d) Vdova/ Vdovec

4) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) Základní
- b) Vyučená/ý
- c) Střední odborné bez maturity
- d) Střední odborné s maturitou
- e) Vysokoškolské
- f) Jiné:

5) Počet dětí

- a) Jedno
- b) Dvě
- c) Tři
- d) Jiné:

6) Jaký stupeň mentální retardace má diagnostikované Vaše dítě:

- a) Lehká mentální retardace
- b) Středně těžká mentální retardace
- c) Těžká mentální retardace
- d) Hluboká mentální retardace
- e) Jiné postižení:

7) Máte dítě v domácí péči nebo ústavní?

- a) Mám dítě čistě jen v domácí péči
- b) Mám dítě v ústavním zařízení celoročně
- c) Mám dítě v ústavním zařízení jen přes týden
- d) Mám dítě v domácí péči -navštěvuje denní stacionáře
- e) jiné:

8) Má kdo se postarat o Vaše dítě, když Vy onemocníte? Pokud máte dítě v ústavní péči celoročně, přeskočte na otázku č. 10

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, zatím taková situace nenastala
- d) Někdo z rodiny
- e) Jiné:

9) V případě, kdy se nebudete moct o vaše dítě již starat (v důsledku stáří, nemoci nebo smrti)

- a) Se o dítě se postará sourozenec postiženého dítěte
- b) Mám v plánu dát dítě do ústavního zařízení
- c) Nemám zatím žádný plán
- d) Jiné:

10) Jaké pocity máte při představě budoucnosti Vašeho dítěte

- a) Mám obavy/strach
- b) Neutrální pocity
- c) Nechci nad tím přemýšlet
- d) Mám kladné pocity
- e) Jiné:

11) Jak byste si přáli, aby o Vaše dítě bylo postaráno v případě, kdy se o dítě již nebudete moci sami starat?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Miroslava Mičková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Dominik Polínek PhD
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Budoucnost dětí s mentálním postižením v představách jejich rodičů
Název v angličtině:	The future of children with mental disabilities in the imagination of their parents
Anotace práce:	Bakalářská práce s názvem „Budoucnost dětí s mentálním postižením v představách jejich rodičů“ obsahuje vymezení pojmu mentální retardace, jeho klasifikaci a etiologii a dělení. Dále se text zaměřuje na rodinu s mentálně postiženým dítětem, na adaptaci rodičů na narození mentálně postiženého dítěte, výchovné přístupy rodičů a základní potřeby rodiny s postiženým dítětem. Teoretická část je dále zaměřena na sociální služby, jejich formy, zařízení a činnosti. Praktická část obsahuje vypracovaný dotazník, který je zaměřený na to jak rodiče mentálně postižených dětí plánují jejich budoucnost.
Klíčová slova:	mentální retardace, rodina s dítětem s postižením, sociální služby, dotazník
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis entitled „The future of children with mental disabilities in the minds of their parents” contains a definition of mental retardation, its classification and etiology and division. Furthermore, the text focuses on the family of a mentally disabled child, parents adaptation for the birth of a mentally disabled child, educational approach of parents and the basic needs of families with a disabled child. The theoretical part is focused on social services, their forms, facilities and activities. The practical part contains elaborate questionnaire, which focused on how parents of mentally disabled children plan their future.
Klíčová slova v angličtině:	mental retardation, a family with a child with disabilities, social services, questionnaire
Přílohy vázané v práci:	Dotazník
Rozsah práce:	40 stran
Jazyk práce:	Český