

# Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Písemná práce k bakalářské zkoušce

## **SOCIÁLNÍ PRÁCE U DĚTÍ A MLADISTVÝCH S FYZICKÝM, MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM**

Studijní program: **Sociální práce a sociální politika**

Studijní obor: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Petra Dezortová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jan Srnec, Csc.

Praha

Říjen 2007

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 22. Října 2007

.....

## **Poděkování**

Děkuji Doc. PhDr. Janu Srnčovi, Csc. za odborné vedení a cenné stylistické připomínky, které mi poskytl při vypracovávání mé bakalářské práce.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	7
Osobní motivace k výběru tématu práce.....	7
Rozvržení a členění práce .....	7
<b>1 VYMEZENÍ POJMŮ</b> .....	8
<b>1.1 Mentální postižení</b> .....	8
1.1.1 Lehká mentální retardace.....	9
1.1.2 Středně těžká mentální retardace.....	10
1.1.3 Těžká mentální retardace.....	11
1.1.4 Hluboká mentální retardace.....	12
1.1.5 Jiné mentální retardace.....	13
<b>1.2 Fyzická postižení</b> .....	13
1.2.1 Geneticky podmíněná postižení.....	15
1.2.2 Postižení zapříčiněná jinými vlivy.....	16
1.2.3 Vliv tělesného postižení na osobnost.....	17
<b>1.3 Kombinovaná postižení</b> .....	19
<b>2 PŘÍČINY MENTÁLNÍHO, FYZICKÉHO A KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ</b> .....	21
<b>2.1 Příčiny mentálního postižení</b> .....	21
2.1.1 Prenatální období.....	21
2.1.2 Perinatální období.....	22
2.1.3 Postnatální období.....	23
2.1.4 Genetické příčiny.....	23
2.1.5 Ostatní příčiny.....	23
<b>2.2 Příčiny fyzického postižení</b> .....	24
<b>2.3 Příčiny kombinovaného postižení</b> .....	25
<b>3 DRUHY POMOČNÝCH ZAŘÍZENÍ PRO VZDĚLÁVÁNÍ A VÝCHOVU DĚTÍ A MLADISTVÝCH</b> .....	26
<b>3.1 Mateřské školy pro děti s mentální retardací....</b> .....	26
<b>3.2 Speciálně pedagogická centra</b> .....	27

3.3 Zvláštní školy.....	27
3.4 Speciální třídy při ZŠ, zvláštních školách a ústavech sociální péče.....	28
3.5 Pomocné školy.....	28
3.6 Netradiční formy vzdělávání.....	29
<b>4 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU DÍTĚTE ČI MLADISTVÉHO SE ZNEVÝHODNĚNÍM .....</b>	<b>30</b>
4.1 Prvotní kontakt sociálního pracovníka s rodinou .....	30
4.2 Stadia vyrovnávání se s prognózou u rodičů a členů rodiny.....	31
4.3 Nežádoucí reakce při péči o handicapované dítě.....	33
4.4 Desatero pro rodiče znevýhodněného dítěte či mladistvého.....	34
4.5 Možnosti a pravomoce sociálního pracovníka při práci s rodinou.....	37
<b>5 OSOBNÍ ASISTENCE U DĚTÍ A MLADISTVÝCH NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ FAKULTNÍ THOMAYEROVY NEMOCNICE.....</b>	<b>40</b>
5.1 Psychiatrické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice.....	40
5.2 Formy postižení vyskytující se na dětském psychiatrickém oddělení FTN.....	41
5.3 Vlastní zkušenosti s případy dětí a mladistvých léčených na psychiatrickém oddělení FTN.....	42
<b>6 VLASTNÍ ZKUŠENOSTI Z OSOBNÍ ASISTENCE U OSOB SE ZNEVÝHODNĚNÍM V OBČANSKÉM SDRUŽENÍ ARCHA COMMUNITY.....</b>	<b>43</b>
6.1 Prvotní kontakt s občanským sdružením Archa community.....	43
6.2 Občanské sdružení Archa community.....	43
6.3 Vlastní zkušenost s občanským sdružením Archa community.....	45
6.4 Kazuistika Ivy .....	46

6.5 Vlastní zkušenost s Ivou M. v porovnání s ostatními znevýhodněnými Osobami .....	48
<b>7 ZÁVĚRY A NÁMĚTY NA ZLEPŠENÍ PÉČE O DĚTI A MLADISTVÉ SE ZNEVÝHODNĚNÍM .....</b>	<b>50</b>
<b>SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....</b>	<b>53</b>
<b>PŘÍLOHY K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI.....</b>	<b>55</b>
Příloha 1.....	55
Příloha 2.....	58
Příloha 3.....	60
Příloha 4.....	63

## ÚVOD

### **Osobní motivace k výběru tématu práce**

Již po dva roky se věnuji problematice dětí a mladistvých se znevýhodněním. V současné době spolupracuji s občanským sdružením Archa community, které se zaměřuje výhradně na práci s nimi. Kromě občanského sdružení jsem měla možnost, prostřednictvím praxe během studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií (PVŠPS), přijít do kontaktu i s dětmi a mladistvými na oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice. V obou případech se jednalo o cenné zkušenosti, které mi byly hlavní motivací pro zvolení tématu své bakalářské práce. Rozhodla jsem se v ní zaměřit na porovnání péče v jednotlivých zařízeních, která s handicapovanými dětmi a mladistvými pracují. Kromě hodnocení jednotlivých zařízení se rovněž pokusím v následujících kapitolách zmínit náměty, které by mohly usnadnit tuto nelehkou činnost a být tak ku prospěchu jak handicapovaným jedincům, tak osobám pomáhajícím.

### **Rozvržení a členění práce**

Jak jsem se již zmínila, opírá se má práce o zkušenosti, které jsem získala prostřednictvím praxí během studia na PVŠPS. Rozhodla jsem se ji proto koncipovat tak, aby zahrnovala jak část praktickou, tak teoretickou. Práci jsem rozdělila do 7 základních kapitol, které obsahují teoretické informace, získané z mnoha odborných přednášek a literatury, a informace praktické, seznamující čtenáře s konkrétními případy, se kterými jsem se setkala v uvedených zařízeních. První kapitola je zaměřena na vysvětlení základních pojmů, které s uvedenými případy dětí a mladistvých úzce souvisí, a charakterizuje individuálně jednotlivé typy handicapů. Další kapitolou navazují na tyto druhy znevýhodnění, a to jejich příčinami a případnou etiologií. Ve třetí kapitole zmiňuji jednotlivá výchovně vzdělávací zařízení pro handicapované děti a mladistvé. Na tuto část práce navazují kapitolou, kterou jsem věnovala sociální práci s rodinou znevýhodněných jedinců a kompetencím sociálního pracovníka. Dále pokračuji částí praktickou, ve které zmiňuji jednotlivá zařízení, kterými jsem prošla během své praxe. Popisuji jejich fungování, klady i nedostatky, opírající se o vlastní zkušenosti a o konkrétní kazuistiky, které následně uvádím v přílohách 1-4.

# 1 VYMEZENÍ POJMŮ

## 1.1 Mentální postižení

Mentální postižení neboli mentální retardace (MR) či znevýhodnění je pojem označující stav, který je charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností. Vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí a přizpůsobovat se mu.

„U jedinců mentálně retardovaných dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování“ (PRŮCHA a WALTEROVÁ a MAREŠ, 2001, s. 120).

Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí. Tyto uvedené příznaky mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat samostatně nebo ve vzájemných kombinacích. Pokud však hovoříme o mentálním postižení, máme namysli označení, které je vázáno na následující kritéria:

- inteligenční kvocient (IQ) je nižší než 70-75
- vážná omezení ve dvou nebo více oblastech adaptivních schopností potřebných v každodenním životě - tedy v komunikaci, v péči o sebe sama, v rodinném životě, v sociálních schopnostech, ve volném čase, v péči o zdraví, v sebekontrolě, ve vzdělání (čtení, psaní, základy matematiky) a v uplatnění v komunitě a práci
- tento stav trvá od dětství, vymezeného jako věk 18 a méně

Nejpoužívanějším kritériem při stanovení kvantitativní míry mentálního postižení je výsledek vyšetření, vyjádřený stupněm inteligence, tzv. inteligenční kvocient (IQ). Hodnota IQ znázorňuje úroveň rozumových schopností jedince vzhledem k jeho věku. Definice mentálního postižení s použitím IQ vychází z rozdělení testovaných jedinců podle výše IQ do různých skupin. Klasifikace stupňů mentální retardace (MR) se v průběhu času různě měnila vzhledem k měnícím se poměrům vzdělávání a civilizace. Taktéž jako měnící se stupně mentální retardace, měnily se i testy, které jednotlivce podle dosažené inteligence do jednotlivých kategorií rozřazovaly.



„Počáteční vývoj testů IQ byl spíše vázán na empirické pokusy a omyly než na vytváření skutečných psychologických teorií. První experimentátoři IQ, stejně jako jejich následovníci, však bezpochyby měli teoretické představy o podstatě inteligence, kterou měly jejich testy měřit“ (MACKINTOSH, 2000, s. 33).

„Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je jejich závažnost, tj. kvantita úbytku (resp. zachovaných kompetencí). Lze ji určit srovnáním úrovně schopností takto postiženého jedince s normou, tj. s pomocí psychologické diagnostiky inteligence“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s. 148).

Tabulka č. 1 uvádí rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle klasifikace MR dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kterou vydala WHO v roce 1992. V tabulce uvádím i rozmezí hodnot inteligenčního kvocientu, které je charakteristické pro dané pásmo.

Tabulka č. 1

Kódová čísla	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace	IQ 69 – 50
F 71	Středně těžká mentální retardace	IQ 49 – 35
F 72	Těžká mentální retardace	IQ 34 – 20
F 73	Hluboká mentální retardace	IQ 20 a níže
F 78	Jiné mentální retardace	

### 1.1.1 Lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace je stav, při němž jsou jedinci většinou schopni užívat řeč v každodenním životě. Rovněž dosáhnou nezávislosti v osobní péči (jídlo, hygiena, oblékání...) a v praktickém životě. Problémy se u nich vyskytují při teoretické výuce ve škole. K nejspecifičtějším obtížím ve vzdělávání řadíme problémy při čtení a psaní. Postižení dovedou ve většině případů uvažovat na úrovni dětí středního školního věku. Respektují některá pravidla logiky, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně. V jejich verbálním projevu chybí velká část abstraktních pojmů, užívají proto častěji jen konkrétní označení.

„Diagnosa lehké MR, pokud nejde o kombinované postižení, bývá často stanovena až v předškolním věku, nebo (méně často) dokonce až po nástupu do školy, kde dítě selhává. V prvním roce života bývá dosahování základních vývojových mezníků, zejména v oblasti pohybových dovedností (sezení, lezení, chůze) většinou

opožďeno jen mírně nebo je i v pásmu normy a ani osvojení prvních slov nemusí být dramaticky opožďeno“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 1995, s. 145).

Při výuce jedinců s lehkou mentální retardací je vhodné rozvíjet jejich dovednosti, kterých jsou sami schopni a kompenzovat tak nedostatky. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí mírný stupeň retardace působit žádný problém. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený značně emočně a sociálně nezralý, např. není-li schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí. Při takovéto emoční nezralosti se pak mentální retardace projevuje výrazněji, než u jedinců emočně vyzrálejších. Osoby s lehkou mentální retardací se rovněž obtížně přizpůsobují tradicím a očekávání společnosti, z čehož následně vznikají problémy s nezaměstnaností jedinců postižených lehkou mentální retardací a to i v případech, kdy by práce byli jedinci schopni.

K lehké mentální retardaci se mohou individuálně přidružit i vývojové poruchy, autismus, tělesné postižení, epilepsie, poruchy chování atd. Tato přidružená postižení se vyskytují v mnoha případech a ztěžují tak život jedincům s již tak dost nelehkým postavením ve společnosti založené na výkonu a hodnocení.

### 1.1.2 Středně těžká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace je druhým stupněm mentálního postižení. Jedinci, kteří dosahují na této úrovni IQ 35 – 49, mají výrazně omezený vývoj chápání a užívání řeči. U postižených lze uvažování přirovnat k myšlení předškolního dítěte. V jejich slovníku chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Dovedou se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti. U jedinců zařazených do této kategorie se pomalu rozvíjí chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou také omezené. Podobně je také opožďena zručnost a schopnost starat se sám o sebe. Někteří jedinci potřebují proto dohled po celý život. Ve škole u nich není možné pozorovat větších pokroků. Někteří si ale osvojí základy čtení, psaní a počítání.

„Zařazení do školy je pro rodiny těchto dětí významné jak z hlediska rodičů – jejich děti již nebudou označovány jako „nevzdělavatelné“, tak i pro děti samotné. Při

kvalitním a cíleném vedení tyto děti většinou dobře zvládnou dovednosti sebeobsluhy a osvojí si jednoduché pracovní činnosti“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 1995, s. 146)

Kromě škol existují i vzdělávací programy, které mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních dovedností a jsou rovněž vhodné pro pomalé žáky s omezenou výkonností. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je však jen zřídka možný úplně samostatný život. V mnoha případech bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách, ale odkázanost na druhé je zde téměř u všech případů přítomna.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly ve schopnostech. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce. Úroveň rozvoje řeči je tedy variabilní. Mnozí jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí jsou schopni domluvit se jen o svých základních potřebách. Určitá část takto handicapovaných se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace k částečnému kompenzování své neschopnosti domluvit se řečí. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U podstatné části pacientů je přítomen dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Obvykle se také vyskytují epilepsie, neurologické a tělesné handicapy. Většina z postižených však může chodit i bez pomoci. Někdy je možno zjistit jiná psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

### 1.1.3 Těžká mentální retardace

Třetí úroveň mentálního postižení představuje těžká mentální retardace. U tohoto stupně omezení dosahují jedinci dosahují IQ 21 – 34. Většina z těchto jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými defekty, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či chybného vývoje ústředního nervového systému. Nejen pohyb, tedy samoobslužnost těchto osob, je již velmi

obtížný, ale i vzdělávání je omezené. Ve vyjadřování pozorujeme hlasovou produkci závislou na citovém rozpoložení. Osoba je schopna zvládnout několik zkomolených slov typu máma, dá, táta atd. Pojmový obsah a vztahová stránka k realitě však zůstává mimo obsah pochopení ostatních. Rozmezí vyjadřovacích schopností je individuální od jedince k jedinci. K určitému rozvoji motoriky, komunikativnosti, rozumových schopností a soběstačnosti je však možné dospět včasnou systematickou a kvalifikovanou rehabilitační a vzdělávací péčí.

ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ (1995) taktéž zastávají názor, že kvalitní cílená stimulace a emoční podpora má i zde zřetelné efekty a že takto vedené děti jsou klidnější a mívají méně přidružených problémů a v dospělosti mohou být pod supervizí dobře zapojeny do některých dílčích pracovních činností.

#### 1.1.4 Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace představuje nejtěžší stupeň mentální retardace, tudíž nejzávažnější úroveň postižení. Jedinec, který spadá do této kategorie, má IQ nižší než 20, respektive je jeho hodnota odhadována nižší než 20, neboť v této úrovni není možné hodnotu přesně měřit. Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím, nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení jedinci bývají inkontinentní a jen ve velmi výjimečných případech jsou schopni neverbální komunikace. U těchto osob lze při dlouhodobější odborné péči dosáhnout zřetelně prostorových orientačních dovedností v třídění a srovnávání, avšak péče o sebe sama je téměř vyloučená.

„Pokud jde o vedení a výuku dětí s těžkou a hlubokou MR, platí zde stejné principy jako u dětí se středně těžkým stupněm postižení, cílem výuky není osvojení „trivia“, ale maximální možné naplnění kapacity každého dítěte s využitím jeho silných stránek a dosažení co největší možné samostatnosti v dospělém životě“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 1995, s. 147).

Nemocný nemá schopnost se o sebe postarat, a tak je zcela odkázaný na stálou péči a stálý dohled. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, jako např. epilepsie a poškození zraku a sluchu. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

### 1.1.5 Jiné mentální retardace

Jednou z ne zcela specifických kategorií podle MKN-10 je kategorie F78. Zařazení do této kategorie by mělo být použito pouze tehdy, je-li stanovení stupně intelektové mentální retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození. Jedná se především o jedince s postižením sluchovým, dále jedince hluchoněmé či s těžkými poruchami chování, popřípadě o tělesně postižené osoby.

Další kategorií mentální retardace je kategorie F79. Jedná se o individuální případy, kdy je mentální retardace prokázána, avšak není dostatek informací pro zařazení osoby do některého z již zmíněných stupňů.

Považuji za nutné zmínit se zde o skupině dětí, ne však v již předem definované kategorii, jejichž inteligence se označuje v rámci širší normy za podprůměrnou. IQ těchto jedinců se pohybuje v rozpětí 70 – 85. Dříve byly tyto osoby označovány jako slaboduché. Tyto děti však tvoří významný podíl mezi žáky zvláštních škol. Podle současných kritérií nejde o mentální retardaci. Jejich handicap je však velmi omezuje v plnění požadavků, které jsou na ně kladeny především během studia základní školy. Velmi často se proto stává, že tyto děti při běžné výuce selhávají a jsou proto umístěovány do zvláštních škol.

## 1.2 Fyzická postižení

Pokud hovoříme o fyzickém postižení, máme na mysli handicapované jedince, jejichž uplatnění v běžném životě je určitým způsobem omezeno. Ať už se jedná o postižení způsobené genetickým přenosem nebo postižení zapříčiněná jinými okolnostmi tak člověk, který je jeho nositelem, prožívá ve většině případů stejné stresové situace jako jedinci s mentálním či kombinovaným znevýhodněním. Důsledky poruch handicapu se mohou projevovat v poruše soběstačnosti, samostatného cestování, společenských kontaktů, partnerských vztahů, využití volného času, vzdělávání, perspektivě zaměstnávání, atd. Pojem tělesného postižení je veřejností i legislativou redukován pouze na postižení pohybového ústrojí. Veřejnost vnímá tělesně postiženého jako někoho, jehož pohybový handicap je naprosto zjevný a nepřehlédnutelný. Díkce zákona, která vymezuje tělesná postižení, se rovněž omezila pouze na takové definice tělesně postižených, které mají přímou souvislost s pohybovým postižením. Základními

symptomy, kterými se definují tělesně postižení lidé, je porušení motoriky z hlediska kvalitativního i kvantitativního. U tělesně postižených se jedná o viditelné postižení dolních či horních končetin.

Pod pojmem tělesné postižení si většina z nás představí osoby, které jsou z různých důvodů odkázány na invalidní vozík, tedy tzv. vozičkáři.

„Vozičkář je člověk s takovým postižením, které ke kompenzaci pohybu vyžaduje kolečkové křeslo neboli tzv. invalidní vozík (ortopedický vozík) – mechanický nebo elektrický. Lidé s tímto omezením jsou nuceni se vyrovnávat s omezenou možností pohybu a hlavně s architektonickými bariérami“ (KACANU, 2001, s. 49).

KACANU (2001) uvádí dvě skupiny vozičkářů podle doby vzniku handicapu, tedy vozičkáře s vrozeným tělesným postižením a vozičkáře, kteří ke svému postižení přišli během svého života.

Toto základní rozdělení však neplatí pouze pro jedince odkázané na invalidní vozík, ale celkově pro jedince s tělesným postižením. Tělesná postižení mohou být vrozená nebo získaná. Vrozené vady vznikly v průběhu nitroděložního života, během porodu či krátce po něm. Získaná postižení jsou způsobená buď úrazem nebo různými chorobami, které mají negativní vliv na pohybové ústrojí. Získaná postižení, narozdíl od vrozených, mohou vzniknout v kterémkoliv období života člověka.

Vzhledem k tomu, že pohyb je jedním ze základních projevů člověka, jeho nedostatečnost se projevuje v celkovém tělesném i duševním stavu. Psychika těchto lidí je často ovlivněna nápadností postižení. Tato nápadnost je veřejností často chápána jako stigma. Právě tento postoj společnosti v postiženém vyvolává řadu nepříjemných pocitů, které mohou vyústit v pocity méněcennosti. Většina jedinců s fyzickým handicapem je tak právě tímto nejvíce postižena. Zrovna tak jako jsou tyto důsledky jejich handicapu společné pro většinu jedinců spadajících do této kategorie, tak i základní funkční charakteristika znevýhodnění je blízká většině typů. Jedná se především o poruchy pohybového ústrojí, které se následně mohou projevat jako deformita, ochrnutí, zvýšené nebo snížené napětí, neobratnost, mimovolní pohyby, zvýšená únavnost aj. Těmto poruchám se však budu věnovat v následujících podkapitolách a pokusím se tak jejich vysvětlením zmenšit bariéru mezi handicapovanými a zdravými jedinci.

### 1.2.1 Geneticky podmíněná postižení

Mezi geneticky podmíněná postižení řadíme handicap vrozené. Tudiž ty, jež mají svůj původ v dědičném základu. Patří sem jak vrozené poruchy pohybového ústrojí, například Amálie, Dysmelie, Artrogyposa, Dysplaxie kyčlí, Kostní lomivost, Nanismus, tak dle mého názoru i Dětská mozková obrna (DMO).

Již zmíněná Amélie je jedním z méně častých tělesných postižení, které postihuje vývoj končetin. Jedná se o úplný vrozený defekt jedné nebo několika končetin. V tomto případě jsou vždy zachovány rudimenty kostí chybějících končetin. Na rozdíl od této poruchy se u postižení označovaného jako Dysmelie rudimenty nevyskytují. Části končetin chybějí již při narození, kdy zárodky končetin nebyly během zárodečného vývoje utvořeny. U postižení označovaného pod pojmem Artrogyposa či Artrogypóza vznikají při vrozených poruchách míšních drah svalové kontraktury s omezeným pohybem a přidružují se i deformace kostí. Dysplaxie kyčlí, neboli Dysplaxie kyčelního kloubu postihuje vývoj tvaru jamky. Avšak na rozdíl od předchozích omezení lze tutu geneticky podmíněnou poruchu operativně poopravit, tudíž může jedinec při vhodné léčbě a rehabilitaci téměř plně využívat svých pohybových schopností. Pro většinu osob známý zde zmiňuji i tzv. Nanismus, neboli trpasličí růst. Jedná se o nápadně malý celkový vzrůst těla do délky. Průměrná výška jedinců s tímto druhem postižení se ovšem liší podle různých plemen a národů. Za nanismus lze proto považovat jen takovou úchylku růstu, která se výrazně odlišuje od běžného průměru v určité oblasti světa. Například u národů střední Evropy je to výška přibližně do 130 cm u mužů a do 122 cm u žen.

Do této kategorie rovněž spadají vrozené rozštěpy páteře, jež jsou jednou z nejrozšířenějších vrozených vad. Vznikají v prvních 25 dnech těhotenství. Jedná se o vadu páteře, při které se jeden nebo více obratlů neuzavřou běžným způsobem a v důsledku toho je dítě do jisté míry či zcela ochrnuté. Mezi velmi časté druhy postižení spadají i degenerativní onemocnění svalstva neboli svalové dystrofie. Tento široký termín, označující genetické onemocnění, které postihuje svalstvo, zahrnuje více než 20 specifických genetických vad. U většiny jedinců dochází ke stejným příznakům, jako je ochabování svalstva, avšak průběh samotné choroby bývá rozdílný. Není bohužel výjimkou délka života, jíž se osoby s tímto handicapem dožívají. U jedinců s těžšími typy vad je mnohdy délka jejich života zkrácena téměř na 1/3 průměrného věku.

V neposlední řadě bych v této kategorii zmínila i Dětskou mozkovou obrnu (DMO). Kategoricky toto postižení spadá spíše do kapitoly následující, avšak pokud bereme v úvahu činitele ovlivňující její vznik, musíme ji tudíž zařadit i do této kategorie. DMO je poruchou, která se projevuje teprve po narození, a to nejčastěji kolem třetího roku života dítěte a zpravidla bývá způsobena narušením vývoje plodu během těhotenství či úrazem. Avšak není zcela možné vyloučit i genetickou predispozici, neboť existuje nejméně jeden případ, kdy nebyla prokázána příčina, která by toto poškození zapříčinila.

### 1.2.2 Postižení zapříčiněná jinými vlivy

Jak jsem se již zmínila, jednou z nejčastějších poruch a tedy i následným postižením je Dětská mozková obrna (DMO). Je to pojem, který označuje soubor chronických onemocnění, charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti. Ta se objevuje během prvních let života dítěte a v průběhu dalších let se již zpravidla nezhoršuje.

„Pod pojem DMO však nepatří ty poruchy hybnosti, které byly způsobené onemocněním svalů či periferních nervů. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné postury, neboli držení trupu a končetin je u dětí postižených DMO porucha vývoje nebo poškození motorických, tedy pohybových oblastí mozku. Míra postižení Dětskou mozkovou obrnou, může mít velmi široké spektrum. Její příznaky je mnohdy dle mého názoru obtížné rozpoznat. Nemocný s DMO může mít problémy i s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní (pohyby zápěstí) nebo stříhání nůžkami (pohyby prstů), může mít obtíže s udržením rovnováhy a s chůzí (klácení, kývavá chůze), atd. Děti s těžkým pohybovým postižením mívají již v novorozeneckém období obtíže v posturálním přizpůsobení matce; hypertonické děti např. nejsou schopny relaxovat při pochování a mazlení a nereagují očekávaným způsobem na zásahy rodičů“ (DEZORTOVÁ, 2005, s. 4).

Příznaky se mohou lišit od jedince k jedinci a u téhož nemocného se taktéž mohou v průběhu času měnit. První příznaky DMO se projevují zpravidla před 3. rokem věku. Dítě se v pohybových dovednostech nevyvíjí zcela normálně. Často se opoždí v dosahování normálních vývojových stadií, oproti ostatním dětem. Můžeme mluvit například o přetáčení, sezení, lezení, smíchu, stání či chůzi. Toto bývá zpravidla označováno jako vývojové opoždění, neboli retardace. DMO je poruchou jež



v budoucím životě zpravidla omezuje jedince v běžném fungování a odkazuje ho tudíž na pomoc druhých lidí.

V dalších případech vyskytujících se v této kategorii se jedná o svalové poruchy vzniklé po poranění mozku či míchy, po operaci nádorů, degenerativních nemocech či jako důsledek roztroušené sklerózy. Mezi postižení vzniklé během života rovněž řadíme později vzniklé ortopedické poruchy jako jsou skoliosa, Scheurmannova nemoc, Perthesova nemoc, následky zlomenin, amputace, aj. Většině z nás známá skoliosa je postižení postihující poměrně velkou část populace. V mnoha případech se však nejedná o tak velký handicap, který by jedinci znemožňoval běžné životní úkony a byl tak označen jako postižení. Charakteristickým znakem je patologické vychýlení páteře, které vyžaduje neustálou rehabilitaci a cvičení. Již méně známými a častými jsou tzv. Scheurmannova nemoc v jejímž případě se jedná o zvláštní vývojovou poruchu páteře, která postihuje především chlapce od 12 do 15 let věku. Dále pak tzv. Perthesova choroba či Perthesova nemoc, která se vyznačuje kulháním a přidruženými bolestmi v oblasti břicha, třísla nebo vnitřní části stehna.

### 1.2.3 Vliv tělesného postižení na osobnost

Tělesné postižení má dva základní aspekty - nedostatečnost pohybu a deformovaný zevnějšek. Omezenost v pohybu má negativní dopad na sebeobsluhu postiženého člověka. Tělesně postižení lidé bývají hodnoceni jako závislí na druhých. Na druhé straně je tělesné postižení nejdostupnější integraci do majoritní společnosti. Tito lidé mohou chodit do běžných škol a vzdělávat se standardním způsobem. Viditelná deformace však velmi ovlivňuje samotné sebehodnocení jedince. U fyzických postiženích bývá větší nárok kladený na rodinu, která se pro jedince stává velmi důležitou oporou v mnoha nelehkých životních situacích. Tělesně handicapovaní jedinci jsou v každodenním životě posuzováni společností a jejich kvalita života je tak nejen určena úrovní vlastní soběstačnosti, stupněm deformace zevnějšku, ale především okolím, které často na jejich přítomnost reaguje velmi rezervovaně. Tento postoj společnosti vyvolává u tělesně postižených jedinců obavy ze sociálních kontaktů, z navazování nových kontaktů, setkávání a udržování stávajících kontaktů. Handicapované osoby pak na tyto nežádoucí projevy okolí reagují velmi omezeně, neboť jejich zkušenosti s různým sociálním prostředím jsou o poznání menší než u zdravých lidí. Pokud ubývá v životě znevýhodněných osob sociálních kontaktů, narůstá

tak riziko sociální izolace, která je pak následně podnětem pro vznik deprivace, projevů zlosti, hněvu a pocitů méněcennosti. Velkou roli však hraje typ a míra postižení. Pokud se u jedince jedná o postižení vrozené, je jeho míra adaptace do společnosti mnohem vyšší, než co se týče jedinců jejichž handicap byl získaný během života. Toto je na jednu stranu výhodou, co se zvyku na postižení týče, avšak osoby s vrozeným postižením prožívají hůře období dětství a dospívání, neboť jejich integrace je narušena vlastní odlišností od vrstevníků.

U těchto osob můžeme očekávat obavy, rezervovanost a snahu se izolovat. Nejen po fyzické stránce, ale především po psychické se u osob, u kterých došlo k postižení během života, projevují změny často spojené se stresem a deprivací. Jedinec musí projít několika fázemi adaptace, během kterých se naučí žít s postižením.

Prvním stadiem je fáze adaptace na tělesné postižení. Jedná se o dobu bezprostředně po projevení handicapu. Znamená nejintenzivnější prožitek bolesti, během kterého si člověk uvědomuje momentální okamžik ztráty. Jedinec, který právě prochází první fází projevuje často pocity vzteku a agrese vůči celému světu. Ty pak přenáší na rodinné příslušníky, osoby blízké a především na lékařský personál, který viní za své postižení. Projevy lítosti a soucitu zcela odmítá. Tyto pocity mohou u jedince přetrvávat různě dlouhou dobu a není proto možné blíže časově ohraničit dobu trvání první fáze, neboť každé prožívání je individuální.

Druhým stadiem je fáze adaptace na postižení a utvoření si celkového obrazu o své osobě. Ztráta kterou jedinec prodělal není pouze fyzická. Postupem času se objevují stále další a další ztráty a to v podobě dříve možných a samozřejmých úkonů a aktivit. Toto má samozřejmě obrovský dopad na psychiku člověka. A tak -dle mého názoru- stadium druhé úzce navazuje či se prolíná s fází třetí. Během třetí fáze je úkolem handicapovaného člověka nalézt opětovný vztah k sobě samému a svému tělu.

Nejtěžší a z mého pohledu nikdy nekončícím stadiem je fáze úplné změny, kdy se vše jeví jinak. Jedinec s postižením je konfrontován s realitou vnějšího světa a je tak vystavován stále a opakovaně pro něj nepříjemným reakcím okolí. Tato skutečnost založená na předsudcích, co se handicapovaných týče, však při uzdravování spíše škodí než pomáhá. Nezájem okolí pramenící z vlastního nedostatku informací tak vytváří bariéru mezi zdravými a nemocnými. Je proto důležité přehodnotit přístup k tělesně postiženým, neboť jen tak můžeme zjistit skutečnou míru jejich soběstačnosti a lépe tak odhadnout pomoc kterou potřebují.

### 1.3 Kombinovaná postižení

Kombinovaná postižení, neboli postižení více vadami či multihandicap je označení pro specifický druh omezení jedince, jehož znevýhodnění má opodstatnění ve dvou či více na sobě kauzálně nezávislých druzích handicapů, z nichž každý by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňoval k zařazení do kategorie pro příslušný typ postižení.

Kombinovaná postižení se vyskytují ve třech skupinách:

- mentální retardace s přidružením vady tělesné, vady smyslové, vady řeči, psychického onemocnění a vývojové poruchy učení a chování (např. mentální retardace s přidruženým zrakovým postižením, mentální retardace s přidruženým sluchovým postižením, mentální retardace s přidruženými těžkými vadami řeči, aj.)
- kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči
- autismus s přidruženými dalšími handicapy

Vícečetné postižení může vzniknout v kterémkoli období lidského vývoje. Vznik dílčích vad kombinovaného postižení nebývá zpravidla současný. Stupeň jednotlivých postižení podílejících se na multihandicapu bývá rovněž odlišný a širokospektrý. Od stupně postižení se pak často liší intenzita a způsob prožívání. Relativně lehčí vada může být prožívána jako těžká a naopak. Toto prožívání bývá určováno i dalšími psychosomatickými faktory jedince, především působením prostředí s jeho sociálními interakcemi a působením jiných skutečností (např. atmosférických vlivů atd.). Multihandicap však není jen prostou syntézou jednotlivých vad. Jejich vzájemným interakčním účinkem je výsledná kombinovaná vada natolik potencována a modifikována, že můžeme hovořit o kvalitativně novém postižení, které vytváří specifické podmínky pro život jednotlivce i sociálního systému v němž je začleněn, což jednotlivé komponenty multihandicapu samy o sobě nevytvářejí a nepřinášejí.

Úroveň a kvalita péče o multihandicapované a jejich sociální zázemí může výrazně ovlivnit negativní následky vícečetného postižení ve smyslu jejich prohloubení nebo snížení. Z uvedeného tedy plyne, že problematika kombinovaných vad vyžaduje komplexní specifický přístup. To, co již zde bylo o vícečetných postiženích řečeno, však rovněž evokuje další otázku k zamyšlení, kterou je nutno se alespoň orientačně zabývat. Vzhledem k výše nastíněné problematice můžeme uvažovat o tom, zda je

některá vada, jakožto složka kombinovaného postižení, dominantní a vyžaduje tedy naši zvýšenou pozornost s ohledem na výraznější dopad na život jedince i na jeho možné ohrožení. Dále je nutno se zamyslet, na kolik se obě složky, případně více složek multihandicapu vzájemně ovlivňují a do jaké míry tvoří jednotný komplex, který pak skutečně můžeme nazvat kombinovanou vadou v pravém slova smyslu. Na druhé straně se může jednat spíše o složky vady, které se vzájemně ovlivňují minimálně a tvoří spíše jen určitý souběh dvou nebo více vad.

Z hlediska dominance jednotlivých složek rozlišujeme vícečetné vady na kombinované s dominantní vadou (zrakovou, sluchovou, řečovou, atd.) a kombinované s nedominantní vadou (zrakovou, sluchovou, řečovou, atd.). Mnohdy však dochází ke kombinaci více než jen dvou poruch (např. hluchoslepý jedinec s následnou amputací dolních končetin). U tohoto postižení rovněž zhodnocujeme stav jako u multihandicapu způsobeného dvěma vadami, avšak nikdy nezapomínáme zaujímat diferencovaný přístup, jenž zohledňuje jak specifika kombinace vad a poruch, tak individualitu postiženého. I přes tyto skutečnosti je však možno nalézt některé obecné rysy, které je následně potřebné při pomoci multihandicapovaným jedincům uplatňovat.

## **2 PŘÍČINY MENTÁLNÍHO, FYZICKÉHO A KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ**

Ať už jde o mentální, fyzické či kombinované postižení vždy je u těchto handicapů nutné znát i jejich příčiny. V této kapitole se proto budu věnovat jak jednotlivým vlivům, které znevýhodnění způsobují, tak znakům, které jsou pro ně v mnoha rysech společné a charakteristické.

### **2.1 Příčiny mentálního postižení**

U mentálního postižení jsou známy příčiny, které lze rozdělit podle období vzniku handicapu na postižení vzniklé v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Mimo toto základní rozdělení jsou však známy i příčiny ovlivňující mentální způsobilost, které jsou podmíněny kulturně či geograficky a je proto nezbytné je rovněž zmínit.

#### **2.1.1 Prenatální období**

Prenatální období neboli období od početí plodu do jeho porodu je významné pro vývoj jedince, který je uvnitř těla matky nejvíce ohrožen a to především z důvodu jeho vývinu základních orgánů a funkcí. Během těhotenství působí na plod mnoho činitelů. Jedná se o faktory, které mohou být typu teratogenního nebo psychosociálního.

Mezi teratogenní faktory řadíme ty, které způsobují poškození plodu. Jsou to jak fyzikální, tak chemičtí i biologičtí činitelé. Pod pojmem fyzikální rozumíme ty faktory, které zapříčiňují u dítěte handicap například po úrazu matky či následkem rentgenového záření. Jedná se o příčiny méně časté než u teratogenních faktorů chemických.

„Vyvíjející se organismus může být během svého zárodečného vývoje negativně ovlivněn různými faktory, vycházejícími z vnějšího prostředí, do kterého počítáme i patologický stav mateřského organismu“ (VÁGNEROVÁ a ŠTURMA a KLÍMA, 1988, s. 7).

Zde hraje roli především chování matky. Chemické látky pronikají k plodu skrze její tělo. Často budoucí rodička tak svou nezodpovědností riskuje zdravím dítěte. Jedná se především o užívání alkoholu, nikotinu a drog během těhotenství. Děje se tak tomu i

přes poměrně velké množství informací a rad budoucím rodičkám. Avšak velké procento z nich přesto podstupuje toto riziko. A tak se největší mírou podílejí na procentuálním zařazení činitelů postižení, neboť znevýhodnění vzniklých v prenatálním období je téměř 60%.

Abychom však nekladli vinu pouze na budoucí matky, dalším z činitelů ovlivňujících vývin plodu jsou faktory biologické. Mezi tyto můžeme zařadit virová onemocnění jako jsou například chřipka a zarděnky. Ty jsou pro plod velmi nebezpečné, neboť zapříčiňují trvalé mentální i smyslové postižení, jinými slovy Greggův rubeolový syndrom. Dále pak bakteriální onemocnění, například tuberkulóza, syfilis, kapavka a závažnější onemocnění jako je tzv. toxoplazmóza, jejímž následkem matka nemůže dítě donosit. V neposlední řadě bych ráda zmínila i poruchy placenty, vrozené metabolické poruchy a většinou z nás známý Downův syndrom označovaný také jako mongolismus. V případě Downova syndromu se vždy jedná o mentální poškození s jediným rozdílem intenzity v jaké se v budoucnu projeví.

Již menší podíl na vzniku mentálního postižení nesou psychosociální faktory. Ty vznikají především následkem určitého traumatu během těhotenství jako je například smrt blízké osoby či jiné stresující události. Roli však hraje i otázka špatného sociálního zabezpečení či věková hranice rodičů. Mentální postižení může být proto vyvoláno přenosem napětí z matky na plod, proto je jak v zájmu rodičky tak dítěte, udržovat své tělo v klidném prostředí a vyhýbat se nadměrné psychické zátěži.

### 2.1.2 Perinatální období

Příčiny, které vznikají v perinatálním období se úzce váží k termínu porodu, porodu samému a k období bezprostředně po něm. Riziko vzniku mentálního postižení je v tomto případě přibližně 8 – 10 % z celkového počtu mentálně retardovaných jedinců. Příčiny jež nezpochybnitelně působí na tento typ znevýhodnění se v mnoha bodech shodují s činiteli působícími na plod v prenatálním období, které již bylo zmíněno v předchozí kapitole s rozdílem vnitřního a vnějšího vlivu. V perinatálním období jde především o faktory jako jsou mechanické postižení plodu při porodu, obrácená poloha dítěte, rané infekce, předčasný nebo pozdní termín porodu, volba špatného inkubátoru, aj. Z výčtu jmenovaných činitelů lze odvodit i zavinění třetí osobou. V těchto případech však není snadné vinu dokázat a myslím, že rovněž není ani vhodné vzhledem ke stavu matky po porodu se o to pokoušet. Avšak díky stále se

vyvíjejícím technologiím a novým informacím je počet znevýhodněných dětí právě z těchto důvodů postupně snižován.

### 2.1.3 Postnatální období

Do postnatálního období řadíme ty mentální poruchy, které vznikly během prvních dvou let života jedince. V tomto období bylo během let zaznamenáno přibližně 30 % mentálních postižení, které byly způsobeny následujícími faktory: úrazy hlavy, infekční onemocnění mozku a otravy. Jejich následkem tak docházelo k sekundárnímu poškození mozku.

### 2.1.4 Genetické příčiny

Mentální postižení způsobené genetickými činiteli vzniká jako následek abnormality genů zděděných po rodičích, odchylek při spojování genů nebo jiných genových poruch způsobených během těhotenství infekcemi, příliš velkým osvitom rentgenovými paprsky nebo jinými faktory. S mentální retardací se pojí více než 500 genetických chorob. Jde například o PKU (fenyketonurii), ojedinělou genovou poruchu, někdy také zmiňovanou jako vrozenou poruchu metabolismu, protože je způsobena vadným enzymem a Downův syndrom, který je příkladem poruchy chromozomů. K chromozomálním poruchám dochází sporadicky a jsou způsobeny přílišným množstvím nebo přílišným nedostatkem chromozomů, případně změnou struktury chromozomu.

„Jestliže jsou vrozené předpoklady nízké, nelze předpokládat, že by se z nich vytvořily zcela normální schopnosti ani sebelepší výchovou“ (VÁGNEROVÁ a ŠTURMA a KLÍMA, 1988, s. 57).

### 2.1.5 Ostatní příčiny

Do této předem nespecifikované kategorie jsem se rozhodla zařadit ty činitele, které mají vliv na vznik mentální retardace u jedinců a to i během života, nikoli pouze v období raného dětství. Jedná se především o chudobu a kulturní omezení, které jsou typické pro určité oblasti a národy světa.

„Bez působení vnějšího prostředí by se vývoj dítěte nemohl uskutečnit. Podněty, které z tohoto prostředí vycházejí, působí na dítě, a to kladně, ve smyslu rozvíjení jeho

dispozic, ale občas i záporně, takže vyvolávají nejrůznější poruchy“ (VÁGNEROVÁ a ŠTURMA a KLÍMA, 1998, s. 8).

Mentální retardace potkává i děti ze sociálně slabých vrstev. Děje se tak následkem podvýživy, nedostatečné hygieny, nedostatkem lékařské péče a jiných základních potřeb pro život. Děti ze znevýhodněných oblastí mohou být také kulturně omezeny v mnoha společenských a každodenních zkušenostech, kterých se dostává jejich vrstevníkům. Podle mnoha výzkumů, které byly zaměřeny na tuto problematiku je možné usoudit, že tento nedostatek stimulace může vést k trvalému poškození a může se tak stát příčinou mentální retardace.

## 2.2 Příčiny fyzického postižení

Příčiny fyzického, neboli tělesného postižení můžeme rozdělit do kategorií podle doby vzniku handicapu. Tento druh omezení vzniká buďto v těle matky, kdy se plod vyvíjí, tedy v prenatálním stadiu, nebo v průběhu života ať už jako následek nemoci či úrazu již samotného jedince. Rovněž jako u mentálního postižení ovlivňují v prenatálním období dítě faktory teratogenní neboli faktory fyzikální, chemické a biologické. Tyto se však procentuálně podílejí na vzniku handicapu méně než příčiny genetické, které u tělesného postižení mají na vývoj orgánů dítěte vliv největší. Jedná se zde především o různé deformace kostí a svalů jako jsou například svalové dystrofie, Kongenitální svalové dystrofie, poruchy svalové dráždivosti aj. Takto označované poruchy hybnosti se vyskytují v různě obtížných formách. Prakticky nejčastější a nejzávažnější je však Duchenneova svalová dystrofie jejíž výskyt představuje téměř 85% všech dystrofinopatií.

„Pacienti ztrácejí schopnost samostatné lokomoce již v první dekádě života (dle kritérií ENMC nejpozději do 13 let věku) a mohou zemřít na respirační insuficienci kolem 20. roku věku, umělou plicní ventilací lze prodloužit život až dvojnásobně. U těchto nemocných je potom limitujícím faktorem délky života kardiomyopatie“ (BEDNAŘÍK, 2001, s. 130).

Ať už se jedná o případy svalových poruch či poruch vývoje ostatních orgánů, je zde poměrně velké uplatnění léčby a prevence. Navíc jsou fyzická postižení typem handicapu, kde je největší úspěšnost při zapojení rehabilitace do léčby pacienta. K úplnému uzdravení sice nedojde, avšak díky stále se vyvíjejícím metodám léčby a mnoha mechanickým pomůckám je u velké části případů dosahováno obrovských



úspěchů, které jedinci mohou usnadnit život a dopřát mu tak o poznání větších možností.

### **2.3 Příčiny kombinovaného postižení**

Příčiny kombinovaného postižení jsou ve své podstatě i kombinací faktorů, které se na vzniku několika handicapů podílejí. Jedná se o faktory již podrobněji zmíněné v předchozích kapitolách jako jsou genetické a vrozené faktory, následky chorob a úrazů, následky intoxikace a hypoxie mozku a dále pak následky involučních změn ve stáří, nedostatečná nebo chybná stimulace funkcí aj.

### **3 DRUHY POMOCNÝCH ZAŘÍZENÍ PRO VZDĚLÁVÁNÍ A VÝCHOVU DĚTÍ A MLADISTVÝCH**

Výchovu a vzdělávání považujeme v dnešní době jako samozřejmou součást ve vývoji člověka. Z velké části si však pod pojmem vzdělání většina z nás představí gymnázia, vysoké školy, jazykové školy a jiná odborná zařízení, kterých je nutné dosáhnout, pokud se chceme ve společnosti co nejlépe uplatnit. Tuto fázi přijímáme jako jednu z etap našeho života. U osob se znevýhodněním však nelze hovořit o výchově a vzdělávání jako o určité části života. Tyto dvě složky představují pro osoby s různými handicapy celoživotní proces, tedy nutnost stálého opakování a prohlubování znalostí a dovedností. Základy výchovy spočívají především v rodině, kde dítě získává potřebné prvotní informace a rovněž pocity, které se vztahují k němu samému a jeho blízkému či širšímu okolí. Dítě tak dosahuje stupňů vyzrálosti, které jsou potřebné pro jeho další vývoj. U znevýhodněných dětí je však dosahování ať už jakýchkoli výsledků velkým problémem. Výsledky se dostávají velmi pozvolna a jsou téměř nepozorovatelné. V tuto chvíli je žádoucí rodině pomoci a umožnit tak dítěti díky odborné pomoci postoupit o další kus života kupředu.

V této kapitole se budu proto zabývat zařízeními, která právě dětem a mladistvým s různými handicapy umožňují vzdělávání, které je pro dnešní život dá se říci nezbytné.

#### **3.1 Mateřské školy pro děti s mentální retardací**

Mateřské školy pro děti s mentální retardací jsou -dle mého názoru- prvotním krokem ve vzdělávání znevýhodněných dětí, kdy je již dítě schopno vnímat a částečně i uvažovat o věcech a celkovém dění které se v jeho okolí vyskytují. V dřívějších letech existoval jen omezený počet organizací, které se činností s retardovanými dětmi věnovaly. S postupem let těchto míst přibývalo, a tak díky stále se zvyšujícímu počtu těchto zařízení může být pomoc v této sféře zajištěna i těm dětem, které byly dříve z mnoha důvodů odkázány jen na rodinnou, popřípadě ústavní péči.

Ať už dítě navštěvuje speciální MŠ pro děti s mentální retardací, běžné MŠ či speciální třídy pro děti s mentálním postižením při běžné MŠ je mu většinou zajištěna

taková péče, které již sama rodina není schopna a bez které by dítě jen s velkými obtížemi dosahovalo dalších výsledků. Aby však dítě těchto výsledků dosahovalo, je zapotřebí především odborné péče, která je pro jeho výchovu nezbytná, neboť samotné zařízení jako takové nemá ani při nejmenším na dítě takový vliv jako osoby, které se pod jeho záštitou práci s dětmi věnují. Úkolem speciální mateřské školy je poskytování optimálních podmínek pro rozvoj dětí. Zajišťování soustavné individuální péče v oblasti mluvení, myšlení, hrubé a jemné motoriky a v neposlední řadě i sociálního a citového vývoje je však úkolem pověřené osoby. Není proto zanedbatelné jakého vzdělání v této oblasti, nebo lépe řečeno osobního rozvoje, osoba vykonávající tuto činnost dosáhla, popřípadě jak na sobě samém pracuje. Pokud je dítě vedeno touto osobou, je velkou pravděpodobností, že jeho výchova a vzdělání budou postupovat správným směrem a nebude tudíž pochyb o jeho postupu na základní školu, ač pro znevýhodněné.

### **3.2 Speciálně pedagogická centra**

Speciálně-pedagogická centra (SPC) jsou zřizována jako součást speciálních mateřských škol pro mentálně postižené, pomocných škol nebo zvláštních škol. Cílem speciálně pedagogických center je pravidelná a dlouhodobá práce s postiženými dětmi od nejranějšího věku do ukončení školní docházky. SPC připravují komplexní podklady pro orgány státní správy ve školství o zařazení žáka do speciálních mateřských škol, speciálních základních škol, zvláštních škol a pomocných škol. Rovněž poskytují poradenský a metodický servis rodičům znevýhodněných dětí. Mezi další činnosti spadá i monitoring dětí a mladistvých zařazených do péče centra.

### **3.3 Zvláštní školy**

Zvláštní školy jsou dalším stupněm utvořeným pro výuku dětí s mentálním postižením a dětí, které z různých důvodů nezvládají výuku na základní škole ani na speciální základní škole. Z velké většiny jde o děti s lehkým mentálním postižením nebo s podprůměrnou rozumovou schopností. Dále pak děti hyperaktivní, s poruchami koncentrace, psychicky a nervově nemocné, atd. Cílem výuky ve zvláštní škole je příprava žáků na zapojení, případně úplnou integraci do běžného života. Počet ročníků zvláštní školy je totožný se studiem na základní škole. Jsou zde vyučovány běžné předměty s výjimkou cizích jazyků, které jsou do studia zařazeny jako nepovinné. Do výuky je rovněž zahrnutý poměrně velký počet praktických hodin, včetně tělesné

výchovy, ve kterých mají děti s určitým handicapem šanci v budoucnu nalézt uplatnění. Rozdílem mezi zvláštními školami a běžnými základními školami je ve vnitřním členění. Zvláštní školy jsou vnitřně členěny na tři stupně podle funkcí které ve vzdělávání plní. Nižší stupeň pokrývá první tři roky studia a plní především funkci adaptační. Umožňuje jedinci plynulý přechod z mateřské školy do zvláštní školy. Důraz je zde kladen především na čtení, psaní a počítání, tudíž plní funkci propedeutickou. V neposlední řadě pak i funkci diagnostickou. Střední stupeň obsahuje výuku od čtvrtého do šestého ročníku zvláštní školy. Zde jsou kromě propedeutiky zařazeny již zmíněné praktické činnosti jako tělesná výchova, hudební výchova, výtvarná výchova aj. Na vyšším stupni, tj. 6.-9. ročník, jde především o přípravu žáků na budoucí život. Důraz je kladen na integraci jedince do společnosti a jeho reálné uplatnění v pracovní sféře.

### **3.4 Speciální třídy při ZŠ, zvláštních školách a ústavech sociální péče**

Speciální třídy při základních školách, zvláštních školách a ústavech sociální péče jsou možným způsobem vzdělání pro jedince, kteří mají v budoucnu možnost pokračovat v určité specializaci na odborných učilištích, případně praktických školách. Mohou být zřizovány třídy zvláštních škol při speciálních základních školách, třídy pomocných škol při zvláštních školách a naopak. Dále pak třídy pro žáky s autismem a třídy pro žáky s více vadami. Pravomoc otevřít speciální třídu nebo speciální třídy má v tomto případě ředitel školy, který následně dohlíží na zajištění odborné výuky, která je vedena speciálním pedagogem.

### **3.5 Pomocné školy**

Pomocné školy jsou systémem vzdělávání, který je určený především pro jedince s mentálním postižením středního stupně, tj. středně těžké mentální retardace. Vychovává a vzdělává jinak obtížně vzdělavatelné žáky, kteří nemají dostatek intelektu, aby se mohli vzdělávat ve zvláštní škole. Samo vzdělávání je velmi náročné a je proto potřeba zajistit vhodné podmínky pro výuku. Ta je vedena odborným speciálně-pedagogickým pedagogem a probíhá v co nejmenších skupinách žáků. Pro studenty jsou nezbytné při výuce speciální učebnice, sešity, upravený rozvrh, klidné prostředí, atd. Školní docházka se odlišuje jak od běžných základních škol, tak od zvláštních škol. Děti docházejí do pomocné školy po dobu deseti let. Delší doba je nezbytná, neboť kromě

vědomostí, dovedností a zapojení do společnosti je cílem pomocné školy naučit žáky běžným denním návykům (osvojení hygienických návyků, sebe-obsluhy, pracovních dovedností s předměty denní potřeby, atd.). Kromě těchto nelehkých úkonů je cílem pomocné školy maximálně zapojit žáka do společnosti, rozvíjet jeho psychické a fyzické schopnosti a vybavit ho triviem základních vědomostí jako jsou čtení, psaní a počítání.

### **3.6 Netradiční formy vzdělávání**

Jak jsem se již zmínila, tak výchova a vzdělávání jsou v dnešní době považovány za samozřejmou součást ve vývoji člověka. Kromě již zmíněných forem vzdělávání jsou však při práci se znevýhodněnými dětmi používány i netradiční formy vzdělávání. Tyto metody slouží k usnadnění orientace jedinců s handicapem v sociálním prostředí a komunikaci. V pomocných školách zauímají především funkci podpůrnou, pomocnou a motivační. Taktéž jsou netradiční formy vzdělávání vhodné při individuálním vzdělávání. Nejčastější metodou, užívanou jak při individuální tak při skupinové výuce, je tzv. sociální čtení. Tento způsob výuky je založen především na poznávání, interpretování a reagování na zřetelná znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, podle nichž je i děleno sociální čtení do příslušných kategorií. Výhodou sociálního čtení je srozumitelnost pro ostatní veřejnost.

Další netradiční formou vzdělávání jsou tzv. nonverbální komunikační metody. Jedná se o způsob komunikace, vyskytující se především u těžce postižených dětí, které nejsou schopny verbálního vyjadřování. Tyto alternativní způsoby komunikace mají mnoho kladů a jsou stále rozšiřovány o nové metody, které se postupně vyvíjí. Mezi hlavní pozitiva patří především snižování tendencí k pasivitě dětí, zvyšování jejich aktivity, rozšiřování možností aj. Na druhé straně mají tyto metody i svá negativa. Jelikož jsou společensky méně využitelné, jejich uživatelé jsou odděleni od převažující části společnosti, která tyto systémy neovládá. Nejznámějšími alternativními metodami jsou například tzv. BLISS, neboli komunikační systém, ve kterém jsou symboly překládány v určité dvojrozměrné nebo trojrozměrné formě. Symboly jsou založeny na významu, nikoli na zvucích. Tento systém dokáže číst i ti jedinci, kteří nedokáží rozpoznat běžný čtený text. Dále pak znaková řeč MAKATON. Jedná se o dynamický systém, kdy jsou jednotlivá slova vyjadřována pohybem ruky, hlavy apod. Zde se užívá rovněž i mimický výraz obličeje.

## **4 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU DÍTĚTE ČI MLADISTVÉHO SE ZNEVÝHODNĚNÍM**

Nezbytnou součástí mé práce je kapitola věnovaná sociální práci s rodinou znevýhodněného dítěte či mladistvého. Práce s ní je však velmi náročná a je nutné proto přistupovat ke každé rodině individuálně a respektovat její postoje k nově nastalé situaci. Podobně jako je tomu u práce s rodinou pozůstalé osoby, je tomu tak i u rodiny handicapovaného. Uvádím zde proto stadia vyrovnávání se s nastalou situací, obranné a ochranné mechanismy a v neposlední řadě i možnou pomoc pro rodiče a blízké osoby.

### **4.1 Prvotní kontakt sociálního pracovníka s rodinou**

Pomoc rodičům postiženého dítěte spočívá v bezprostřednosti prvního okamžiku, kdy se dovědí, že s dítětem není něco v pořádku, získají vědomí, že nejsou sami. Hned po narození postiženého dítěte, by měl lékař sdělit rodičům veškeré informace týkající se daného postižení a mělo by se tak stát v přítomnosti dítěte. Specialista by jim měl říci, jaká je podstata postižení, jaké jsou přibližně předpokládané možnosti dítěte, co dělat, aby rodiče dítěti porozuměli a co nejlépe mu pomohli. Stejně tak je důležité, aby se i rodiče zeptali na vše, co je zajímá, co nevědí a potřebují vědět.

„Matka postiženého dítěte potřebuje stejnou péči jako každá jiná šestinedělka a stejná, ne-li intenzivnější péče by měla být už po porodu věnována i postiženému dítěti“ (MARKOVÁ a STŘEDOVÁ, 1987, s. 17).

V současné době je k dispozici velké množství odborné literatury, která by rodičům rovněž měla být doporučena spolu s kontakty na, v dnešní době již rozvinutou, síť poradenských služeb v rámci zdravotnictví. Jedná se například o dětská centra, sdružení, poradny, denní stacionáře, atd. Zde se rodiče mohou obrátit jak na lékaře, tak na dětské psychology, speciální pedagogy, sociální pracovníky, rehabilitační pracovníky a jiné osoby zabývající se problematikou handicapovaných dětí.

Ovšem, kdo nejlépe může rozumět rodičům postiženého dítěte? Zase jen rodiče, kteří prožívají něco podobného. Z tohoto hlediska má svou nezastupitelnou psychoterapeutickou funkci Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Zde se sdružují nejen rodiče a ostatní členové rodiny, ale i odborní pracovníci, pracovníci ústavních

zařízení, úředníci apod. Další možnou pomocí rodičům handicapovaného dítěte je možnost zapojení do speciální rodinné terapie, která je zaměřena na určitou problematiku. Ta může z mého pohledu rodičům pomoci už jen tím, že mají možnost jí využít. Nezastávám proto stejný názor jako O. Matoušek, který na rodinnou terapii nahlíží –dle mého názoru- příliš vyhraněným způsobem.

„Speciální rodinná terapie je nutná jen u těch rodin, v nichž dojde k zablokování komunikace s hendikepovaným dítětem či kde vyvstanou jiné vážné vztahové problémy“ (MATOUŠEK, 1993, s. 100).

#### **4.2 Stadia vyrovnání se s prognózou u rodičů a členů rodiny**

Stadia vyrovnávání se s prognózou u rodičů a blízkých členů rodiny připomínají fáze, které probíhají u jedinců, kteří se ocitnou v krizové situaci. Ať už jde o úmrtí člena rodiny, blízké osoby či o živelnou katastrofu, mohou být reakce velmi bouřlivé a je proto zapotřebí o nich vědět a umět díky nim s jedinci, jichž se toto bezprostředně týká, pracovat.

„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 jisté smíření“ (MATOUŠEK, 1993, s. 98).

První fází, která nastává bezprostředně po sdělení diagnózy je fáze *šoku*.

„Šok s iracionálním myšlením a cítěním, kdy rodiče často prožívají pocity derealizace a zmatku a mohou reagovat zcela nepřiměřeně“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 1995, s. 55). Šok lze charakterizovat výroky rodičů jako například “proč se to stalo, proč právě nám“.

Jedinci si nedokáží situaci sami reálně vysvětlit a proto postupně od obecných otázek přecházejí do fáze druhé, tj. fáze *popření*. Ta je pro ně určitým únikem z nastalé situace, neboť stres spojený se sdělenou informací je pro ně natolik tíživý, že jej sami nedokáží obsáhnout. V mnoha případech dochází k popření toho, co je nepřijatelné. Nepřijetí takové informace je projevem obrany před ztrátou psychické rovnováhy a má charakter odpovídající tvrzení “to není možné, to nemůže být pravda“. Tato zátěž přináší rodičům prožitek stresu i deprivaci potřeby seberealizace, otevřené budoucnosti a bezpečí. Rodiče se musejí vyrovnávat se zátěží, kterou vůbec neočekávali, protože zdraví rodiče považují narození zdravého dítěte prakticky za samozřejmost.

„Na přechodu k dalšímu stadiu bývá někdy uváděno ještě stadium kompenzace. U rodičů se v tomto období projevuje často magické nebo mystické zaměření, pokusy smlouvat s Bohem apod.“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 1995, s. 55).

Toto vše je však pouze následkem odmítání si připustit neblahou skutečnost a touhy vrátit se do doby, kdy ještě nic nevěděli.

Třetí fází typickou nejen pro zjištění informace o postižení dítěte je *hledání viny*. Jedná se o obranný mechanismus stejně jako u stadií předchozích. Jedinci pociťují smutek, zlost, úzkost a vlastní pocity viny. Tyto vnitřní stavy však často přenášejí na druhé osoby v podobě obviňování a agresivity vůči celému světu. Hledají vinu u druhých, zjišťují kde ostatní udělali chybu a na koho by svůj vztek mohli oprávněně přenést.

„Agresivní pocity se nejčastěji vztahují buď na partnera nebo jsou zaměřeny proti zdravotnickému personálu a právě tyto pocity mohou časem naopak ještě sílit, zejména jsou-li posíleny nějakou nevhodnou poznámkou či postojem zdravotníků (např. “zapomeňte že máte dítě““ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 1995, s. 55).

Často bývá tato fáze živnou půdou pro nedorozumění, nesoulad a nakonec i pro rozvod partnerů. Právě před tímto je nutné rodinu s postiženým dítětem chránit. Je důležité pomoci rodičům, aby zcela vyjádřili své pocity a dali tak volný průchod emocím. Dovedou-li rodiče své pocity aspoň takto vyslovit, je situace přehlednější a nadějnější, neboť pocity viny, které byly z počátku přenášeny na druhé, jsou většinou pocity jejich vlastní a vyplývají tak z obviňování sebe sama. Pokud se tyto pocity nepodaří projevit, nezřídká se pak setkáváme i s vážnými stavy deprese. Ať už však tento stav nastane či nikoli, je vždy žádoucí odborná péče.

Pokud pominou první tři fáze, kdy osoby pociťují především zmatek, úzkost, vztek a pocity viny, nastává stadium *přijetí a rovnováhy*. Dochází k osvobození se od pocitů viny a nastupuje proces přijetí dítěte takového, jaké je. Život dostává nový smysl. Rodiče přijímají sebe jako rodiče a vychovatele postiženého dítěte. V této fázi narůstá zájem o aktivní účast na léčbě dítěte. Toto období podle D. Krejčířové trvá obvykle několik týdnů až měsíců. Jedná se však o dobu kterou není možné přesně časově ohraničit, neboť ani v nejlepších případech nebývá adaptace po dobu několika let úplná.

Posledním stadiem je stadium *reorganizace*. Jedná se o fázi, kdy je již situace rodiči a blízkými osobami přijímána taková jaká je. Rodiče se tak lépe vyrovnávají s danými fakty a s realitou nemoci, která postihla jejich dítě. Jedním z nejobtížnějších úkolů však je rozhodnutí o péči o handicapované dítě. Zde hraje roli samozřejmě mnoho



faktorů, které mají na samotné rozhodování velký vliv. Mezi základní faktory, které ovlivňují rozhodování rodičů patří například: typ nemoci nebo postižení, etiologie nemoci nebo postižení, individuální charakteristiky nemocného dítěte, individuální charakteristiky dalších členů rodiny, prostředí a v neposlední řadě i struktura a organizace rodinného systému a kvalita vztahů v rodině. Je tedy nutné předem zvážit všechny již zmíněné faktory a dospět tak k rozhodnutí, které jako jedno z mnoha nebývají lehká. Je na rodičích zvážit, zda je v jejich možnostech a schopnostech postarat se o postiženého potomka.

### 4.3 Nežádoucí reakce při péči o handicapované dítě

Naváží nyní na předchozí kapitolu, kterou jsem věnovala stadiím, kterými prochází rodiče a blízké osoby při zjištění stresující situace, tedy faktu o handicapu jejich potomka.

Ať už se rodiče postiženého dítěte rozhodnou jakkoli, každé jejich rozhodnutí s sebou přináší možná rizika. V případech, kdy se rodina rozhodne pro vlastní výchovu potomka se jedná o odchylky od běžné, tj. ideální adaptace rodiny na znevýhodněné dítě. Mezi nejčastější řadíme tzv. *Hyperprotektivitu*. Jedná se o přehnané přenášení pozornosti na handicapovaného jedince z důvodů obav o jeho dostatečnou péči. Tento stav je typický především pro matky, které mají pocit, že nikdo jiný se o jejich postižené dítě nedokáže postarat přinejmenším stejně dobře jako ony.

„Matka často usiluje o extrémní péči, stimulaci a pohodu dítěte, mnohdy právě díky přetrvávajícím pocitům viny nebo ze studu za negativní postoj k dítěti, který je tímto způsobem překompenzován“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 1995, s. 57).

Pokud má handicapovaný jedinec v rodině sourozence, tato přehnaná starost může mít na rovnováhu rodinného systému neblahý vliv.

Další odchylkou od adaptace rodiny je například *odmítání dítěte*. Tato patologie nastává především v rodinách, kde nebylo dostatečně vytvořené prostředí pro přijetí dítěte a kde nedošlo k upevnění vztahu mezi rodičem a postiženým dítětem. Nežádoucí projevy, ze kterých je možné tuto odchylku vyvodit, můžeme pozorovat většinou u jednoho z rodičů, který se kontaktu s dítětem v rámci možností vyhýbá a který o něm rovněž nerad hovoří. Bohužel v těchto případech dochází nejčastěji k přehodnocení rozhodnutí a následně tak k umístění dítěte do ústavní péče.

Dle mého názoru nejnebezpečnější formou nepřijetí člena do rodiny je *přetrvávající vztek* u jednoho či více členů rodiny. V těchto případech je vztek přenášen

buďto na postižené dítě nebo na druhého partnera. Velmi často bývá spojen s vlastními pocity viny a s pocity selhání. V tomto stadiu je již zapotřebí odborné pomoci. Pokud se tomu tak nestane, vztek pak často přechází v agresivitu a může tak dojít k zanedbávání až týrání členů rodiny.

#### **4.4 Desatero pro rodiče znevýhodněného dítěte či mladistvého**

MATĚJČEK (1992) vymezuje desatero pro rodiče, kterým by se rodiče při práci se svým handicapovaným potomkem měli řídit a které by jim mělo usnadnit nejen práci samou, ale především rodinné vztahy, které bývají často narušeny.

- Co největší informovanost rodičů

Když rodiče vědí, jaká je podstata postižení dítěte, mohou mu lépe rozumět a lépe pomáhat. A najdou i sami více uspokojení ve svém snažení. Je lépe se ptát odborných pracovníků, než shánět informace příležitostně v okruhu svých přátel. Lékaři, psychologové, speciální pedagogové a jiní specialisté jistě rádi pomohou svými znalostmi a zkušenostmi. Rodiče se nemusejí za své otázky stydět, ale právě naopak si mají dát věci důkladně vysvětlit. Je tu i dostupná literatura, přednášky, kurzy. Důležité je, aby rodiče měli možnost setkávat se s rodiči podobně postižených dětí, hovořit s nimi či s nimi pobýt nějaký čas na společném výletu. Jde o předávání vlastních poznatků, zkušeností, sdílení prožitků a sympatií, o vzájemné posilování a povzbuzování, což má nepochybně velký psychohygienický a terapeutický význam.

„Dobře ovšem víme, že rodiče v tíživé situaci těžko ujdou pokušení, aby nehledali pomoc všude, kde se nabízí, i když zrovna moc důvěryhodná není. Nemůže-li současná věda pomoci, jsou ochotni přijmout jakýkoli „zázrak“, který by je osvobodil od současných úzkostí. Nikomu nikdy nemáme za zlé, že takovou pomoc hledá. Jen nabádáme k uvážlivému postoji, neboť právě poradenská zkušenost nás učí, že se mnohdy marným čekáním na „zázračné“ vyléčení dítěte ztrácí čas a energie, které mohly být cílevědomě využity v rehabilitační práci s dítětem, nehledě na zbytečné finanční náklady“ (MATĚJČEK, 2000, s. 4).

- Nikoli neštěstí, ale úkol a zkouška

Prožívá-li rodič postižení svého dítěte pouze jako neštěstí, ránu osudu či něco podobného, nepomáhá to ani dítěti ani jemu samotnému. Vede to k uzavírání do sebe a

trpí tím nejen jeho osobnost, ale i okolí. V daném případě je třeba něco udělat. Je důležité pamatovat, že aktivita tělesná i duševní je významným činitelem psychohygienickým. Na tuto zkoušku je potřebné se připravit a úkol je tak třeba zvládnout. Velký životní úkol je možné rozdělit do mnoha drobných dílčích úkolů a dlouhá doba se tak dá rozčlenit do kratších úseků, které budou rodičům přinášet určité uspokojení a dobrý pocit.

„Pamatujme, prosím, na jeden dobrý příklad z „fyziky všedního dne“. Těžkým balvanem pohneme, jestliže ho rozdrobíme na menší kusy“ (MATĚJČEK, 2000, s. 6).

- Obětavost ano, ne však obětování se

Povinností vychovatelů postižených dětí je dbát na to, aby si sami udrželi dobrou tělesnou a duševní kondici. Rozhodli se, že úkol, jak jsem se již o něm zmínila v předchozím bodě, budou plnit do roztrhání těla, i kdyby se měli tzv. rozdat. A dokazují, že jsou ochotni to vydržet. To však není moc správné. Postižené dítě potřebuje porozumění. To však nestačí. Musí mít také oporu a výchovné vedení. Úkolem rodičů je mnohému je naučit, bojovat s překážkami, plánovat a vytvářet pro ně zábavu a potěšení. Stojí to mnoho práce, energie, odříkání, sebezapření a trvá to dlouhou dobu a musí se to rovněž vydržet. To co vyčerpává není množství námahy, ale jednotvárnost a neustálé opakování. Vyčerpaní rodiče ale nejsou dobrými společníky natož vychovateli. Takže v zájmu dítěte by měli dbát na své zdraví. O dítě by se tedy měli starat všichni schopní členové rodiny a měla by být zavedena a dodržována určitá dělba práce, neboť tyto děti jsou velice citlivé a závislé na matce či vychovateli a dokáží to dát zjevně najevo při její nepřítomnosti. Je proto důležité, aby blízkých osob postiženému dítěti bylo více, aby si vždy jedna z osob mohla odpočinout a na dítě to mělo co nejmenší vliv.

- S horším je lépe počítat - lepším se dát překvapit

Rodiče zdaleka tolik netrpí úzkostí, když realisticky počítají s vývojovými obtížemi dítěte, než když neustále doufají v rychlý a zázračný obrat. V opačném případě jsou vždy znovu zklamáváni. Lékaři, kteří dítě sledují a opakovaně vyšetřují, nemohou sice s absolutní jistotou jeho vývoj předpovědět, ale s větší nebo menší pravděpodobností jej dokáží odhadnout. Důležité je přijetí, a to že se dítě vyvíjí svým vlastním tempem, tj. tedy jinak než zdravé děti. Účelnější je oceňovat jeho vlastní pokroky a uvažovat o tom, co dítě dovede, co může, co nám na něm dělá radost, než co by mělo zvládnout.

- Dítě samo netrpí, tyto pocity mají druzí

Dítě postižené žije, jako každé jiné, svým dětským životem a má své dětské radosti a starosti. Samo netrpí, trpí jen ti kolem. V naprosté většině případů své vlastní nedostatky nebo vývojové obtíže neprožívá jako bolest a trápení. Nemá, s čím by svůj nynější stav srovnávalo. Pokud však rodiče či vychovatelé budou zjevné odlišnosti dávat najevo nepřiměřenými projevy, nastane s největší pravděpodobností nerovnováha, která může následně vést k patologickému vývoji vztahů v rodině.

„Pamatujme, že je pro zdárný vývoj dítěte daleko důležitější pomáhat mu k radostnému životu, než jej litovat. A k tomu patří i určitá dávka samostatnosti, radost z objevů (byť třeba velmi prostých), překonávání překážek (odpovídajících možnostem dítěte), zvládání úkolů, řešení „záhad“ atd.“ (MATĚJČEK, 2000, s. 8).

- V pravý čas a v náležité míře

„Každý cílevědomý krok ve výchově, v podněcování vývoje, učení, tělesném cvičení, rehabilitaci apod. má přijít v pravý čas – ani příliš brzy, ani příliš pozdě. Pro všechno, co s dítětem děláme, je vhodné určité vývojové období a dávkování“ (MATĚJČEK, 2001, s. 8).

Je proto důležité soustředit se především na to, co je společensky nejdůležitější a v čem je u dítěte největší reálná naděje na úspěch. Čas, energie, odhodlání a dobrá vůle jsou velké hodnoty, kterých je třeba využívat úsporně a účelně.

- Na problémy nejsme sami

Solidarita lidí, kteří mohou rodičům porozumět je velkou duševní pomocí ve všech těžkostech. Proto by rodiče neměli takovou nabídku odmítat. Je více rodičů, kteří mají dítě podobně postižené a jsou ochotni sdílet své zkušenosti, starosti i radosti.

- Nejsme ohroženi

Rodiče postižených dětí bývají často až přecitlivělí na zájem druhých lidí, na jejich zvědavé pohledy a rozpačité chování. Jde o dvojí nedorozumění, které přináší oběma stranám zbytečné hořkosti. Rodiče mají zvýšenou vnímavost vůči "nebezpečí". Předem očekávají, že se druzí lidé budou dívat s nepochopením a s nadřazeností. Mají proto tendenci se izolovat. A ti druzí nemají zkušenosti, nevědí jak se chovat, jsou v rozpacích a jsou zvědaví jak je na tom dítě, a co tomu říkají rodiče. Setkání těchto dvou

nejistot může mít formu srážky, z níž jedna či obě strany odcházejí s jizvami na duši. Nestojí za tím zlý úmysl, ale nevědomost.

- Chraňme si manželství a rodinu

Zvýšené zatížení úzkostmi, napětím a nezvyklými pracovními a výchovnými nároky, jak je přináší péče o postižené dítě, může dnešní mladou rodinu spojovat, ale také rozkládat. Nejen tedy vztah rodiče a dítěte, ale i vztah rodičů a ostatních členů rodiny je nutné pěstovat a upevňovat.

- Budoucnost ve výhledu

Je nutné v klidu uvážit, jak zajistit budoucnost dítěte, jak budoucnost svou a své rodiny. Zcela pochopitelná otázka rodičů je "co s nimi bude, až my tu nebudeme". V případě dítěte s jakýmkoli postižením musí rodiče realisticky zvážit, jak dalece dokáží zajistit jeho potřeby, jak vydrží se svými silami, kdo a jak jim může v budoucnosti pomáhat. Důkladně je třeba zvážit, bude-li pro dítě vhodnější ústavní umístění a co to bude znamenat pro rodinu. Odpovědi dávají především ty rodiny, kde už postižené dítě je a kde již výchova určitou dobu probíhá.

#### **4.5 Možnosti a pravomoce sociálního pracovníka při práci s rodinou**

Možnosti a pravomoce sociálního pracovníka při práci s rodinou handicapovaného dítěte je jen v ojedinělých případech možné přesněji specifikovat. Jedná se především o souhrn mnoha věcných informací, rad a zásad, které sociální pracovník může poskytnout. Velkou roli zde kromě jeho povinností hraje jeho vlastní ochota k práci s rodinou a míra angažovanosti vůči individuálnímu případu, kterému se zrovna věnuje.

Sociální práce s rodinou handicapovaného dítěte bývá zařazována do soustavy služeb a programů blíže označovaným jako raná péče. Tento systém je zaměřen především na děti ohrožené v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, na děti se zdravotním postižením a jejich rodiny.

„Raná péče je soustava služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem a dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám“ dostupné na WWW:

<http://www.ranapece.cz/cojepece.htm>.

Situace rodiny, pro kterou je raná péče určena, řadí tuto službu z počátku spíše ke krizové intervenci, později přechází v doprovázení, podporu a poradenství. V mnoha zemích je proto na ranou péči zákonný nárok. Vzhledem, k psychologickým zákonitostem raného věku, k domácímu prostředí, kde se raná péče převážně odehrává a k dominantní roli rodiny v tomto procesu, se raná péče jako obor i soustava služeb výrazně liší od školských programů, do kterých dítě vstupuje později.

Klienty rané péče ve většině případů jsou:

- rodiče s dítětem, které má zdravotní postižení ve věku od 0 do 4 let, případně do nástupu dítěte do předškolního zařízení
- rodiče s dítětem, které má kombinované postižení, ve věku od 0 do 6 let
- rodiče s dítětem, jehož vývoj je ohrožen od 0 do 2 let
- rodina, která očekává narození dítěte s rizikem prenatálního postižení

Hlavním úkolem raně-poradenských služeb je především zaměření na kognitivní, komunikativní a sociální nedostatky ve vývoji dítěte související s postižením v kojeneckém věku, které mohou mít nepříznivé důsledky pro následující vývoj. Mezi další úkoly pak patří naučit rodiče či pečovatele pozorovat a vykládat chování dítěte, reagovat na ně a podporovat jeho sociální vývoj a vývoj komunikace. A jelikož je rodič prvotním činitelem působícím na dítě, je proto nutné zaměřit poradenství především na něj. Tento faktor spolu s prostředím, kde se raně-poradenská péče uskutečňuje, je pro kladný výsledek a předpokládané pokroky nezbytný.

Hlavními cíli rané péče je dosažení sebevědomých a odpovědných postojů rodičů a z něj tak vyplývající minimalizace závislosti rodiny na sociálních službách. Dále pak minimalizace důsledků postižení na vývoj dítěte a jeho socializaci tak, aby byly naplněny všechny jeho lidské potřeby a v neposlední řadě pak vytvoření co nejpřirozenějšího prostředí, ve kterém je speciálního pouze tolik, kolik je nezbytně potřeba.

Jak jsem se již zmínila v předchozích odstavcích, zaměřuje se raná péče na rodinu, na podporu vývoje dítěte a na působení na veřejnost. Na základě těchto cílových skupin jsou postaveny i programy rané péče. Podpora rodiny probíhá v podobě terénní sociální práce, poradenství, socioterapie, rodinné terapie, krizové intervence, svépomoci a komunitní práce. Programem podpory vývoje dítěte je stimulace zbytkových funkcí, zachovaných funkcí a psychomotorického a osobnostního vývoje dítěte. Program působení na veřejnost je zaměřen na prevenci vzniku postižení, mezioborovou

spolupráci, vzdělávání směrem k toleranci a sociální integraci a vzdělávání pracovníků rané péče a laické i odborné veřejnosti.

Raná péče však není záležitostí jednotlivce, který by funkci poradce vykonával zcela samostatně. Jde o systém služeb, který je zajišťován týmem pracovníků. Složení týmu je následně závislé na individuálním případě. Složení týmu bývá ve většině případů následující: cestující poradce s kvalifikací speciální pedagog příslušné specializace, sociální pracovníce, psycholog, instruktor specialista, logoped, facilitátor alternativní komunikace, metodik, administrativní a technický pracovník a v neposlední řadě i lékaři, kteří jsou blízkými spolupracovníky týmu. Na základě momentální potřeby jsou pak tito členové týmu rané péče k jednotlivým případům přizvááni. Neměnnými členy týmu jsou však přímo rodiče. Každý z nich je při sestavování individuálního plánu raně-poradenských služeb začleněn do práce v největší možné míře. Rodiče či opatrovníci pak plní funkci nejen přímých účastníků procesu, ale i funkci členů odborné skupiny.

Dosavadní zkušenosti s poskytováním rané péče v České republice a pozitivní výsledky z ní vyplývající jednoznačně ukazují opodstatněnost tohoto druhu služby a jejího mezioborového charakteru. Je však třeba definovat ranou péči v českých podmínkách jejího klienta a náplň služeb a profesi poradce rané péče včetně jeho vzdělání. Je nezbytné vykonávat tlak na legislativu směrem k uzákonění nároku rodičů dětí s postižením na ranou péči a především k zrovnoprávnění nestátního sektoru v prostoru státem garantovaných služeb, neboť raná péče není -dle mého názoru- doposud zakotvena v povědomí široké veřejnosti a její dostupnost je tudíž omezena.

## **5 OSOBNÍ ASISTENCE U DĚTÍ A MLADISTVÝCH NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ FAKULTNÍ THOMAYEROVY**

Psychiatrické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice (FTN) je prvním místem mé praxe, kterou jsem absolvovala během prvního roku studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií (PVŠPS). Hlavním důvodem pro absolvování této praxe byla z prvopočátku podmínka vysoké školy vůči studentům ohledně splnění určitého počtu hodin praxe během studia. Druhým důvodem bylo doporučení kolegyně, která praxi absolvovala na tomtéž oddělení a její názor nebyl příliš uspokojivý, avšak já jsem se chtěla sama přesvědčit zda tomu tak je a vzhledem k tomu, že žádná z dalších nabízených možností stáže mě více nezaujala, nastoupila jsem proto na praxi na dětské psychiatrické oddělení FTN.

### **5.1 Psychiatrické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice**

Oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice bylo zřízeno jako součást komplexu Thomayerovy nemocnice v září roku 1964. Po mnoho let docházelo postupně ke zkvalitňování a zvyšování odbornosti péče, která tudíž umožňovala práci se širokým spektrem dětských poruch a obtíží. Během tohoto vývoje docházelo speciálně na zde na oddělení dětské psychiatrie k redukci lůžek sloužících pro hospitalizaci pacientů. V současné době má oddělení lůžkovou část s kapacitou 30 lůžek, kde je prováděna léčebná a diagnostická péče pro děti od 2 do 12ti let, ojediněle i pro starší děti.

Na oddělení dětské psychiatrie pracují 4 psychiatři, kteří jedenkrát týdně kontrolují a upravují léky podle momentálního stavu dítěte. Dále pak dva psychologové, kteří dvakrát týdně pracují s celou skupinou dětí, popř. se věnují jednotlivci individuálně dle potřeby. Kromě psychiatrů a psychologů disponuje oddělení i přítomností logopeda, speciálních pedagogů, vychovatelek, sociálních pracovníků a v neposlední řadě 13ti dětskými sestrami. Mimo odborného personálu se zde na práci s dětmi podílí i studenti středních, vyšších odborných a vysokých škol se zdravotnickým, sociálním či pedagogickým zaměřením.



Oddělení nabízí pomoc jak dětem léčených na dětské psychiatrii, tak jejich rodičům, popř. blízkým osobám. Pomoc dětem zahrnuje komplexní vyšetření včetně vyšetření doplňujících jako jsou např. vyšetření neurologické či pediatrické. Dále pak strukturovanou psychoterapii individuální, skupinovou, rodinnou a komunitní. Pro rodiče hospitalizovaných i ambulantních pacientů je zde stálá možnost pravidelných terapeutických skupin. Nedílnou součástí oddělení dětské psychiatrie je ZŠ a Speciální MŠ při FTN, kde je kromě základní zdravotnické péče poskytována i pedagogická péče, kterou poskytují učitelky Speciální mateřské či základní školy při FTN. K pobytu zde potřebují děti školní potřeby a běžné vybavení jako je domácí oblečení a oblečení na vycházky. Mimo každodenně spolupracujících zařízení je však nutný i kontakt s institucemi, které se zabývají problematikou týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Tyto instituce poskytují odborné vyšetření, eventuelně hospitalizaci a v neposlední řadě i kontakty na další zařízení, která by v dané problematice mohla být nápomocna.

## **5.2 Formy postižení vyskytující se na psychiatrickém oddělení FTN**

Jelikož jsem na praxi na dětském psychiatrickém oddělení působila po dobu jednoho měsíce a po tuto dobu jsem se zde setkala jen s určitými případy dětí a mladistvých s různými znevýhodněními, použiji pro tuto práci pouze ty formy poruch a handicapů se kterými jsem zde přišla do kontaktu.

V následující kapitole se budu věnovat konkrétním případům dětí a mladistvých, u kterých byly zjištěny jak jednotlivé poruchy tak jejich kombinace. Šlo především o poruchy chování pod které je možné zařadit neurotické projevy, hyperkinetické poruchy, emoční poruchy a jiné poruchy chování. Tyto obtíže se u jednotlivých dětí projevovaly z velké části v souvislosti s jejich momentálním fyzickým stavem a psychickým rozpoložením. Obtíže byly často reakcí na situaci, která se na oddělení dětské psychiatrie odehrávala. Mezi další poruchy které byly na tomto oddělení diagnostikovány a následně léčeny patří i tikové poruchy, deprese, mentální retardace, specifické vývojové poruchy řeči a v neposlední řadě léčba a psychoterapie dětí týraných, sexuálně zneužívaných a zanedbávaných. Jak už jsem zmínila, kazuistiky které jsem pro svou práci použila popisují z velké části především kombinaci zde zmíněných poruch chování s fyzickým postižením, popř. zneužíváním dítěte. Doporučuji tedy proto zaměřit pozornost na případ Daniely D., kde se obtíže vyskytovaly nejen současně, ale kde se během několika pobytů měnily.

### **5.3 Vlastní zkušenosti s případy dětí a mladistvých léčených psychiatrickém oddělení FTN**

Ve své práci jsem se na základě vlastních zkušeností a informací získaných během praxe na dětském psychiatrickém oddělení rozhodla taktéž věnovat případům dětí a mladistvých, se kterými jsem se zde setkala. Díky ochotě primárky tohoto zařízení, Mudr. Šplíchalové, jsem měla možnost pro svou práci použít lékařské záznamy pacientů, kteří zde byli léčeni. V příloze 1 – 4 proto uvádím konkrétní kazuistiky, které se zaměřují na jedince s nimiž jsem měla možnost přijít do bližšího kontaktu a ke kterým jsem si i přes snahu o profesní přístup vytvořila bližší vztah.

Dětská psychiatrie FTN je oddělení, které se zaměřuje především na psychiatrické poruchy u dětí od 2 do 12 let. V ojedinělých případech pak i mladistvých, kteří již byli dříve na dětské psychiatrii léčeni a u kterých se poruchy opětovně vyskytly. Kromě psychiatrických onemocnění, která jsou pro umístění jedinců stěžejní, se však často u dětí objevují i přidružená postižení, jako jsou různá fyzická postižení či mentální retardace. Právě tuto kombinaci handicapů blíže popisuji v kazuistice Daniely (viz příloha 3), která byla na oddělení umístěována opakovaně a vyskytovala se u ní jak mentální retardace tak porucha chování s občasnými poruchami vylučování a kožních nemocí.

Mentální retardace je u dětí na oddělení dětské psychiatrie poměrně častá. Ať už se jedná o jedince, kteří svým IQ spadají do pásma lehké mentální retardace či osoby s těžším stupněm mentálního postižení, téměř vždy tento handicap doprovází jejich léčené poruchy. Kazuistika Ivety (viz příloha 1) je naopak příkladem pacientky umístěné na oddělení pro psychiatrickou poruchu, tj. poruchu chování a hyperaktivitu. Právě jako Iveta, bylo na oddělení rovněž umístěováno mnoho dětí pro nadměrnou aktivitu za účelem zklidnění. Ne vždy však bylo -dle mého názoru- tohoto opatření zapotřebí. Mnoho z dětí, se kterými jsem během praxe na tomto oddělení přišla do kontaktu sice trpělo neklidem a nadměrnou aktivitou, avšak u velké většiny se při zapojení do programu, her či aktivit nad kterými se byly nuceny zamyslet, dostavilo zklidnění. Příkladem pro tento případ uvádím kazuistiku Michaela (viz příloha 4), který byl za doby mé praxe umístěn na dětskou psychiatrii právě pro svou nezvladatelnost stejně jako velká část spolupacientů.

## **6 VLASTNÍ ZKUŠENOSTI Z OSOBNÍ ASISTENCE U OSOB S MENTÁLNÍM, FYZICKÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V OBČANSKÉM SDRUŽENÍ ARCHA COMMUNITY**

Občanské sdružení Archa community je druhým místem mé praxe, kterou jsem absolvovala během studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií (PVŠPS) v druhém roce bakalářského studia. Pro tuto praxi jsem se rozhodla z důvodu podobného zaměření jako u praxe předešlé, tedy té, kterou jsem absolvovala během prvního roku studia na PVŠPS a kterou jsem již zmínila v předchozí kapitole.

### **6.1 Prvotní kontakt s občanským sdružením Archa community**

Kontaktovat toto občanské sdružení jsem se rozhodla na základě doporučení od kolegyně, která sice neměla osobní zkušenost s průběhem praxe v tomto sektoru, avšak zaujal jí přístup vedení občanského sdružení, které nabízelo neplacenou praxi s osobami s mentálním a kombinovaným postižením. Následně na to jsem se i já rozhodla kontaktovat toto sdružení se záměrem získat informace, které by mi výběr následné praxe ulehčily. Do doby telefonického rozhovoru se Zuzanou Špačkovou, organizátorkou programu pro osoby se znevýhodněním, jsem si nebyla jista, zda jsem pevně rozhodnuta věnovat se ve své další praxi opět práci se znevýhodněnými osobami. Způsob jakým mluvila o sdružení a aktivitách, které znevýhodněným osobám zajišťují, mě zaujal natolik, že jsem se rozhodla připojit se k vedoucímu týmu a strávit deset dnů ve společnosti znevýhodněných osob jako osobní asistentka.

### **6.2 Občanské sdružení Archa community**

Archa community je občanské sdružení, pod jehož záštitou probíhají akce v podobě krátkodobých víkendových či vícedenních pobytů pro osoby se znevýhodněním mentálním, fyzickým a kombinovaným. Jedná se především o zájezdy, které probíhají formou táborů s denním programem na jehož přípravě a realizaci se podílí přímo skupina osob, která se oněch pobytů následně osobně účastní. Jedná se o dobrovolníky, kteří v tomto sdružení pracují bezplatně a na jeho organizaci se podílejí

po celý rok v době svého volného času. Nemálo z nich se věnuje práci se znevýhodněnými osobami již od roku 1990.

„Dobrovolník není svázán premisami odborných doktrín, dobrovolník může a má být bezprostřední, otevřený, autentický. V některých zemích je v poslední době dobrovolnická práce pro některé příslušníky středních a vyšších vrstev natolik přitažlivá, že jí věnují i část dovolené. Pečovat o hendikepované je pro tyto lidi přitažlivější, než se slunit na mořském pobřeží“ (MATOUŠEK, 1995, s. 124).

Nejen dobrovolníci, ale ani organizátoři nejsou za svou práci placeni. Tuto volnočasovou aktivitu si tedy musí hradit každý na své náklady sám, proto jsou případné mimorepublikové a mnohdy i vzdálenější pobyty z velké části vyloučené. Aktivity jsou proto organizovány v co největší blízkosti města Brna, neboť i náklady na přepravu znevýhodněných osob nejsou kromě hromadné dopravy hrazeny státem či sponzorskými dary. Členové sdružení se tedy spolu s vozíčkáři musí spokojit s vlakovými spoji, popřípadě s městskou dopravou, která umožňuje bezbariérový přístup.

Hlavní myšlenkou tohoto občanského sdružení je proto v první řadě usilovat o vytvoření prostoru, založeného na křesťanských zásadách, ve kterém by spolu mohli sdílet život jak znevýhodnění, tak i děti a mládež, a to spolu s dobrovolnými průvodci. Avšak tato myšlenka nedošla doposud do fáze realizace, neboť jí stále brání mnoho okolností. Jedním z hlavních problémů, proč není možno toto uskutečnit, je nedostatek financí potřebných pro vybudování dlouhodobějšího zázemí. A tak je již po několik let chod Občanského sdružení Archa community situován do míst, kde jsou vhodné podmínky pro pobyt jak znevýhodněných osob, tak lidí jim napomáhajících a to jen díky úsilí, které organizátoři neustále vyvíjejí.

Jelikož se zázemí Občanského sdružení Archa community nachází na Moravě, tedy přímo ve městě Brně, pochází i většina osob z jeho okolí. Kromě organizátorů se zájezdů účastní i mnoho dalších dobrovolníků. Jsou jimi především studenti středních, vyšších odborných i vysokých škol. Kromě studentů, kteří zde praktikují, se často pobytů účastní i starší mládež z okolí Brna, která výměnou za příjemné chvíle strávené v různých koutech země, vypomáhá organizátorům s péčí o znevýhodněné osoby a to taktéž v době svého osobního volna.

Občanské sdružení Archa community však rovněž zajišťuje program i během celého roku, kdy má většina dobrovolníků časovou dostupnost velmi omezenou. Jedná se o pravidelné aktivity pro kvalitnější využití volného času dětí a mládeže, kdy

individuálně pomáhá osobní asistencí při návštěvách sportovních, kulturních a mnoha dalších akcích. A v neposlední řadě se snaží vést své členy ke vstřícnému přístupu k lidem se specifickými potřebami.

### **6.3 Vlastní zkušenost s občanským sdružením Archa community**

Vlastní zkušenosti s občanským sdružením Archa community vyplývají z již dlouhodobějšího kontaktu s tímto sdružením. Kromě dlouhodobějšího pobytu, kde jsem plnila svou funkci jako osobní asistentka jsem se účastnila i několika dalších výjezdových programů, které byly realizovány za účelem umožnit handicapovaným dětem i dospělým kontakt s kulturou a prostředím, které jim byly jinak nedostupné. Jednalo se především o víkendové pobyty v přírodě, návštěvy památek, popř. kulturních akcí vyžadujících doprovod. Zde se má pomoc nevztahovala pouze na jednu osobu, ale na skupinu osob, kde se pomoc soustředila právě na toho jedince, který ji momentálně potřeboval. Tyto krátkodobé akce byly –dle mého názoru- méně náročné než dlouhodobý pobyt. Komunikace s větším počtem handicapovaných osob a taktéž s jejich doprovodem byla uvolněnější a přátelštější. Určitá pospolitost, kterou zde všichni sdílely, se proto odrážela v náladě a také v chování jedinců. Můj názor na tyto krátkodobé akce je proto velmi dobrý. Myslím si, že pocit společného sdílení osob jak handicapovaných, tak osob jim pomáhajících je pro fungování organizace a spolupráce velmi důležitý.

Nechci tímto však ze svého pohledu kriticky hodnotit dlouhodobější pobyty pro handicapované osoby. Myslím si, že i zde si každý může najít mnoho pozitivního. Avšak sama za sebe musím přiznat velkou únavu a vyčerpání, které jsem zde jako osobní asistentka pociťovala. Neustálý dohled nad svěřenou osobou a pocit neustálé potřeby mé osoby, byl pro mě mnohdy velmi nepříjemný. Pomoc zaměřená pouze na jednu osobu a tím i zúžený kontakt s ostatními mi nebyl příjemný a způsoboval tak u mě často špatnou náladu a pocity rozhořčení až nevoli vůči celému sdružení.

Chybělo mi zde také mnoho základních a pro mě důležitých zásad, které by při práci s handicapovanými měl mít každý k dispozici, nemluvě o dobrovolnících, kteří se kupříkladu s handicapovanou osobou setkali poprvé. Jednou ze zásad, kterou by toto sdružení -dle mého názoru- nemělo opomíjet je možnost supervize pro pomáhající, která je zvláště při dlouhodobějším pobytu nutná. Dále pak dostatečné poskytnutí informací týkajících se zdravotního i psychického stavu svěřených osob. A v neposlední

řadě možnost požádat o pomoc ať už v jakékoli situaci. Toto vše by zcela jistě přispělo nejen k fungování občanského sdružení, ale i ke kladnému přístupu a dobrému pocitu osob, které se práci se znevýhodněnými věnují.

#### **6.4 Kazuistika Ivy**

Tato kazuistika se týká osoby, dívky, které jsem dělala během své praxe ve druhém roce studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií osobní asistenci. Dělo se tak pod záštitou občanského sdružení Archa community, jehož činnost se specifikuje na volnočasové aktivity pro osoby s fyzickým, mentálním a především kombinovaným postižením.

Osobu, které jsem byla v mnoha směrech nápomocná nazývám sice dívkou, avšak svou věkovou kategorií by ji bylo hodno zařadit mezi mladé ženy.

Iva je 19ti letá dívka, která je od svého narození postižena dětskou mozkovou obrnou. V návaznosti na toto postižení se u ní během prvních let života začaly projevovat přidružené potíže nejprve s jemnou a poté i hrubou motorikou. Tyto obtíže se později ukázaly jako přidružené postižení ve formě kvadraparetického postižení s propagací na dolní končetiny. Toto postižení ji následně zcela odkázalo k pohybu na vozíku, jež mohla s většími obtížemi ovládat sama pomocí horních končetin. Avšak při pohybu na větší vzdálenosti, než bylo nezbytné pro částečné samoobsluhování se, bylo zapotřebí druhé osoby, která by s vozíkem manipulovala. Ostatní schopnosti, jako bylo provádění nezbytné hygieny, oblékání se, konzumace potravin aj., závisely na momentálním psychickém stavu a míře fyzické únavy. Zatímco Iva byla ráno schopná provádět základní hygienu a částečně se obléci, večer už tomu tak nebylo. Snaha pohybovat se na vozíku ji -dle mého názoru- přes den velmi vyčerpávala a to i přes mou téměř stálou péči jako osobní asistentky.

Během svého dětství byla Iva střídavě umístována do pomocných zařízení a rehabilitačních center. Jelikož Iva pochází z úplné rodiny, kde kromě matky a otce má další dva sourozence, pobývá občas i v rodinném prostředí, kde jí potřebnou péči zajišťuje především matka. Z výpovědí Ivy a z rozhovorů, kdy se však Iva zmínila o své rodině, vyplynulo, že i přes pomoc a péči, kterou jí matka zajišťuje, má Iva lepší vztah s otcem. Což se následně během pobytu v přírodě potvrdilo. Otec byl jediný, kdo Ivu

během deseti dnů kontaktoval. Stalo se tomu tak dvakrát za celou dobu trvání tábora. Poprvé tak učinil sms zprávou a podruhé telefonicky. Načež bylo na Ivě snadno rozpoznatelné nadšení a radost ze zájmu otce.

S přibývajícím věkem bylo nutné najít pro Ivu vhodné vzdělávací zařízení. Iva nastoupila do základní školy pro tělesně a mentálně postižené v Brně. Mnohým známé pod názvem Kociánka. Zde trávila většinu svého času. Rodina si ji brala domů pouze na víkendy, kdy výuka neprobíhala a kdy měli čas se jí věnovat. V domácím prostředí měla Iva umožněn alespoň částečný pohyb díky většímu prostoru a madlům, které jí umožňovaly samoobslužnost na toaletě, v koupelně a popřípadě i v kuchyni. Občas se však stávalo, že Iva zůstávala doma o víkendech sama, odkázána jen na sebe a své omezené schopnosti.

Nejsem schopna posoudit jak takovéto okamžiky probíhaly. Neúplné a nic neříkající informace jsem získala jen díky krátkým komunikačním blokům, kterých byla Iva za nezbytného dotazování schopna. Avšak i přes tento komunikační blok bylo zcela zřejmé, že Iva neměla vždy zcela vyhovující podmínky.

Na základní škole v Brně si Iva našla mezi mnoha dětmi přátele, se kterými si rozuměla více než tomu bylo u své rodiny. Zde se věnovala i sportu pro znevýhodněné, tzv. bocci, v němž našla po delší době zálibu a uspokojení.

Po příjezdu na letní tábor pro znevýhodněné se však Iva neprojevovala k dětem ani k ostatním příliš přátelsky. Asi nejvíce vystihujícím slovem pro její pobyt zde by byl „nezájem“. Z počátku se Iva zdála velmi tichá, až bych řekla, že se od ostatních distancovala. Dlouho vydržela sedět sama na vozíku a nijak se nezapojovala do aktivit, které na táboře probíhaly a které byly uzpůsobené tak, aby je zvládl téměř každý. Toto byla však její první stránka chování. Druhá byla zcela nepředvídatelná. Z ničeho nic začala projevovat své emoce tak hlasitě, jako by chtěla všem ukázat, že je zde také. Téměř stálá netečnost, prokládaná chvilkovými výbušnými projevy emocí však u ostatních vzbuzovala spíše stále větší distanci než zájem.

Toto bylo náročné nejen pro Ivu, ale i pro mě jako její osobní asistentku. Nebyla jsem schopna rozeznat hlavní příčinu jejího chování a tak jsem se mnohdy ocitala ve stavech bezradnosti, neboť jsem netušila, jak se k Ivě chovat či jak s ní komunikovat. Iva odpovídala jednoslovně. Jen občas použila celou větu. Právě toto jsem považovala částečně za své selhání. Prakticky tomu tak bylo po celou dobu pobytu. Můj vztah s ostatními členy tábora byl bezproblémový. Iva byla prakticky jediná osoba, ke které jsem se nebyla schopna komunikačně ani jinak přiblížit.

Změna nastala bohužel až ke konci táborového pobytu, kdy pravděpodobně Iva získala alespoň částečně jistotu v ostatních a především ve mně. Začala sama od sebe komunikovat a sdělovat tolik informací, že nebylo možné je ani v nejmenším pochytit. Netečnost a celopobytová distance byla -dle mého názoru- způsobena nezkušeností Ivy s jakýmkoli podobným programem, ba i s jakýmkoli jiným prostředím než byla základní škola v Brně či rodinný byt. Nikdy dříve Iva tyto dvě zařízení na delší dobu neopustila. A nikdy předtím nezažila nic, co by připomínalo tábor, nebo alespoň víkendový výjezd spojený s volnočasovým programem či rodinnou dovolenou. Právě tento handicap byl pravděpodobně důvodem pro její nejistotu mezi lidmi, se kterými se nikdy dříve nesešla.

### **6.5 Vlastní zkušenost s Ivou v porovnání s ostatními znevýhodněnými osobami**

Během táborového pobytu jsem se kromě Ivy, která mi byla svěřena do péče, setkala jak s mnoha dalšími znevýhodněnými dětmi, tak i s osobami o poznání staršími. Iva, jak jsem se již zmínila v předchozí kapitole, byla postižena dětskou mozkovou obrnou s přidruženým kvadruparetickým postižením s propagací na dolní končetiny. Mezi dalšími účastníky tábora se rovněž vyskytovala postižení podobného charakteru, avšak byli zde i tací, jejichž znevýhodnění bylo způsobeno jinými příčinami. Setkala jsem se zde jak s osobami mentálně zcela způsobilými a odkázanými na vozík, tak i s osobami jejichž znevýhodnění spočívalo v rozdílném vzhledu, tedy deformaci těla či obličeje. Přístup k těmto lidem byl částečně omezen prací s Ivou a pozorností, která byla pro práci s ní nutná. I přes tuto bariéru jsem však měla možnost navázat s ostatními kontakty, který byl pro mě nejen velmi prospěšný, ale i v mnoha směrech osvobozující od práce osobní asistentky.

První okamžiky, ba i první dny, během kterých jsem s ostatními přišla do kontaktu, ve mně vzbuzovaly určitý pocit nejistoty a zdrženlivosti z neznámého prostředí do kterého jsem se chtěla začlenit. Kontaktům jsem se proto z počátku spíše vyhýbala. Do táborového dění a tudíž i do společnosti ostatních lidí mě i přes mou zdrženlivost začlenili sami účastníci tábora, kteří s bližším navázáním vztahů začali jako první. Za toto jsem jim byla neskonale vděčná, protože asi jako většina osob, které se setkají ať už s jakkoli „odlišnou“ osobou, tak i já nevěděla jak se k nim chovat. Moje chování ovlivňovalo mnoho předsudků a bohužel musím říci i teoretických informací co se týče osob vyžadujících určitou péči. Po čase jsem se přesvědčila o jejich banálnosti.



Tedy spíše mě o ní přesvědčilo zcela autentické a vřelé chování ostatních vůči mé osobě i sobě navzájem. Jejich přítomnost mi pobyt v mnohém usnadňovala. Zjistila jsem, že i když je většina z nich upoutána na vozík, dokáží mnoho věcí sami a to i v případě kombinovaného postižení.

Nechci říci, že jsem se od té doby dokázala zcela odpoutat od nutkání pomáhat jim kdykoli to bylo jen možné, ale ve vztahu k Ivě, kterou jsem měla na starosti mi tato zjištění velmi pomohla. Asi právě vůči ní jsem dokázala získat v rámci možností zdravý odstup a měla tak možnost dát prostor jí samotné, aby se alespoň pokusila zvládat určité věci sama. Zjistila jsem že dokáže částečně provádět vlastní hygienu, ba že i vydrží chvíli stát či se zvednout na rukou. Toto mi z velké části usnadnilo pro mě nelehké úkony, které s běžnými aktivitami souvisely. O prospěšnosti kontaktů s ostatními znevýhodněnými osobami tudíž není pochyb.

Čím více kontaktů přibývalo, tím větší a o poznání bohatší byl můj rozhled co se týče života jedince trpícího určitým handicapem. Usoudila jsem, že ne vždy je zapotřebí angažovanosti osoby pomáhající, ale na druhou stranu jsem zjistila, že v určitých případech je její přítomnost nezbytná. Jsem proto i přes náročnost práce vděčná za veškeré poznatky a pocity, které jsem díky kontaktům, ať už s jakkoli těžce znevýhodněnými osobami, získala.

## **7 ZÁVĚRY A NÁMĚTY NA ZLEPŠENÍ PÉČE O DĚTI A MLADISTVÉ SE ZNEVÝHODNĚNÍM**

Během tří let studia jsem se díky několika absolvovaným praxím setkala s mnoha skupinami osob s různým znevýhodněním. Jednalo se o práci s jedinci s handicapem fyzickými, mentálními, či s kombinovaným postižením. Zkušenosti, které jsem zde získala, nemůže žádná výuka či teorie nahradit. Každý případ je individualitou sám o sobě a ke každému je tedy potřeba i individuálně přistupovat.

Na začátku své první praxe, kterou jsem nastoupila na dětském psychiatrickém oddělení FTN, jsem nebyla dostatečně schopna hodnotit zdejší praktiky, které byly při práci s dětmi a mladistvými používány. Avšak s přibývajícimi zkušenostmi se můj názor na přístup personálu k pacientům velmi razantně změnil. Musím přiznat, že z počátku jsem byla mnohdy až nepříjemně šokována, jak hrubě dokáží zdejší sestry s dětskými pacienty jednat. Nejprve jsem toto dávala za vinu přímo osobám, které se takto nevhodně chovaly, avšak teprve po delší době a pravděpodobně i díky získaným zkušenostem z praxí dalších, jsem byla schopna rozeznat příčiny jejich chování. Až při srovnání oddělení dětské psychiatrie FTN s neziskovými organizacemi, věnující svou pozornost stejným skupinám znevýhodněných, dokáží posoudit a částečně i porovnat jak chování personálu tak jeho motivaci, popřípadě i materiální vybavení umožňující práci s handicapovanými.

S politováním však musím konstatovat nemilou skutečnost, která vyplývá právě z nedostatku potřebných pomůcek pro práci s dětmi. Pacienti, umístění na oddělení dětské psychiatrie FTN, zde mají pochopitelně zajištěnou -dle mého názoru- výbornou lékařskou péči, avšak jiné volnočasové aktivity, jako je kupříkladu arteterapie či muzikoterapie, zde mají velmi omezené využití. Nedostatek finančních prostředků neumožňuje zajištění materiálních věcí nezbytných pro tyto činnosti ani kvalifikovaných osob, které by tyto činnosti vykonávaly. To s sebou samozřejmě nese velké nároky právě na ostatní personál, který se o program dětských pacientů musí postarat sám. Nechci však zdejší jinak kvalifikované síly kriticky hodnotit, neboť chápu jaké nároky jsou na ně kladeny, ale bohužel u některých by nebylo nemístné zmínit syndrom vyhoření, který jejich chování mnohdy připomínalo.

Tato skutečnost však není v dnešní době ničím výjimečným. Nebo mi to alespoň do určité doby jako běžné připadalo. Má další praxe, během které jsem byla v užším kontaktu s dětmi a mladistvými s různými handicapy, byla o poznání účelnější, a to jak pro pacienty tak pro mě samou. Jednalo se právě o neziskovou organizaci Archa community, která se již po několik let věnuje spolupráci s ústavy pro znevýhodněné a pro tyto jedince následně pořádá volnočasové aktivity ať už krátkodobého či dlouhodobějšího rázu. Osoby, které se této práci věnují, ji dělají zcela dobrovolně, bez předem vytyčené představy výdělku. Jejich každodenní život není závislý na počtu odpracovaných hodin, během kterých musí být se znevýhodněnými osobami v kontaktu. Již tato skutečnost sama o sobě je -dle mého názoru- pečujícím v mnohém ulehčující. Myšlenka určité dobrovolnosti nesvazuje jedince natolik jako pracovní poměr, tedy představa každodenní nelehké práce s handicapovanými.

Možností jak zkvalitnit práci je samozřejmě mnoho. Realizace některých z nich ovšem bývá značně složitá. V dnešní době je bohužel téměř nemožné docílit ideálních podmínek jak pro personál, tak pro pacienty. V souvislosti s tématem zlepšení péče o handicapované a zkvalitnění podmínek pro práci pomáhajících jsem si kladla mnoho otázek, týkajících se změn, které by bylo možné zrealizovat v rámci těchto zařízení. Samozřejmostí je, že tyto změny by měly být především ku prospěchu handicapovaným, ale pokud nenastanou změny rovněž na straně personálu, nebude jejich efektivnost příliš vysoká.

Pokud hovoříme právě o osobách pomáhajících, ať už se jedná o kvalifikované či jinak vzdělané síly, zařadila bych na první místo pořadníku změn zavedení supervize v rámci provozu jednotlivých zařízení. S touto formou sebevzdělávání, umožňující jedinci zpracovávat své pocity a uvědomovat si své potřeby, jsem se bohužel nesetkala ani v jednom ze zařízení, kterými jsem během své praxe prošla. A sama za sebe mohu potvrdit její potřebnost. Nejen supervizi, ale jakoukoli formu konzultace či rady bych byla kdykoli ráda uvítala, neboť okamžiků, kdy jsem si sama připadala v úzkých, nebylo během praktikování málo. Další možnou změnou, kterou bych zde ráda zmínila je zařazení většího počtu dobrovolníků z řad studentů příbuzných oborů do práce s handicapovanými jedinci. Běžné úkony, kterým se kvalifikovaný personál musí věnovat by tak z velké části mohli nahradit právě dobrovolníci. Vznikl by tím prostor pro případné vzdělávání pomáhajících a následně i možnost uplatnit jejich získané zkušenosti v praxi. Mám zde na mysli především kurzy a semináře spolu s technikami jako jsou například arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie aj.

Pro jedince se znevýhodněním by tyto změny byly samozřejmě také ku prospěchu, neboť zavedení již zmíněných technik do jejich běžného programu by znamenalo značné pokroky v léčbě a psychosociálním vývoji. Kromě těchto se však nabízí i jiné možnosti, díky nimž by handicapovaní mohli dosáhnout nemalých pokroků. Jedná se o zapojení znevýhodněných jedinců, především dětí a mladistvých, do kolektivu zdravých dětí a naopak. Díky vzájemnému poznávání se a společným aktivitám se tak postupně odbourávají bariéry a děti se od sebe navzájem učí novému. Sama za sebe mohu jen potvrdit velký úspěch podobné akce, které jsem se účastnila a jejímž záměrem bylo právě propojit dva odlišné světy a vybudovat tak prostor, ve kterém by mohli společně sdílet chvílky jak handicapovaní tak zdraví jedinci.

Tyto náměty vzešly z mnoha otázek, které jsem si kladla během psaní této práce a na které jsem se snažila nalézt odpovědi. Ne vždy jsem však byla schopna na otázky odpovědět, neboť velká část jich souvisí s obory, které jsou mým znalostem a zájmům vzdálené. Mnohdy bylo proto hodnocení jednotlivých zařízení závislé především na mých pocitech, které se ve mě během praxí odehrávaly. Nemohu tedy vyloučit ne zcela objektivní pohled, vyplývající z rozdílnosti vlastních pocitů. Musím rovněž připustit náročnost skloubení a následné zhodnocení obou zařízení, neboť jejich reálné možnosti pro práci s handicapovanými jsou v mnoha směrech odlišné. Avšak i přes tyto rozdílnosti z mého hodnocení práce se znevýhodněnými jedinci vyplývá, že zařízení či organizace, kde je do konkrétních činností zapojena určitá míra dobrovolnosti, poskytují těmto jedincům psychosociální pomoc ve větší míře, než zařízení věnující jim péči podle předem vytyčených osnov. Neboť jakékoli myšlenky a úmysly, směřující ke zlepšení péče o handicapované, jsou potřebné, protože každý nový názor či nápad je určitou vidinou kladného posunu v tomto oboru.

Závěrem bych ráda řekla, že ať už se jedná o práci v jakémkoli zařízení, které má za úkol pomáhat a pomáhá handicapovaným jedincům, je tato činnost prospěšná a tudíž i nepostradatelná jak pro handicapované samotné, tak pro jejich rodiny či blízké. A v neposlední řadě i pro mě, neboť právě díky zkušenostem se znevýhodněnými dětmi jsem zcela změnila pohled na svět, a to především na svět handicapovaných.

## SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BEDNAŘÍK, J., aj. *Nemoci kosterního svalstva*. Praha: TRITON, 2001. 470 s. ISBN 80-7254-187-0

DEZORTOVÁ, P. *Osobní asistence u dětí postižených Dětskou mozkovou obrnou*. Závěrečná ročníková práce. Nepublikovaný text. Praha: PVŠPS, 2005. 16 s. Vedoucí závěrečné ročníkové práce Mgr. Lukáš Králíček.

KACANU, E. *Jsme invalidé*. Praha: Mutabene, 2001. 88 s. ISBN 80-86745-05-8

MACKINTOSH, N.J. *IQ a inteligence*. Praha: Grada, 2000. 401 s. ISBN 80-7169-948-9

MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 126 s.

MATĚJČEK, Z. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením*. 2. vyd., v H&H první. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. 15 s. ISBN 80-7071-147-7

MATĚJČEK, Z. *Rodičům mentálně postižených dětí*. Praha: H&H, 1992. 16 s. ISBN 80-85467-52-6

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 124 s. ISBN 80-901424-7-8

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 138 s. ISBN 80-85850-08-7

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2

ŘÍČAN, P. a KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995. 398 s. ISBN 80-7169-168-2

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0

VÁGNEROVÁ, M., ŠTURMA, J., KLÍMA, P. *Patopsychologie dítěte pro speciální pedagogy*. 2. vyd., v SPN první. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 186 s.

**Elektronické zdroje:**

*Společnost pro ranou péči* [online]. c2007, poslední revise 24.8.2007 /cit. 2007-10-2/.  
Dostupné z <http://www.ranapece.cz/cojepece.htm>

## PŘÍLOHY K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

### Příloha 1

#### Kazuistika Ivety

S Ivetou jsem se setkala během své praxe na dětském psychiatrickém oddělení FTN. Již od prvopočátku na sebe Iveta strhovala mou pozornost. Byla velmi aktivní, až hyperaktivní co se týče kontaktu se mnou. Požádala jsem tudíž primářku oddělení o bližší informace, které by mi usnadnily mou práci s pacientkou. Díky veškerým záznamům jsem dokázala najít způsob jak s Ivetou komunikovat a pracovat.

Iveta se narodila roku 1991 v Praze. Pochází z úplné rodiny, kde taktéž tráví většinu svého času. Na dětské psychiatrické oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze byla poprvé přijata ve svých 9-ti letech, tedy v roce 2000. Ivetu na toto oddělení přivezli sami rodiče. Dělo se tak po předchozím upozornění školního psychologa a praktického lékaře. Iveta byla po dvou letech docházky na základní škole přerazena pro svou zbrkllost, vulgárnost a hyperaktivitu do zvláštní školy. Ani zde se však nepodařilo její chování korigovat. Matka Ivety vypověděla, že od sedmi let dceřina věku se u ní začaly projevovat příznaky nechutenství, záškoláctví a častého potulování, které již rodina sama nebyla schopna korigovat.

Po nástupu na dětské oddělení Thomayerovy nemocnice byla Iveta podrobena mnoha vyšetřením, jak zdravotním tak psychologickým. Byla u ní diagnostikována smíšená porucha chování a emocí, depresivní porucha chování a lehká mentální retardace s poruchou chování. Po dlouhou dobu trpěla častou enuresou a do svých šesti let i enkopresou. Iveta měla tendenci poutat na sebe pozornost druhých osob a vynuocovat si jejich účast. Pokud se tomu tak nedělo vyhrožovala sebezabitím. Vůči ostatním se v těchto chvílích chovala arogantně až agresivně. Používala až nadbytek vulgárních výrazů, kterými častovala nejen své vrstevníky, rodiče, ale i lékaře a sestry. Zaměřovala se však výhradně na nadřazené autority, které měla tendenci neustále svým projevem provokovat. Na druhou stranu se však Iveta cítila ve společnosti cizích lidí velmi nejistá a její projev byl proto o poznání klidnější. Toto však trvalo pouze do doby, než tyto osoby blíže poznala.

U Ivety se po dobu dvou let před nástupem na dětské psychiatrické oddělení FTN začala projevovat touha po změně pohlaví. Jelikož nebyla jedináček a měla o dva

roky mladšího bratra, začala používat jeho oblečení a osobní věci. Téhoz touze přizpůsobila z velké části i své chování, které spíše připomínalo projevy chlapců než dívek. V kolektivu se zapojovala většinou do chlapeckých činností a pokud došlo na konflikty, řešila je často násilím. Její tendence konkurovat chlapcům však u ostatních vzbuzovala spíše odpor, a to Ivetu stále více rozhořčovalo a pobouzelo k ještě větším násilnostem.

Po nástupu na dětské psychiatrické oddělení FTN Iveta z počátku plakala. Chtěla být se svou rodinou a svým psem. Na základě slibu samotné primářky, že pokud se Iveta zklidní a bude u ní znatelný kladný posun v chování se bude moci brzy vrátit zpět do rodiny, následovalo u Ivety krátkodobé zlepšení. Postupně docházelo k celkovému zklidnění. V kolektivu se chovala přizpůsobivě a snažila se zapojovat do aktivit, které zde byly pro léčené děti pořádané. Z počátku však více ulpívala na autoritách od kterých chtěla být za sebemenší kladný projev chválena. Její kontakt s vrstevníky byl proto tímto velmi omezen. Po určitou dobu si Iveta uvědomovala své chování a postupně i to, že není schopna jej sama zcela ovlivňovat. Dělo se tak díky zpětným reakcím, které jí poskytovali nejen děti, ale především personál na dětském oddělení FTN. Při otázce, kterou jí během jejího pobytu zde položila paní primářka, co že by na sobě chtěla změnit, odpověděla, že to jak sprostě nadává ostatním dětem. Toto samo o sobě již byl velký posun v práci s ní samou.

Ivetin pobyt na tomto oddělení však nebyl ojedinělý. V době, kdy jsem nastoupila na praxi na dětské psychiatrické oddělení, bylo Ivetě již 13 let a měla za sebou čtyři pobytů na tomto oddělení. Podle lékařských záznamů bylo evidentní, že u pacientky došlo k určitému posunu, ať už ve vývoji osobnosti, tak i v chování. Jak jsem se dozvěděla z vyprávění od ošetřujících sester, Iveta se na oddělení vždy celkově o mnoho zlepšila, ale po návratu do domácího prostředí se u ní příznaky začaly opětovně objevovat. I ve škole byla Iveta z počátku klidnější. Ovšem při sebemenších neúspěších při řešení úkolů se u ní znovu objevila agresivita, a proto jí bylo nutné znovu hospitalizovat. Já sama jsem nebyla na oddělení přítomna v době, kdy probíhal její opakovaný příjem, avšak z vypovězení sester i samotné primářky bylo znatelné, že probíhal stále stejným způsobem. Plačtivé první dny a touha být u rodiny. A pak nastávalo s každým dalším dnem určité zlepšení, které jsem již sama mohla zpozorovat.

Iveta dle IQ testů dosahovala svým IQ hodnoty 68, což dle mého názoru z velké části ovlivňovalo její neschopnost korigovat své chování při sebemenších neúspěších. Bylo proto nutné použít vhodnou medikaci. Během pobytu jí byl předepsán Risperon, na



který velmi kladně reagovala a byla alespoň částečně vlastního sebehodnocení schopná. Toto však trvalo pouze po dobu pobytu. S velkou pravděpodobností nebyly léky Ivetě v domácím prostředí pravidelně podávány, což zapříčiňovalo její neustálé výkyvy v chování. Nejsem však oprávněna hodnotit péči, kterou dostávala mimo oddělení. Avšak varujícím signálem bylo následné umístění jejího mladšího bratra Milana na stejné oddělení u jehož příjmu jsem byla přítomna a jehož případu se budu věnovat v další kazuistice.

Po ukončení mé praxe byla Iveta spolu se svým bratrem stále na tomto oddělení. U Ivety došlo k výraznému zlepšení, které bylo -dle mého názoru- ovlivněno z velké části příchodem jejího bratra. Iveta projevovala tendence starat se o něj a bránit ho před ostatními a mnohdy i korigovat jeho chování. Její samotné projevy agresivity a hyperaktivity se zmírnily a naopak vzrostla ochota ke spolupráci. Avšak stále u ní přetrvávala diagnóza smíšené poruchy chování.

## Příloha 2

### Kazuistika Milana

Jelikož je Milan bratrem pacientky, jejímž případem jsem se zabývala v předchozí kazuistice, je dle mého názoru nutné zmínit i jeho případ, který s případem sestry Ivety úzce souvisí.

Milan se narodil roku 1993, tedy v době kdy byly jeho sestře dva roky. Spolu s Ivetou vyrůstal v úplné rodině, která jim zajišťovala v rámci možností vše potřebné. Během svého raného dětství neprojevoval na rozdíl od své sestry téměř žádné známky neklidu, agresivity či jiného znevýhodnění. Jeho IQ dosahovalo průměru a nebylo tudíž nutné pochybovat o jeho chování, které se po dlouhou dobu nijak výrazněji nelišilo od aktivnějších vrstevníků. Navštěvoval základní školu, kde dosahoval průměrných výsledků. Rodina tudíž nepojala sebemenší podezření o možných problémech, které byly po dlouhou dobu skryté. Bohužel však i po určité době, kdy Milan začal projevovat známky odlišnosti v chování, nebyla rodina sto schopna je rozpoznat.

Ráda bych se vyvarovala vlastního úsudku a zůstala tak objektivní, avšak v tomto případě mi přijde důležité ho zmínit. V době kdy se u Milana začaly objevovat známky neklidu a počátky poruch chování, byla již jeho sestra Iveta umístována na oddělení dětské psychiatrie FTN. A není zřejmě na vině rodiny, že přes všechny problémy a starosti s Ivetou nebyli schopni toto rozpoznat. Nevím však do jaké míry zde hrálo roli určité srovnávání a posuzování Milanova stavu s projevy Ivety, která byla o poznání problematičtější, avšak je zřejmé, že s velkou pravděpodobností si rodina právě z těchto důvodů nevšimla synova zhoršení. Myslím si, že pokud by známky problematického chování byly u Milana zaznamenány dříve, nabízela by se i jiná řešení, než umístění na dětské psychiatrické oddělení, kde již byla léčena jeho sestra.

Milan byl přijat na oddělení v době mé praxe a za současného pobytu jeho sestry. Bylo to jeho první léčení a tudíž i jeho prvotní bližší kontakt s podobným zařízením. Po mnoha vyšetřeních u něj byla diagnostikována tatáž smíšená porucha chování a emocí jako u jeho sestry. Stejně jako ona byl velmi hyperaktivní a emočně výbušný. Jeho přijetí však bylo podmíněno i jinými důvody. Agresivita kterou projevoval byla znatelnější a to nejen vůči osobám, ale především vůči zvířatům, které - dle slov matky- týral. Dělo se tak především v době nepřítomnosti jeho sestry. Jeho agrese byla zaměřena na domácího psa, na kterém sestra velmi ulpívala. Na rozdíl od

Ivety si však své chování plně uvědomoval, což bylo zřejmě dáno vyšším IQ jeho osobnosti. Jednal promyšleně a cíleně. Byla mu taktéž nasazena medikace, a to Ripsen a Chlorprothixen. Z jeho chování během pobytu však bylo možné vyzorovat, že jeho chování a agresivita jsou spíše důsledkem neustálé potřeby jeho sestry ho kontrolovat a usměrňovat. Mnohdy proto byla jeho agrese zaměřena vůči ní a teprve poté na ostatní. A dělo se tomu tak ve chvílích, kdy se výpady vůči sestře minuly účinkem. Není proto - dle mého názoru- pochyb, že chování a určitá labilita Ivety měla na Milana velký vliv právě v době, kdy u něho příznaky začaly propukat či zda právě ona nebyla důvodem pro jejich vznik. Zde bych však mohla pouze spekulovat a odhadovat možné příčiny, které mohly mít samozřejmě i hlubší kořeny, nebo se na jejich vzniku mohli podílet zcela jiní činitelé. Toto je však můj pohled a názor na situaci, chování a reakce, které byly čitelné z chování obou sourozenců, kteří byli umístěni na stejném oddělení ve stejnou dobu.

Po dobu pobytu Milana na dětském psychiatrickém oddělení FTN jsem nezaznamenala výraznější zlepšení v jeho chování. Oproti sestře s výsledky prací a činností téměř vždy zaostával a přes svou pozornost zaměřenou na ni nebyl často schopen ani samostatné práce. Pouze ve chvílích, kdy byla Iveta mimo dosah, kupříkladu kdy byla zařazena do jiné skupiny, začal projevovat snahu se zapojit a prosadit i mezi ostatními. Z hlediska vztahu mezi oběma sourozenci tudíž nebylo pochyb o roli, kterou mezi nimi sehrála určitá rivalita, která se bohužel během několika let vyvinula do neohraničitelných rozměrů a která každému z jedinců spíše škodila.

## Příloha 3

### Kazuistika Daniely

Daniela je dívka, se kterou jsem se poprvé setkala na dětském psychiatrickém oddělení FTN. Jako jedna z mála dětí, které zde byly léčeny, trpěla pacientka jak mentálním tak fyzickým postižením. Jednalo se o těžší případ. Ke svému znevýhodnění byla navíc Daniela v dětství týrána a zneužívána vlastním otcem, což zanechalo hluboké následky na její psychice a vztahu k okolí a to především k mužům.

Daniela se narodila roku 1991 v Praze. V době porodu bylo její matce 16let a otci 18 let. Daniela dosahovala IQ 64, tudíž spadala do pásma středně těžké debility. U pacientky byl rovněž zjištěn velmi výrazný psychomotorický neklid a byl proto doporučen trvalý dohled spolu s užíváním předepsané medikamentózní léčby.

K prvnímu pobytu na dětském psychiatrickém oddělení FTN byla Daniela přijata v červnu roku 1997, kdy u ní byla diagnostikována Psychomotorická retardace, Hyperkinetická porucha chování spolu s opakující se Enuresí a Enkopresou. Dále se u pacientky opakovaně objevoval tzv. Atopický ekzém, popř. jiné druhy kožních nemocí.

Již během prvního pobytu na dětské psychiatrii bylo u Daniely patrné zlepšení. Ustoupila Enkopresa a Enuresa se objevovala jen výjimečně. Pacientka byla proto propuštěna do domácí léčby s doporučením vhodné medikamentózní léčby. Po týdnu prázdnin strávených u své babičky na chatě se však všechny předchozí potíže vrátily do původního stavu. Daniela proto ještě v září téhož roku nastoupila svůj druhý pobyt na dětském psychiatrickém oddělení FTN. Průběh léčby byl totožný s léčbou při prvním pobytu na oddělení. Opět následovalo výrazné zlepšení a následně tedy i propuštění. V době, kdy pacientka opouštěla zařízení, byla již schopna delší dobu vydržet v klidu, prohlížet si knížku či se věnovat společným aktivitám. Enuresa zcela ustoupila a neobjevovala se již ani v nočních hodinách. Daniela si již docházela na wc sama dle momentální potřeby. K těmto zlepšení však docházelo pouze při pobytech na dětské psychiatrii. Takto opakovaně u pacientky proběhlo několik dalších pobytů. Třetí pobyt následoval v únoru roku 1998, čtvrtý pobyt v červenci 1999, páté léčení v září 1999. A takto pokračovalo dalších šest pobytů na dětské psychiatrii.

Během pátého léčení bylo zjištěno, že se Daniela během prázdnin účastnila čtrnáctidenního tábora s dětmi s různými obtížemi. Na táboře byla velmi spokojená, neprojevovala se enkopresa ani jiné výkyvy chování, což se ovšem s domácím

prostředím nedalo srovnat. Na oddělení byla opět bez problémů. Stýskalo se jí po matce, na kterou byla velmi fixovaná a právě proto byla zřejmě její pozornost zaměřena spíše k dospělým osobám než ostatním dětem na oddělení. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že Daniela byla po celou dobu mé praxe velmi milá, mazlivá a ochotná spolupracovat a plnit zadané úkoly. Ostatní vrstevníci ji však spíše pro její odlišnost odmítali. Mnohdy ji častovali urážlivými výrazy a posměšky. Pobyty zde na oddělení byly proto z velké části zaměřené na resocializaci a alespoň částečné začlenění do kolektivu.

Po následných šesti většinou třítydenních pobytech na dětské psychiatrii nastoupila Daniela ke svému dvanáctému pobytu. Událo se tak v září roku 2003, kdy začala Daniela navštěvovat ZŠ FTN. Zde se velmi rychle zapojila mezi ostatní děti a snažila se soustředit a věnovat se zadané práci. Během pobytu na oddělení začal za Danielou docházet na návštěvy otec, který ji bral na vycházky. U pacientky se od té doby opět začala objevovat Enuresa, jejíž četnost rostla s četností otcových návštěv.

V lednu roku 2004 došlo u Daniely k výraznému zhoršení v chování a to jak ve škole tak i mimo ni. Neklid se u pacientky projevoval i v noci, kdy nemohla spát ani ležet v posteli. Důvodem byla pravděpodobně situace v rodině, která v té době nastala. Mezi rodiči došlo k rozvodovému řízení a matka Daniely si našla po velmi krátké době nového přítele. V tomto období bylo na pacientku až mnoho změn najednou. Ať už šlo však o sebemenší změnu, která byla mnohdy nevyhnutelná, následovalo vždy zhoršení jejího stavu.

K určitému zlepšení a pravděpodobně i k celkovému posunu v životě Daniely došlo ještě téhož roku. Matce se spolu s novým partnerem narodil chlapeček a Daniela tak získala druhého mladšího bratříčka, kterého si velmi oblíbila. Zanedlouho poté sdělila matce hroznou skutečnost, které se již delší dobu všichni obávali a která byla dosud jen pouhou domněnkou. Pacientka sdělila matce, že ji otec v deseti letech znásilňoval a nutil k různým sexuálním praktikám.

Ač nerada dovolila bych si zde citovat přímo slova Daniely, která byla zaznamenána v lékařské zprávě FTN. Pacientka použila tato slova: „Strčil mi péro do pusy a olizoval mě mezi nohama“. Hovořila takto o svém otci, který ji od jejích deseti let pohlavně zneužíval a jehož následky dceřin stav opakovaně zhoršovaly.

Matka nejprve tuto skutečnost zatajovala pod záminkou, aby své dceři ještě více nepřihoršila. Avšak v době, kdy se takto Daniela projevila během psychologického vyšetření na dětském psychiatrickém oddělení FTN, byla matka nucena podat na

bývalého manžela trestní oznámení. O následném stíhání Danielina otce již bohužel nebyly vedeny záznamy. Během dalšího pobytu na dětské psychiatrii v červenci roku 2004 bydlela již pacientka jinde. Většinu času trávila na internátní škole v Olešovicích. V době kdy byl již otec umístěn do vazby pro trestní oznámení ze sexuálního zneužívání dítěte, vyšla najevo další skutečnost a to, že incident, se kterým se Daniela svěřila matce nebyl ojedinělý a netýkal se pouze pacientky, nýbrž i jejího o dva roky mladšího bratra. Následovalo tedy několik výslechů obou dětí i matky a následně otce, který se ke svým činům přiznal. Pro Danielu byla toto obrovská zátěž na psychiku a proto nebylo možné zaznamenat sebemenší zlepšení v jejím stavu. To nastalo až o několik měsíců později, kdy již rodina nemusela tyto problémy řešit.

Další pobyt na dětské psychiatrii absolvovala pacientka v červenci roku 2005 a to již za mé přítomnosti. Osobně mohu potvrdit, že vzhledem k veškerým lékařským záznamům, které mi byly dány k dispozici, byl pacientčin stav o poznání lepší. Po celou dobu mé praxe se chovala velmi slušně a ukázněně. Výbušněji reagovala jen na vrstevníky, kteří ji soustavně atakovali, jak jsem již uvedla v počátku této kazuistiky. Můj názor následně potvrdila i paní primářka Mudr. Šplíchalová, která zlepšení sama konstatovala.

### Kazuistika Michaela

Michael je chlapec, se kterým jsem se setkala během své praxe na oddělení dětské psychiatrie FTN v červenci roku 2005. Na první pohled šlo o velmi inteligentního a vnímavého chlapce, který se z počátku choval velmi rozumně a tudíž mi do kolektivu zde hospitalizovaných dětí a mladistvých téměř ničím nezapadal. Podle prvního úsudku jsem neviděla jediný důvod pro jeho umístění na oddělení dětské psychiatrie. Po určité době jsem však musela svůj názor na jeho osobu přehodnotit.

Michael se narodil roku 1992. V době porodu bylo jeho matce pouhých 16 let. Otce neměl, jelikož matka nebyla schopna prokázat jeho totožnost. Jinými slovy řečeno, otec byl neznámý. Matka se provdala v době, kdy bylo Michaelovi sedm let. Stávající partner však Michaela nebyl schopný přijmout za vlastního, ba spíše ho nedokázal přijmout ani jako syna své ženy. Matka se tudíž rozhodla dát syna k adopci. Náhradní rodiče se však bohužel pro Michaela nenašli. Pro většinu párů, které žádaly o adopci byl již příliš starý. Chlapec byl proto umístěn do dětského domova, kde navštěvoval i základní školu. Po dvou letech v dětském domově byl však přeřazen pro svou hyperaktivitu, nevhodné chování a nedostatečné výsledky do zvláštní školy.

K prvnímu pobytu na dětském psychiatrickém oddělení byl přijat v lednu roku 2000. Stalo se tak na doporučení psychologa a sociální pracovnice, kteří se pacientovým případem blíže zabývali. Po komplexním vyšetření u něj byla stanovena diagnóza. U Michaela se projevila Desinhibovaná přichylnost v dětství, Hyperkinetická porucha a Vývojová porucha řeči a jazyka.

Veškeré zde zmíněné poruchy jsem po určité době sama zpozorovala. Po bližším seznámení s Michaelem a jeho lékařskou zprávou spolu s psychologickým vyšetřením bylo zřejmé, jaké následky mělo chování jeho matky během jeho raného dětství. Avšak dosud jsem se nesečkala s dítětem, či člověkem, kterého dal rodič k adopci v takto pokročilém věku. Nebylo proto pro mě lehké s Michaelem pracovat. Jeho návykovost na jakoukoli dospělou osobu byla příliš velká a tudíž i loučení, popřípadě úplné odloučení by pro něho mohlo být další nepříjemnou zkušeností.

Další pobyt na tomto oddělení následoval v únoru roku 2000. Michaelovi byly předepsány zklidňující léky. V tomto období došlo v pacientově životě k poměrně velké změně. Tříčlenná rodina zažádala o adopci pacienta. Během jeho pobytu již probíhaly

krátkodobé návštěvy budoucích rodičů na oddělení a po čase si začala rodina brát Michaela na víkendy do svého domácího prostředí, aby se blíže seznámil s celou rodinou a především se svým budoucím bratrem. Během těchto návštěv se Michael projevoval velmi klidně a mírně. Rodina tudíž nezískala žádné pochyby o jeho následné adopci. Avšak i přes jeho počáteční kladné chování bylo zapotřebí dalšího pobytu na oddělení dětské psychiatrie. V srpnu roku 2001 již Michael nastoupil k léčebnému pobytu jako právoplatný člen nové rodiny. Kromě mnoha změn, které s adopcí nastaly, měl Michael navíc změněné i příjmení. Příčiny pobytu však byly z velké části způsobené jiným činitelem. Matka při nástupu syna na oddělení udala jako důvod holčičí zájmy, které se u Michaela stále častěji projevovaly. Podle matčiny slov si syn hrál raději s panenkami než s autíčky, půjčoval si dívčí šaty a následně si je oblékal, pěstoval kytičky a o zábavu s vrstevníky stejného pohlaví nejevil sebemenší zájem. Matka usoudila, že další pobyt je nezbytný ve chvíli, kdy zjistila, že syn nosí její spodní prádlo. Během třetího pobytu se však žádný z důvodů týkajících se synovy sexuální identity neprojevil.

Velkou změnou pro pacienta bylo přeražení zpět na základní školu, které si rodiče vyžádali. Zde opakovaně nastoupil do první třídy. Díky matčině snaze a trpělivosti, kterou mu při učení věnovala, dokončil Michael první třídu bez větších obtíží. O poznání se však u něj během prvního roku základní školy zvýšil neklid, kterým trpěl v dřívější době. K dalšímu pobytu byl přijat o rok později, a to v srpnu roku 2002. Michael tehdy dokončil i druhou třídu základní školy. Bohužel ale nebyl schopný samostatnější dlouhodobější práce a soustředěnosti. Matka proto ve škole požádala o možnost dělat synovi při vyučování asistentku a dohlížet na průběh jeho práce během vyučování. Jako důvod tehdy uváděla, že ví jak na něj a jak ho zklidnit, aby se věnoval potřebným věcem. Tato žádost byla matce chválena, a tak Michael nastoupil do třetí třídy základní školy za její účasti. Tato myšlenka se z počátku zdála velmi prospěšná. Michael se choval způsobně a slušně. Jeho slovní vyjadřování se o mnoho zlepšilo. Přestal používat sprostá slova ve chvílích, kdy se mu příliš nedařilo jak tomu bylo dříve a za která byl následně od svého otce trestán. A dokonce se i zlepšil v určitých předmětech jeho prospěch. Tak tomu bylo přibližně po dobu prvních dvou až třech měsíců. Čím větší vyvíjela matka na syna nátlak ohledně studia, tím více byl Michael unavený a podrážděný. Doma se ve volných chvílích tudíž uchyloval spíše ke klidnějším činnostem, jako již zmíněnému pěstování květin. Z důvodu přehnané pozornosti, která mu byla věnována, nastaly navíc mezi sourozenci neshody. Rivalita



mezi bratry, způsobená ustavičnou pozorností zaměřenou jen na jednoho syna, stále rostla. Michael na bratrovo agresivní chování a posměšky týkající se jeho zájmů reagoval velmi výbušně. Byl proto opět umístěn v květnu roku 2003 na oddělení dětské psychiatrie. V tuto dobu měl již pacient za sebou třetí třídu základní školy. Jeho chování ve škole i mezi spolužáky bylo dobré, mnohdy až velmi dobré. V domácím prostředí se však choval neklidně. Svého bratra již nepovažoval za kamaráda, ale za stálého soupeře. Doma se tudíž necítil dobře. Po čase se u něj objevilo nechutenství. Rodiče si s jeho výchovou a především s náhlými změnami v chování nevěděli rady. Michael byl tedy necelé tři měsíce od poslední léčby na psychiatrii odvezen opět na oddělení. Během psychologického vyšetření byly však zjištěny znepokojující informace, které úzce souvisely s pacientovým dětstvím u jeho biologické matky. Michael se paní psycholožce svěřil, že byl v dětství zneužíván dědečkem, otcem z matčiny strany. Po tomto zjištění byl podroben důslednějším vyšetřením. Michaelova touha po změně pohlaví byla podle vyhodnocených výsledků částečně spojena s nepříjemnými zážitky, které v dětství utrpěl. Od tohoto zjištění navštěvoval pravidelně psychologa, který s ním hovořil především o souvislosti jeho přání s minulými zážitky. V tomto směru dosáhl po určité době poměrně velkého pokroku. Avšak jeho prospěch se během čtvrtého roku studia podstatně zhoršil. Pro své neúplné vědomosti byl ve škole často šikanován. Při nezdařeném úkolu nebyl již schopen soustředěně pracovat a projevovala se u něj nervozita. Jen s velkými obtížemi dokončil čtvrtou třídu základní školy. V květnu roku 2004, při dalším pobytu na dětské psychiatrii, bylo matce doporučeno přefázání syna zpět do zvláštní školy. Matka i přes počáteční odpor vůči této myšlence nakonec souhlasila.

Já jsem se s Michaelem setkala o rok později, tj. v červenci roku 2005, kdy již rok navštěvoval opět zvláštní školu. Přetrvávaly u něj sice holčičí zájmy jako navlékání korálků, hra s panenkami, líčení atd., avšak jeho neklid a nervozita z velké části ustoupily. Měla jsem možnost setkat se na krátkou dobu s jeho rodiči, a to v době kdy si Michaela přijeli vyzvednout. Jeho vztah k matce i otci byl sice jen na první pohled ale i přesto o poznání lepší a uvolněnější. Právě u tohoto případu jsem si proto uvědomila jak velkou roli a jak důležitý vliv na léčbu pacienta má rodina a její neustálá podpora. Michael měl i přes minulost, kterou sám nemohl ovlivnit štěstí, že potkal právě tuto rodinu, která se mu věnovala a byla ochotná dát potřebnou lásku, péči a přijímala ho takového jaký byl i s jeho handicapem.

Dovolila bych si zde citovat Zdeňka Matějčka, který mi odpověděl na otázku, co vlastně potřebuje malé dítě.

„Moje odpověď je složitá i jednoduchá zároveň: mnoho věcí, ale ze všeho snad nejvíce jistotu ve vztazích ke svým lidem“ (MATĚJČEK. 1994. 9s.).

*Resumé písemné práce k bakalářské zkoušce s názvem:*

## **Sociální práce u dětí a mladistvých s fyzickým, mentálním a kombinovaným postižením**

*Studijní program: Sociální práce a sociální politika*

*Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii*

*Petra Dezortová*

*Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jan Srnec, Csc.*

*Říjen 2007*

**Klíčová slova:** mentální a fyzické postižení, příčiny postižení, sociální práce s rodinou znevýhodněného dítěte, osobní asistence

Těžiště práce tvoří seznámení s problematikou mentálního, fyzického a kombinovaného postižení spolu s nástinem jejich příčin. Zaměřuji se na problematiku sociální práce s rodinou postiženého dítěte či mladistvého, kde také uvádím jednotlivá stadia vyrovnání se s právě zjištěnou prognózou. Dále zmiňuji možnosti a kompetence sociálního pracovníka při práci v dané oblasti. Zaměřuji se na rady rodičům a opatrovníkům znevýhodněného dítěte. Rovněž uvádím zařízení, která se zabývají výchovou a vzděláváním handicapovaných a usnadňují tak péči nejbližším členům rodiny.

V praktické části seznamuji s jednotlivými zařízeními, kterými jsem prošla během svých praxí, a porovnávám jejich denní chod a péči, kterou handicapovaným poskytují. Získané zkušenosti z přímých kontaktů s dětmi a mladistvými demonstruji na vybraných kazuistikách. Mým hlavním záměrem bylo pokusit se na základě omezených vlastních zkušeností o vyvození některých dílčích námětů na zlepšení sociální péče v této oblasti. Určitou perspektivu spatřuji v rozšíření péče ze strany nestátních (neziskových) organizací.

**Název bakalářské práce: Sociální práce u dětí a mladistvých s fyzickým, mentálním a kombinovaným postižením**

**Autorka bakalářské práce: Petra Dezortová**

**Vedoucí práce: doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.**

**Oponentka absolventské práce: Mgr. Miluše Baginská**

### **Oponentský posudek:**

Studentka Petra Dezortová (dále autorka) si vybrala za téma bakalářské práce problematiku dětí a mladistvých s mentálním znevýhodněním a kombinovanými vadami. Text bakalářské práce obsahuje dělení mentální retardace a její příčiny, příčiny tělesného postižení a stručnou zmínku o kombinovaných vadách. Třetí kapitola se věnuje vzdělávání a výchově dětí a mladistvých s mentálním znevýhodněním. Autorka se zaměřila na metodu sociální práce, osobní asistenci, a to u klientů a klientek na psychiatrickém oddělení FTN, tak i v občanském sdružení Archa community. Oceňuji autorčinu volbu tématu, kdy faktické poznatky, získané při školním studiu, doplnila i odbornými praktickými zkušenostmi, což dohromady vytvořilo jeden kvalitní celek v podobě bakalářské práce. Velmi kvalitní a přínosná je příloha 1 – 4, kam autorka vložila 4 případové studie klientů a klientek, se kterými (mimo jiné) se na své praxi ve FTN setkala. Případové studie jsou psány souvisle, srozumitelně a čtivě. Autorka svou práci neřejala jako pouhou kompilaci textů z literatury, ale vnáší do ní vlastní poznatky, zkušenosti, názory, ba dokonce i nápady, jak současný stav práce se znevýhodněnými lidmi situaci zlepšit (např. formou pravidelných supervizí pro pomáhající pracovníky FTN). Chválím také příjemnou úpravu textu, „pouze“ v souvětích místy chybí čárky oddělující jednotlivé věty.

### **Podněty vhodné k diskusi během obhajoby bakalářské práce:**

V práci jste popisovala zkušenosti s psychiatrickým odd. FTN pro děti a mládež, a také Archu community, o.s. Jak spolu tyto dvě instituce spolupracují (pokud vůbec), příp. jaká by byla další možnost spolupráce mezi nimi, nebo mezi jinými nestátními subjekty a FTN? Kde spolupráce vážne (na penězích „jako vše, ale jsou i jiné faktory, příčiny)?

Bakalářská práce rozhodně splňuje požadavky na ni kladené, doporučuji k obhajobě. Navrhuji hodnotit známkou výborně.

V Praze 1. 11. 2007

  
Mgr. Miluše Baginská

**Petra Dezortová:**

**Sociální práce u dětí a mladistvých s fyzickým, mentálním a kombinovaným postižením**

Studentka zvolila pro svou práci téma, které vychází z praxe a do ní opět vyústí. Tím – podle mého názoru – splnila pedagogický záměr školy, respektive funkci, kterou by měly písemné práce plnit ve vysokoškolské přípravě pro profesní činnost v oblasti psychosociální péče.

Pro zpracování tématu byla studentka dobře připravena dvouletou spoluprací s občanským sdružením Archa community. Poznatky získané studiem v akademickém bakalářském programu a osobní praktické zkušenosti ve zvolené oblasti vhodně doplnila prostudováním nepočetné, ale vcelku reprezentativní odborné literatury. O tom svědčí zejména první tři kapitoly, zatímco ve čtvrté kapitole se už odváží údaje z literatury komentovat některými osobními postřehy získanými ve vlastní praxi. Předmětem následující páté a šesté kapitoly je pak seznámení s navštěvovanými pracovišti (dětským psychiatrickým oddělením fakultní Thomayerovy nemocnice a občanským sdružením Archy community) a hlavně shrnutí osobních zkušeností získaných na každém z obou těchto pracovišť.

Za zvlášť zdařilé a vzhledem k plnění pedagogických cílů prací tohoto druhu pokládám za zcela adekvátní autorčino zhodnocení vlastních zkušeností, které získala při výkonu funkce osobní asistentky u mladé ženy postižené dětskou mozkovou obrnou.

Celá práce dokládá autorčino zaujetí pro psychosociální péči o znevýhodněné jedince. Zejména v poslední, sedmé kapitole autorka prokázala motivační, schopnostní i osobnostní předpoklady pro úspěšné uplatnění v oboru. Poslední odstavce této kapitoly navíc naznačují, že v déledobé perspektivě lze od autorky očekávat i zajímavé náměty na zkvalitnění psychosociální péče v našich podmínkách.

Jako tzv. vedoucí práce konstatuji, že studentka Petra Dezortová pilně využívala možnosti konzultací a ochotně přijímala pokyny směřující ke zlepšení úrovně práce, a to jak po stránce obsahové, tak po stránce formální. Podle mého názoru předložená písemná práce plně odpovídá stanoveným požadavkům a v některých směrech je i překračuje.

V Praze dne 12. 11. 2007



doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.