

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Magisterské, kombinované štúdium

2010 - 2012

Diplomová práca

Bc. Lucia Gonščáková

Rodina a jej vplyv na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa

Praha 2012

Vedúci práce: Mgr. Denisa Štefková, PhD.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master, Combined Studies

2010 - 2012

Diploma Thesis

Bc. Lucia Gonščáková

Family and its impact on personality mentally
handicapped child

Prague 2012

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Denisa Štefková, PhD.

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Literatúru a všetky ostatné zdroje, z ktorých som pri spracovávaní čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa 12.2. 2012

Bc. Lucia Gonščáková

Pod'akovanie

Chcela by som pod'akovať konzultantke mojej diplomovej práce Mgr. Denise Štefkovej, PhD., za jej odborné vedenie, metodickú pomoc a cenné rady, ktoré mi poskytla pri jej spracovaní. Ďalej by som chcela pod'akovať pedagógom a pani psychologičke zo Špeciálnej školy v Čadci, za ich vrelú pomoc pri realizovaní výskumu a ochotný prístup.

Anotácia

Táto diplomová práca sa zaoberá vplyvom rodiny na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa. Je spracovaná na úrovni teoreticko-empirickej. V teoretickej časti sa venujeme mentálnej retardácii, jej etiológii, prevencii, klasifikácii, rodine, jej funkciám, podmienkam úspešnej výchovy. Tieto poznatky využívame v praktickej časti, kde skúmame vplyv rodiny na osobnosť dieťaťa s mentálnou retardáciou.

Kľúčové pojmy

Dieťa s mentálnym postihnutím

Funkcie rodiny

Mentálna retardácia

Rodina

Výchovný štýl

Annotation

This diploma thesis is concerning with family impact on personality mentally handicapped child. It is worked on the theoretical-empirical level. In the theoretical part we are paying attention to cephalonia, its aetiology, prevention, classification, family, its functions, conditions of successful education. This knowledge we are using in empirical part where we are exploring family impact on personality mentally handicapped child.

Key words

Cephalonia

Educational style

Family

Functions of family

Mentally handicapped child

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČASŤ	
1. Mentálna retardácia	10
1.1 Etiológia mentálnej retardácie	12
1.2 Klasifikácia mentálnej retardácie	15
1.3 Formy mentálneho postihnutia	19
1.4 Prevencia vzniku mentálneho postihnutia	24
2. Utváranie osobnosti mentálne postihnutých detí	26
2.1 Zvláštnosti detí s mentálnym postihnutím	29
3. Rodina	32
3.1 Funkcie rodiny	33
3.2 Podmienky rodiny ovplyvňujúce výchovu detí	40
3.3 Narodenie sa mentálne postihnutého dieťaťa do rodiny	43
3.4 Reakcie rodičov na narodenie sa dieťaťa s mentálnym postihnutím ...	45
3.5 Spôsoby prijatia mentálne postihnutého dieťaťa rodičmi	47
3.6 Formy výchovy dieťaťa s mentálnou retardáciou	48
3.7 Výchovné chyby	53
3.8 Súrodenci a dieťa s mentálnym postihnutím	55
PRAKTICKÁ ČASŤ	
4. Cieľ prieskumu	60
4.1 Charakteristika prieskumnej vzorky	60
4.2 Metódy zbierania dát	61
4.3 Zber a spracovanie údajov	61
4.4 Interpretácia údajov	64
4.5 Zhrnutie a odporúčania	65
ZÁVER	67
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV	68
ZOZNAM OBRÁZKOV, TABULIEK A GRAFOV	73

ÚVOD

„U môjho priateľa visia na stene poškodené hodiny, ktoré sa už nedajú opraviť. Keď som sa ho opýtal, prečo ich nevyhodil, odpovedal, že mu dva razy za deň ukazujú presný čas.

Na jeho hodiny si spomeniem vždy, keď sa o niekom tvrdí, že nie je na nič súci.“

Max Kašparů

Na svete žije veľa ľudí. Všetko sa to začína narodením sa dieťaťa do rodiny, ktorá následne človeka sprevádza celý jeho život. Je to primárna skupina človeka, ktorú si nikto nemôže vybrať sám, no ona stojí za jeho vývinom, rozvojom jeho osobnosti, výberom hodnôt. Každý jedinec prechádza zložitým vývinom, pri ktorom sú mu nápomocní jeho najbližší, jeho rodina. Je to jedinečný proces, ovplyvňovaný rôznymi faktormi, na ktorých závisí finálna verzia osobnosti človeka. Rodina má v spoločnosti veľký význam, má spĺňať viaceré funkcie, očakáva sa od nej určitý prínos pre spoločnosť. Ktosi raz povedal: „Dieťa je ako nepočmáraná tabuľa. Hlavne na rodine záleží, čo na nej bude napísané.“ Tento citát je pravdivý, keďže prvé roky života trávi dieťa iba v rodine, kde si osvojuje morálne hodnoty, modely správania, charakterové vlastnosti. Toto sa deje za dozoru rodičov, ktorí sú vzorom pre svoje dieťa a vychovávajú ho. Sú pre dieťa autoritou, ktorá mu ukazuje, čo sa môže, čo nie, čo je dobré a čo sa od neho očakáva. Ak rodina svoju úlohu a funkcie zanedbá, poznačí to dieťa natrvalo.

Ak sa do rodiny narodí dieťa s mentálnym postihnutím, má rodina stonásobne sťažené plnenie svojich funkcií a úloh, no treba si uvedomiť, že práve takéto dieťa potrebuje, aby sa mu rodičia ešte viac venovali, boli mu pozitívnym vzorom, zaujímali sa o jeho zdravotný stav a pomáhali mu s maximálnym možným rozvojom jeho osobnosti.

Pre deti s mentálnym postihnutím je typický iný emocionálny vývoj, charakter, záujmy, vlastnosti a iné. Majú problémy s logickým a abstraktným myslením, pamäťou, pozornosťou, rečou. Sú tvrdohlaví, ľahko ovplyvniteľní

a po viacerých stránkach nevyspelí. Vplyvom vonkajších faktorov môže u takýchto detí dôjsť až k rizikovému správaniu.

Cieľom tejto práce je objasniť vplyv rodiny na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa. Vplyv rodiny môže byť pozitívny alebo negatívny, podľa toho, či spĺňa svoje funkcie a podmienky, či v rodine prevláda vhodný výchovný štýl a rodičia sa venujú svojmu dieťaťu do takej miery, ako potrebuje.

Práca je rozdelená na štyri kapitoly. Prvá kapitola sa zaoberá mentálnou retardáciou, jej klasifikáciou, etiológiou a taktiež aj jej prevenciou. Vymedzuje aj rôzne formy mentálnej retardácie. V druhej kapitole sa pojednáva o individuálnych zvláštnostiach detí s mentálnou retardáciou, o utváraní ich osobnosti. V ďalšej kapitole sa rozoberá rodina, funkcie a podmienky, aké by mala spĺňať. Navyše sa tu rozoberajú aj spôsoby prijatia dieťaťa do rodiny, reakcie rodičov na narodenie sa dieťaťa s mentálnym postihnutím, výchovné chyby v rodine a nezabúda sa ani na súrodencov a ich vzťah k deťom s mentálnym postihnutím. V poslednej štvrtej kapitole, je spracovaná praktická časť, kde je ako prieskumná metóda zvolený rozhovor. Obsahuje interpretácie rozhovorov, charakteristiku prieskumnej vzorky, cieľ prieskumu, zhrnutie a takisto aj odporúčania pre prax.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. MENTÁLNA RETARDÁCIA

V dejinách sa pohľad na postihnutých jedincov a samotné postihnutie menil. Kedysi postihnutých označovali ako posadnutých diablom, zlými duchmi. Postihnutie považovali za chorobu, preto ich museli segregovať, aby sa nenakazili. V dnešnej dobe ide o integráciu postihnutých jedincov do spoločnosti. Staršie názvy oligofrénia a slabomyseľnosť vymenili novšie pojmy mentálne postihnutie a mentálna retardácia. Tento pojem je odvodený z latinského **mentis** – myseľ, rozum a **retardatio** – zaostávanie, oneskorenie, spomalenie. Pre oneskorenie rozumového vývoja existuje viacero definícií. „Za postihnutého jedinca považujeme takého človeka, ktorý má v sociálnom uplatnení ťažkosti vyplývajúce z nedostatku alebo deficitu orgánu, jeho funkcie alebo procesu.“ (http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=rodina%20a%20ment%C3%A1lne%20postihnut%C3%A9%20die%C5%A5a&source=web&cd=5&sqi=2&ved=0CDcQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.fedu.uniba.sk%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Feditors%2Fkp_Peternai%2Frodinna_vychova%2FSR7.ppt&ei=zvIWT6aGKc_9sgaEgeVJ&usg=AFQjCNFbZIABE2S9odDDvocFhDbIfMZETg) Vágnerová (2004, s.146) definuje „postihnutie ako neschopnosť dosiahnuť zodpovedajúci stupeň intelektového vývoja (menej ako 70% normy), napriek tomu, že bol jedinec prijateľným spôsobom výchovne stimulovaný. Nízka úroveň inteligencie býva spojená so znížením či zmenou ďalších schopností a odlišností v štruktúre osobnosti.“ Matulay (1986, s. 23) hovorí, že „mentálna retardácia je stav špeciálne charakterizovaný subnormálnou inteligenciou takého stupňa a povahy, že osoba potrebuje lekárske liečenie, starostlivosť a cvičenie.“ „Mentálna retardácia je vývojová porucha integrácie psychických funkcií rôznej hierarchie s variabilnou ohraničenosťou a celkovou subnormálnou inteligenciou, závislá na niektorých z týchto činiteľov: na nedostatkoch genetických vlôh; na porušenom stave anatomicko-fyziologickej štruktúry a funkcie mozgu a jeho zrenia; na

nedostatočnom nasycovaní základných psychických potrieb dieťaťa vplyvom deprivácie senzorickej, emočnej a kultúrnej; deficitnom učení; zvláštnostiach vývoja motivácie, predovšetkým negatívnych skúsenostiach jedinca po opakovaných stavoch frustrácie a stresu; na typologických zvláštnostiach vývoja osobnosti. “ (Dolejší, 1974, s. 34) „Podstatou mentálneho postihnutia a mentálnej retardácie je abnormálny vývin mozgu a CNS.“ (http://www.ratolesti.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=38:osoby-s-mentálnym-postihnutim&catid=4:mentálne-postihnutie&Itemid=8) „Pod pojem mentálna retardácia musíme zhrnúť poruchy vyvolané nerovnakými príčinami, ktoré vedú k takému spomaleniu duševného vývoja dieťaťa, že mu znemožňuje vzdelávanie bežného typu, hendikepujú ho sociálne, v extrémnych prípadoch robí dieťa nevzdeláateľným a neschopným sociálnej sebestačnosti. “ (Matoušek, 1993, s. 97) Človek s mentálnym postihnutím je svojský subjekt, ktorý má charakteristické osobné črty, vlastné ľudské potreby a problémy. Miera a hĺbka postihnutia je u nich individuálna. Aj napriek tomu má väčšina z nich spoločné znaky, ktorých modifikácia záleží na type, hĺbke a rozsahu mentálnej retardácie, na miere postihnutia jednotlivých funkcií:

- Znížená schopnosť vyvodzovania logických vzťahov
- Spomalená chápacosť
- Rozptýlená pozornosť
- Strata logickej pamäti
- Poruchy pohybovej koordinácie a vizuomotoriky
- Citová vzrušivosť
- Hyperaktivita alebo spomalenosť správania, impulzivnosť
- Neobratnosť vo vyjadrovaní, nedostatočná slovná zásoba
- Nerovnováha výkonov a aspirácií
- Poruchy v interpersonálnych skupinových vzťahoch a komunikácii
- Znížená prispôsobivosť k sociálnym požiadavkám.

„Za mentálne retardovaných sa považujú takí jedinci, u ktorých dochádza k zaostávaniu vývoja rozumových schopností, k odlišnému vývoju niektorých psychických vlastností a k poruchám v adaptačnom chovaní. Príčinou mentálnej retardácie je organické poškodenie mozgu, ktoré vzniká v dôsledku

štrukturálneho poškodenia mozgových buniek alebo abnormálneho vývoja mozgu.“ (Švarcová, 2006, s. 28)

V dnešnej spoločnosti sa rozlišujú pojmy poškodenie, obmedzenie a hendikep. „*Poškodenie ako strata či abnormalita anatomických štruktúr a fyziologických funkcií môže, ale nemusí byť sprevádzaná obmedzením schopnosti vykonávať normálne činnosti.*“ (Pešová, Šamalík, 2006, s. 22) Z poškodenia vyplýva hendikep, ktorý je charakterizovaný nezhodou medzi individuálnym očakávaním jedinca a jeho výkonom. Je to pre daného človeka nepriaznivá situácia, ktorá mu znemožňuje alebo obmedzuje plnenie úloh. (http://www.social.group4.sk/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=67&Itemid=27)

1.1 Etiológia mentálnej retardácie

Pri narodení dieťaťa s mentálnym postihnutím sa rodičia aj okolie sústreďa na zistenie príčiny postihnutia. Chcú vedieť, kto je za to zodpovedný. Avšak vinníkom nie je nikto. K vzniku mentálneho postihnutia vedie mnoho rôznorodých príčin, ktoré sa vzájomne prelínajú. Normálny vývoj mozgu riadia gény. Ich mutáciou vzniká vývojová porucha mozgu, čiže aj mentálna retardácia. Podľa toho, či je mentálna retardácia podmienená organicky alebo sociálne, rozlišujeme **oligofréniu, demenciu a sociálne podmienenú mentálnu retardáciu.**

Oligofrénia je oneskorenie duševného vývoja, stav zapríčinený difúznou poruchou mozgu v prenatalnom, perinatálnom alebo ranom postnatálnom období, čo znamená oneskorenie psychického vývoja na vrozenom alebo dedičnom podklade. Oligofrén je nápadný svojmu okoliu zjavom aj konaním. (http://www.pppgalanta.psychology.sk/program_mr.pdf) Medzi faktory vzniku oligofrénie patria:

- 1) **exogénne faktory** – ide o včasné poškodenie mozgu. Často sa vyskytujú kombinácie viacerých faktorov, pričom stanoviť primárny faktor nie je jednoduché. Exogénne

činitele pôsobia na plod od jeho počatia, počas celého tehotenstva, pôrodu a v ranom detstve. Tieto činitele však môžu fungovať iba ako spúšťače prejavov dedičnosti. Podľa času vzniku ich delíme na:

- a) **prenatálne faktory** - *infekcia matky* – najzávažnejšia je v prvých troch mesiacoch tehotenstva. Infekčné choroby matky sa prenášajú na plod, keďže placenta ho nedokáže absolútne ochrániť. Ak matka ochorie na začiatku tehotenstva, vzniká veľká pravdepodobnosť mentálnej retardácie u dieťaťa. Ak ochorie v posledných dvoch mesiacoch tehotenstva, riziko mentálneho postihnutia je nízke. Patria tu zápal mozgových blán, toxoplazmóza.
 - *vplyv liekov* – lieky prechádzajú placentou v takmer nezmenenej forme. Môžu vyvolať odumretie plodu, potrat, zapríčiniť vrodené metabolické a vývojové chyby, vyvolať vznik neskorších porúch.
 - *ionizujúce a röntgenové žiarenie* – majú teratogénny účinok.
- b) **perinatálne faktory** – *mechanické účinky pôrodu* – môže vzniknúť ruptúra kostí lebky, čoho následkom môže byť intracerebrálne krvácanie.
 - *intranatálna asfyxia* – predčasné odlúčenie placenty, poškodenie dýchacieho centra, krvácanie do mozgového kmeňa, vrodené srdcové alebo cievne malformácie.
 - *nedonosenosť* – dieťa s hmotnosťou menšou ako 2500g alebo narodené skôr ako v 37. týždni sa pokladá za nedonosené.

c) **postnatálne faktory** – *úrazy* – vyvolávajú len ľahšie stupne mentálnej retardácie, patrí tu napríklad poškodenie mozgu pri pôrode alebo v období po ňom.

- *nedostatočná výživa*,
- *neuroinfekcie* – majú veľký vplyv na vznik mentálnej retardácie.

2) **endogénne - genetické faktory** – príčiny, sú už v pohlavných bunkách, ktorých spojením vznikne nový jedinec.

- *mutácie* = náhle zmeny génov. Mutácie vznikajú v gamétach starších žien. Ďalším zdrojom mutácií sú chemické mutagény, lieky, ionizujúce žiarenie.

Dochádza k zmene nukleotidov v molekule DNA.

- *génové mutácie* – fenylketonúria – ide o enzýmový defekt. Sú to poruchy metabolizmu bielkovín, cukrov a tukov.

- *aberácie chromozómov* – Downov syndróm. Táto genetická porucha začína na začiatku tehotenstva, veľká časť postihnutých umiera v prvých týždňoch. (Švarcová, 2006, s. 28-31)

3) **sociálne faktory** – niektorí autori si myslia, že nepriaznivé sociálne podmienky nemôžu sami o sebe spôsobiť mentálne postihnutie, no iní hovoria o vzniku mentálnych retardácií ako o dôsledku sociokultúrnej deprivácie. Jedným z patogénnych činiteľov je aj vplyv alkoholizmu. Dá sa skúmať z dvoch hľadísk. V čase počatia dieťaťa mohli rodičia trpieť alkoholizmom alebo môžeme skúmať vplyv alkoholizmu ako sociálneho činiteľa v rodine. (Matulay, 1982, s.18-30)

Demencia je dôsledok poškodenia mozgu, proces zastavenia normálneho mentálneho vývinu, po druhom roku veku dieťaťa. Môže vzniknúť po úraze mozgu, po rôznych ochoreniach, ktoré narušili, zastavili alebo zvrátili dovtedy normálny vývoj jedinca. Rozlišujeme dva typy demencie. **Celková**

demencia zasahuje všetky rozumové schopnosti a **čiasťočná** postihuje len niektoré zložky intelektu.

Vyskytujú sa aj stavy **pseudooligofrénie**, a to u osôb, u ktorých došlo k zaostávaniu vývoja rozumových schopností z iných dôvodov ako je poškodenie mozgu, napríklad u výchovne zanedbaných detí. Označuje sa aj ako sociálna oligofrénia, pseudodebilita, sociálna slabomyseľnosť, sociálna debilita. „V extrémne nevhodnom sociálnom prostredí, pri extrémnej výchovnej a vzdelávacej zanedbanosti, pri nesprávnej výchove alebo absencii výchovy môžu natoľko retardovať mentálne funkcie, že v zmysle disproporcie chronologického a mentálneho veku môže dieťa zostúpiť až do pásma mentálnej retardácie.“ (Bajo, Vašek, 1994, s. 43) Hlavné deprivatívne faktory, ktoré priamo ovplyvňujú mentálnu, osobnostnú, emocionálnu a sociálnu úroveň dieťaťa, sú nedostatok stimulačných podnetov pre rozvoj všetkých funkcií dieťaťa, neúplné a rozvrátené rodiny, žijúce v primitívnych podmienkach.

Uvedené príčiny však netvorí ani polovicu všetkých porúch. Väčšina prípadov mentálneho postihnutia má neznámy pôvod. S týmto sa však nemôžu zmieriť rodičia detí s mentálnym postihnutím a neustále sa pokúšajú hľadať vinu a vinníkov tam, kde žiadny neexistuje, následkom čoho býva rozpad rodiny.

1.2 Klasifikácia mentálnej retardácie

Mentálne postihnutie poznáme aj podľa trvalosti porušenia poznávacích schopností. Existujú poruchy nervových procesov, poruchy schopností duševných činností, vzniknuté ako dôsledok otrasy mozgu alebo vážneho ochorenia, ktoré však nie sú trvalé. Ak došlo k poškodeniu mozgu, čoho následkom je trvalé zníženie rozumových schopností a inteligencie, hovoríme o mentálnom postihnutí alebo mentálnej retardácii. Je to stav, kedy sú znížené všetky intelektové schopnosti. Existuje mnoho delení mentálnej

retardácie. Podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb ICD-10 je delenie nasledovné:

- **Ľahká mentálna retardácia – IQ 50-69**

- ľahká oligofrénia, ľahká slabomyseľnosť, ľahká mentálna subnormalita
- ide o najľahší stupeň mentálneho postihnutia
- rečovú schopnosť nadobúdajú neskôršie, ale nie je výrazne postihnutá, dokážu byť nezávislí na okolí, často majú problémy s vnímaním, pozornosťou, pamäťou, v škole, s učením, čítaním a písaním. Najviac je postihnuté myslenie. Zamestnať sa môžu tam, kde sú potrebné praktické schopnosti. Dokáže sa osamostatniť. (Sovák, 1980, s. 126)

- **Stredná mentálna retardácia – IQ 35-49**

- obmedzenie v neuropsychickom a somatickom vývine
- oneskorený rozvoj používania reči, porozumenia, neuropsychický vývoj, narušená schopnosť starať sa o seba, činnosť pamäti je veľmi slabá, citovo sú nevyrovnaní
- ich možnosti osvojiť si učivo sú limitované, ale pri vhodne zvolených vzdelávacích postupoch sú schopní osvojiť si písanie, čítanie a počítanie. Majú ťažkosti s osvojením si sedenia, chôdze, koordinácie pohybov. Môžu vykonávať len ľahkú manuálnu prácu. (<http://www.ratolesti.sk/index.php?option=>

com_content&view=article&id=38:osoby-
s-mentálnym-
postihnutim&catid=4:mentálne-
postihnutie&Itemid=8)

- **Ťažká mentálna retardácia** – IQ 20-34
 - výrazné somatické postihnutia a oneskorenia psychického vývinu, poruchy motoriky, veľmi slabý svalový tonus, nekoordinované pohyby, poškodenie všetkých zložiek osobnosti, nonverbálna komunikácia, agresivita. Vnímajú, no myslenie chýba.
 - potreba neustálej starostlivosti.
- **Hlboká mentálna retardácia** – IQ najviac 20
 - najťažší stupeň mentálnej retardácie, celkové zaostávanie motoriky súčasne s obmedzením neuropsychického vývinu
 - obmedzenie kontinencie, mobility, samostatnosti, poruchy zraku a sluchu, neschopnosť komunikovať s okolím, žiadny sexuálny pud, reč sa nevytvára, vydávajú iba neartikulované škreky. Vyžadujú celoživotnú starostlivosť.
- **Iná mentálna retardácia** – je vtedy, keď je nemožné určiť IQ s dôvodu pridružených senzorických alebo somatických poškodení. (Švarcová, 2006, s. 32-36)
- **Neurčená mentálna retardácia** – je zistené, že ide o mentálnu retardáciu, ale nie je možné jedinca presne zaradiť do niektorej z uvedených kategórií. Väčšinou nesúvisí s organickým poškodením mozgu, ale býva spôsobená inými faktormi – sociálnymi,

genetickými a inými. (http://www.zpmpvsvr.sk/casopis/zpmp_lay_2-04.pdf)

Spomenieme aj ďalšie delenie intelektových schopností podľa inteligenčného koeficientu, a to medzinárodnú klasifikáciu chorôb ICD-11:

Tab. 1: Medzinárodná klasifikácia mentálnej retardácie (ICD-11)

R O Z S A H IQ	Terminológia		
	Nová	Stará	Nepripustná
70 - 79	hraničná intelektová schopnosť	hraničná intelektová schopnosť	
50 - 69	MP ľahkého stupňa MR ľahkého stupňa	ľahká duševná zaostalosť mierna duševná retardácia	debilita
35 - 49	MP stredného stupňa MR stredného stupňa	stredná duševná zaostalosť stredná duševná retardácia	imbecilita
40 - 49	ľahké stredné MP		
35 - 39	stredné MP		
20 - 34	MP ťažkého stupňa MR ťažkého stupňa	ťažká duševná zaostalosť ťažká duševná retardácia	idiocia
Pod 20	hlboké MR hlboká MR	hlboká duševná zaostalosť hlboká duševná retardácia	

Zdroj: *Správa o činnosti ZPMP v SR za rok 2003*

Poznámka:

MR = mentálna retardácia,

MP = mentálne postihnutie.

Typy mentálnej retardácie sa charakterizujú na základe typu vyššej nervovej činnosti a prejavov správania sa nasledovne:

- **Instabilný (nepokojný, eretický)**
- **Apatický (utlmený)**
- **Nevyhranený.**

Instabilný typ je nestabilný a nepokojný jedinec, u ktorého prevláda vzruch nad útlmom. Procesy vzruchu a útlu u nich prebiehajú patologicky rýchlo, pričom vzruch prevláda. Prejavuje sa stálym nepokojom, afektívnou výbušnosťou, agresivitou, podráždenosťou, impulzivitou. (Vítková, 2004, s. 296) Nedokáže sedieť na mieste, musí byť stále v pohybe, všetko kazí. Takéto deti sú ťažko ovládateľné, nepokojné, vzrušivé, hlučné, vyrušujú vykrikovaním. Väčšinou sú centrom konfliktu. Pri učení sú nepozorné, myslenie je zrýchlené, no málo hodnotné. Typický je nedostatok pozornosti. V škole sa neustále mrvia, otáčajú, všetko chytajú, ničia.

Apatický, čiže utlmený typ, je charakteristický nadmiernym útlmom, útlm prevláda nad vzruchom. Pre jeho správanie je typický nedostatok prirodzenej aktivity, nečinnosť, nepohyblivosť, je ťažké ho motivovať, je pomalé, citovo otupené, málo si pamätá, pomaly sa pohybuje, hovorí, myslí, reaguje. (http://www.ratolesti.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=38:osoby-s-mentalnym-postihnutim&catid=4:mentalne-postihnutie&Itemid=8) Sú to deti malátne, lenivé, ale v škole sú poslušné a dobré, voči všetkým podnetom sú ľahostajné. Počas vyučovacieho procesu je ťažké ich zaujať a aktivizovať, keďže ich zaujíma len máločo, nie sú hravé, ani zvedavé.

U **nevyhraneného** typu je útlm a vzruch relatívne v rovnováhe. Tvorí prechod medzi apatickým a eretickým typom. Tieto deti sú pre sociálnu adaptáciu a integráciu najvhodnejšie. U týchto detí existujú veľké šance na zlepšenie. (http://www.pppgalanta.psychology.sk/program_mr.pdf)

1.3 Formy mentálneho postihnutia

Mentálna retardácia sa prejavuje rôznymi formami. Niektoré sú typické skrytým defektom, bez viditeľných prejavov, iné zas upútavajú výrazným somatickým nálezom. (http://www.ratolesti.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=38:osoby-s-mentalnym-postihnutim&catid=4:mentalne-postihnutie&Itemid=8) Zo všetkých foriem mentálnej retardácie spomenieme tie najčastejšie:

- Downov syndróm
- Klinefelterov syndróm
- Kreténizmus
- Mikrocefália
- Makrocefália
- Hellerov syndróm
- Patauov syndróm
- Edwarsov syndróm.

Downov syndróm je najrozšírenejšia a najpreskúmanejšia forma mentálnej retardácie. „V literatúre sa udáva, že ľudia s týmto syndrómom tvoria okolo 10% všetkých ľudí s mentálnym postihnutím.“ (Švarcová, 2006, s. 140) Dieťa s Downovým syndrómom je možné spoznať hneď po narodení, keďže má charakteristické rysy na stavbe tela a tváre. Všetci jedinci postihnutí týmto syndrómom majú charakteristický vzhľad. Táto forma oligofrénie a jej príznaky sú dostatočne prebádané a známe všetkým odborníkom. Termín Downov syndróm nahradil skoršie používaný, no nie odborný termín mongolizmus, ktorý vznikol na základe určitých fyziognomických zvláštností týchto jedincov.

Vzhľad ľudí s Downovým syndrómom. Oproti ostatným deťom majú menšiu hlavu, v zadnej časti plochšiu. Tvár nadobúda ploché rysy, a to z dôvodu nedostatočne vyvinutých tvárových kostí a malého nosa. (Marková, Středová, 1987, s. 96) Ich oči majú normálny tvar, no očné viečka sú úzke a šikmé, čo spôsobuje dojem šikmých očí. Ústa a uši bývajú menšie. Skoro stále mávajú otvorené ústa a zuby začínajú rásť neskôr, pričom sú veľmi

kazové. Väčšina detí s Downovým syndrómom má vrodenú srdcovú vadu. Ich rast je vo väčšine prípadov spomalený. (Švarcová, 2006, s. 140) Mnohé z nich sú stredne sluchovo postihnuté, čo narušuje ich emocionálny a psychický vývoj a taktiež negatívne vplýva na rozvoj reči. Veľké percento jedincov má poruchy výslovnosti. Treba však dodať, že schopnosť komunikácie detí s Downovým syndrómom pomocou reči je veľmi ovplyvnená výchovou. Ak dieťa vyrastá v rodine, ktorá sa vyrovnala s faktom, že sa im narodilo dieťa s postihnutím, pristupuje k nemu vhodným spôsobom, aktívne sa o neho zaujíma, je plnohodnotný člen rodiny, kladú na neho adekvátne požiadavky a povzbudzujú jeho sebadôveru, bude sa jeho rečová stránka pravdepodobne vyvíjať rýchlejšie a lepšie ako u nechcených detí, ktoré sú zanedbávané alebo vychovávané v ústave. Preto práve úroveň reči dieťaťa s Downovým syndrómom sa používa ako hodnotiace kritérium typu a kvality starostlivosti o dieťa. U detí žijúcich v ústavoch je chorobnosť a úmrtnosť oveľa väčšia ako u detí žijúcich so svojimi rodinami. (<http://www.downovsyndrom.sk/sds/?q=node/124>)

Čo sa týka ich **sociálnej prispôsobivosti**, sú vysoko úspešné v sebestačnosti, sebaobslužke a základných hygienických návykov. Pri deťoch s Downovým syndrómom je dôležité neustále vzdelávanie, pretože dosahujú strop svojho intelektového vývinu medzi 20. a 37. rokom života. Duševný vývin zdravého dieťaťa vychádza z týchto zdrojov:

1. je závislý na zrení nervového systému,
2. využíva vlastné skúsenosti dieťaťa pri styku s vonkajším svetom,
3. významný činiteľ je aj vlastná aktivita psychiky dieťaťa,
4. spôsob a charakter výchovy ovplyvňuje charakter individuálnej skúsenosti dieťaťa, táto potom dopĺňa a ovplyvňuje dieťa.

Duševný vývoj mentálne postihnutého dieťaťa sa od vývoja zdravého dieťaťa nelíši inými zákonitosťami, ale tým, že prebieha pomalšie, so zvláštnosťami, nerovnomernosťami, ktoré sú typické pre jeho postihnutie. (Marková, Středová, 1987, s. 107)

Príčiny. Ako sme už uvádzali skôr, príčinou vzniku Downovho syndrómu sú **aberácie chromozómov**. Polemizuje sa, že tieto môžu byť

spôsobené alkoholizmom, TBC alebo syfilisom, no nepotvrdilo sa to, keďže tie vyvolávajú iné závažné poškodenia plodu. Určitá súvislosť bola dokázaná v súvislosti s vekom rodičov. „Bolo vyskúmané, že matky staršie ako 35 rokov a otcovia starší ako 50 rokov sú narodením dieťaťa s Downovým syndrómom ohrození viac ako rodičia mladší.“ (Švarcová, 2006, s. 143) Riziko sa taktiež uvádza aj u mladších matiek vo veku od 15-19 rokov. V minulosti, keď ešte toto ochorenie nebolo dostatočne prebádané, mnoho detí zomieralo do jedného roka života. V dnešnej dobe sa vek ľudí s Downovým syndrómom posunul až na 60 rokov. Aberácie chromozómov zapríčiňujúce tento syndróm nie sú dedičné. Moderná medicína už dokáže odhaliť rôznymi testami, či tehotná žena čaká zdravé dieťa alebo sa potvrdí prítomnosť chromozómovej odchýlky.

„**Kreténizmus** je vrodená choroba mozgu prejavujúca sa poruchami telesného a duševného vývoja.“ (<http://www.cudzieslova.sk/hladanie/kret%C3%A9nizmus>) Táto vážna porucha detského vývinu postihuje hlavne vývin mozgu a je sprevádzaná oligofréniou. Kreténizmus je dôsledkom hypotyreózy, pôsobiacej na vývin plodu alebo skoro po jeho narodení, v období, kedy je vývoj mozgu najintenzívnejší. Vyskytuje sa v dôsledku nedostatočného zásobenia organizmu tyroidnými hormónmi, a to buď prenatálne alebo hneď po narodení. Je spojená s ireverzibilnými zmenami kostry a nervového systému. Jedinci postihnutí kreténizmom majú mierne zvýšenú hmotnosť, hypotermiu, chladnú a suchú kožu, veľké bruško, zväčšený jazyk, zníženú chuť do jedla. Dieťa zaostáva v raste a psychomotorickom vývine. (<http://www.medinfo.sk/?s=heslo&id=761>) Je dôležité, aby sa nedostatočná funkcia štítnej žľazy rozpoznala už v detskom veku a urýchlene sa liečila.

Klinefelterov syndróm patrí medzi chromozómové aberácie. Je to genetické ochorenie postihujúce mužov. Postihnutí týmto syndrómom majú ženskú siluetu, zväčšené prsia, znížené ochlpenie a vysoký hlas. Prevažne sú neplodní, semenníky sú malé. (<http://www.inzine.sk/article.asp?art=9885>)

Turnerov syndróm vznikajúci počas vnútromaternicového vývoja, naopak postihuje len dievčatá. Normálne ženy majú dva pohlavné chromozómy X. Dievčatá s Turnerovým syndrómom nemajú jeden z dvoch chromozómov

X, jeden chromozóm im chýba. Vede to k sexuálnym a psychickým abnormalitám. Príznaky tohto syndrómu sa liečiť dajú, no efektívna liečba neexistuje. (www.gjgt.sk/digitalna_studovna/biologia/2010/92_gpm.doc) Toto postihnutie sa prejavuje nižšou výškou, blanito tvarovaným krkom, malými čeľusťami, nízko posadenými ušami, veľkou medzerou medzi prsníkmi, nevyvinuté vaječníky a nemajú menštruáciu.

Patauov syndróm je zriedkavá vývojová abnormalita, kedy sa len mizivé percento z postihnutých môže narodiť a navyše veľká časť z nich do prvého roku zomrie. Táto trizómia chromozómu 13 spôsobuje rôzne vývojové abnormality. Prejavuje sa zápalmi oka, širokým nosom, krátkym krkom, ustupujúcim čelom, skoliózou, anomáliami močových ciest, psychomotorickou retardáciou. (<http://www.zdravie.sk/sz/content/132-46675/patauov-syndrom.html>)

Edwardsov syndróm je smrteľná abnormalita. Väčšina takto postihnutých plodov umrie už v plodovom veku. Je to zriedkavá trizómia chromozómu 18. Typické sú malformácie niektorých vnútorných orgánov, hlavne srdce, podnebie, rázštep pier, ďalej ustupujúca brada, deformácie ušných lalokov, malé ústa a nos. (http://www.ratolesti.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=37:mp-ab&catid=4:mentalne-postihnutie&Itemid=8)

Hellerov syndróm sa označuje aj ako infantilná demencia. Do tretieho roku sa dieťa vyvíja normálne, bez výrazných odchýlok. Potom sa začnú objavovať odchýlky v reči, nejasnej artikulácii, zníženej schopnosti dieťaťa porozumieť reči a následne zaostávaniu vývinu. Príčinou Hellerovho syndrómu môžu byť aj rôzne infekcie.

Makrocefáliu radíme medzi vzácne a závažné ochorenia postihujúce centrálny nervový systém. Ide o zriedkavú malformáciu mozgu sprevádzanú poruchou rastu. Je to zväčšovanie objemu mozgu, kedy sa mozog v rannej fáze nevyvíja správne. Hmotnosť mozgu následne prevyšuje normálne hodnoty.

Mikrocefália patrí medzi vývinové poruchy postihujúce nervový systém. Prejavuje sa zaostávaním v raste mozgu. Príčiny tejto poruchy ešte nie

sú objasnené. Prejavuje sa malou hlavou, často zvláštneho tvaru, poruchami motoriky, predčasným uzatvorením lebečných švov a veľkej fontanely.

1.4 Prevencia vzniku mentálneho postihnutia

Prevencia je činnosť zameraná na zabránenie vzniku postihnutia. Poznáme dva typy prevencie: primárnu a sekundárnu. Primárna prevencia zabráňuje vzniku intelektovej, psychickej, fyzickej alebo zmyslovej vady a sekundárna znemožňuje vzniknutie trvalých postihnutí alebo obmedzení. (Švarcová, 2006, s. 63-64) Pod prevenciou rozumieme viacero činností, ako napríklad prenatálna a postnatálna starostlivosť o deti, primárna zdravotná starostlivosť, výchova týkajúca sa výživy, prevencia postihnutia, ktorá je výsledkom znečistenia prostredia a iné. Pravou prevenciou mentálneho postihnutia je zvýšená lekárska starostlivosť v perinatálnom a prenatálnom období. (Matulay, 1982, s. 42) Príčin mentálneho postihnutia je nespočetné množstvo, preto je obtiažne hľadanie konkrétnych alternatív účinnej prevencie. Medzinárodná liga spoločností pre mentálne postihnutých ILSHM formulovala desať zásad, ktorých dodržiavaním možno obmedziť vznik mentálneho postihnutia:

1. Aspoň tri mesiace pred plánovaným otehotnením by žena mala navštíviť svojho lekára, ktorý na základe jej zdravotného stavu navrhne vhodné opatrenia, diétu, vitamíny.
2. Žena by sa mala vhodne stravovať. Jedlo by malo byť rozmanité, s obsahom zeleniny, ovocia, obilnín, mliečnych výrobkov, mäsa, rýb.
3. Počas gravidity žena nesmie konzumovať alkoholické nápoje. Mohli by spôsobiť poškodenie plodu.
4. Nezanedbať očkovanie proti hepatitíde typu B.
5. Nastávajúca matka nesmie fajčiť, ani sa vyskytovať vo fajčiarskom prostredí. Fajčenie môže znemožniť vývin dieťaťa,

znížiť jeho imunitu, zabrániť normálnemu rastu dieťaťa v maternici.

6. Návšteva genetickej poradne. Tá je nevyhnutná najmä v prípade, ak má nastávajúca matka viac ako 35 rokov alebo ak má jeden z partnerov v rodinnej anamnéze genetický defekt, či v prípade, kedy mala matka za sebou viacero potratov.
7. Neužívať iné lieky okrem liekov predpísaných lekárom.
8. Nevystavovať sa RTG žiareniu, pretože by poškodilo dieťa.
9. Vystríhať sa infekčných ochorení. Ak sú získané počas tehotenstva, môžu dieťa vážne poškodiť.
10. Pravidelné návštevy svojho lekára, ktoré môžu včas odhaliť niektoré problémy.

2. UTVÁRANIE OSOBNOSTI MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH DETÍ

Pre začlenenie človeka s mentálnym postihnutím do spoločnosti hrajú dôležitú úlohu emocionalita, adaptačné schopnosti, povahové vlastnosti, schopnosť komunikovať a úroveň rozvinutosti voľných vlastností, ktoré sú predpokladom úspešného učenia, podmienkou regulácie chovania človeka a úspešného výchovného pôsobenia. Na vývin osobnosti dieťaťa s mentálnym postihnutím vplyvajú hlavne postoje najbližšieho sociálneho prostredia. (Požár, 2007, s. 76) Pri rozoberaní charakteristických znakov osobnosti jedincov s mentálnou retardáciou, stretávame sa s problematikou sebahodnotenia ako určitého aspektu sebachápania, na ktoré neustále pôsobia protikladné vplyvy. V raných fázach vývinu sú to vplyvy rodinného prostredia, kedy hodnotenie výkonov dieťaťa rodinnými príslušníkmi nie je v zhode s realitou. Členovia rodiny vysoko kladne hodnotia aj minimálne pokroky a úspechy dieťaťa alebo ho na druhej strane úplne ignorujú a podceňujú. Vstupom do školy sa začína dieťa stretávať aj s ďalšími faktormi, ako sú úspech a neúspech alebo hodnotenie jeho výkonu rovesníkmi. Pri formulovaní sebapónímania je dôležité aj to, ako je jednotlivec hodnotený inými ľuďmi a ako toto hodnotenie vníma on sám.

Emocionálny vývin detí s mentálnym postihnutím. Emocionalita je dôležitá oblasť osobnosti, ovplyvňujúca oblasť prežívania a chovania. Mentálne postihnuté deti sú emočne nevyspelé, preto treba najprv odhadnúť jeho emočnú zrelosť a mechanizmy jeho chovania a až potom nadväzovať kontakt. Často pociťujú strach, úzkosť a paniku z neznámych osôb, vecí alebo náročných úloh. Strach býva neadekvátny podnetu, ktorý ho vyvolal. Jeho prekonávanie býva u týchto detí sťažené tým, že nedokážu vysvetliť jeho pôvod ani príčinu. Úzkosť je nepríjemná emócia, strach z neznámeho. Deti s mentálnou retardáciou pociťujú úzkosť, keď sa nachádzajú samé v cudzom prostredí, kde sa necítia bezpečne. Takýto stav úzkosti prežívajú aj dospelí s mentálnym postihnutím, ak sú zanechaní sami vo vlastnej izbe. Rozvíjať emocionálnu oblasť mentálne postihnutého dieťaťa sa rodičom, učiteľom

a vychovávateľom podarí iba vtedy, ak dokonale poznajú jeho psychické zvláštnosti. Všeobecne platí pravidlo, že city úzko súvisia s uspokojovaním potrieb, keďže uspokojenie potreby človeka vyvolá kladné pocity. Nižšie city sú spojené s uspokojovaním organických potrieb a vyššie city s uspokojovaním duchovných potrieb. Pocity mentálne postihnutého dieťaťa sú rovnaké ako pocity malých detí. Buď majú radosť alebo sa hnevajú. Iné city nepoznajú. Ich city bývajú často neadekvátne podnetom prostredia, povrchné a ľahko prežívajú vážne životné udalosti, v krátkom čase rýchlo striedajú nálady. Nedokážu ovládať svoje city intelektom, nedokážu sa vyrovnáť s krivdou, ak stratia nejakú vec a dostanú za ňu novú, neuspokojí ich to. Oneskorene sa u nich vytvárajú morálne city: svedomie, súcit, povinnosť. Ich výchovu sťažujú aj patologické citové prejavy, ako napríklad vysoká vznetlivosť. Sú u nich aj problematické stavy eufórie, čiže povznesenej nálady a apatie, ľahostajnosti voči ľuďom, strata záujmov, pričom môžu byť aj príznakom ochorenia. Medzi najdôležitejšie motivačné činitele vývoja detí s mentálnou retardáciou patria emócie. Pozitívne emócie vyvolávajú u týchto detí pozitívne reakcie, čím sa zvyšuje ich kvalita života. V integrácii dieťaťa s mentálnym postihnutím do spoločnosti je dôležitá dobrá výchova a kultivácia vonkajších prejavov. Inak je to u mentálne postihnutých, ktorí vyrastali v detských domovoch, ústavoch alebo disharmonických rodinách. Duševný vývoj majú narušený nedostatkom pozitívnych emócií. V týchto podmienkach dochádza k emočnej deprivácii, ktorá však vzniká aj u intaktných detí žijúcich v takýchto podmienkach. Naruší sa ich duševný vývin, majú deficit vyšších intelektových funkcií a vyšších citov. Ľudia s mentálnym postihnutím majú city vyvinuté na nízkej úrovni, ale sú veľmi emocionálni. Majú radi svojich blízkych, sú vnímaví k ich trápení a bolesti, sú ochotní každému pomôcť. Lásku oplácajú priateľským chovaním a oddanosťou. Nielen zdravé dieťa, ale aj dieťa s mentálnym postihnutím potrebuje predovšetkým láskyplné prostredie, ktoré mu dodá pocit istoty a bezpečia. (Matulay, 1982, s. 84)

Utváranie voľných vlastností mentálne postihnutých detí. U detí s mentálnym postihnutím sa prejavujú príznaky typické pre nedostatok vôle: nesamostatnosť, neschopnosť riadiť vlastné jednanie a prekonať prekážky,

nedostatok iniciatívy. Slabá vôľa sa však neprejavuje vždy za každých okolností. Mentálne postihnuté deti sú nesmierne tvrdohlavé. Ak si niečo zaumienia, hoci i nerozumné, trvajú na tom. Všetky tieto prejavy sú prejavy nezrelej osobnosti, ktorej podstatou je nedostatočný rozvoj a hierarchizácia duchovných potrieb. To, čo od dieťaťa požadujeme, nesúhlasí s jeho momentálnymi potrebami, preto nechápe, načo to od neho požadujeme. V dôsledku nezrelosti osobnosti a nevyvinutosti sebaovládania, reagujú primitívne, impulzívne na vonkajšie podnety. Deti nechápu zložitejšie motívy, preto sa pri svojej činnosti riadia tými jednoduchšími motívmi. Ako odmenu za vykonanú činnosť skôr pochopia sladkosť ako hodnotnejší, ale vzdialenejší darček. Výchova vôle je veľmi náročný a zdĺhavý proces a u detí s mentálnym postihnutím je vzhľadom na ich postihnutie ešte náročnejší a zdĺhavejší.

Vývin charakteru detí s mentálnym postihnutím. Všetci ľudia v spoločnosti sa musia riadiť mravnými normami, nevynímajúc osoby s mentálnou retardáciou. Charakter osôb závisí od pôsobenia prostredia a na výchove, ktoré sú ovplyvnené nervovou sústavou. Pri každom ochorení centrálnej nervovej sústavy sa kombinujú biologické faktory s vývinom dieťaťa. Výchova a podmienky života v danom prostredí určujú charakter osoby. Ochorenie samo o sebe nevytvára žiadny charakter, ale je jednou z podmienok, ktoré ho ovplyvňujú. Takisto aj rodina je jedným z hlavných faktorov, pričom jej úloha je pri dieťati s mentálnym postihnutím nesmierne ťažká. Rodičia nevedia, aké prostriedky majú pri výchove použiť, nedokážu určiť správnu mieru prísnosti. (Švarcová, 2006, s. 50-60) Nevedia, či ich majú ľutovať, pomáhať im, alebo vyžadovať, aby urobilo, čo je v jeho silách. Základné rysy charakteru detí: vôľa, sebaovládanie, vytrvalosť, vznikajú práve výchovou a vhodnou organizáciou života. Vo väčšine prípadov sa však stáva, že rodičia nadmieru ľutujú svoje dieťa a vytvárajú pre neho skleníkové prostredie, čím sa u neho podporuje lenivosť, nesamostatnosť alebo sa k nemu správajú prísne, kladú na neho vysoké nároky a hnevajú sa za jeho nedostatky alebo pomalosť, ktoré sú spôsobené postihnutím. Charakter detí s mentálnym postihnutím sa utvára aj výchovou správnych návykov. Aby takéto dieťa zapadlo do spoločnosti, musí sa uchýľovať ku kompenzačným mechanizmom.

Ak sú tieto nevhodné, vznikajú z nich zlé návyky. Chovanie a jednanie dieťaťa s mentálnym postihnutím ovplyvníme vytváraním jeho návykov. Výchovné metódy používané u detí intaktných je nemožné použiť u detí s postihnutím. Čím je postihnutie závažnejšie, tým menej sú tieto metódy účinné. Vytvárajú si silné spojenie medzi pocitom a činnosťou, preto ak nechceme, aby si dieťa vytvorilo návyk určitého chovania, nesmieme dovoliť, aby ho toto chovanie uspokojovalo. U detí s mentálnym postihnutím je ťažké odstrániť nesprávny návyk. Najprv je potrebné odstrániť príčinu, nie dôsledok.

2.1 Zvláštnosti detí s mentálnym postihnutím

Mentálne postihnutý jedinec má charakteristické osobnostné črty, no napriek tomu sa určitá skupina postihnutých prejavuje spoločnými znakmi, ktoré závisia od typu mentálneho postihnutia.

- **Intelektové schopnosti.** Kvalitatívne hodnotenie intelektových schopností ukazuje výšku inteligencie a možnosti, ako ju uchovať a rozvíjať.
- **Vnímanie** je poznávanie svojho okolia, diferenciácia podnetov. Fyziologické a psychologické faktory spôsobujú u ľudí s mentálnym postihnutím zmenu vnímania. Majú spomalené tempo zrakového vnímania, poruchu diferenciácie, znížený rozsah zrakového vnímania, nedoslýchavosť, poruchy vnímania rytmu a sluchovej ostrosti. Hmatové vnímanie väčšinou postihnuté nebýva. Prostredníctvom vnímania dostáva človek informácie z vonkajšieho a vnútorného prostredia.
- **Predstavy.** Deti s mentálnym postihnutím majú porušenú funkciu analýzy a syntézy, čo sa vyznačuje nepresnosťou, neúplnosťou a nejasnosťou predstáv.
- **Pozornosť.** Osoby s mentálnym postihnutím majú problém vyvolať, udržať a zamerať pozornosť. Je to jedna zo základných vlastností centrálného nervového systému. Do určitej miery môžeme pozornosť aj nacvičovať v hrách, ktoré vyžadujú sústredenie dieťaťa. Taktiež je

možné zlepšiť pozornosť pochvalou, ocenením snahy dieťaťa, no pri ťažkých poruchách sa nám rapídne zmeny v pozornosti nepodaria vyvolať. (Lehovský, 1988, s. 102)

- **Pamäť** je najdôležitejší činiteľ psychického vývoja dieťaťa. Umožňuje vštípiť, podržať a vybaviť rôzne informácie. U jedincov s mentálnym postihnutím je plne narušená. Úzko súvisí s pozornosťou. Poznatky sú izolované, ich osvojovanie trvá dlho, za pomoci viacnásobného opakovania a v pamäti sa uchovávajú len krátkodobé.
- **Myslenie** je závislé na kvalite ostatných poznávacích procesov. Je to sprostredkované poznanie skutočností. Prostredníctvom myslenia je jedinec schopný porozumieť vonkajšiemu prostrediu, nachádzať a poznávať vzťahy medzi javmi a predmetmi. Osoby s mentálnym postihnutím majú najviac poškodené práve myslenie, čo je spôsobené nedostatkami v generalizácii, indukcii, dedukcii, analýze, syntéze a iných. S poruchami myslenia súvisí aj obmedzenie vývoja reči, malá slovná zásoba, zvýšený výskyt porúch reči, poruchy v sekvenčnom myslení.
- **Učenie** je ovplyvnené úrovňou inteligencie. Vytvárajú stereotypné reakcie, nesprávne stratégie, nie sú schopné osvojiť si abstraktné slová, ani realizovať všeobecné inštrukcie o charaktere a celi úlohy.
- **Emócie.** Znížená funkcia mozgu u detí s mentálnym postihnutím má za následok citovú otvorenosť, menšiu schopnosť ovládať sa, niekedy až poruchy citového vývoja. Tieto deti majú radi svojich blízkych, vnímajú ich bolesť a starosti. Sú ochotní pomôcť každému, kto to potrebuje a keď sa k nim okolie správa vládne, oplácajú to oddanosťou a priateľstvom. (Švarcová, 2006, s. 50)
- **Voľné prejavy** sú typické citovou labilitou, agresivitou, impulzívnosťou, úzkostlivosťou, poruchami a nedostatkom vôle, nerozhodnosťou.
- **Záujmy** osôb s mentálnym postihnutím sú povrchné, málo diferencované, väčšinou uspokojujú biologické potreby, sú ľahko ovplyvniteľné, často aj nevhodné, napríklad fajčenie.

- **Charakter.** Rodinná výchova a reakcie rodičov sú veľmi dôležité. Výchova u týchto detí je veľmi obtiažna, avšak dá sa dosiahnuť vysoká úroveň morálneho vývoja. Negatívne vlastnosti sa u nich vyvíjajú v dôsledku nesprávnej výchovy a zle využívanom voľnom čase.
- **Sexualita** je u jedincov s mentálnym postihnutím rovnaká ako u intaktných ľudí. Charakteristická je pre nich citová nevypelenosť, nedostatočné sebaovládanie, primitívne a impulzívne reakcie, obnažovanie sa na verejnosti a masturbácia.
- **Reč.** Vo vývoji detí je reč veľmi dôležitá. Podľa toho, ako sa reč vyvíja, určujeme hĺbku mentálneho postihnutia. U detí s mentálnou retardáciou napreduje vývoj reči veľmi pomaly. (Marková, Středová, 1987, s. 62-63)

3. RODINA

Rodina má medzi výchovnými činiteľmi významné postavenie. Každé dieťa sa rodí do určitého sociálneho prostredia. Prvou skupinou, ktorej členom sa stáva a ktorá ho najviac ovplyvňuje, keďže počas vývinu trávi všetok čas práve v nej, je rodina. „Rodina sa považuje za malú primárnu sociálnu skupinu, ktorá si v interakcii so širším spoločenským prostredím formuje svojsku, charakteristickú štruktúru,“ (Kačáni, 2004, s. 189). Členovia rodiny si vytvárajú spoločné vzťahy, väzby, ciele, čím sa intenzita výchovných vplyvov umocňuje. Taktiež sa jej prostredníctvom realizuje potreba lásky, spolupatričnosti, istoty. V prípade negatívnych skúseností z tohto obdobia je dieťa poznačené na zvyšok života, sú narušené jeho psychické procesy a vlastnosti. V rodinnom prostredí dieťa získava svoje názory, formuje sa jeho osobnosť, preto má rodina vo vývine dieťaťa nezastupiteľné miesto. Rodina by mala byť založená na pevných citových vzťahoch, ktoré sa spečatia uzatvorením manželstva. Podľa zákona o rodine majú muž a žena spolu žiť, majú rovnaké práva a povinnosti, majú si pomáhať a byť si verní. Znaký súčasnej rodiny:

- Spoločensky uznávaná forma spolužitia
- Medzi členmi rodiny sú príbuzenské vzťahy
- Členovia rodiny žijú spolu v jednej domácnosti
- Členovia rodiny si pomáhajú
- Rodina má svoje tradície a kultúru

Rodina má byť miesto istoty pre každého jej člena, poskytuje svojim členom všetky podmienky potrebné pre zdravý telesný a duševný rozvoj. V dnešnej spoločnosti sa pri zakladaní rodín vyskytujú isté problémy: nízky vek rodičov pri počatí dieťaťa, nízky vek pri uzatváraní sobáša, vzdelanie partnerov, odlišné vlastnosti, predmanželské deti. Je dôležité zintenzívniť výchovu zameranú na prípravu na život v rodine:

- *Predmanželská výchova*- zameraná na utváranie kladných vzťahov medzi dievčatami a chlapcami

- *Výchova k manželstvu* – zameriava sa na výchovu a kultiváciu vzťahov, biologických a spoločenských požiadaviek, citových väzieb
- *Výchova k rodičovstvu* – zameraná na zodpovedný vzťah medzi rodičmi a deťmi.

Existujú viaceré činitele ovplyvňujúce rodinu: zdravotný stav, materiálne a ekonomické podmienky, sexuálna zhoda, sociálne prostredie, typy osobností členov rodiny, plnenie cieľov manželstva, uspokojovanie svojich a partnerových potrieb, tolerancia, pochopenie. (Manniová, 2004, s. 81-82)

Dieťa v rodine trávi značnú časť svojho života, získava tu prvé názory na svet a život. Niektorí autori spomínajú podmienky, ktoré pomáhajú budovať rodinu, ovplyvňujú úspešnú rodinnú výchovu a vytvárajú domov. Rodina by mala dieťaťu ponúknuť:

1. Výchova by mala byť prejavom a výrazom prijatia, akceptácie a konania pre dobro dieťaťa.
2. Ak má byť výchova úspešná, musí sa zmeniť na lásku bez podmienok.
3. Rodičia by mali klásť jasné, zrozumiteľné a prijateľné výchovné ciele.
4. K výchove patrí aj proces socializácie, sociálne učenie, schopnosť napodobňovať, pozorovať, nájsť si vzor a identifikovať sa s ním.
5. Každý člen rodiny by mal mať svoju úlohu, ktorá je zmysluplná.

(www.zoe.sk/pub/doc/theologos/t_vychovne_cinitele.pdf)

3.1 Funkcie rodiny

Pre zdravý duševný vývin dieťaťa je potrebné, aby vyrastalo v citovo vrelom a stálom prostredí. Táto podmienka vyzerá byť ľahko dosiahnuteľná, avšak nie je to až také ľahké, ako to na prvý pohľad vyzerá. Základom je, aby sa mali rodičia radi navzájom a aby mali radi svoje deti. Rodina je základná bunka spoločnosti, ktorá počas historického vývoja prešla zmenami, pričom sa menili aj jej funkcie. Množstvo vedných odborov sa zaoberá rôznymi stránkami života rodiny. Ich cieľom je charakterizovať rodinu, jej premeny, funkcie. Aká bude úspešnosť plnenia funkcií závisí od rodiny, jej členov,

fungovania rodiny, od charakteru spoločnosti, jej cieľov, usporiadania, schopností. Z toho dôvodu v spoločnosti pôsobia inštitúcie, podporujúce plnenie funkcií rodiny. Medzi základné funkcie rodiny patria:

- **Biologicko-reprodukčná funkcia** – je to jedna z najdôležitejších funkcií, keďže potreba intímneho života vo vzťahu k druhému pohlaviu patrí medzi najzákladnejšie súčasti existencie každého človeka. Táto funkcia nie je úplne naplnená u manželských párov bez detí. (Manniová, 2004, s. 82)
- **Ekonomická funkcia** – sa postupne menila, teraz už nadobúda iné formy. Táto funkcia ovplyvňuje všetky ostatné funkcie a taktiež aj spôsob života členov rodiny. Zabezpečuje kultúrne a materiálne potreby, výživu dieťaťa. V minulosti bola rodina potrebná hlavne kvôli zabezpečovaniu potravy, v súčasnosti členovia rodiny pracujú mimo nej, čím sa práca a rodina úplne oddelili. Sú rodiny sociálne slabé, starajúce sa o viac detí a rodiny, ktoré majú nadbytok financií, čo ovplyvňuje charakterové vlastnosti detí. Ekonomická funkcia závisí od príjmov jednotlivých členov rodiny a jej spotreby. Mnohé krízy v rodine sú spôsobené práve tým, že rodičia túto funkciu nedokážu zabezpečiť. Niektorí rodičia preto z obavy o existenciu svojej rodiny pracujú celé dni, následkom čoho sú vyčerpaní a často neschopní plniť ostatné funkcie rodiny. (*vssvapn-1.kx.cz/SPsMR.doc*)
- **Emocionálna funkcia** – zabezpečuje potrebné citové väzby pre zdravý vývin osobnosti. Táto funkcia sa premieta v láske medzi rodičmi a deťmi. Je nevyhnutná pre zdravý vývoj detí. Rodina je miesto, kde sa majú vyjadrovať pocity. Sú tu vzťahy medzi manželským párom, medzi manželmi a deťmi, medzi súrodencami navzájom. Je predpokladom formovania akceptovanej a stabilnej osobnosti.

- **Ochranná funkcia** – zaoberá sa starostlivosťou a ochranou dieťaťa v rôznych situáciách. Plnenie tejto funkcie sa stáva po dovŕšení plnoletosti obojstranné.
- **Výchovná funkcia** – zabezpečuje prípravu detí na život v spoločnosti po telesnej aj duševnej stránke. Dôležité je naučiť deti rozoznávať dobro a zlo. Je to zámerné pôsobenie na deti s cieľom formovania všestranne rozvinutej osobnosti. Patrí tu aj pôsobenie starších členov rodiny na mladších bez toho, aby si to uvedomovali. Malé deti v dôsledku napodobňovania preberajú od svojich rodičov charakteristické črty správania, osobnostné vlastnosti, reč. Vplyv rodiny na dieťa môže byť pozitívny, ale i negatívny. Rodina pôsobí na dieťa výchovne prostredníctvom vzťahov medzi jej členmi.

Celý výchovný proces sa uskutočňuje prostredníctvom sociálneho učenia. Dieťa si osvojuje určité modely správania, všíma si, ako sa správajú jeho rodičia, utvára si modely, ako sa správať ku ostatným, vytvára si hodnotiace kritériá, podľa ktorých najprv hodnotí seba a potom i rovesníkov a ľudí okolo seba. Modely správania využíva v hre, neskôr v učení a práci.

Socializáciu v rodine ovplyvňuje aj vek detí. V období mladšieho školského veku sú deti egocentrické, nechápu, ak sa im hneď nevyhovie v ich požiadavkách. Charakter úloh, ktoré majú vykonať si uvedomujú až v staršom školskom veku. Proces socializácie sa obohacuje vstupom do školy, kedy žiak prichádza do kontaktu s jednotlivcami s odlišnými hodnotami ako získal on.

Ďalším faktorom ovplyvňujúcim proces socializácie je styk so spolužiakmi rovnakého veku. Okruh osôb, ktoré dieťa každodenne stretáva sa zväčšuje o nových jedincov, pričom si všíma rozdiely medzi nimi – mladší, starší, spoločenské postoje, životné zameranie, motivácia. Žiak vždy ľahšie prijíma ako vzory svojich rovesníkov, keďže starší ľudia sú vzdialení jeho mentalite. Takto vznikajú konflikty medzi deťmi a dospelými, hlavne rodičmi. Najviac rodina vplýva na deti v mladšom veku, keďže v tomto veku sú silno naviazané na rodičov a závislé od rodiny. S rastúcim vekom dieťaťa sa oslabuje vplyv rodiny a do popredia sa dostáva pôsobenie širšieho okolia.

V istom veku dokonca nastáva izolácia mladých od rodiny, no neskôr sa opäť k svojim rodinám vracajú. Rodičia si vytvárajú určité metódy výchovy, odrážajúce trvalé predstavy o tom, ako najlepšie pôsobiť na deti. Dôležitosť treba prikladať aj charakteru a miere požiadaviek rodičov kladených na správanie a výkon detí. Vzťahy rodičov a detí nie sú stabilné, podliehajú rôznym zmenám. Rodina je primárna skupina s podsystémami, vyjadrujúcimi odlišné vzťahy medzi jej členmi. Znalosť týchto vzťahov má veľký význam pre školu, keďže práve v nich môže byť príčina neadekvátneho správania sa žiakov.

Medzi najčastejšie príčiny nespokojnosti žiakov s prostredím v rodine patrí nevyhovujúca atmosféra – neúprimnosť rodičov, nesprávne a neadekvátne tresty, egoizmus rodičov. Ďalšou príčinou je aj obmedzovanie osobnosti dieťaťa – nevhodné zásahy do intímneho života detí, manipulácie s voľným časom, nedostatok finančných prostriedkov pre dieťa. Vážnym problémom sú aj narušené rodinné vzťahy, odrážajúce vnútornú integritu úplnej rodiny. Tieto vzťahy sú známe alebo utajované. Známe vzťahy sú tie, kedy celé okolie pozná prejavy častých nezhôd a hádok. Na dieťa pôsobia veľmi negatívne, je stále v napätí. Za následok majú oslabenie citového života, rôzne psychické poruchy, narušenie medziludských vzťahov. Utajované vzťahy rodina pred verejnosťou zakrýva. Ani škola o nich nevie, čo zabraňuje učiteľovi odstraňovať príčiny neadekvátneho správania sa žiaka. Vtedy môže ísť o pokrytecké rodiny, kedy rodičia k sebe nie sú úprimní a otvorení. Toto negatívne ovplyvňuje vývin detí, ktoré vedia o neúprimnosti rodičov a hanbia sa za ňu, čoho dôsledkom je dištancovanie sa od rodičov. Iným variantom je stotožnenie sa detí s týmto negatívnym rodičovským vzorom, prejavujúce sa nezaujmom o prácu, zamyslenosťou, izoláciou od kolektívu. Všeobecne možno konštatovať, že vnútorný rozpad rodiny je hlavným znakom delikventného a asociálneho správania sa detí a mládeže. V rodinách, kde si rodičia nerozumejú, vzťahy medzi nimi sú napäté, disharmonické, deti stratia pozitívny vzor ľudského spolunažívania, čím sa naruší mravný vývin. Tieto faktory zapríčiňujú zníženie sociálnej adaptability detí, traumatizáciu,

neurotizáciu, poruchy vo vzťahoch a asociálne správanie. (Kačáni, 2004, s. 189 – 193)

„Rodina s postihnutým dieťaťom by mala plniť všetky základné funkcie. To je však značne sťažené: plánovanie ďalších detí je často problematické, hlavne v prípade geneticky podmienených chorôb, ekonomická situácia je nezriedka zhoršená, emocionálna podpora sa dostáva jednotlivým členom rodiny nerovnomerne a nedostatočne, socializácia dieťaťa je ohrozená extrémnymi výchovnými prístupmi rodičov.“ (Pešová, Šamalik, 2006, s. 34) Okrem týchto vymenovaných základných funkcií, musí rodina s postihnutým dieťaťom plniť ďalšie náročné úlohy:

- Potrebná úprava životosprávy,
- Ochrana dieťaťa s postihnutím, jeho doprovod,
- Pravidelné rehabilitácie, liečebné a výchovné úkony,
- V prípade ohrozenia života – rýchla pomoc.

Aj keď rodinám s postihnutým dieťaťom pomáhajú rôzne inštitúcie a lekári, nemožno hovoriť, že im ubudli nejaké funkcie. Naopak im ďalšie funkcie pribúdajú. V tomto prípade je nesmierne dôležitá rola rodiny v živote hendikepovaného dieťaťa.

Na výchovu dieťaťa vplýva hodnotová orientácia a vzdelanie rodičov a miera pedagogického prostredia. Výchovnú situáciu ovplyvňuje aj zloženie rodiny, jej úplnosť, vek rodičov, počet detí, spoločne prežitý čas, materiálne zabezpečenie, odmeny a tresty, vzájomné vzťahy jednotlivých členov rodiny. Na úspešnú výchovu v rodine treba dodržať tieto podmienky:

- Dobrý osobný príklad starších členov rodiny,
- Harmonické vzťahy v rodine,
- Spolupráca rodiny a školy pri výchove detí,
- Vytvoriť režim dňa pre dieťa na základe biologicko-hygienických návykov,
- Jednota v požiadavkách na deti zo strany rodiny,
- Výchova prispôbená veku dieťaťa a jeho individuálnym požiadavkám,
- Adekvátne odmeny a tresty.

V rodine majú na dieťa najväčší vplyv rodičia, súrodenci, starí rodičia, známi. Rodina môže vplývať na dieťa priamo alebo nepriamo. Priamo vplýva sústavnou a cieľavedomou výchovou a nepriamo atmosférou rodinného prostredia, v ktorom dieťa žije. (www.rocepo.sk/modules/mydownloads/visit.php?cid=11&lid=96)

Často sa stáva, že dochádza k strate funkčnosti rodín. Stáva sa to v prípade, keď sú porušené základné funkcie rodiny, takže domov, domácnosť, rodinný stôl, hodnoty.

Výchova detí je ovplyvnená rodinou v štyroch základných zložkách:

Mravná výchova – je cieľavedomé formovanie mravného vedomia, rozvíjanie mravného správania. Dieťa si v každom dni života prostredníctvom vlastných skúseností osvojuje osobné vlastnosti človeka. Ak je dieťa problémové, má osvojené záporné vlastnosti, je to spôsobené nesprávnou výchovou a zlým vplyvom prostredia. Rodičia sa pri výchove detí najviac sústreďujú na charakterové vlastnosti, ako sú čestnosť, humánnosť, pracovitosť, disciplinovanosť.

Emocionálna výchova v rodine – inak povedané je to citová výchova detí v rodine. Láska rodičov k deťom nie je vrodená, ale vytvára sa a silnie stálym kontaktom s dieťaťom. Láska detí k svojim rodičom sa taktiež vytvára a upevňuje postupne. Vzťahy členov rodiny sú prepletené rôznymi citmi. Niekedy sú pozitívne, inokedy negatívne. Vznikajú pri vzájomných kontaktoch a komunikácii. Absencia citov negatívne vplýva na rozvoj osobnosti dieťaťa. Každý človek by mal mať niekoho rád, niekoho ľúbiť. Významným faktorom pre vývin dieťaťa sú odmeny a tresty, pochvala a karhanie. Ak dieťa vôbec nechválime za jeho úspechy, odrazí sa to na jeho emocionalite, radošti, sebadôvere a hrdosti. Bude neustále smutné.

Estetická výchova – táto výchova učí vnímať krásu práce, ľudskej činnosti a jej výsledky. Rodina má rozvíjať estetické vnímanie a estetickú tvorivosť. Estetická činnosť detí sa má slobodne rozvíjať, a to predovšetkým výtvarný, hudobný a slovesný prejav a kvalitu spoločenského správania.

Pracovná výchova – rodina má formovať vzťah detí k materiálnym hodnotám, práci a jej výsledkom. Pracovnú výchovu začínajú rodičia vyvíjať

už od detstva, a to prostredníctvom hry, pomoci v domácnosti a prípravy na vyučovanie. Deti by mali v domácnosti pracovať po boku svojich rodičov, aby sa od nich naučili prácu organizovať a hodnotiť ju. (www.rocepo.sk/modules/mydownloads/visit.php?cid=11&lid=96) Rodičia môžu deti zapojiť do upratovania, nakupovania alebo starostlivosti o ostatné deti. Pestovanie pozitívneho vzťahu k práci a k materiálnym hodnotám prispieva k formovaniu charakterových vlastností a hodnotovej orientácie detí. Rodič by mal svoje dieťa naučiť:

- ✓ Milovať dobro, lásku, život a múdrosť.
- ✓ Poznať, že nemôže nikoho donútiť, aby ho mal rád, ale môže dovoliť, aby ho tí ostatní milovali.
- ✓ Že najdôležitejšie v živote je to, koho majú vo svojej blízkosti a nie to, čo majú.
- ✓ Že nie vždy je dobré, porovnávať sa s inými.
- ✓ Že bohatý je ten, kto potrebuje najmenej a nie ten, kto má veľa peňazí a materiálneho bohatstva.
- ✓ Je dôležité vedieť odpúšťať. Nie všetci ľudia vedia vyjadriť svoje city, aj keď veľmi milujú.
- ✓ Treba vedieť, že ľuďom, ktorých miluje, dokáže ublížiť v priebehu niekoľkých sekúnd, no trvá niekoľko rokov, kým sa rany z toho zahoja.
- ✓ Rešpektovanie ostatných ľudí a ich názorov je veľmi potrebné.
- ✓ Rozumieť svojej rodine aj sebe.
- ✓ Osvojovať si hodnoty a rozumieť im.
- ✓ Život nie je samozrejmosť. A tiež nie je samozrejmosťou mať rodinu a rodinné zázemie. Preto by sa mal venovať svojim najbližším.
- ✓ Za peniaze si nemôžeš kúpiť zdravie, múdrosť, skutočnú lásku, priateľstvo a dobro. (Rodina a škola, 2010, s. 10)

3.2 Podmienky rodiny ovplyvňujúce výchovu detí

Rodina je miesto, kde dieťa dostáva základnú výchovu. Rodinné prostredie musí spĺňať isté požiadavky, aby poskytlo dieťaťu požadovanú výchovu. Toto prostredie musí poskytovať vhodné ekonomické, demografické a kultúrne podmienky.

Medzi **demografické podmienky** rodiny patria veľkosť rodiny, úplnosť rodiny, vek rodičov pri uzatváraní manželstva a zamestnateľnosť matiek. Niektorí autori predpokladajú, že v rodinách s menším počtom členov majú rodičia priaznivejšie podmienky na výchovu detí, keďže im môžu zabezpečiť lepšiu materiálnu stránku a pravdepodobne majú viac času na venovanie sa deťom. Avšak tento názor je predpojatý. Existuje viacero výskumov, ktorých výsledky poukázali na to, že rodiny s viacerými deťmi prirodzenejšie pomáhajú jej členom prekonávať prekážky a začleniť sa do spoločnosti. Takáto rodina formuje v dieťati dôležitú vlastnosť – skromnosť. Učí deti rešpektovať ostatných ľudí, uskromniť sa. Vo väčších rodinách je výrazná súdržnosť medzi jej jednotlivými členmi, čo v malých rodinách nebýva. Z daného vyplýva, že početnosti rodiny nemôžeme pripisovať rozhodujúci vplyv na výchovu detí. Nie je možné jednoznačne určiť ich pozitívny alebo negatívny vplyv pri výchove, avšak v kombinácii s ostatnými znakmi rodiny môžu ovplyvniť vývin detí.

V dnešnej spoločnosti sa znižuje vek mužov a žien vstupujúcich do manželstva, a tak isto aj pri narodení sa dieťaťa. Tu niektorí autori kladú otázku, či sú takéto mladí ľudia schopní vhodne vychovať deti a poskytnúť im vhodné rodinné zázemie. Avšak rozumová a emocionálna vyspelosť sa nemusí zhodovať s fyzickým vekom, z čoho vyplýva, že podľa veku nemožno určovať vhodnosť narodenia prvého dieťaťa. Najvhodnejšie obdobie pre prijatie a výchovu detí do rodiny je po začlenení oboch manželov do pracovného procesu a zabezpečení vhodných ekonomických podmienok.

Sociálna skupina, ktorú tvorí otec, mama, syn a dcéra, je považovaná za **nukleárnu rodinu**, kde každý člen má svoju rolu. Najčastejšie podoby rodiny:

➤ Rodina úplná

- **Rodina neúplná**
- **Rodina s nevlastným rodičom**
- **Dysfunkčná rodina.**

V **úplnej rodine** sú obidvaja rodičia a deti, čiže nechýba ani jeden zo základných členov. Tento model je považovaný za ideálny model rodiny. Je pravdepodobné, že matke sa podarí vytvoriť si k deťom hlbší vzťah ako otcovi. Aj keď majú rodičia rôzne postavenie vo výchove detí, ich výchovné pôsobenie musí byť rovnaké, keďže aj ciele majú rovnaké.

V dnešnej spoločnosti sa veľmi často stáva, že rodina sa rozpadne a vzniká **neúplná rodina**, kde chýba jeden z rodičov alebo deti. Táto rodina je menej vhodná na plnenie spoločenskej a výchovnej funkcie. Absenciu dieťaťa v rodine je možné riešiť adopciou, pričom výchova adoptovaného dieťaťa je výrazne sťažená. Rozpad úplnej rodiny nastáva aj v prípade úmrtia jedného z rodičov alebo v prípade jeho odchodu od rodiny. Strata jedného člena rodiny je veľkým zásahom do rodinného života, ostatných členov to hlboko zasiahne. Najviac poznačené ostane dieťa, ktoré pre správny vývin potrebuje oboch rodičov. V rodine, kde prišlo ku strate jedného z rodičov sa úplne menia výchovné podmienky. Neúplná rodina je jedným z hlavných faktorov asociálneho správania a delikvencie mládeže. Po úmrtí alebo odchode jedného rodiča sú dve možnosti: buď ten druhý rodič ostane sám, alebo uzavrie manželstvo. Oba prípady môžu mať na výchovu detí pozitívny aj negatívny vplyv. Niekedy sú podmienky v novovytvorenej rodine pre výchovu nepriaznivejšie, ako keby rodič ostal s deťmi sám. Často sa stáva, že s príchodom nového partnera sa narušia vzťahy vlastného rodiča k deťom. Novodobým trendom v rodinách je rozvod, čo je ďalšia príčina vzniku neúplnej rodiny. Rozvod môže narušiť vzťahy detí k rodičom, avšak nemusí viesť až k ich odcudzeniu. (Kačáni, 2004, s. 193-199)

Dysfunkčná rodina je taká rodina, ktorá si neplní niektorú zo základných funkcií rodiny. V súčasnosti je tento typ rodiny veľmi rozšírený. Každá rodina počas svojej existencie prekoná jednu alebo viacero kríz. Kríza môže na jednej strane pre rodinu znamenať nebezpečenstvo, no na druhej strane môže viesť k pozitívnej zmene v rodine. Krízy môžu súvisieť

s manželskou krízou, s vývinom dieťaťa, s vývinovými etapami v rodine, s náhlymi životnými udalosťami, môžu byť vyvolané poruchami osobnosti a poruchami správania. Medzi časté rizikové faktory dysfunkčnosti rodín patria hlavne alkoholizmus, ekonomická situácia, nízke vzdelanie, nezamestnanosť, nevyhovujúce podmienky, nesprávny výchovný prístup a iné. (<http://www.hmsx.sk/rodina/rodina-jej-podstata-a-funkcie/>)

Medzi základné funkcie rodiny patria biologicko-reprodukčná, ekonomická, emocionálna, ochranná a výchovná funkcia. **Funkčná rodina** si splňa všetky tieto funkcie voči svojim členom a štátu. Funkčná rodina uspokojuje potreby jej jednotlivých členov a je schopná prekonávať krízy. Tomu napomáha interakcia a efektívna komunikácia medzi členmi rodiny. Táto rodina má vytvárať vhodné podmienky na zdravý rozvoj osobnosti dieťaťa, má mu pomáhať prekonávať problémy a prekážky, uspokojovať jeho základné biopsychické a psychické potreby, uspokojovať potrebu domova, blízkej osoby, mala by dieťaťu poskytnúť priestor pre vlastnú realizáciu, podnecovať dieťa k vytvoreniu vzťahu k rodinnému vybaveniu, poskytovať mu vzory a modely ľudského správania a jednania, vytvoriť mu bezpečné prostredie, kde sa môžu členovia rodiny zdôverovať a očakávať pomoc. (http://is.muni.cz/th/144940/ff_m/DP_na_zverejnenie.txt) Je potrebné, aby dieťa malo zabezpečené všetky základné potreby. Dlhodobé neuspokojovanie potrieb dieťaťa s mentálnou retardáciou má nepriaznivý vplyv na jeho duševnú rovnováhu.

Ekonomické podmienky rodiny sú materiálne prostriedky, ktorými sa uspokojujú potreby jej členov. Patrí tu finančné zabezpečenie, správne využívanie financií, podmienky bývania. V súčasnej spoločnosti nie je zabezpečený rovnaký príjem do každej rodiny, avšak nemožno pokladať materiálne zabezpečenie za bezprostrednú príčinu výchovných problémov. Predpokladá sa, že rodiny s viacerými deťmi majú menej vyhovujúce finančné podmienky a podmienky bývania. Viacerí autori uvádzajú, že nedostatok, tak isto ako aj nadbytok finančných prostriedkov, spôsobujú negatívne následky vo výchove.

Kultúrne podmienky zohrávajú dôležitú úlohu v správnom intelektuálnom a mravnom vývine. Rodičia by mali naučiť dieťa kultúrne žiť, vypestovať u neho kladný vzťah k mravným hodnotám. V rodinách sú vhodné podmienky na nacvičenie požadovaných návykov a medziľudského správania. Pri správnom kultúrnom pôsobení je dôležitá aj vzdelanostná a kultúrna úroveň rodičov, informačné prostriedky v rodine a akým spôsobom zasahujú rodičia do voľného času detí. (Kačáni, 2004, s. 193-199)

3.3 Narodenie sa mentálne postihnutého dieťaťa do rodiny

Rodina je pre výchovu dieťaťa s mentálnym postihnutím najprirodzenejším prostredím. Poskytuje mu pocit bezpečia, istoty, emocionálnej stability, čo mu iné prostredie ponúknuť nemôže. (Švarcová, 2006, s. 156)

Rodičia vkladajú do svojich detí nádej, očakávajú splnenie svojich snov, naplnenie zmyslu života. Narodenie dieťaťa s mentálnym postihnutím je považované za traumatizujúce, niektorí ho dokonca považujú za psychicky najbolestivejšiu udalosť, pričom najtraumatickejší je okamih krátko po narodení, kedy nie vždy vhodným spôsobom sú rodičia oboznámení s handicapom svojho dieťaťa, čo má vplyv aj na ich psychický stav. Rodičia sú v prvom momente sklamaní, že sa im nenarodilo vytúžené zdravé bábätko. Cítia neistotu, utrpenie, spôsobené nedostatkom informácií, čo im sťažuje možnosť prispôbiť sa danej situácii. (http://www.mamaaja.sk/ActiveWeb/Article/952/podpora_rodin_deti_so_zdrav_otnym_postihnutim.html) Aby sa rodičia mohli čo najlepšie vysporiadať so vzniknutou situáciou, je potrebné ich dostatočne informovať o postihnutí ich dieťaťa. Mali by sa dokázať vyrovnáť so všetkými okolnosťami a zaujať k dieťaťu pozitívny postoj.

Každý rodič vidí ešte pred narodením vo svojom dieťati nositeľa všetkých svojich vlastností, pokračovateľa rodu. V súčasnej modernej spoločnosti, bohužiaľ, stále nemáme dostatok kvalifikovaných odborníkov, ktorí by

rodičom citlivo podali informácie o ich dieťati a pomáhali im pri riešení problémov vo výchove mentálne postihnutých detí. Viacerí autori sa zhodujú, že prvú informáciu o mentálnom postihnutí dieťaťa, by mal podať tento odborník obom rodičom naraz, v prítomnosti ich dieťaťa. Existuje viacero faktorov, ktoré ovplyvňujú spôsob oznámenia. Patrí medzi ne aj osobnosť lekára. Ak je rodičom podaná informácia o dieťati vhodným spôsobom, s reálnou perspektívou do budúcnosti a poskytovaním pomoci a informácií aj naďalej, z rodičov sa stávajú vynikajúci vychovávatelia a spolupracovníci odborníkov. Ďalšou ťažkosťou v živote takejto rodiny je reakcia okolia. Veľa ľudí je zaskočených vzniknutou situáciou, nevedia, ako sa majú správať k mentálne postihnutému dieťaťu a jeho rodine, preto sa často stáva, že sa od nich odvracajú. Nevinná otázka zo strany okolia môže byť citlivými rodičmi pochopená ako urážka, bezcitnosť alebo netaktnosť.

Rodičia si dávajú za vinu, že práve im sa narodilo „iné dieťa“, hanbia sa, sú plní strachu a obáv. Mali by takéto dieťa prijať také, aké je, mali by sa o neho starať s láskou a porozumením, vytvoriť mu šťastný domov, ktorý mu umožní čo najväčší osobnostný rozvoj. Napriek šoku z toho, že ich dieťa nie je úplne zdravé, máloktorí rodičia sa odmietnu o dieťa starať. Dieťa s postihnutím vždy zmení život celej rodiny, takže obom rodičom, a tak isto aj ďalším deťom. Zmení sa životný štýl rodiny, ktorý sa musí prispôbiť potrebám dieťaťa. Toto obdobie konfrontácie rodičov so skutočnosťou, že majú postihnuté dieťa, možno nazvať krízou rodičovskej identity. Je to reakcia na narodenie tohto dieťaťa a na jeho nejasnú perspektívu do budúcnosti. Starostlivosť o mentálne postihnuté dieťa je veľmi náročná. Vyžaduje si zavedenie pevného režimu, ktorý pomôže udržať v rovnováhe potreby celej rodiny, pričom sa rodina nesmie sústrediť len na dieťa s postihnutím, ktoré sa má cítiť ako rovnoprávny člen rodiny. (<http://najmama.aktuality.sk/clanok/225951/postihnute-dieta-ranou-pod-pas-rodicom/>)

Rodičia sú otrasení narodením mentálne postihnutého dieťaťa aj z týchto dôvodov:

- Mentálne postihnuté dieťa je pre rodičov rozšírením seba samého.

- Rodičia si uvedomujú, že ich dieťa nie je schopné splniť ich očakávania.
- Všetci rodičia predpokladajú, že prostredníctvom svojich detí prežijú svoju smrť. Avšak mentálne postihnuté dieťa im túto istotu nedáva.
- Rodičia postihnutých detí majú pocit viny z toho, že nebudú schopní milovať svoje dieťa tak, ako sa to od nich očakáva.
- Zdravé deti bývajú výchovou vedené k postupnej samostatnosti, čo sa pri mentálne postihnutom dieťati nedá predpokladať. Rodičia majú tendenciu dieťa nadmerne ochraňovať.
- Výchova mentálne postihnutého jedinca predstavuje veľmi veľkú záťaž na rodičov.

Často nastáva situácia, keď sa obaja rodičia nedokážu vyrovnáť s faktom, že majú dieťa s mentálnym postihnutím, čo končí umiestnením dieťaťa v sociálnom zariadení. Z ľudského hľadiska je možné tento postoj pochopiť, ale z pohľadu dieťaťa je to zlé riešenie. Dieťa potrebuje materskú lásku, rodinné prostredie, individuálny prístup a výchovu, ktorá mu zabezpečí vysokú kvalitu života. Ak dieťa odmieta len jeden z rodičov, nezriedka to vedie k rozpadnutiu rodiny. Vzniknutá situácia je potom pre rodiča, ktorý sa o dieťa stará, nesmierne ťažká.

3.4 Reakcie rodičov na narodenie sa dieťaťa s mentálnym postihnutím

Narodenie sa dieťaťa s postihnutím vyvoláva v rodičoch reakcie podobné reakciám pri úmrtí blízkeho človeka. Tieto reakcie prechádzajú 5 fázami:

- **Fáza šoku** – nastáva bezprostredne po oznámení diagnózy. Trvanie tejto fázy je individuálne, v rozsahu od niekoľkých minút po niekoľko mesiacov. Záleží na individualite osobnosti. Toto obdobie je charakteristické stavom beznádeje, úzkosti, smútku, strachu, dezinformácií, zmätenosti, neschopnosti uveriť realite.

- **Fáza popretia** – v tejto fáze sa aktivujú obranné mechanizmy rodičov. Nie sú schopní prijať ťažkú situáciu. Je charakteristická frázami: „To nie je možné. To nie je pravda. To je omyl.“
- **Fáza reaktívna** – táto je odprevádzaná pocitmi viny, hnevu, beznádeje, smútku, sebaľútosti, depresie. Je to obdobie, kedy rodičia hľadajú vinníka. Obviňujú sa navzájom, vinia svojich rodičov, zdravotnícky personál, lekárov. Tieto obranné reakcie sú typické pre toto obdobie, avšak vinník nie je žiadny, takže obviňovanie nikam nevedie, no môže destabilizovať rodinu. (Pešová, Šamalík, 2006, s. 26) Rodičia sa taktiež môžu snažiť uniknúť z nepriaznivej situácie neustálou negáciou, nepripúšťaním si pravdy alebo odchodom od rodiny.
- **Fáza adaptačná** – v tejto fáze rodičia zaujímajú realistický pohľad, zaujímajú sa o dieťa, jeho postihnutie a potreby. Vyhľadávajú pomoc u lekárov, rôznych organizácií. Chcú zohnať čo najviac informácií o postihnutí ich dieťaťa. Depresia, úzkosť a iné negatívne city sú na ústupe.
- **Fáza reorientácie** – v poslednej fáze sa rodičia pozerajú na svet realisticky, prijímajú dieťa také, aké je, rozmyšľajú nad budúcnosťou. Keďže mentálne postihnuté dieťa ovplyvňuje celú rodinu, menia sa aj jej priority, štruktúra a životný štýl. Nezanedbateľná je aj pomoc odborníkov. (http://is.muni.cz/th/144940/ff_m/DP_na_zverejnenie.txt)

Je nesmierne ťažké prejsť všetkými fázami a dostať sa až k poslednej. Niektoré rodiny to dokážu samé, iní potrebujú pomoc špecialistov a lekárov, niekedy stačí iba empatický prístup známych. Danými fázami nemusia prejsť všetci rodičia. Všetko záleží od ich osobnosti. Postupne príde obdobie rozhodovania, či umiestniť dieťa do domova sociálnych služieb, zveriť ho do výchovy štátu alebo sa o neho bude starať rodina. Rodičia majú dostatok informácií, ich rozhodnutie je slobodné. (vssvapn-1.kx.cz/SPsMR.doc)

3.5 Spôsoby prijatia mentálne postihnutého dieťaťa rodičmi

Narodenie sa dieťaťa s mentálnym postihnutím, znamená pre rodičov často životnú tragédiu, cítia zármutok, hanbu, zakiaľ pri narodení sa zdravého dieťaťa pociťujú pýchu a radosť. Sú neistí ohľadom budúcnosti tohto dieťaťa. Všetky tieto pocity sa odrazia aj v postojoch rodičov k dieťaťu s mentálnym postihnutím. (Požár, 2007, s. 76) Existuje päť kategórií spôsobov, akými rodičia môžu prijať dieťa s mentálnou retardáciou do rodiny.

1. Akceptácia

Rodič prijal postihnutie svojho dieťaťa objektívne, stará sa o neho a primerane ho hodnotí. Chce s týmto dieťaťom dosiahnuť maximálne možné výsledky.

2. Odmietavá reakcia

Rodič neakceptuje postihnutie svojho dieťaťa, popiera ho. Neuznáva pre svoje dieťa žiadne obmedzenia, trvá na vysokej úspešnosti.

3. Nadmerné ochranárstvo

Prejavuje sa snahou uchrániť mentálne postihnuté dieťa od všetkého zlého. Je to ďalší extrémny postoj k dieťaťu, čo má za následok úplnú izoláciu dieťaťa od spoločenského okolia.

4. Skryté zavrhovanie

Rodičia vnímajú postihnutie dieťaťa ako hanbu. Negatívny postoj a odpor k dieťaťu skrývajú za prehnanú starostlivosť, ohľaduplnosť.

5. Otvorené zavrhovanie

Rodič si je vedomý odporu k dieťaťu a negatívnych citov, no nesnaží sa ich skryť, pričom si vytvára výhovorky na ich zdôvodnenie. Vinu za postihnutie dieťaťa zvaľuje na lekárov, učiteľov, spoločnosť. Rodič si myslí, že oprávnené prenáša vinu na iných, z čoho následne pociťuje úľavu. (http://www.niest-oade.sk/kniznica/ap/Chodakova_Katarina.pdf)

Neefektívna adaptácia rodiny:

- **hyperprotektivita** – extrémna starostlivosť, nadmerné sústreďenie sa na mentálne postihnuté dieťa,

- **odmietanie dieťaťa** – či už emočné alebo fyzické,
- **zlosť na partnera** – môže viesť k rozpadu rodiny,
- **nespracované emócie viny, hanby, smútku, hnevu.**

Spôsob, akým rodičia prijímu mentálne postihnuté dieťa do rodiny je veľmi dôležitý z hľadiska vývinu osobnosti dieťaťa. Jednotlivé postoje nie sú od seba úplne oddelené, niektoré sa prekrývajú. Možno povedať, že prvé dva spôsoby prijatia sú pre rozvoj dieťaťa pozitívne, umožňujú jeho maximálny rast. Odmietavá reakcia môže u mentálne postihnutého dieťaťa vyvolať vážne poruchy osobnosti. Tým, že žije v neustálom strese, zväčšuje sa jeho nervové napätie. Najvhodnejšie je, ak rodičia berú svoje dieťa také, aké je. Aby rodičia vedeli, čo ich dieťa potrebuje, aké sú jeho možnosti a schopnosti, v čom spočíva postihnutie dieťaťa, potrebujú pomoc špecialistov, lekárov a iných odborníkov.

Medzi faktory vedúce k pozitívnemu prispôbeniu sa rodiny patria:

1. výborná integrácia rodiny, spokojný vzťah medzi manželmi,
2. radostné detstvo rodičov,
3. fakt, že dieťa bolo chcené,
4. dobré vzťahy s ostatnou rodinou,
5. komunikácia a styk s rodinami, ktoré majú dieťa s rovnakým postihnutím,
6. dostupnosť potrebných inštitúcií a dobrá spolupráca s lekárom,
7. ak je v rodine starší zdravý súrodenec,
8. pozitívny postoj k chorobe dieťaťa,
9. vhodné vonkajšie podmienky, ľahká dostupnosť potrebných služieb,
10. hodnotový systém rodiny.

(Pešová, Šamalík, 2006, s. 35)

3.6 Formy výchovy dieťaťa s mentálnou retardáciou

Rodina patrí medzi základné výchovné činitele ovplyvňujúce osobnosť človeka. Vplyv rodiny na psychiku dieťaťa je veľký. Aby rodinná výchova

bola pozitívna, je potrebné splnenie týchto podmienok: autorita rodičov, rodičovská láska, harmonické vzťahy členov rodiny, kladné citové vzťahy rodičov k dieťaťu, správne a realistické výchovné postoje, poriadok rodinného prostredia, pozitívny príklad ostatných členov rodiny. Viacerí autori uvádzajú, že správanie dieťaťa je následkom pôsobenia rodičovskej výchovy. Každá rodina uplatňuje pri výchove dieťaťa určitý výchovný štýl. Podľa toho, či rodičia pôsobia na deti priamo alebo nepriamo a ako s deťmi jednajú, hovoríme o rozličných výchovných štýloch. Výchovný štýl predstavuje podstatu výchovy, to, čo ovplyvňuje výber výchovných prostriedkov a metód. Pod spôsobom výchovy rozumieme postupy, techniky, stratégie správania, názory na dieťa, človeka, výchovu, citové vzťahy rodičov a detí, emočnú klímu pri komunikácii, pri rôznych činnostiach. Pri zápornom emocionálnom vzťahu v kombinácii s extrémne silným výchovným riadením je posilňovaná labilita dieťaťa, čo nepriaznivo vplýva na vývin osobnosti. Naopak pri extrémne kladnom emocionálnom vzťahu dieťa ostane závislé na zhovievavom prístupe rodičov. Spôsoby výchovy pôsobia dvoma smermi: buď uľahčujú alebo sťažujú život a vývin dieťaťa. V rodinách s mentálne postihnutým dieťaťom vytváranie výchovného štýlu ovplyvňuje hlavne skutočnosť, ako rodina prijala postihnutie dieťaťa, ako hodnotí stav jeho postihnutia a ako chápe jeho potreby. (www.rocepo.sk/modules/mydownloads/visit.php?cid=11&lid=96)

Medzi výchovné štýly patria:

- **Autoritatívny** – tento výchovný štýl je považovaný za najrozšírenejší. Je charakteristický prísnosťou, ťažko realizovateľnými požiadavkami, snahou, aby dieťa napriek svojich ťažkostiam, dosahovala čo najlepšie výsledky. Rodičia sú nároční a kontrolujúci, ale aj akceptujúci a láskaví. Zaujímajú sa o dieťa, sú vrelí, starostliví. Dieťa je potom spokojné, nezávislé, kamarátske voči rovesníkom.
- **Autoritársky** – tento štýl prevláda u rodičov kontrolujúcich a náročných, ktorí nerešpektujú prania a potreby detí. Deti musia dodržiavať určité štandardy. Takýto rodičia presadzujú moc, nerozprávajú sa s deťmi, vyžadujú tvrdú prácu. Deti sa pod

vplyvom takéhoto výchovného štýlu stávajú málo sebavedomé, slabé v motivácii a málo zodpovedné.

- **Zhovievavý** – rodičia, presadzujúci tento výchovný štýl sú silno zameraní na dieťa, akceptujúci, netrestajúci, kladú málo požiadaviek, zodpovednosť nechávajú na dieťati.
- **Zanedbávajúci** – takýto rodič sa nezúčastňuje na živote svojich detí, nezaujíma sa o ne a o ich city. Takáto výchova je charakteristická ignorovaním potrieb dieťaťa, vyhýbaním sa rodičovskej povinnosti a niekedy aj jej prenášaním na špeciálnu inštitúciu. Absencia citov v rodinnej výchove má za následok citovú depriváciu dieťaťa. Pri zanedbávaní potrieb mentálne postihnutého dieťaťa môže dôjsť až k zhoršeniu jeho zdravotného stavu. Deti sa nesústredia, neovládajú sa, chodia za školu, užívajú drogy. (Kollárová, 2004, s. 93) Z takýchto rodín, kde je dieťa zanedbávané, môže byť dieťa aj odobraté a štát mu zabezpečiť náhradnú rodinnú starostlivosť.

Viacerí autori sa zhodujú na tom, že negatívny štýl výchovy je **autokraticko-liberálny štýl**. V takejto rodine jeden z rodičov pôsobí liberálne, druhý autokraticky, čo spôsobuje chaos v rodine. Láska tu nechýba, ale rozdielne pôsobenie rodičov vedie k strate rodičovskej autority. Pod takýmto štýlom výchovy sa deti začnú vymykať kontrole, čo vedie k problémovému správaniu. (http://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD%20konf%202010/SUBORY/PDF/07_Uhlarikova.pdf)

Existuje aj iné členenie výchovných štýlov v rodine:

- **Úzkostlivá výchova** – táto výchova je zameraná na nadmernú ochranu dieťaťa, pretože rodičia žijú v neustálom strachu a obavách o dieťa s mentálnym postihnutím, tým mu bránia v samostatnosti v prejavoch, blokujú rôzne aktivity, čím sa blokuje rozvoj osobnosti dieťaťa. Rodičom sa zdá nebezpečné aj okolie, preto dieťa ochraňujú, všetko robia za neho. Takéto dieťa je príliš naviazané na matku, nemá sebadôveru, je nesamostatné, môže sa aj pomočovať.

- **Racionálno-emocionálna výchova** – je typická realistickým prístupom k mentálnemu postihnutiu dieťaťa a jeho potrebám, povzbudzujú ho, pomáhajú mu, kladú na neho primerané nároky, prejavujú mu lásku. Rodičia ochotne spolupracujú s pedagógmi a lekármi. Tento štýl výchovy je pre dieťa najlepší, podporuje ho v telesnom, psychickom aj sociálnom rozvoji, čo významne prispieva k úspešnej sociálnej rehabilitácii. (Kollárová, 2004, s.93)
- **Výchovná strohosť** – prikazujúci a striktný výchovný prístup ohrozuje zdravý vývin dieťaťa, utlmuje jeho prirodzenosť, núti ho určitým návykom, časté sú aj tresty.
- **Perfekcionistická výchova** – je typická nadmernými, pre dieťa až neúnosnými požiadavkami. Vyskytuje sa hlavne v rodinách intelektuálov. Rodičia kladú na mentálne retardované dieťa vysoké nároky, čím ho chcú priviesť na úroveň normy. Tieto vytvárajú na dieťa veľký tlak, keďže na jednej strane chce vyhovieť rodičom, no na druhej na to nemá schopnosti ani možnosti. Spochybňovanie činnosti dieťaťa má za následok poruchy v utváraní jeho sebavedomia. Takéto dieťa uteká do regresie, apatie, nevoľnosti, choroby, vnára sa do seba samého.
- **Morálne traumatizujúca výchova** – rodičia, ktorí uplatňujú tento výchovný štýl, využívajú extrémne prostriedky, ktorými útočia na svedomie dieťaťa. Používajú hanbu ako odpudzujúci prostriedok, aby sa už nikdy nedopustili podobného činu. Takéto odsudzovanie dieťa traumatizuje. Chcelo by sa polepšiť, ale nedokáže to, je to nad jeho sily. Dôsledkom sú výčitky svedomia, neraz aj samovražda. (www.zoe.sk/pub/doc/theologos/t_vychovne_cinitele.pdf)
- **Protekčná výchova** – najčastejšie sa vyskytuje v rodinách s mentálne postihnutým dieťaťom. Rodičia sa snažia dieťaťu uľahčiť život, odstraňujú mu všetky prekážky, angažujú sa aj

v škole, kde vyžadujú od pedagógov rozličné úľavy, ohľady a privilégia, ťažkosti dieťaťa zveličujú alebo nadľahčujú s cieľom pomôcť dieťaťu. Reakciou mentálne postihnutého dieťaťa môže byť aj pasivita, rezignácia, nesamostatnosť.

- **Lahostajná výchova** – rodičia rezignovali, nezaujímajú sa o dieťa, nemajú snahu hľadať pomoc. Narušil sa vzťah matky s mentálne postihnutým dieťaťom, čo znamená aj narušenie zdravého psychického vývinu. Dieťa ako také neodmieta, ale nemá k nemu potrebnú citovú zaangažovanosť, čo vytvára nepriaznivé podmienky pre citový rozvoj dieťaťa. Takéto deti často opatruje ostatná rodina, napríklad starý rodičia. Po nástupe do špeciálnej školy neprejavuje o dieťa, výchovu ani vzdelávanie záujem.
- **Zavrhujúca výchova = nepriateľstvo k postihnutému dieťaťu** – životné komplikácie a výchovné neúspechy spojené s mentálne postihnutým dieťaťom niekedy vyúsťujú do otvoreného nepriateľstva voči nemu. Dieťa sa stáva im príťažou. Rodičia sa o svoje mentálne postihnuté dieťa prestanú zaujímať, odmietajú sa o neho starať. Dôsledkami tejto nepriaznivej rodinnej situácie sú deprivácia, frustrácia a široká škála sekundárnych porúch. Na mentálne retardované dieťa táto situácia vplýva enormne zle, naruší sa jeho psychický a emocionálny vývin. Nezriedka takéto dieťa končí v špeciálnom zariadení, pričom rodičia s ním úplne prerušia kontakt. (http://pedagogika-sk.studentske.cz/2008/09/vchova-mentlne-postihnutho-dieaa-v_4537.html)
- **Nejednotná výchova** – táto je charakterizovaná odlišnými výchovnými zámermi a postupmi rodičov. Často práve mentálne postihnutie dieťaťa býva príčinami nezhôd vo výchovnom postupe rodičov. Objavujú sa výrazne protichodné výchovné štýly, kedy jeden z rodičov je prehnane

ochraňujúci a druhý zanedbávajúci. Nezhody vo výchove riešia rodičia hádkami, aj v prítomnosti dieťaťa s postihnutím.

- **Týranie** – treba spomenúť aj tieto prejavy hrubého zaobchádzania s mentálne postihnutým dieťaťom. Týranie môže byť psychického alebo somatického charakteru, pričom oba typy mu spôsobujú vážnu ujmu na psychickom aj telesnom vývine. Fyzické týranie môže vyústiť aj do vzniku telesného alebo mentálneho postihnutia, alebo môže inak poškodiť zdravie dieťaťa.

Treba dodať, že rodinná výchova nie je len jednostranné pôsobenie rodičov na dieťa, ale aj pôsobenie detí na svojich rodičov, čo ovplyvňuje ich výchovné postoje a pôsobenie. Stávajú sa aj prípady, kedy súd pozbaví rodičov ich práv, a to z dôvodu zneužívania svojich práv alebo zanedbávania svojich rodičovských povinností. (Kollárová, 2004, s. 94) Vtedy je nutné vziať dieťa z patologického prostredia a umiestniť ho do náhradnej výchovy.

„Dôslednosť a láska neznamenajú protichodnosť vo výchove, ale sú to dve podmienky primeraného spôsobu zaobchádzania s deťmi.“
(<http://www.hmsx.sk/rodina/styly-vychovneho-posobenia/>)

Vhodné výchovné štýly podporujú v dieťati sebavedomie, podporujú jeho samostatnosť, dávajú mu správny vzor dospelého človeka, zaujímajú sa o neho, nepodceňujú ho. Dávajú mu dostatok lásky a pocitu bezpečia, umožňujú mu bez strachu sa prejaviť, berú ho vážne, zabezpečujú mu všestranný rozvoj.

3.7 Výchovné chyby

„Lahké nie je vychovávať ani zdravé deti.“ (Hornáková, 2007, s. 143)
Existujú rodiny, ktoré sa nedokážu vyrovnáť s tým, že sa im narodilo dieťa s mentálnym postihnutím. Prejavuje sa to aj tým, že takýto rodičia nechcú o svojich deťoch s mentálnou retardáciou rozprávať, no ak o nich hovoria, tak

vždy len negatívne, sťažujú sa, ako veľa roboty s týmto dieťaťom je, hanbia sa, dieťa nikomu nepredstavia, v spoločnosti ho ignorujú, izolujú ho od spoločnosti a ostatnej rodiny. Takéto správanie vyvoláva v ostatných ľuďoch pocity, že výchova dieťaťa s mentálnou retardáciou je nesmierne ťažká a odrádza ich od pomoci takýmto ľuďom. Niektorí rodičia sa cítia vzniknutou situáciou preťažení, vymykne sa im to spod kontroly a môžu urobiť viacero chýb. Inokedy sú zase unavení po prebdených nociach, čoho dôsledkom je ich nedôslednosť. Niekedy zas zápasia so svojimi vlastnými psychickými problémami, preto nemajú dosť síl na ľahké zvládnutie vzniknutej situácie s prehľadom a dobrou náladou. Medzi nesprávne výchovné postupy radíme:

- *perfekcionizmus* – rodičia vyžadujú od mentálne postihnutého dieťaťa, aby sa čo najviac priblížilo k úrovni ostatných rovesníkov, aby si plnilo svoje úlohy za každých okolností. Kladú na dieťa vysoké nároky, čo vedie k preťaženiu a vzniku neurotických potúch u dieťaťa. Chce, aby ho rodičia mali radi a boli na neho pyšní, aby sa obrnilo proti svojej slabosti a nedostatočnému výkonu, preto si vytvára obranné mechanizmy.
- *nezdravá úzkostlivosť* – rodičia sa o dieťa starajú viac, ako potrebuje, venujú mu prehnanú pozornosť. Dieťa s mentálnym postihnutím nemôže nič urobiť samo, rodičia mu to zakazujú, aby sa neunavilo, neublížilo si. Takýto prístup rodičov bráni dieťaťu v osamostatnení sa.
- *protektčný postoj* – rodičia zaujímajú obranný postoj, snažia sa dieťa chrániť za každú cenu, či už doma, v spoločnosti alebo škole. Snažia sa pre neho vymôcť rôzne privilégia, hoci ich možno jeho zdravotný stav ani nevyžaduje. Pri neúspechu prežívajú krivdu, sklamanie, ktoré prenášajú na dieťa. To potom zaujíma negatívny postoj voči spoločnosti.
- *odmietanie* – už sme spomínali, že existuje skryté a otvorené odmietanie. Skryté je charakteristické neochotou rodičov spolupracovať s lekármi, pedagógmi, odmietajú spôsob liečby. Nevedia, ako sa správať k svojmu dieťaťu s mentálnou retardáciou, preto sú k nemu niekedy ľahostajní a inokedy prehnané pozorní. Pri otvorenom

odmietaní rodič vôbec neskrýva svoju nevraživosť voči dieťaťu, môže byť sprevádzané aj zanedbávaním celkovej alebo zdravotnej starostlivosti, nezriedka aj neprimeranými trestami a týraním.

- *rozmaznávanie* – býva asi najčastejšia výchovná chyba. Rodičia zahŕňajú dieťa prehnanou materiálnou a emocionálnou pozornosťou. Rodičia s ohľadom na chorobu svojho dieťaťa pristupujú k nemu so zvláštnymi ohľadom. Avšak dieťa s mentálnym postihnutím sa tiež musí naučiť brať ohľad na ostatných a ich potreby. Ak ho rodičia budú rozmaznávať, bude si myslieť, že to majú robiť aj ostatní ľudia a v prípade, ak to tak nie je, bude nespokojné a nešťastné.

Rodičia by sa mali naučiť, ako je správne pristupovať k svojmu dieťaťu s postihnutím. Je to dôležité aj z hľadiska fungovania rodiny a čo najvhodnejšej výchovy takéhoto dieťaťa. Mali by byť dieťaťu príkladom, učiť ho prekonávať prekážky. Nesmú zabudnúť, že rodina je jedným z hlavných činiteľov, ktorý ovplyvňuje osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa. Dieťa si utvára modely správania, ktoré videlo v rodine a tie následne kopíruje. Výchove by mali rodičia venovať veľkú pozornosť.

3.8 Súrodenci a dieťa s mentálnym postihnutím

Narodenie sa dieťaťa s mentálnym postihnutím je stresom pre celú rodinu, nielen pre rodičov, ale aj pre súrodencov. Súrodenecký vzťah je jeden zo vzťahov v živote človeka, ktoré trvajú najdlhšie, najviac ho ovplyvňujú. Je to vzťah, ktorý si nikto nemôže dobrovoľne vybrať a vzniká narodením sa dieťaťa do rodiny. Tento vzťah sa nedá ukončiť, trvá aj vtedy, ak sa súrodenci nestretávajú. V spoločnosti neexistujú žiadne zákony, ktoré by ho ovplyvňovali. Súrodenci majú medzi sebou nepísané pravidlá, podľa ktorých sa k sebe správajú, pomáhajú si. Skutočnosť, že spolu vyrastali v tej istej rodine ich zbližuje, vzniká vysoká miera intimity, typický je súčasný výskyt negatívnych a pozitívnych pocitov. (http://is.muni.cz/th/144940/ff_m/DP_na_zverejnenie.txt)

Starostlivosť o mentálne postihnuté dieťa sa prenáša na celú rodinu, niektoré úlohy pripadajú aj na súrodencov. A to hlavne v takých rodinách, kde pracujú obaja rodičia. Zdraví súrodenci sa o dieťa s mentálnym postihnutím snažia postarať, chránia ho pred útokmi iných detí, bijú sa kvôli nim. Najčastejšie preberajú takúto zodpovednosť staršie sestry. Stres a úzkosť pociťujú zdraví súrodenci v prípade, ak sa s nimi rodičia nebavia o budúcnosti ich súrodenca s postihnutím. Rodičia vo väčšine prípadov požadujú, aby sa o neho postarali zdraví súrodenci, čo niekedy vyvrcholí v konfliktoch. (Matoušek, 1993, s. 98-99)

Pre mentálne postihnuté deti je úloha súrodencov veľmi dôležitá, hlavne čo sa týka hier. Zdravý súrodenec je pre mentálne postihnuté dieťa zdrojom poznania. Pri terapii dosahujú súrodenci lepšie výsledky ako ich rodičia. Dieťa s mentálnym postihnutím prijíma súrodencov ako autoritu oveľa ľahšie ako rodičov. Učí sa od nich rôzne postoje, hodnoty, mravné zásady, kultúrne hodnoty.

Súrodenci mentálne postihnutých detí bývajú tolerantnejší, ochotní pomáhať, zodpovední, zrelší, a to aj vďaka svojej role v rodine. Niektorí súrodenci pomáhajú postihnutému dieťaťu, ale zato sa bijú s inými deťmi, niekedy odmietajú vodiť si domov kamarátov a často hodnotia nových priateľov podľa toho, ako reagujú na ich hendikepovaného súrodenca.

Už sme spomínali, aký veľký význam má rodina v živote človeka, je to prostredie, kde dieťa poznáva svoju identitu a utvrdzuje si ju. Pomáha človeku naučiť sa, ako vyjadriť lásku, radosť, ako zvládnuť pocit viny, bolesti, poskytuje mu pocit sunáležitosti. V rodinách, kde je dieťa s mentálnym postihnutím sa často stáva, že jej členovia pociťujú pocit viny a žiarlivosti za posmešky a aj to, že oni sami sú normálni. Problémom v týchto rodinách je aj to, že na zdravého súrodenca sa kladú všetky očakávania rodiny, čo tiež nie je vôbec pozitívne. Taktiež sa tu prejavuje žiarlivosť na to, že rodičia venujú viac pozornosti dieťaťu s postihnutím a dovoľujú mu aj to, čo ostatní robiť nemôžu. Netreba zabúdať na udržiavanie citovej rovnováhy rodiny, ktorá môže rodinu narušiť alebo zomknúť dokopy. (Pešová, Šamalík, 2006, s. 32)

Dôležité je aj poradie narodenia detí v rodine. Výskumy uvádzajú, že nech je dieťa s mentálnym postihnutím narodené v akomkoľvek poradí, vždy sa k nemu pristupuje, akoby bolo najmladšie. Túto skutočnosť ťažko nesú mladší súrodenci, cítiac sa ukrivdení. Ak je zdravé dieťa predškolského veku, ťažko znáša zníženie záujmu rodičov. Školák rieši dilemu, ako vysvetliť postihnutie súrodenca spolužiakom a pubescentovi sa menia predstavy o budúcnosti. Je dokázané, že hendikep súrodenca vplýva na výber povolania, úvahy o manželstve a na iné rozhodnutia zdravých súrodencov. Výchova zdravých súrodencov býva narušená v troch oblastiach: v organizácii rodiny, v interakcii rodičov so zdravými deťmi a v utváraní rolí súrodencov. Ak sa rodičia nadmieru venujú dieťaťu s mentálnym postihnutím, emocionálne potreby zdravých súrodencov sú málo uspokojované, organizácia rodiny nie je postačujúca pre optimálny vývin zdravých detí a rodičia kladú zdravým deťom nerealistické úlohy, buď na ne kladú extrémne vysoké nároky alebo extrémne nízke. Riziko, že u zdravých súrodencov sa vyskytnú problémy, vzrastá podľa toho, či je rodina malá, postihnutý súrodenec je starší ako zdravý, postihnutie je ťažšieho stupňa a jeho prejavy sú pre ostatné deti nepochopiteľné. (Pešová, Šamalik, 2006, s. 32-33)

Ak prítomnosť mentálne postihnutého dieťaťa znášajú súrodenci ťažko alebo sa u nich začínajú prejavovať problémy v správaní, rodičia by im mali začať venovať viacej pozornosti, pretože je pravdepodobné, že sa so vzniknutou situáciou nedokázali vyrovnáť. Rodičia by si mali všimnúť, či sa u nich neobjavujú príznaky psychických problémov:

- zlé sny, nepokojný spánok,
- samotárstvo, náladovosť, strata záujmu o kamarátov,
- bitkárstvo, nepriateľstvo voči iným deťom,
- poruchy pozornosti, zhoršenie známk,
- ničenie vecí, deštruktívne konanie,
- upútavanie pozornosti predvádzaním sa, krikom,
- privlastňovanie si cudzích vecí,

- až nápadná bezproblémovosť dieťaťa, ktoré sa nehnevá, nežiarli, vždy sa snaží vyhovieť, nevyjadruje sa, nenapĺňa svoje túžby. (Horňáková, 2007, s. 142-143)

Ak rodičia začnú u dieťaťa pozorovať tieto prejavy, mali by sa s ním porozprávať a zistiť príčinu jeho chovania, dať mu priestor na vyjadrenie vlastného návrhu, ako vyriešiť vzniknutý problém. Ak rodičia budú starších súrodencov aktívne zapájať pri výchove ich súrodenca s postihnutím hneď od začiatku a oboznámia ho s problémami mladšieho súrodenca, môžu sa tak vyhnúť takýmto problémom. V prípade, keď rodičia otvorene komunikujú o postihnutí, vysvetľujú ho, medzi súrodencami vznikajú najlepšie vzťahy. (vssvapn-1.kx.cz/SPsMR.doc)

Súrodenci majú k postihnutému dieťaťu veľmi často ambivalentný vzťah, to znamená, že hoci sú na súrodenca naviazaní, vznikajú okamžiky, kedy ho bijú a žiarlia na neho.

Niektorí autori tvrdia, že vývoj dieťaťa je vo veľkej miere ovplyvnený počtom súrodencov a veľkosťou rodiny. Deti z rodín s vysokým počtom súrodencov majú nižšiu úspešnosť v škole a v práci ako deti z menších rodín. Pohľad na problematiku počtu detí v rodine a ich následnej úspešnosti je rozporuplný, keďže na jednej strane sa vysoký počet súrodencov vníma pozitívne z hľadiska veľkého zdroja informácií a na druhej negatívne ovplyvňuje materiálne zabezpečenie, čo prináša mnoho obmedzení. Ak je v rodine len jedno dieťa, rodičia do neho vkladajú všetky svoje nádeje a očakávania, na dieťa je vyvíjaný veľký tlak, čo dieťa vníma negatívne. Vo viacpočetných rodinách sa rodičia nesústredia na všetky deti rovnako, takže sa môže stať, že niektoré z detí bude pozornosť postrádať. Deti, ktoré majú len súrodenca s postihnutím sú sklamané, že nemajú rovnocenného partnera na hranie. Rodičia koncentrujú všetky očakávania na zdravé dieťa, ktoré nadmerne zaťažujú.

Viac ako početnosť rodiny na vývoj detí vplýva poradie súrodencov. Existujú tieto pozície:

- prvorodený,
- druhorodený,

- prostredný,
- najmladší,
- dvojčičky,
- adoptovaný,
- sám chlapec medzi dievčatami,
- jediné dievča medzi chlapcami,
- iba dievčatá, iba chlapci.

Je dokázané, že deti narodené v rovnakom poradí majú isté spoločenské charakteristiky. Rodičia sú pri narodení prvého dieťaťa neskúsení, no pri narodení druhého už skúsenosti majú. Toto sa odráža aj na vzťahu k dieťaťu. Rodičia na každé dieťa kladú iné požiadavky, každé má špecifickú rolu v rodine. ([http://is.muni.cz/th/144940/ff_m/ DP_na_zverejnenie.txt](http://is.muni.cz/th/144940/ff_m/DP_na_zverejnenie.txt))

PRAKTICKÁ ČASŤ

4. Cieľ prieskumu

Cieľom nášho prieskumu je určiť vplyv rodiny na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa.

4. 1 Charakteristika prieskumnej vzorky

Pri výbere prieskumnej vzorky musíme vychádzať zo základného súboru, ktorý predstavujú osoby, o ktorých prieskum prináša nejaké informácie, no kvôli svojej veľkosti nemôže byť celý zaradený do prieskumu. Základným súborom nášho prieskumu sú problémové deti s mentálnym postihnutím. Náš prieskum sme uskutočnili v Špeciálnej základnej škole Spojená škola v Čadci. Prieskumnú vzorku tvorili študenti ôsmych a deviatych ročníkov, vo veku od 14 do 16 rokov, pričom celkový počet respondentov bol 7. Našu prieskumnú vzorku tvorilo päť žien a dvaja muži.

Tab. 2: Prieskumná vzorka

Vek	Muži	Ženy
14	1	1
15	1	2
16	0	2
Spolu	2	5

4.2 Metódy zbierania dát

Metódy zberu dát vyberáme podľa toho, aké informácie chceme získať, od koho ich chceme získať a za akých okolností. Dôležitým faktorom pre zvolenie našej prieskumnej metódy bolo skúmanie vplyvu rodiny na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa. Museli sme brať ohľad aj na mentálne schopnosti skúmaných. Potrebovali sme zvoliť takú metódu zberu dát, kedy by sa nám podarilo získať pravdivé a relevantné informácie, pričom tieto podmienky by pravdepodobne pri zbere informácií dotazníkom neboli dodržané. Za predpokladu, že kvalitatívny výskum bude pre mentálne postihnutých jedincov ľahšie zvládateľný, sme si ako metódu zbierania dát vybrali rozhovor. „Rozhovor je ústna forma komunikácie medzi výskumníkom a participantom, v ktorom ten prvý kladie a druhý na kladené otázky odpovedá.“ (<http://www.kpsp.pf.ukf.sk/prilohy/imrad.pdf>) Je to metóda, pri ktorej sa informácie získavajú sprostredkované a interaktívne, keďže výskumník je v priamej interakcii so skúmaným. Keďže sme potrebovali získať čo najpravdivejšie a najpresnejšie údaje, vybrali sme si ako respondentov triedne učiteľky detí nachádzajúcich sa v našej prieskumnej vzorke.

4.3 Zber a spracovanie údajov

Ako už sme skôr spomínali, zber dát prebiehal formou rozhovorov. Tie sme realizovali ako individuálne rozhovory s jednotlivými triednymi učiteľkami ôsmych a deviatych ročníkov. Z cieľa sme si sformulovali hlavnú prieskumnú otázku, na ktorú sme následne hľadali odpoveď naším prieskumom: *Aký je vplyv rodiny na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa?* Kládli sme im vopred pripravené otázky, ktoré respondenti ďalej rozvíjali:

1. *Je aspoň jeden z rodičov zamestnaný?*
2. *Je rodina úplná?*
3. *Aké výchovné chyby prevládajú v rodine?*
4. *Koľko detí je v rodine?*

5. *Koľké v poradí je narodené dieťa z našej prieskumnej vzorky?*
6. *Ovplyvnilo narodenie sa dieťaťa s mentálnym postihnutím rodičov negatívne?*
7. *Ktorá z funkcií rodiny nie je dodržaná?*
8. *Sú v rodine dodržané podmienky úspešnej výchovy?)*
9. *Aký výchovný štýl v rodine prevažuje?*

Na otázku, či je v rodine aspoň jeden z rodičov zamestnaný, nám traja respondenti odpovedali pozitívne, dvaja negatívne a zvyšní dvaja sa vyjadrili, že aspoň jeden z rodičov chodí na príležitostné brigády.

Pri otázke *Je rodina úplná?* sme dostali šesťkrát pozitívnu odpoveď a len jedenkrát negatívnu, kde matka zomrela na následky alkoholizmu.

Keď sme zisťovali, aké výchovné chyby sú v rodinách, zaznamenali sme jedenkrát rozmaznávanie a šesťkrát zanedbávanie.

Tab. 3: Koľko detí je v rodine?

Počet detí	1	2	4	5	7
Respondenti	1	2	2	1	1

V rodinách sa nachádza rôzny počet detí. V jednej rodine majú jedináčika, v dvoch rodinách sú dve deti, takisto v dvoch rodinách sú štyri deti. Päť detí je len v jednej rodine a sedem detí taktiež len v jednej.

Tab. 4: Koľké v poradí je narodené dieťa z našej prieskumnej vzorky?

Poradie narodenia	Počet respondentov
1.	2
2.	2
4.	2
5.	1

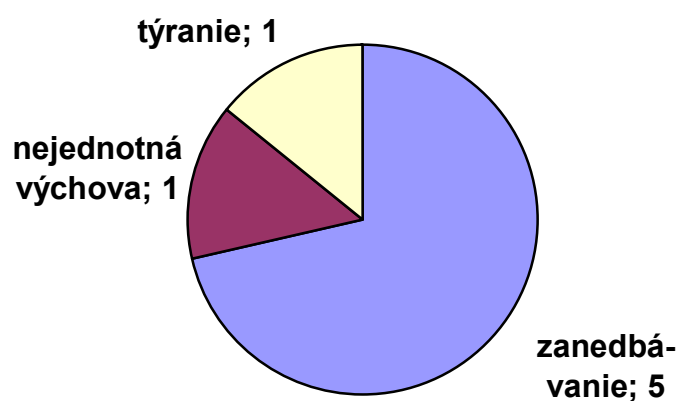
Ako nám zobrazuje táto tabuľka, poradie narodenia detí je rôzne, pričom okrem jedného prípadu, je vždy dvojica detí narodená v rovnakom poradí.

Pri zisťovaní, či narodenie sa dieťaťa s mentálnym postihnutím negatívne ovplyvnilo rodičov, nám respondenti vo väčšine – v šiestich prípadoch – odpovedali negatívne. Len v jednej rodine rodičov postihnutie ich prvorodeného dieťaťa ovplyvnilo negatívne do takej miery, že už nechcú mať ďalšie dieťa. V ostatných prípadoch nebola situácia v rodine dobrá už pred narodením tohto dieťaťa.

Na otázku, ktorá z funkcií rodiny – biologicko-reprodukčná, ekonomická, emocionálna, ochranná, výchovná - nie je dodržaná, sme od všetkých siedmich respondentov obdržali odpoveď, že všetky okrem biologicko-reprodukčnej.

Pri otázke, či sú v rodine dodržané všetky podmienky úspešnej výchovy (viď s. 27) sme od respondentov dostali jednotnú negatívnu odpoveď.

Graf 1: Výchovný štýl prevažujúci v rodinách.



Poslednou otázkou sme zisťovali, aký výchovný štýl v rodine prevažuje (viď s. 36-39). Jeden respondent určil ako prevládajúci výchovný štýl

nejednotnú výchovu, jeden týranie a ostatní piati zanedbávanie. Z rozhovoru s respondentmi vyplýva, že toto zanedbávanie je v prevažnej väčšine spôsobené alkoholizmom rodičov.

4.4 Interpretácia údajov

Po spracovaní jednotlivých rozhovorov môžeme vyhodnotiť náš prieskum. Rozoberať ho budeme podľa jednotlivých otázok.

Z vykonaného prieskumu nám vyplýva, že vo väčšine prípadov je aspoň jeden z rodičov zamestnaný. No podľa ďalších otázok zistíme, že aj napriek zamestnanosti jedného z rodičov sa rodiny ocitajú na pokraji chudoby, a to aj z dôvodu nezamestnania sa druhého rodiča, alkoholizmu rodičov a mnoho početnosti rodín.

Okrem jedného prípadu, kde zomrela matka dievčaťa, rodiny boli úplné.

Ako sa nám potvrdilo vo viacerých otázkach, deti s mentálnym postihnutím sú v rodinách zanedbávané. Z rozhovorov vyplýva, že okrem zanedbania ich hygienických návykov a výchovy, je zanedbaný aj ich zdravotný stav, škola, mravná výchova, pracovné návyky a iné.

V rodinách s mentálne postihnutým dieťaťom je prevažne počet detí dva a štyri, pričom deti s mentálnym postihnutím sa narodili ako prvé, druhé alebo štvrté.

Z jednotlivých rozhovorov nám vyplýva, že rodiny neovplyvnilo narodenie sa dieťaťa s mentálnou retardáciou negatívne.

Tieto rodiny si okrem biologicko-reprodukčnej funkcie ostatné funkcie neplnia. Takže ekonomická, emocionálna, ochranná a výchovná funkcia v rodine nie sú dodržané. Aj pri týchto odpovediach sa nám zodpovedá otázka, či nie sú deti zanedbávané.

Podmienky úspešnej výchovy, medzi ktoré radíme harmonické vzťahy, dobrý osobný príklad rodičov, adekvátne odmeny a tresty, jednota v požiadavkách rodičov, režim dňa, sú v týchto rodinách taktiež nedodržané.

Posledná otázka, týkajúca sa výchovného štýlu rodiny, bola zodpovedaná viackrát už aj v predchádzajúcich otázkach. Vo veľkej väčšine rodín sú deti s mentálnou retardáciou zanedbávané.

Zo získaných údajov môžeme zodpovedať hlavnú otázku nášho prieskumu: *Aký je vplyv rodiny na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa?* Zistili sme, že v našej prieskumnej vzorke má rodina na osobnosť dieťaťa s mentálnym postihnutím negatívny vplyv. Hoci rodiny sú úplné a aspoň jeden z rodičov je zamestnaný, dieťa s mentálnou retardáciou nemá vhodné podmienky na výchovu, nie sú dodržané funkcie rodiny, rodičia deťom nevenujú pozornosť, nezaujímajú ich zdravotný stav detí, hygiena, výchova, deti sú nadmieru zanedbávané. Počet a poradie detí sa nám v našom prieskume nepotvrdili ako dôležitý faktor ovplyvňujúci osobnosť dieťaťa s mentálnou retardáciou.

4.5 Zhrnutie a doporučenia

Po vykonaní a vyhodnotení nášho prieskumu môžeme konštatovať, že vplyv rodiny na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa je negatívny. Rodina je primárna sociálna skupina, do ktorej sa dieťa rodí, čiže ho najviac ovplyvňuje. U mentálne postihnutého dieťaťa má rodina oveľa ťažšiu pozíciu, ako pri „zdravom“ dieťati. Ako sme spomínali v teoretickej časti, vývin osobnosti mentálne retardovaného dieťaťa je oveľa náročnejší proces. Dôraz sa tu kladie na výchovu v rodine. Hoci rodiny v našej prieskumnej vzorke boli úplné, vyskytovali sa tu iné negatívne vplyvy. Ako pozitívne vnímame aj to, že rodičia neboli negatívne ovplyvnení narodením sa dieťaťa s mentálnou retardáciou. Napriek tomu, že v každej rodine bol aspoň jeden rodič zamestnaný, ekonomická situácia v rodinách bola veľmi zlá, to možno aj z dôvodu, že priemerný počet detí na rodinu je 4 deti, ale taktiež to môže byť spôsobené alkoholizmom rodičov, kedy väčšinu peňazí mínajú na alkohol a pre deti im už nič neostáva. Negatívny vplyv nám taktiež dokazuje aj to, že okrem biologicko-reprodukčnej funkcie ostatné nie sú dodržané. Ak dieťa nemá

dostatočnú emocionálnu, ekonomickú, ochrannú a výchovnú stránku rodiny, potom sa to negatívne odrazí na jeho osobnosti. Aby bol vplyv rodiny pozitívny, museli by byť dodržané aj podmienky úspešnej výchovy, ktoré u našich respondentov dodržané neboli. A ďalšou, veľmi zlou skutočnosťou je fakt, že rodiny svoje mentálne retardované deti zanedbávajú. Takže výchovný štýl v rodinách vôbec nie je vhodný. Prostredie v rodinách pre tieto deti nie je vyhovujúce, negatívne vplýva na osobnosť mentálne postihnutých detí, ktoré potrebujú medzi inými aj kladný vzor rodičov, čo im chýba.

Z tohto vyplývajú naše odporúčania pre prax:

1. Rodičia by sa mali snažiť dodržať všetky funkcie rodiny, potrebné pre úspešnú výchovu dieťaťa s mentálnou retardáciou.
2. Rodičia by mali robiť všetko preto, aby dodržali všetky podmienky úspešnej výchovy.
3. Rodičia by si mali uvedomiť, akú majú veľkú zodpovednosť za vývin osobnosti dieťaťa s mentálnym postihnutím.
4. Rodičia by si mali zvoliť vhodný výchovný štýl, v žiadnom prípade by nemali zanedbávať svoje deti.
5. Učitelia by sa mali snažiť pozitívne pôsobiť na deti s mentálnou retardáciou a mali by byť nápomocní pri maximálnom rozvoji osobnosti mentálne postihnutého dieťaťa.

ZÁVER

Každý človek vie, aká je pre neho rodina dôležitá. Splňa veľmi dôležité funkcie, dáva mu do života potrebné modely správania, vlastnosti, morálne a etické zásady. Hlavne na rodine záleží, aký človek z mentálne postihnutého dieťaťa vyrastie. V našej práci sme preto rozoberali všetky podmienky, ktoré dieťa v rodine ovplyvňujú. Spomenuli sme, aké je dôležité, či rodina splňa všetky funkcie a podmienky, ktoré by splňať mala. Záleží aj na spôsobe výchovy, ktorý na dieťa s mentálnym postihnutím vplýva asi najviac, keďže pri výchove nám ide hlavne o maximálny rozvoj osobnosti dieťaťa s postihnutím.

Diplomová práca sa zaoberá mentálnym postihnutím, informáciami o jedincoch s mentálnym postihnutím a rodinou. Hlavným cieľom diplomovej práce bolo zistiť vplyv rodiny na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa. Prieskumné šetrenie prebiehalo v Špeciálnej základnej škole v Čadci. Pomohlo nám odhaliť, že vplyv rodiny na osobnosť dieťaťa s mentálnou retardáciou je negatívny. Zistili sme to na základe rozhovoru s respondentmi. Deti z prieskumnej vzorky boli v rodinách zanedbávané a neboli u nich dodržané základné podmienky a funkcie, potrebné na rozvoj osobnosti. Partneri vstupujúci do manželstva by mali myslieť na práva a povinnosti, ktoré z tohto vzäzku vyplývajú.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV

BAJO, I. – VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. 1. vyd. Bratislava: Sapiaientia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.

Cudzie slová [online]. [cit 2012-10-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.cudzieslova.sk/hladanie/kret%C3%A9nizmus>>.

Čo by mal rodič naučiť svoje deti? *Rodina a škola*. 2010, roč. 58, č. 2, s. 10. ISSN 0231-6463.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1973. ISBN 08-051-73.

GRAJCIAROVÁ, N. *Výchovný štýl rodiny – Aký si? [online]*. [cit 2012-07-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.hmsx.sk/rodina/rodina-jej-podstata-a-funkcie/>>.

HORNÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. 2. vyd. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2007. ISBN 978-80-89185-28-3.

HYCLÁKOVÁ, B. *Psychosociálne potreby zdravých súrodencov detí so závažným ochorením alebo postihnutím – Downov syndróm [online]*. 2009. [cit 2012-18-01]. Dostupné na WWW: <http://is.muni.cz/th/144940/ff_m/DP_na_zverejnenie.txt>.

CHALUPOVÁ, SUCHOŽOVÁ, USTOHALOVÁ. *Hľadáme možnosti partnerstva rodiny a školy [online]*. 2007. [cit 2012-07-02]. Dostupné na WWW: <www.rocepo.sk/modules/mydownloads/visit.php?cid=11&lid=96>.

CHODÁKOVÁ, K. *Integrácia mentálne postihnutého dieťaťa v rodine a v spoločnosti [online]*. 2004. [cit 2012-18-12]. Dostupné na WWW: <http://www.niest-oade.sk/kniznica/ap/Chodakova_Katarina.pdf>.

KAČÁNI, Vladislav, et al. *Základy učiteľskej psychológie*. 2. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo – Mladé letá, 2004. ISBN 80-10-00429-4.

KOLLÁROVÁ, Ema. *Somatopédia pre vychovávateľov*. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2004. ISBN 80-223-1591-5.

KOLEŠÁROVÁ. *Patauov syndróm [online]*. 2011. [cit 2012-10-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdravie.sk/sz/content/132-46675/patauov-syndrom.html>>.

LACINOVÁ. *Ženy sú XX, muži sú XY, a čo tí ostatní? [online]*. 2003. [cit 2012-10-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.inzine.sk/article.asp?art=9885>>.

LEHOVSKÝ, Miloš, et al. *Pečujeme o nervovú nemocné dieťa*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 80-040-89.

LECHTA, Vladimír, et al. *Základy inkluzívnej pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

MANNIOVÁ, J. *Kapitoly z pedagogiky I*. Bratislava: Luskpress, 2004. ISBN 80-968956-2-1.

MARKOVÁ, Z. – STRĚDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. ISBN 14-340-87.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8.

MATULAY, Karol, et al. *Mentálna retardácia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1982. ISBN 70-096-82.

MATULAY, Karol, et al. *Mentálna retardácia*. 2. vyd. Martin: Osveta, 1986. ISBN 77-077-86.

Ministerstvo školstva Slovenskej Republiky [online]. 1997. [cit 2012-07-02]. Dostupné z WWW: <http://www.pppgalanta.psychology.sk/program_mr.pdf>.

MIŠOVÁ, I. *Správa o činnosti ZPMP v SR za rok 2003 [online]*. 2004. [cit 2012-07-02]. Dostupné na WWW: <http://www.zmpvsvr.sk/casopis/zmpm_lay_2-04.pdf>.

PEŠOVÁ, I. – ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

Podpora rodín detí so zdravotným postihnutím [online]. 2008. [cit 2012-24-01]. Dostupné na WWW: <http://www.mamaaja.sk/ActiveWeb/Article/952/podpora_rodin_deti_so_zdravotnym_postihnutim.html>.

Postihnuté dieťa ranou pod pás rodičom! [online]. 2011. [cit 2012-24-01]. Dostupné na WWW: <<http://najmama.aktuality.sk/clanok/225951/postihnute-dietra-ranou-pod-pas-rodicom/>>.

POŽÁR, Ladislav. *Základy psychológie ľudí s postihnutím*. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. ISBN 978-80-8082-147-0.

RITOMSKÝ, A. *Metodológia sociálnopsychologického výskumu [online]*. [cit 2012-07-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.kpsp.pf.ukf.sk/prilohy/imrad.pdf>>.

Rodina s postihnutým dieťaťom [online]. 2006. [cit 2012-18-01]. Dostupné z WWW: <http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=rodina%20a%20ment%C3%A1lne%20postihnut%C3%A9%20die%C5%A5a&source=web&cd=5&sqi=2&ved=0CDcQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.fedu.uniba.sk%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Feditors%2Fkp_Peternai%2Frodinna_vychova%2FSR7.ppt&ei=zvIWT6aGKc_9sgaEgeVJ&usg=AFQjCNFbZIABE2S9odDDvocFhDbIfMZETg>.

ROSEVÁKOVÁ, TYROLOVÁ. *Hypotyreóza [online]*. [cit 2012-10-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.medinfo.sk/?s=heslo&id=761>>.

Sociálna práca s občanmi so zdravotným postihnutím [online]. [cit 2012-07-02]. Dostupné z WWW: <http://www.social.group4.sk/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=67&Itemid=27>.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980. ISBN 14-628-80.

ŠTURÁK, P. *Výchovné činitele rozvoja osobnosti [online]*. 2006. [cit 2012-24-01]. Dostupné na WWW: <www.zoe.sk/pub/doc/theologos/t_vychovne_cinitele.pdf>.

ŠUSTROVÁ, M. *Mentálna retardácia [online]*. 2008. [cit 2012-18-01]. Dostupné z WWW: <vssvapn-1.kx.cz/SPsMR.doc>.

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

UHLÁRIKOVÁ, J. *Štýl výchovy v rodine a životná spokojnosť adolescentov [online]*. 2010. [cit 2012-18-01]. Dostupné na WWW: <http://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD%20konf%202010/SUBORY/PDF/07_Uhlarikova.pdf>.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika – Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VOJTECHOVÁ. *Geneticky podmienené mutácie [online]*. 2010. [cit 2012-10-02]. Dostupné z WWW: <www.gjgt.sk/digitalna_studovna/biologia/2010/92_gpm.doc>.

Výchova mentálne postihnutého dieťaťa v rodine [online]. [cit 2012-24-01]. Dostupné na WWW: <http://pedagogika-sk.studentske.cz/2008/09/vchova-mentlne-postihnutho-dieaa-v_4537.html>.

ZDRAHAL, L. *Osoby s mentálnym postihnutím [online]*. 2009. [cit 2012-24-01]. Dostupné na WWW: <http://www.ratolesti.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=38:osoby-s-mentalnym-postihnutim&catid=4:mentálne-postihnutie&Itemid=8>.

Zdravotné problémy [online]. [cit 2012-07-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.downovsyndrom.sk/sds/?q=node/124>>.

ZOZNAM OBRÁZKOV, TABULIEK A GRAFOV

Zoznam tabuliek

Tab. 1	Medzinárodná klasifikácia mentálnej retardácie (ICD-11)	18
Tab. 2	Prieskumná vzorka	60
Tab. 3	Koľko detí je v rodine?	62
Tab. 4	Koľké v poradí je narodené dieťa z našej prieskumnej vzorky? ...	62

Zoznam grafov

Graf č. 1	Výchovný štýl prevažujúci v rodinách	63
-----------	--	----

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Lucia Gonščáková

Odbor: Špeciálna pedagogika - učiteľstvo

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Rodina a jej vplyv na osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa

Rok: 2012

Počet strán textu bez príloh: 73

Celkový počet strán príloh: 0

Počet titulov literatúry a prameňov: 41

Vedúci práce: Mgr. Denisa Štefková, PhD.