

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Psycho- sociální pomoc rodině a osobě pečující, o  
mentálně hendikepovaného dospělého**

Bc. Sára Marková

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Praha 2012

Prague college of psychosocial studies



**Psychosocial help of family and nurturing person  
about disturbed adults**

Bc. Sára Marková

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Eva Petráková

Praha 2012

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Dále prohlašuji, že odevzdaná písemná verze bakalářské práce a verze elektronická jsou totožné.

15. 3. 2013

.....

Bc. Sára Marková

## **Poděkování:**

Ráda bych poděkovala paní Magistře Petrákové za vedení mé bakalářské práce. Děkuji za cenné rady a inspiraci.

# Anotace

Psycho – sociální pomoc rodinám a pečujícím osobám, o mentálně hendikepované dospělé, je v dnešní době velmi diskutované téma, zejména kvůli neustálým změnám zákona a zdražování pomůcek a služeb, které mentálně hendikepovaní dospělí potřebují. Tato práce má za cíl nabídnout metodiku pro pečující osoby, ale i sociální pracovníky a zdravotní personál. Je potřeba pomoci a podpořit osoby pečující a rodiny, které pečují o osobu s mentálním hendikepem.

V praktické části se věnuji klasifikaci mentálního postižení a postojům rodičů k této problematice. Pracuji přímo se zákony, které mohou tyto osoby využít a získat finanční příspěvky a pomůcky.

V praktické části zpracovávám konkrétní případy kazuistik z mé práce, kde pracuji jako sociální pracovníce.

**Klíčová slova:** Mentální hendikep, sociální podpora, sociální pomoc, osoba pečující.

# Abstrakt

Psycho – social help to families and nurturing people about disturbed adults is high-discussed issue, especially because of permanent changes of law and raising the price of facilitations and services, that disturbed adults need. This work takes aim to offer methodology for nurturng people and families, that taking care of a person with psychic disablements.

In a practical part I concentrate on classification of mental disablements and attritude of parents towards this issue. I work directly with laws, that could be useful to people, how to recieve financial contribution and facilitations.

In a practical part I deal with particular subjects from my occupation where I work as social worker.

**Key words:** Mental hendicap, social support, assistnace, person caring.

# Obsah

ÚVOD.....	7
1 MENTÁLNÍ RETARDACE (DUŠEVNÍ OPOŽDĚNÍ).....	8
1.1 Příčiny mentální retardace .....	8
1.1.1 Genetické podmínky.....	8
1.1.2 Problémy během prenatálního vývoje .....	8
1.1.3 Komplikace při porodu.....	9
1.1.4 Problémy po porodu .....	9
1.1.5 Chudoba a kulturní omezení.....	9
1.1.6 Vrozená mentální retardace .....	9
1.1.7 Získaná mentální retardace .....	10
1.1.8 Sociálně podmíněná mentální retardace .....	10
1.2 Klasifikace mentální retardace dle jednotlivých stupňů .....	10
1.2.1 F70 Lehká mentální retardace .....	11
1.2.2 F71 Středně těžká mentální retardace.....	11
1.2.3 F72 Těžká mentální retardace.....	12
1.2.4 F73 Hluboká mentální retardace .....	12
1.2.5 F78 Jiná mentální retardace .....	12
1.2.6 F79 Nespecifikovaná mentální retardace .....	13
2 REAKCE RODIČŮ NA POSTIŽENÉ DÍTĚ .....	14
3 VÝCHOVNÉ PŘÍSTUPY V RODINÁCH S MENTÁLNĚ HENDIKOPOVANÝM DÍTĚTEM.....	16
4 MENTÁLNÍ HENDIKEP A SOCIALIZACE.....	18

5	SOUČASNÝ SYSTÉM PODPORY RODIN S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	20
5.1	Podpora rodin s postiženým dítětem v rané fázi.....	20
5.2	Příspěvek na péči .....	23
5.3	Péče o těžce zdravotně postižené občany .....	25
6	PRAKTICKÁ ČÁST: PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	29
6.1	Cíle a techniky výzkumné části .....	30
6.2	Kazuistika č. 1.....	30
6.3	Kazuistika č. 2.....	33
6.4	Kazuistika č. 3.....	35
	ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI: PŘÍPADOVÉ STUDIE .....	37
	ZÁVĚR.....	38
	LITERATURA: .....	39
	INTERNETOVÉ ZDROJE: .....	40



## ÚVOD

V úvodu své bakalářské práce bych ráda poukázala na důležitost psycho- sociální pomoci lidem, kteří z důvodu vážné nemoci člena své rodiny nebo blízké osoby jsou alespoň částečně znevýhodněny. V práci se věnuji problematice mentálního hendikepu a postojům rodičů a pečující osoby. Je důležité poukázat na fakt, jak mentální retardace od raného věku dítěte působí na celou rodinu, která pečuje mnohdy i celý život o postiženého člověka. Toto téma úzce souvisí s finanční situací celé rodiny a od finanční situace se může odvíjet i péče a možnosti mentálně postiženého dospělého. Zmiňuji sociální pomoc a podporu, kterou mohou osoby pečující využít a na které sociální dávky dosáhnou a o jakou částku se může jednat.

Tato práce má sloužit jako manuál pro rodinu, osobu pečující, sociální pracovníky, ale i zdravotní personál. Toto zaměření rozvíjím v praktické části práce s kazuistikami klientů, kteří o dávku požádali. Názorně bych ráda poukázala na fakt, jak je možné zlepšit psychický stav rodiny osoby pečující i samotného klienta při spolupráci se sociálním pracovníkem.

# 1 MENTÁLNÍ RETARDACE (DUŠEVNÍ OPOŽDĚNÍ)

Mentální retardace je stav, kdy postižený jedinec má zastavený či neúplný duševní vývoj. V zásadě však v sobě zahrnuje všechny skutečnosti spojené se sníženými intelektovými schopnostmi a sociálními dovednostmi.

Adaptační chování je narušeno vždy, avšak v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení s lehkou mentální retardací nápadné. (MKN 10, 2008)

Medicínský model vnímá retardaci z pohledu vzniku, vývoje a dalšího vlivu na kvalitu života člověka. (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVA 1997, s 89.) k tomu říkají: „Mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.“

## 1.1 Příčiny mentální retardace

MR může způsobit jakákoliv okolnost, která naruší vývoj mozku od prenatálního vývoje po rané dětství. U jedné třetiny případů je příčina neznámá. Mezi časté příčiny řadíme Downův syndrom, fetální alkoholový syndrom a syndrom fragilního X. Příčiny mohou být rozděleny následovně dle (DYLEVSKÝ, 2000).

### 1.1.1 Genetické podmínky

Abnormalita genů zděděná po rodičích, odchylky při spojování genů nebo jiná genová porucha způsobena během prenatálního vývoje. S MR se pojí více než 500 genetických chorob. Syndrom fragilního X je ojedinělá genová porucha nalézající se na pohlavním chromozomu a je hlavní zděděnou příčinou mentální retardace (DYLEVSKÝ, 2000).

### 1.1.2 Problémy během prenatálního vývoje

Užívání toxických látek matkou plodu, podvýživa či některá onemocnění během těhotenství.

### **1.1.3 Komplikace při porodu**

Přestože mozek dítěte může poškodit jakýkoli stav nezvyklé zátěže, nedonošenost a nízká porodní váha, předpovídají vážné problémy častěji než jiné podmínky. Komplikace může způsobit, klešťový porod, dušení a křížení novorozence.

### **1.1.4 Problémy po porodu**

Dětské nemoci, jako například černý kašel, plané neštovice, spalničky či získaná meningitida a encefalitida, mohou poškodit mozek.

Poškození mozku nastává také při úrazech, například úderem do hlavy či při tonutí. Nenapravitelné narušení mozku a nervové soustavy může způsobit olovo, rtuť a jiné toxiny v životním prostředí.

### **1.1.5 Chudoba a kulturní omezení**

Mentální retardace se vyskytuje i u dětí ze sociálně slabých vrstev následkem podvýživy, nedostatečné hygieny, nedostatkem lékařské péče. Děti ze znevýhodněných oblastí mohou být také kulturně omezeny v mnoha společenských a každodenních zkušenostech, kterých se dostává jejich vrstevníkům.

(PIPEKOVÁ 1998, s. 171) dále doplňuje, že „*jde o stav trvalý, vrozený nebo částečně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.*“

### **1.1.6 Vrozená mentální retardace**

Spojená s určitým poškozením, odchylnou strukturou nebo odchylným vývojem nervového systému v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním zhruba do dvou let života dítěte.

### **1.1.7 Získaná mentální retardace**

Demence (po druhém roce života) jde o proces zastavení, rozpadu mentálního vývoje, který je zapříčiněn pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Porucha může mít progresivní tendenci nebo se může zastavit a nevede k dalšímu zhoršení stavu. Demence způsobuje převážně nerovnoměrný úbytek intelektových schopností. Příznakem demence je zvýšená dráždivost, únava, emocionální labilita, výkyvy pozornosti, poruchy paměti a učení. Dětské demence se projevují zastavením psychického vývoje, zpomalením psychických procesů, snížením adaptability dítěte a ztrátou intelektových schopností.

### **1.1.8 Sociálně podmíněná mentální retardace**

Pseudooligofrenie vzniká nejčastěji v důsledku působení vnějšího prostředí. Není způsobena poškozením CNS, ale nedostatečnou stimulací prostředí dítěte. Sociálně podmíněná mentální retardace se projevuje výrazným opožděním vývoje řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace. Zdánlivá mentální retardace není stav trvale neměnný, při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného výchovného působení může dojít ke zlepšení stávajícího stavu.

## **1.2 Klasifikace mentální retardace dle jednotlivých stupňů**

V současné době se používá členění podle desáté revize Světové organizace (WHO) z roku 1992 s platností od 1. 1. 1994. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno F. Oddíl F70-79 je pak celý věnován mentální retardaci a toto označení je považováno za základní kód.

Pro specifikaci narušeného chování, pokud je nelze přičíst přidružené poruše, lze použít čtvrtý znak:

F7x.0 Žádné nebo minimální postižení chování

F7x.1 Výrazné postižení chování, vyžadující pozornost nebo léčbu

F7x.8 Jiná postižení chování

F7x.9 Bez zmínky o postižení chování

### **1.2.1 F70 Lehká mentální retardace**

Lehkou mentální retardaci, lze pozorovat již v prvním roce života, dle patrných vývojových odchylek. Lehce mentálně retardovaní jedinci si osvojují mluvu opožděně. Většina dosáhne schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview. Většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči, domácích a praktických dovednostech, i když oproti normě v mnohem pomalejším tempu. U dětí se přidruží specifické poruchy učení – poruchy čtení, psaní, pravopisu, nejsou schopné rozeznat podstatné v teoretické rovině.

IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69. Organický původ lze určit u malého množství pacientů

*„Zahrnuje: slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu, lehkou oligofrenii, debilitu“*  
(MKN 10, 2008, s. 180).

### **1.2.2 F71 Středně těžká mentální retardace**

Lze pozorovat již ve velmi útlém věku, první diagnózu lze určit již v kojeneckém věku. Schopnost řeči a její chápání je pro tyto jedince velmi omezené. Při zařazení do speciálního vzdělávacího programu stimulující základní dovednosti, mohou být tito jedinci v dospělosti samostatně mobilní a fyzicky aktivní. V současnosti mnozí nachází uplatnění v podporovaném zaměstnání a pracují v chráněných pracovištích.

IQ se pohybuje přibližně mezi 35 až 49. Organický původ lze určit u většiny pacientů. V této kategorii jsou podstatné rozdíly ve schopnostech.

*„Zahrnuje: imbecilitu, středně těžkou subnormalitu, těžkou oligofrenii“*(MKN 10, 2008, s. 181).

### **1.2.3 F72 Těžká mentální retardace**

Výrazně snížená schopnost dorozumívání. Dlouhodobým tréninkem je možné docílit u některých jedinců částečné sebeobsluhy nebo osvojení základních hygienických návyků. Důsledkem velkého omezení psychických procesů je slabá pozornost a minimální rozvoj komunikačních dovedností. Řeč je často nevytvořena. Výrazné porušení je také v oblasti afektivní. Poznávají pouze blízké osoby a možnosti vzdělávání jsou omezené. Celoživotní závislost na pečující osobě.

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let).

*„Zahrnuje: těžkou mentální abnormalitu, těžkou oligofrenii „(MKN 10, 2008, s. 181).*

### **1.2.4 F73 Hluboká mentální retardace**

Většinou se jedná o imobilní, inkontinentní, těžce smyslově a neurologicky postižené jedince, kteří jsou závislí na péči ve všech základních životních úkonech. Řeč není rozvinuta, nepoznávají své okolí, chápání je omezeno na porozumění jednoduchým požadavkům a často trpí sebepoškozováním. Nedožívají se vysokého věku. Tvoří 1 % v populaci mentálně retardovaných.

IQ dosahuje nejvýše 20.

*„Zahrnuje: idiocii, hlubokou mentální abnormalitu, hlubokou oligofrenii „(MKN 10, 2008, s. 182).*

### **1.2.5 F78 Jiná mentální retardace**

Stanovení stupně intelektu pomocí obvyklých metod není možné nebo je nesnadné v důsledku dalšího přidruženého sensorického nebo somatického poškození (MKN 10, 2008).

### **1.2.6 F79 Nespecifikovaná mentální retardace**

Mentální retardaci lze prokázat, ale pro nedostatečné znaky nemůže jedince přesně zařadit (MKN 10, 2008).

## 2 REAKCE RODIČŮ NA POSTIŽENÉ DÍTĚ

Rodina je prvním sociálním (a nejpřirozenějším) prostředím, s nímž dítě přichází do styku – toto prostředí má navíc předpoklady ovlivnit některé limitující vnitřní faktory vyplývající ze samotného postižení. Ve většině případů rodiče narození dítěte s postižením prožívají jako vlastní selhání, jako neschopnost přivést na svět zdravého potomka. Doba, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že jejich dítě je mentálně postižené je zcela individuální, ale může být od období prenatalního až do počátku povinné školní docházky. (VALENTA a MÜLLER, 2003)

V případě, že jde o poruchu velmi vážnou nebo poruchu s typickými tělesnými znaky, např. Downův syndrom je diagnostika v prvních dnech a měsících života dítěte velmi snadné.

Pro rodiče, zvláště matky dětí, je informace o mentálním postižení dítěte velice bolestná a traumatizující. Obávají se zcela oprávněně jeho budoucnosti a začlenění do společnosti a současně si ještě nedovedou představit zátěž, kterou přináší výchova handicapovaného dítěte.

Vyrovnaní se skutečností, že dítě je postižené, má své typické charakteristiky, které postupují v určitých fázích. *„Reakce rodiny na zjištění mentální retardace u dítěte je analogická reakci rodiny na úmrtí jejího člena. V prvním období je ztráta popírána (zdravotníci jsou podezříváni z mylné diagnózy), teprve potom přicházejí výrazné emoční reakce a až za čas po nich určité smíření.“* (MATOUŠEK 2003, s. 123)

(VÁGNEROVÁ, 2003) srovnává reakci rodičů na postižení dítěte s reakcemi na závažná onemocnění a popisuje 4 fáze:

1. **Fáze šoku a popření**, kdy je situace natolik tíživá, že ji nelze akceptovat, a proto většinou dochází k jejímu popření. Toto popření se časem mění v ohrožení rodičovské seberealizace, deprivace z budoucnosti, ohrožení pocitu bezpečí a soudržnosti rodiny.
2. **Fáze postupného vyrovnání**, jejíž průběh závisí na různých faktorech. Jednak je to emoční vyladění rodičů, hněv, zoufalství nebo deprese. Dále zralost osobnosti



rodičů, množství jejich životních zkušeností a kvalita citového vztahu. Nakonec potom aktuální somatický a psychický stav.

V některých případech dochází u rodičů ke vzniku nejrůznějších psychických obran, měnících jejich prožívání, uvažování a chování. Takovou reakcí je například útok – tendence s nepřijatelnou situací bojovat. A protože s příčinou postižení bojovat nelze, je agrese vyslána proti náhradnímu viníku, nejčastěji z řad rodiny nebo zdravotnického personálu. Jednou z reakcí je únik ze situace, kterou člověk nedokáže zvládnout nebo se s ní vyrovnat. Může jít o odložení postiženého dítěte do jiné péče, odchod od rodiny ale i přetrvávající popření

(viz 1. fáze) a vytěsnění skutečnosti z vědomí. Další reakcí může být únik do fantazie či substituce (náhrada jednoho zdroje uspokojení jiným, dostupnějším). Přijatelnou substitucí je aktivita v nějakém sdružení, nepřijatelnou únik z reality pomocí alkoholu. Rezignace je další neadekvátní formou obrany a úniku z nepřijatelné situace, stejně tak jako izolace rodiny od vnějšího světa.

3. **Fáze smlouvání**, období vyrovnávání se s problémem postižení dítěte. Trvá různě dlouho a vyjadřuje určitou naději na alespoň minimální zlepšení stavu a částečné přijetí dříve zcela odmítané reality.
4. **Fáze vyrovnání a přijetí skutečnosti**. Ne všichni rodiče dosáhnou vyrovnání se skutečností, akceptování dítěte takového, jaké je a rozvíjení jeho osobnosti v mezích jeho možností. Mohou přetrvávat neadekvátní obranné postoje odmítavé, omezující rozvoj dítěte nebo naopak přetěžující dítě.

(MAŤEJČEK, 1992) uvádí jako první reakci na poznání, že s dítětem není něco v pořádku zpravidla úzkost stav napětí a nejistoty, jehož východiskem jsou různé formy obranných mechanismů, jako je popření skutečnosti nebo hledání viny a viníka. Podle charakteru obranného mechanismu rodiče přijímají postavení trpitelů, ponížených, stávají se apatickými, izolují se od společnosti nebo naopak se stávají hyperaktivními v hledání pomoci, agresivními, nedůvěřivými nebo vztahovačnými vůči svému okolí. Celý proces vyrovnávání se s postižením dítěte by měl být završen dle (MAŤEJČKA, 1992, s. 49.),...*přijetím dítěte takového, jaké je. Znamená to pro ně dopracovat se identity rodičů postiženého dítěte. Nestydět se za to, neprotestovat proti tomu, ale přijímat postižení, nemoc, zvláštnosti svého dítěte nikoli jako neštěstí, ale jako životní úkol.*“

### 3 VÝCHOVNÉ PŘÍSTUPY V RODINÁCH S MENTÁLNĚ HENDIKOPOVANÝM DÍTĚTEM

Pojem výchovný styl znamená souhrn záměrných a spontánních způsobů chování vychovatele k vychovávanému (PRŮCHA aj., 1995).

(LANGMAIER a KREJČÍ 1998), uvádí 3 základní způsoby výchovných stylů:

Styl **autoritativní** klade důraz na bezpodmínečnou poslušnost, podřízení dítěte autoritě rodiče, uposlechnutí všech příkazů a zákazů dospělé autority bez výjimky.

Styl **liberální** klade důraz na ponechání co největší volnosti dítěti bez omezování jeho vlastní aktivity.

Styl **demokratický** za nejdůležitější považuje respektování dítěte jako samostatné bytosti s právem rozhodovat o sobě poměrně svobodně vzhledem k věku a předpokládaným následkům jednání. Dítě však současně musí poznávat svou odpovědnost vůči druhým lidem v rodině i mimo ni. Rodiče jsou dítěti (LANGMAIER a KREJČÍ 1998).

Novější klasifikace uvádějí různý počet dimenzí, které umožňují popis nevhodných a pro dítě škodlivých stylů výchovy. Paří mezi ně:

Výchova **rozmazlující**, ve které rodiče vyhovují každému přání dítěte a projevují mu až „opičí“ lásku.

Výchova **zavrhující**, kdy rodiče dávají svým chováním dítěti najevo otevřeně nebo častěji nepřímo své city odmítání a nesouhlasu (navenek to ovšem nepřiznávají a zdůvodňují své chování nezbytností kázně).

Výchova **nadměrně ochraňující**, ve které ve snaze chránit dítě před každým rizikem brání rodiče dítěti v postupném získávání dovedností, které jsou nezbytné právě pro účelné zvládnání nevyhnutelných rizikových situací.

Výchova **perfekcionistická** s přehnanou snahou po dokonalosti, perfektních výkonech doma, ve škole, sportu, hudbě apod. Rodiče na dítě kladou požadavky, které nemůže vzhledem ke svému věku a individuálním vlastnostem splnit.

Výchova **nedůsledná**, kdy rodič kolísá mezi krajní přísností a krajní povolností (někdy jako by kompenzoval své pocity viny za dřívější nadměrnou přísnost). Nedůslednost může vyplývat i z odlišného přístupu obou rodičů.

Výchova zanedbávající, týrající, zneužívající, deprivující – specifické případy vysloveného ohrožení vývoje dítěte (LANGMAIER a KREJČÍ 1998).

Výchova postiženého dítěte s sebou nese enormně velikou zátěž pro jeho rodiče. Ta se může projevit i v odlišných reakcích a výchovných postojích. Mentálně retardované děti jsou nezralejší, infantilnější a více závislé na svém okolí. A právě jejich nesamostatné a závislé chování může v rodičích vyvolávat nevhodné výchovné postoje.

Zajímavé jsou závěry výzkumu (PREVANDÁROVÁ, 1998), z nichž vyplývá, že matky uplatňují vůči postiženým dětem nejčastěji nadměrně ochraňující výchovný styl, ze strany otců je výchova spíše liberální a jako druhá nejčastější zanedbávající. Důvody zanedbávající výchovy u otců souvisí dle (PREVANDÁROVÁ, 1998), zřejmě s ekonomickou situací rodin, kdy otcové jsou v rodinách často jediní živitelé a považují proto finanční zabezpečení rodiny za prioritu.

Nejvhodnější výchova postiženého dítěte je taková, která mu umožňuje maximální rozvoj jeho osobnosti a rozvoj pozitivních sociálních vztahů. Toho lze dosáhnout akceptováním dítěte a jeho postižení, láskyplným a zároveň důsledným přístupem k němu.

## 4 MENTÁLNÍ HENDIKEP A SOCIALIZACE

Jedinci umožňuje začlenění do společnosti socializační proces a to na základě vzájemné interakce. Na základě sociálního učení si jedinec osvojí žádoucí normy a role, případně je mění a získává nové. Tímto získává svou osobnost.

Socializační proces se může odchýlit od normy změnou jedné z jeho složek. Dle (VÁGNEROVÉ, 2003) může odchylka nastat:

1. v charakteristických vlastnostech působení společnosti především v rodině, která je nejvýznamnějším činitelem socializace
2. v oblasti psychických a somatických dispozic jedince

Tyto dvě složky se vzájemně natolik ovlivňují, že patologie v jedné ze složek ovlivní i reakce druhé a ty již následkem toho nebudou také zcela v normě (VÁGNEROVÉ, 2003).

Určité charakteristické znaky nezralé osobnosti mentálně hendikepu:

- nedostatek iniciativy
- pasivita
- nesamostatnost
- nadměrná a dlouho trvající závislost
- zvýšená sugestibilita
- na druhé straně nedostatečně vyvinuté sebeovládání
- impulzivní a primitivní reakce
- neadekvátnost citů vzhledem k podnětům
- egocentrické prožívání

Proces učení je narušen zejména špatným zapamatováním si, ale i vybavením si minulých poznatků a zkušeností. Další překážkou v socializaci mentálně retardovaného jedince je omezený rozvoj jeho komunikačních schopností, který se projevuje jednak problémy v porozumění ale i neschopností přiměřeného verbálního vyjádření.

V rozboru sociálního chování uvádí (DOLEJŠÍ, 1983), že mentálně postižení mají:

1. omezený repertoár chování, jak se vyrovnat s náročnými životními situacemi
2. nesnadno se rozhodují při výběru chování přiměřeného dané situaci

3. stereotypně se fixují na jeden způsob chování
4. volí způsoby chování jednodušší, primitivnější a spíše destruktivní.

Základní činitel v socializačním procesu je rodinné prostředí. Podmínky, ve kterých dítě s MR vyrůstá, jsou ovlivněny a spoluvytvářeny v závislosti na stupni a druhu postižení. Samotné postižení má vliv na postoje a chování všech členů rodiny, zejména pak matky. Takovým extrémem je hyperprotektivní chování, na druhé straně pak chování charakterizované naprostým nezájmem o dítě.

## 5 SOUČASNÝ SYSTÉM PODPORY RODIN S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

*„Možná si myslíš, že nikdo nemůže doopravdy pochopit, čím právě procházíš. Asi máš pravdu, ale ostatní ti přece mohou pomoci. Vyhledej pomoc, kterou potřebuješ. Budeš překvapen, jak často se ti jí dostane.“* Linus Mundy

### 5.1 Podpora rodin s postiženým dítětem v rané fázi

Vzhledem k tomu, že hlavní vývojovou roli v životě dítěte hrají první tři roky života, neboť v období do tří let jsou kompenzační možnosti centrální nervové soustavy tak velké, že umožňují nejlépe rozvinout mechanismy nahrazující její případné poškození, je nutné, aby dítěti a jeho rodině byla v případě potřeby poskytnuta včasná odborná pomoc. Tato pomoc se nazývá raná péče (VALENTA a MÜLLER, 2003). Termín raná péče vznikl v České republice v roce 1993. Cílem rané intervence je podpora a podněcování senzomotorického, emocionálního, sociálního a intelektuálního vývoje dítěte. A to tak, aby se mohlo co nejvíce a nejsamostatněji aktivně zapojovat do života společnosti.

**Raná péče** je registrovaná sociální služba a je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb. Ranou péčí poskytují střediska rané péče, které jsou od roku 1997 zřizována občanským sdružením Společnost pro ranou péči. Služba dle §54 zákona č. 108/2006 poskytuje čtyři základní činnosti. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Dále zprostředkování kontaktu se společným prostředím. Sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006). V České republice je zpravidla v procesu rané péče oddělena část medicínská a část pedagogická. Lékaři vstupují do kontaktu s dítětem a jeho rodiči včas, u rizikových dětí hned po jejich narození.

U ostatních v době, kdy je postižení diagnostikováno (OPATRÍLOVÁ, 2006). Pro rodiny dětí s mentálním postižením je raná intervence zajišťována středisky rané péče pro rodiny s dětmi s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením. Na území České republiky působí v současné době celá řada organizací, které se zabývají ranou péčí o rodiny s dětmi

s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením. Některé z těchto organizací se zaměřují jen na ranou péči, jiné mají ve své kompetenci také péči o děti školního věku. Zde lze uvést příklad střediska rané péče, které poskytuje služby dětem s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením.

### **Eliada**

Posláním Poradny rané péče Eliada (PRP) je provázet rodinu s dítětem se zdravotním postižením nebo s ohroženým vývojem od narození do sedmi let věku dítěte. Poskytují rodině podporu při hledání cesty v její náročné životní situaci. Spolu s rodiči podporují vývoj dítěte, pomáhají jim prožívat proces výchovy pozitivně a posilují začleňování celé rodiny do sociálního prostředí při respektování jejich potřeb, práv a důstojnosti. Usilují, aby dítě, které provází, mohlo vyrůstat v přirozeném prostředí vlastní rodiny. Ranou péči poskytují na území Jihomoravského kraje.

### **Speciálně-pedagogická centra pro mentálně postižené**

Speciálně-pedagogická centra pro mentálně postižené jsou speciální školská zařízení, zřizovaná zpravidla jako součást speciálních mateřských škol pro mentálně postižené, pomocných škol nebo zvláštních škol (ŠVARCOVÁ, 2000). Zaměřují se na poradenskou činnost pro děti a mládež s jedním typem postižení, případně na děti s více vadami, kde dominuje typ postižení, pro které bylo SPC zřízeno. Činnost SPC je legislativně zakotvena ve Školském zákoně č. 561/2004 Sb. a vyhlášce č. 72/2005 Sb. Poradenské služby poskytují dětem od nejranějšího věku, žákům do doby ukončení povinné školní docházky, studentům po dobu studia na středních školách a podle potřeby i pro jedince s různým typem postižení v období rané dospělosti (PIPEKOVÁ, 2006). Stěžejním úkolem SPC je pravidelná a dlouhodobá práce s postiženým dítětem (ŠVARCOVÁ, 2000).

## **Služby pro rodiny dětí s mentálním postižením**

Dne 14. 3. 2006 by schválen zákon číslo 108/2006Sb. o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Tyto služby jsou pro rodiny dětí s postižením velice důležité.

Lze zde uvést typy sociálních služeb, které mohou rodiče dětí s postižením využívat. Své hlavní místo zde má příspěvek na péči a vyhláška č. 182/1991 Sb., díl druhý Péče o těžce zdravotně postižené občany. Zákon č. 108/2006 Sb. uvádí, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálním zabezpečení).

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytují se jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

**Sociální poradenství** zahrnuje základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských, rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek (§ 37, zákon č. 108/2006).



**Služby sociální péče** napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou, psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim zapojení do běžného života společnosti. Patří sem celá řada služeb sociální péče. Uvedu zde ale jen ty, které se domnívám, že rodina využívá, či by v budoucnu těchto služeb ráda využívala. Jsou to především služby osobní asistence (§39), odlehčovací služby (§44), denní či týdenní stacionáře (§46, §47) a do budoucna chráněné bydlení.(§51)

**Služby sociální prevence** napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy. Cílem těchto služeb je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace (§ 53, zákon č. 108/2006). Z pohledu rodin dětí s postižením zde hlavní místo zaujímá raná péče (§54), která je podrobně rozebrána v podkapitole předešlé.

## **5.2 Příspěvek na péči**

Finanční stránka může mít zásadní aspekt v životě rodiny. Obvykle se matka musí plně věnovat dítěti a návrat do zaměstnání není možný (PLEVOVÁ, 2007). Příspěvek na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, se často stává jediným příjmem matky dítěte s postižením, a proto se stává nedílnou součástí života rodiny. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba uvedená v §4 odst. 1 zákona č. 108/2006, která z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc fyzické osoby při péči a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.

Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.(Zákon č. 108/2006 Sb.).

Od 1. 8. 2009 došlo ke změně výše příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti a je stanovena výše tohoto příspěvku z původních 11.000,- Kč na 12.000,- Kč.

Tabulka č. 1: výše příspěvku a stupeň závislosti na péči (zákon č.108/2006).

STUPEŇ ZÁVISLOSTI:	VÝŠE PŘÍSPĚVKU	
	do 18 LET	zletilá osoba
<b>I. Lehká závislost</b> osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12/4 úkonech péče	3000 Kč	800 Kč
<b>II. Středně těžká závislost</b> osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18/10 úkonech péče	6000 Kč	4000 Kč
<b>III. Těžká závislost</b> osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24/15 úkonech péče	9000 Kč	8000 Kč
<b>IV. Úplná závislost</b> osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30/20 úkonech péče	12 000 Kč	12 000 Kč

Osoba se dle zákona č. 108/2006 Sb. považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby, jestliže z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při určitém počtu úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti (Zákon č. 108/2006).

### 5.3 Péče o těžce zdravotně postižené občany

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 182/1991 Sb.“). Dávky sociální péče jsou poskytovány osobám s trvalým pobytem na území ČR, osobám, na které se vztahuje přímo použitelný předpis Evropských společenství (tj. migrujícím pracovníkům členských států EU a jejich rodinným příslušníkům), občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než tři měsíce (Zákon č.108/2006 Sb.).

Za zmínku stojí přehled dávek, které jsou uvedeny ve vyhlášce 182/1991 Sb. Uvedeny budou ty, které se domnívám, že jsou důležité v průběhu života rodiny dítěte s mentálním postižením.

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky (zákon č. 108/2006 Sb.)

Důležitý pro rodiny s dětmi s postižením je § 31 vyhlášky 182/1991 Sb., ve kterém jsou uvedeny **Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany**. Ty náleží občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením uvedeným v příloze č. 2, která je součástí vyhlášky 182/1991 Sb., které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo

orientační schopnost. Podle druhu a stupně postižení se jim poskytují mimořádné výhody I., II., nebo III. stupně podle přílohy č. 3, která je rovněž součástí vyhlášky 182/1991 Sb. Držiteli průkazu mimořádných výhod náleží dle přílohy č. 3 vyhlášky č. 182/1991 Sb. tyto výhody:

### **1. Mimořádné výhody I. Stupně (průkaz TP)**

- Nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
- Nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání, za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

### **2. Mimořádné výhody II. Stupně (průkaz ZTP)**

- Výhody uvedené v bodu 1,
- Nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvaji, trolejbusy, autobusy, metrem).
- Sleva 75% jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75% sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

### **3. Mimořádné výhody III. Stupně (průkaz ZTP/P)**

- Výhody uvedené v bodech 1 a 2,
- Nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě.
- U úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

4. **ále** může být držitelům průkazu ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní

podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.

Péče o postižené dítě je často náročná z důvodu množství pomůcek, které dítě potřebuje pro svůj kvalitní všestranný rozvoj. Sami rodiče často nevědí, na co má jejich dítě nárok. Proto lze uvést § 33, který se týká **Jednorázových příspěvků na opatření zvláštních pomůcek**. Ten lze poskytnout občanům těžce zdravotně postiženým k odstranění, zmírnění nebo překonání následku svých postižení. Příspěvek se neposkytuje v případě, že potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna (zákon č. 108/2006).

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek lze poskytnout tělesně postiženým občanům na pomůcky, které umožní sebeobsluhu, samostatný pohyb nebo zachování zdravotního stavu, popřípadě na pomůcky na přípravu a realizaci pracovního uplatnění. Zrakově postiženým občanům lze poskytnout příspěvek na pomůcky, které jim umožní získávat informace nebo styk s okolím prostřednictvím hmatových nebo sluchových vjemů nebo prostřednictvím zbytku zraku, popřípadě na pomůcky na přípravu a realizaci pracovního uplatnění a **sluchově postiženým občanům** lze poskytnout příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, které kompenzují ztrátu sluchu a přispívají k sociální adaptaci a jsou nezbytné ke styku s okolím (vyhláška č. 182/1991 Sb., zákon č. 108/2006).

### **1. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro tělesně postižené občany**

- Polohovací zařízení do postele, obracecí postel, vodní zvedák do vany, přenosný WC, motorový vozík pro invalidy, koupací lůžko, šikmá schodišťová plošina a další.

### **2. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro sluchově postižené občany**

- Víceúčelová pomůcka pro sluchově postižené děti, přístroj k nácvičení slyšení, indikátor hlásek pro nácvičení v rodině a další.

### **3. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro zrakově postižené občany**

- Slepčkový psací stroj, elektronická komunikační pomůcka pro hluchoslepy a další.

Rodiče těžce postižených dětí také mohou využít příspěvek na provoz motorového vozidla dle § 36, který se poskytne dítěti, jehož zdravotní stav odůvodňuje přiznání mimořádných výhod II. nebo III. stupně, s výjimkou postižených dětí úplnou nebo praktickou hluchotou (vyhláška č. 182/1991 Sb.). Také mohou využít příspěvku na úpravu bytu dle § 34 a příspěvku na zakoupení motorového vozidla dle §35. Oba tyto příspěvky se posuzují podle přílohy č. 5 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. Ve většině případů rodinám s postiženým dítětem však nejvíce pomáhá fakt, že v dané situaci nejsou sami.

## 6 PRAKTICKÁ ČÁST: PŘÍPADOVÉ STUDIE

V praktické části uvádím případové studie, které jsem získala jako sociální pracovnice na úřadu práce. V následujícím textu zmiňuji, nové, ale i stávající kazuistiky klientů. Vybrala jsem pouze tři klienty, a proto neuvádím ve výzkumné části hypotézy. Z tak malého vzorku zkoumaných osob by výzkum nebyl relevantní. Aktivně komunikuji s praktickými lékaři, ale i se specialisty. Prováděla jsem terénní sociální šetření v domácnostech osob se zdravotním postižením, ale i poradenství na Úřadu práce městské části Prahy 5. Všechny kazuistiky klientů jsem zpracovávala v přítomnosti pečující osoby a je přesně pojmenováno o jaký druh psychosociální pomoci se jedná. Vybrala jsem druhy sociální pomoci: příspěvek na péči. Veškeré osobní údaje klientů jsou změněny pro ochranu osobních údajů, neudávám přesné rodné čísla ani datum narození.

Provedla jsem kvalitativní výzkum se třemi klienty zařízení, ve kterém pracuji. Sociální šetření jsem dělala dle deseti základních životních potřeb tedy:

- Mobilita
- Orientace
- Komunikace
- Stravování
- Oblékaní a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologických potřeb
- Péče o zdravý
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost

## 6.1 Cíle a techniky výzkumné části

Cílem je:

- Metodika pro rodiče a pečující osoby mentálně hendikepovaných dospělých
- Podpora pro osobu pečující a pomoc porozumět všem příspěvkům na péči pro mentálně postižené

Techniky výzkumu:

- Přímá práce s klienty.
- Řízený rozhovor s rodinou klienta a pečující osobou.
- Zpracování lékařských materiálů a odborných posudků
- Zpracování všech žádostí podaných mentálně hendikepovaným a pečující osobou

## 6.2 Kazuistika č. 1.

**Žádost byla podaná:** Pečující osoba v tomto případě je matka L. M., požádala o příspěvek na péči, kvůli zvyšujícím se cenám léků a pomůcek. Matka klientky, nevěděla na jakou částku může dosáhnou, a nikdy ani nevěděla, že má na příspěvek nárok. Její dcera je nemocná už víc než 18 let a žádné sociální ani zdravotní zařízení jí neinformovala o této možnosti.

**Rodinná anamnéza:** L. M. se narodila jako zdravé dítě, má bratra starší o tři roky, který nikdy nebyl vážně nemocný a vyvíjel se jako ostatní děti. Rodiče jsou křesťansky založení, a proto si přáli velkou rodinu, dle jejich slov minimálně tři děti. Rodiče ani prarodiče nikdy netrpěli žádnou vážnou ani dědičnou nemocí. Matka, otec i bratr jsou vysokoškolsky vzdělaní a vkládali velké naděje do L. M. Celá rodina včetně bratra L. M. bydlí ve společné domácnosti, aby mohli o L. M. pečovat společně. Rodina těžce nese fakt, že L. M. jako dítě byla zdravá, a tak si ji pamatují. Zhoršení zdravotního stavu



nastalo rychle a je nezvratné, což je pro rodinu nesmírně těžké, matka dochází na individuální terapii.

**Diagnóza základního onemocnění** L. M. trpí Rettovým syndromem. U L. M. se projevila po druhém roku života. Do dvou let byla úplně zdravá. Od vypuknutí onemocnění se zdravotní stav zhoršuje. V tuto chvíli je L. M. nepohyblivá a vymizely komunikační dovednosti. Má těžkou osteoporózu končetin a úbytek svalové hmoty. Má zbořenou páteř a těžkou epilepsii se záchvaty 3x denně. Je plně odkázána na svoji matku, která o ni pečuje 24 hodin denně.

**Osobní anamnéza:** Klientka má 21 let, narodila se v Praze v FNM, bydlí v Praze 5, kde má trvalé bydliště.

1. **Mobilita:** Klientka je imobilní, není schopná otočit s vleže ze strany na stranu ani si sama bez pomoci sednou. Sezení je problematické kvůli osteoporóze a zbořené páteři. Jediný pohyb, kterého je schopná, je opřít se o levý loket a mírně se nadzvednou kousek nad podložku. Klientka se po bytě nepohybuje, pečující osoba musí přenášet klientku do koupelny a na toaletu. K lékaři je nutno klientku přenést do auta. Z auta převést v kočárku, ve kterém klientka leží. Pohyb venku je možný jen v kočárku.
2. **Orientace:** Klientka není orientovaná v čase, osobách ani místě. Nepoznává zrakem ani sluchem. Vůbec nevnímá okolí a nekomunikuje.
3. **Komunikace:** Nekomunikuje vůbec, verbálně ani neverbálně, není schopná projevů, nelibých vjemů, pocitu hladu, žízně, ani potřeby na toaletu.
4. **Stravování:** Klientka je schopná sníst tuhou stavu, když je rozmačkaná nebo mixovaná. Potřebuje nakrmit, ale jí poměrně pomalu a po jídle je nutno zkontrolovat správnost trávení. Sama se nenapije, potřebuje držet kojeneckou lahvičku. Matka musí kontrolovat příjem potravin i pitný režim.
5. **Oblékání:** Bez pomoci se neobleče ani nesvlékne, na veškerou činnost potřebuje pečující osobu i na uložení na lůžku a noční kontrolu.
6. **Tělesná hygiena:** Veškerou hygienu vykonává pečující osoba, včetně ústní hygieny sprchování, česání a mytí vlasů, do vany musí matka klientku převést a umýt.

7. Fyziologické potřeby: Celý den nosí inkontinenční pomůcky a matka jí pomáhá s vylučováním stolice ráno a večer. Osoba pečující přebaluje několikrát denně.
8. Péče o zdravý: Léky ani žádnou jinou medikaci není schopná klientka užívat sama, matka jí všechny léky drtí a dává do nápojů. Klientka není, kvůli svému zdravotnímu stavu, schopná polykat tablety ani je kontrolovat.
9. Péče o domácnost: L. M. není díky svému zdravotnímu stav schopná pečovat o domácnost.
10. Osobní aktivity: Klientka nemá žádné aktivity, nereaguje na hlas, hudbu ani jiné vjemy.

**Diskuze a závěr:** L. M. nezvládá ani jednu s deseti životně důležitých činností a bez pomoci jiné osoby není schopná přežít. Tento samotný fakt stačí, aby posudkový lékař uznal L. M. plně závislou na pečující osobě. L. M. jako žadatelka dostala příspěvek na péči v plné výši, což je 12 000 Kč měsíčně. Její vážné onemocnění, kterým trpí více než 18 let, do této doby nebylo podpořeno žádným příspěvkem a rodina musela nákladnou léčbu hradit sama. Klientka má dále nárok na Průkaz ZTP/P a příspěvek na mobilitu, o který požádala pečující osoba, a obě žádosti byly přednostně schváleny. Příklad L. M. byl tak specifický, že jaká koly pomoc či podpora by rodině pomohla. Metodiku matka obdržela v tištěné formě a po doporučení dosáhla na všechny výhody, které klientce náleží.

### 6.3 Kazuistika č. 2.

**Žádost byla podaná:** Matka klientky podala žádost, kudy zhoršující se finanční situaci celé rodiny na základě rozvodu s manželem. Pečující osoba je matka, která se stará o svou dceru od narození. Matka B. B. nevěděla, že tato sociální dávka existuje a požádala na základě doporučení sociální pracovníce, při požádání průkazku ZTP (zdravotně těžce postižený)

**Rodinná anamnéza:** Rodiče B. B jsou oba vysokoškolsky vzdělaní v ekonomickém oboru. B. B. má staršího bratra kterému je 27 let a taktéž má dokončené vysokoškolské vzdělání. V posledních měsících rodina trpí odchodem otce s rodiny, který o B. B. pečoval s matkou a tak mohly oba rodiče chodit do práce. Sociální situace se dost zhoršila a matka musela podat výpověď a pečovat sama o B. B. Oba rodiče i bratr jsou zdraví a nikdy netrpěli vážným onemocněním.

**Diagnóza základního onemocnění:** Klientka trpí Dawnovým syndromem, je to nevyléčitelné onemocnění, které se projevuje od narození. Klientka umí číst, psát a počítat na úrovni žáku prvního stupně základní školy.

**Osobní anamnéza:** B. B. má 25 let je žena, narodila se poměrně starší matce, které bylo při porodu 37 let.

1. **Mobilita:** Klientka se po bytě pohybuje bez problému, nemá problém najít věci, které běžně používá. Venku se pohybuje jen s doprovodem matky nebo bratra, případně asistentky. Není plně orientována, sama by se ztratila i ve známém prostředí.
2. **Orientace:** B. B. , není orientovaná, v místě potřebuje pomoc jiné osoby. V čase a osobě je plně orientována, zná hodiny a je velmi líná na čase, nerada chodí pozdě a nemá ráda, když má někdo zpoždění, takovéto situace u klientky způsobují úzkost.
3. **Komunikace:** Komunikuje ráda a často, ale klientce není rozumět má horší výslovnost a mluví velmi rychle.
4. **Stravování:** Teplou kuchyň nevaří sama je to nebezpečné, kudy zdravotnímu stavu B.B.

Studenou kuchyň je schopna si připravit sama, ale nepoužívá bez přítomnosti pečující osoby ostré předměty. Klientka si stravu sama nekoupí, nemá přehled o cenách potravin. V kuchyni není bezpečné, aby se pohybovala bez matky, v minulosti spustila menší požár a přivodila si několik úrazu.

5. Oblékaní: Klientka se neobleče podle počasí, potřebuje oblečení připravit, jinak se sama oblékne i obuje. B. B. se obléká dle nálady a barev oblečení. Matka se stará a pečuje o oblečení, včetně praní a žehlení.

6. Hygiena: B. B. je schopna provést veškerou hygienu včetně koupání a mytí vlasu potřebuje pomoc při stříhání nehtů jak na nohou tak rukou.

7. Fyziologické potřeby: Klientka vylučování zvládne sama, nemá žádný problém.

8. Péče o zdraví: Klientka je schopna sama léky užít, ale musí být připravené a pečující osoba je musí zkontrolovat, zda všechny léky polkla. B. B. zná přesný čas užívání léku, ale nerada je polyká.

9. Péče o domácnost: Snaží se o domácnost pečovat, ale matka musí veškerou

práci předělat kuly nesplnění celé činnosti. B. B. ráda luxuje a vytírá podlahu. Kvůli možnému nebezpečí neuklízí toxickými čisticími prostředky, nepečuje o kuchyň a neumývá okna.

10. Osobní aktivity: Klientka chodí do speciální školy každý všední den na pět hodin. B. B. ráda sletuje televizi a má ráda hudbu a tanec, chtěla by se vdát za svého přítele a mít rodinu.

**Diskuze a závěr:** Klientce byl dle závěru posudkového lékaře uznán III. Stupeň závislosti, což znamená příspěvek na péči ve výši 8000 Kč měsíčně. Na základě provedeného sociálního šetření se prokázalo, že B. B. nesplňuje sedm základních životních potřeb co jsou: Mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékaní, péče o zdraví a péče o domácnost. Pečující osobě jsem vysvětlila všechny podmínky pro dosažení na dávku a jak je vidět finanční pomoc klientka dostala.

## 6.4 Kazuistika č. 3.

**Žádost byla podaná:** Matka klienta podala žádost kůly tomu, že musela opustit své zaměstnání aby, se mohla synovy plně věnovat. Bylo, problematické zvládat chování J. H. tak se matka rozhodla pracovat, jako učitelka ve školce kam klient chodí.

**Rodinná anamnéza:** Rodiče nemohou mít vlastní děti, proto se rozhodli dítě si osvojit, klienta mají v péči od jeho dvou měsíců. S J. H. nebili, problémy do dvou let a proto se rodiče osvojit si další dítě, také syna. Děti mají stejnou biologickou matku a každý jiného biologického otce. Bratr J. H. byl osvojen ve třech měsících, má pravděpodobně romského otce. O nemocech nebo jiných biologických poruchách v rodině nevím nic.

**Diagnóza základního onemocnění:** Aspergerův syndrom, ADHD, pravděpodobně i jiné nedagnostikované psychické onemocnění. Klient má často sebevražedné sklony a sebepoškozuje se, pravidelně navštěvuje psychiatra.

**Osobní anamnéza:** J. H. má šest let, je tělesně úplně zdravý a veškeré zdravotní komplikace nastali do 3 roku života.

1. Mobilita: J. H. je plně mobilní vzhledem k svému věku.
2. Orientace: Klient není moc orientován v reálném světě, jeho myšlenky jsou spíše nereálné, v osobě, místě a čase je dle věku orientován.
3. Komunikace: Klient komunikuje, ale často mimo realitu, žije ve svém vlastním světě.
4. Stravování: J. H. kvůli svému věku samozřejmě nevaří a jí pouze když má náladu.
5. Oblékání: Klient si sám obleče spodní prádlo, oblečení připravuje, pere, žehlí a nakupuje matka. J. H. není schopen obléct se podle počasí. Potřebuje pomoc se zapínáním zipů, knoflíků, zavazováním tkaniček.

6. Hygiena: Matka sprchuje a koupe klienta, myje vlasy a krémuje po koupeli. Klient má suchou kůži a potřebuje speciální péči. Ranní hygienu je klient schopen provést sám, ale potřebuje, připomenou a zkontrolovat, bez pečující osoby by hygienu neprováděl.
7. Fyziologické potřeby: Klient je schopen bez pomoci sám vyloučit moč, s vylučováním stolice potřebuje pomoc má psychický blok a na stolici si dojde jen doma. Je potřeba mu vylučování stolice připomínat.
8. Péče o zdravý: Matka pečuje o zdravý, klient není schopen sám pečovat o svoje zdravý, léky si nepodá sám.
9. Péče o domácnost: J. H. je schopen ustlat si postel, jinak v domácnosti nepomáhá.
10. Osobní aktivity: Rád si hraje sám, není společenský, má zájem o vesmír.

**Diskuze a závěr:** Klient bude s nástupem do první třídy diagnostikován a dle slov matky se zdravotní stav zhoršuje a bude nutno přistoupit k medikaci. Klientovi byl uznána těžká závislost na osobě pečující kůly jeho neplnoletosti dosáhl na 9000 Kč. Kůly hospitalizování klienta na psychiatrickém oddělení se muselo řízení o příspěvku na péči pozastavit a dále čekáme na nové posudky od psychiatrů. Dle mého názoru se cíl naplnil a pečující osoba se zorientovala v možnostech, které jí státní podpora nabízí. Pečující osoba vytvořenou metodiku dostala v písemné formě.

## ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI: PŘÍPADOVÉ STUDIE

V praktické části jsem pracovala s kazuistikami třech klientů, kteří požádali úřad práce o příspěvek na péči. Je o klienty, kterým je 21, 25 a 6 let.

Cílem mojí bakalářské práce bylo:

- Metodika pro rodiče a pečující osoby mentálně hendikepovaných dospělých
- Podpora pro osobu pečující a pomoc porozumět všem příspěvkům na péči pro mentálně postižené

Cíle práce se potvrdily, ve všech případových studiích, teda metodika pro rodinu a osobu pečující jak slovně podaná nebo v zjednodušené písemné formě má velký význam. Díky metodice klienti dostali cenné informace a tím dosáhli na dávku příspěvku na péči.

V kazuistice č. 1. bylo nejvíce viditelné, jak velkou finanční pomoc klient dostane a jak dlouho je možné, aby pečující osoba nebyla informována o sociální pomoci. V první případové studii klientka dostala maximální možnou finanční podporu.

Metodika pomohla i v kazuistice číslo 2. kde klientka dosáhla na 8000 Kč měsíčně, což určitě pomůže rodině v momentálně nelehké životní situaci. Je viditelné jak pomoc porozumět systému dávce může změnit finanční stav rodiny.

V kazuistice č. 3 jde o poměrně složitý problém, kvůli neplnoletosti klienta a těžkému zdravotnímu stavu klienta. Příspěvek byl uznán, ale zároveň pozastaven kvůli hospitalizaci. Oba cíle se splnily a pečující osoba byla obeznámená o možném navýšení dávky dle nových posudků lékařů.

## ZÁVĚR

Cílem této Bakalářské práce, je poukázat na pomoc osobám s mentálním hendikepem a rodinu, která o tyto postižené pečuje. Rozdělila jsem metání postižení dle mezinárodní kvalifikace, aby bylo zcela jasné, co vlastně mentální hendikep znamená. Tato práce má za cíl poukázat jak složitý a zároveň důležitý problém sociální dávky ve skutečnosti jsou. V této práci popisuji, co obnáší pečovat, o osobu s mentálním hendikepem jak se vyrovnat s tímto faktem. V praktické části uvádím kazuistiky třech klientů s mentálním postižením a popisuji jejich rodinou anamnézu, osobní anamnézu a deset základních potřeb pro život. Doufám, že touto prací poukážu na fakt, jak je sociální systém nastaven a co všechno jde pro klienty zlepšit.



## LITERATURA:

DYLEVSKÝ, I. *Somatológia*. Martin: Osveta, 2000. 438 s. ISBN 80- 8063- 127- 1.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.

MATEJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 256 s. ISBN 8004252362.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize. Tabeleární část*. Praha: Bomton, 2008. 860 s. ISBN 80- 85121- 11- 5.

OPATRÍLOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: MU, 2006. 134 s. ISBN 80-210-3977-9.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. 231s. ISBN 8071782521.

PLEVOVÁ, I. *Kazuální atribuce aneb jak pátráme po příčině životních událostí*. Olomouc: Hanex, 2007. 154 s. ISBN 978- 80- 85783-84-1.

PREVENDÁROVÁ, J. *Rodina s postiženým dítětem*. Nové Zámky: PSYCHOPROF, 1998. 132 s. ISBN 80-967148-9-9.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grapa, 1997. 408 s. ISBN 80- 201- 0019- 9.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-717-8506-7.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80- 7320- 039-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie III: Vzdělávací handicap – postižení schopností nezbytných k učení*. Liberec: TU v Liberci, 2003. 100 s. ISBN 8070836695.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE:**

WHO: International Classification of Diseases (ICD) [online] c2011 [cit. 2011-05-08].  
Dostupné z: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>

## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Sára Marková

Studijní program: Sociálně zdravotní pracovník

Studijní obor: Sociálně zdravotní pracovník

Název práce: Psycho - sociální pomoc rodině a osobě pečující, o mentálně hendikepovaného dospělého

Počet stran: 40

Počet titulů české literatury a pramenů:12

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů:1

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Rok dokončení práce: 2013



**Posudek vedoucího bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Sára Marková

Obor studia: Sociálně zdravotní pracovník

Název práce: Psycho-sociální pomoc rodině a osobě pečující o mentálně hendikepovaného dospělého

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 40

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 14

Počet internetových odkazů: 1

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			x	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		X		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

--	--	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Ve své práci popisujete případy kdy rodina nepobírala 18 let žádný příspěvek na péči o svého hendikepovaného člena, jak by podle Vás mělo ideálně fungovat poskytování informací o podpoře. Mají si rodiny hledat informace individuálně? Kdo by jim mohl předávat Vaši metodiku? Jaká zařízení ji v současné době využívají, nebo mají podobnou?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Ve své bakalářské práci se autorka zaměřila na problematiku psycho-sociální pomoci rodinám pečujícím o mentálně hendikepované, což považuji, vzhledem ke studijnímu programu za vhodné. Cílem práce je vytvořit metodiku sociální pomoci rodinám pečujícím o hendikepovaného příbuzného. Teoretická část diplomové práce je poměrně čtivá a srozumitelná. V první kapitole se autorka věnuje obecně mentálním retardacím, domnívám se že toto téma mohlo být podrobněji zpracováno. V teoretické práci oceňuji kapitoly o reakcích rodičů na hendikepované dítě, popis výchovných stylů a jako zdařilou hodnotím přehlednou 5. kapitolu o současném systému podpory rodin s hendikepovaným členem. Autorka prokazuje, že umí pracovat s odbornou literaturou. V praktické části autorka na třech krátkých, ale výstižných kazuistikách dokládá nutnost podpory pro osoby pečující a ukazuje jak taková podpora může být provedena. Výstupy jsou stručně a srozumitelně shrnuty v závěru každé kazuistiky. Praktickou část považuji za dobře vypracovanou, obsahuje informace bez zavádějících komentářů. V závěrečném hodnocení je patrná osobní zkušenost autorky a její profesionální přístup k danému tématu.

Po formální stránce mohla být práce lépe – pečlivěji zpracována. Na začátku práce bych ocenila vymezení základních pojmů. Příště bych také autorce doporučovala více se věnovat uvádění citací a hlavně se zaměřit na gramatiku českého jazyka. Autorčiny potíže s česky psaným textem zřejmě vycházejí ze skutečnosti že jejím rodným jazykem je slovenština. Přesto v odborné publikaci jako je bakalářská práce by gramatické chyby být neměly. Proto doporučuji hodnocení velmi dobře – dobře.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře – dobře

Datum, podpis:

15.5.2013

  
Mgr. Eva Petráková



**Posudek oponenta bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Sára Marková

Obor studia: Sociálně zdravotní pracovník

Název práce: Psycho-sociální pomoc rodině a osobě pečující o mentálně hendikepovaného dospělého

Oponent práce: Mgr. Johana Růžičková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 38

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 14

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

				x
--	--	--	--	---

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			x	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

				x
--	--	--	--	---

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

				x
--	--	--	--	---

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

				x
--	--	--	--	---

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

				x
--	--	--	--	---

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) V čem konkrétně vidíte praktickou využitelnost Vaší práce?
- 2) Jakému účelu v textu slouží kapitoly týkající se reakcí rodičů na postižení dítěte a výchovných stylů?
- 3) Má podle Vás systém pomoci rodinám pečujícím o dítě s mentální retardací nějaká úskalí? Jaká?

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Tématem bakalářské práce je psychosociální pomoc rodině pečující o osobu s mentálním hendikepem (ačkoliv v názvu práce jde o dospělého, v textu pak autorka hovoří spíše o dítěti). Autorka v teoretické části vymezila pojem mentální retardace, nastínila její možné příčiny a rozlišila její stupně. Krátký oddíl věnovala rodině postiženého, konkrétně reakcím rodičů na oznámení diagnózy a různým přístupům ve výchově. Největší část pak tvoří přehled systému podpory rodin s dítětem s mentálním postižením, ve kterém autorka stručně seznamuje čtenáře se základními zákonnými normami, které s danou problematikou souvisí. Praktickou část představují tři kazuistiky klientů úřadu práce, kde autorka pracovala jako sociální pracovnice.

Celkově práci hodnotím jako velmi slabou, dle mého mínění neodpovídá potřebné úrovni po stránce obsahové ani formální.

Teoretickou část můžeme rozdělit na tři kapitoly. V první autorka podává prostý popis mentální retardace a jejich stupňů dle MKN 10 (resp. klasifikace WHO). Ve druhé se věnuje reakci rodičů na postižení a výchovným přístupům v rodině. Ačkoliv formálně toto téma s tématem samotné práce souvisí, není jasné, čemu má kapitola v textu sloužit, v čem ho prohlubovat a posouvat dále. Fundamentem práce by měla být závěrečná kapitola věnující se systému pomoci rodinám starajícím se o osobu s mentální retardací. Bohužel je jeho popis zcela nesystematický, místy dosti zmatený, a nemůže tak podle mého v žádném případě sloužit jako metodika pro pečující osoby a sociální pracovníky, což autorka uvádí jako hlavní cíl své bakalářské práce.

Praktická část sestává ze tří případových studií. I ona by dle autorky měla především sloužit jako metodika pro pečující rodinu. Po velmi stručných anamnestických údajích následuje přehled jednotlivých úkonů péče, na jejichž základě bývá určován stupeň závislosti a s ním spojená výše příspěvku. Snad jen zde si dovedu představit praktickou využitelnost práce, jakožto ukázkou žádosti o příspěvek. Hovořit o metodice je však, domnívám se, značně nadnesené.

I po formální stránce trpí práce řadou nedostatků. Teoretická část čítá pouhých dvacet stran textu, praktická deset.

Autorka pracuje s literaturou, text obsahuje výrazně více parafrází než vlastních citací. Co však zcela chybí je vlastní názor autorky, diskuse a polemika.


Celkovému dojmu rovněž nepřidávají četné pravopisné chyby, první nalezneme již v samotném názvu BP. Především praktická část, v níž autorka nevychází z parafrází přečtené literatury, se hrubými pravopisnými chybami doslova hemží („Matka klienta podala žádost kůly tomu, že musela opustit své zaměstnání aby, se mohla synovy plně věnovat“, str. 35).



Doporučení k obhajobě: nedoporučuji

Navrhovaná klasifikace: neprospěla

Datum, podpis: 17. 5. 2013

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'John K...'. The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.