

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

PROBLÉMY PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ DĚTI V RODINÁCH
STÁRNOUCÍCH A STARÝCH RODIČŮ

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Václav Prokopius, CSc.- KSS

Autor:

Ivona Nováková

2009

Abstrakt

Téma mé bakalářské práce je Problémy péče o mentálně postižené děti v rodinách stárnoucích a starých rodičů.

Cílem šetření je zjistit, jaké problémy v péči o mentálně postižené osoby pociťují stárnoucí a starí rodiče a následně porovnat rozdíly v tom, jak svoji situaci vnímají. Dalším cílem je nalézt možná řešení problému.

Pro zjištění těchto cílů byly stanoveny tři hypotézy na jejichž základě byl zvolen kvalitativní výzkum, metodou řízených rozhovorů. Rozhovory tvořilo celkem šest otázek a tyto otázky byly položeny pěti rodinám. Mými respondenty byly rodiče mentálně postižených dětí. Otázky zjišťovaly, jak rodiče mentálně postižených dětí vnímají tuto situaci a jak mají situaci ošetřenou do budoucna. Rozhovory se uskutečnily v domácím prostředí, nebo v prostředí zařízení pro mentálně postižené osoby. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrány na diktafon a posléze zpracovány.

Výsledky výzkumu potvrdily hypotézy. V první hypotéze byl předpoklad, že péče o mentálně postiženého člověka se rovná celoživotní péči. Tento předpoklad se potvrdil. Všechny dotazované rodiny se potýkají s otázkou, jak péči o své dítě co nejlépe zajistit do budoucna.

Druhá hypotéza předpokládala, že péče o mentálně postiženého člověka se pro stárnoucí osobu stává čím dál více náročnou a méně zvladatelnou. I tato hypotéza byla potvrzena v případě jednoho z mých respondentů. S tím souvisí třetí hypotéza, která předpokládala, že v rodinách mentálně postižených lidí, kdy rodiče stárnou, nebo jsou starí, dochází k rozdělování rolí mezi rodiči a mentálně postiženou osobou, kdy mentálně postižení lidé přejímají a zastávají fyzickou roli a rodiče tu psychickou. Všechny tři hypotézy mohu potvrdit.

Abstract

The subject of my Bachelor work is Issues Related to Care of Mentally Affected Children in Families of Aging and Old Parents.

The purpose of my research was to find out what problems related to care of mentally affected people experience aging and old parents, followed by comparisons of how they perceive their situation. Another objective is to find possible solutions of their problems.

In order to achieve these objectives three hypothesis were brought up on the basis of which qualitative research by moderated interview method has been chosen. The interview included in total six questions asked to five families. My respondents were parents of mentally affected children. The questions were designed to find out how parents of mentally affected children perceive this situation and how they have secured their situation for the future. Interviews were conducted in home environment or in institutes for mentally affected people. Based on consent of my respondents I have recorded the interviews on a Dictaphone and analyzed them later.

The research results confirmed my hypothesis. The first hypothesis included assumption that care of mentally affected person is a live long care. All involved families face problems how to secure care for their child in the future.

The second hypothesis assumed that care of a mentally affected person becomes more difficult and less manageable for an aging person. This hypothesis has been confirmed by one of my respondents. The related third hypothesis assumed that in families with mentally affected child where parents are aging roles are distributed among parents and the mentally affected person, while the mentally affected individual assumes and performs physical tasks and parents do the mental work. All three hypotheses have been confirmed.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Problémy péče o mentálně postižené děti v rodinách stárnoucích a starých rodičů“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 6. května 2009

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Václavu Prokopiusovi, CSc. – KSS za odborné vedení a poskytnutí rad při zpracování této bakalářské práce. Poděkování patří také mým respondentům za ochotu při zodpovídání otázek. V neposlední řadě také děkuji kolektivu zařízení Empatie, kde mi byla ochotně poskytnuta místnost k realizaci mého setkání s respondenty.

Obsah:

1. SOUČASNÝ STAV	7
1.1 Mentální postižení	8
1.1.1 Jak vzniká mentální postižení	9
1.1.2 Prevence mentálního postižení	12
1.1.3 Znaký mentálního postižení	14
1.1.4 Diagnostika mentálního postižení	17
1.2 Klasifikace mentálního postižení	18
1.2.1 Lehké mentální postižení, IQ 50-69	18
1.2.2 Středně těžké mentální postižení, IQ 35-49	19
1.2.3 Těžké mentální postižení, IQ 20-34	20
1.2.4 Hluboké mentální postižení, IQ je nižší než 20	21
1.2.5 Jiná mentální postižení	21
1.2.6 Nespecifikované mentální postižení	22
1.3 Péče o osoby s mentálním postižením	22
1.4 Formy péče o osoby s mentálním postižením	23
1.4.1 Rodinná péče	23
1.4.2 Osobní asistence	23
1.4.3 Chráněné bydlení	24
1.4.4 Pěstounská péče	24
1.4.5 Neformální komunitní péče	24
1.4.6 Služby dočasné výpomoci	25
1.4.7 Problémy s péčí o mentálně postižené osoby	26
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Hypotézy	27
3. METODIKA	28
3.1 Metodika práce	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	28
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	29
4.1 Výsledky dotazovaného šetření	29
4.2 Výsledky řízeného rozhovoru	33
5. DISKUSE	37
6. ZÁVĚR	39
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	40
8. KLÍČOVÁ SLOVA	42
9. PŘÍLOHY	43

1. Současný stav

Úvod

V mé bakalářské práci se zabývám problematikou péče o mentálně postižené osoby v rodinách stárnoucích a starých rodičů. Stárnoucí rodiče mají s přibývajícím věkem stále větší problémy s péčí o mentálně postižené děti. V takovém případě často nastane situace, kdy dojde ke sloučení dobrého fyzického stavu mentálně postižené osoby a dobrého psychického stavu rodiče, aby mohla rodina nadále fungovat v domácím prostředí. Dalším řešením situace rodin s mentálně postiženými dětmi je docházení mentálně postižených osob do zařízení typu denních, nebo týdenních stacionářů. V takovém případě se domácí péče stává lépe zvládnutelnou. Ne příliš šťastnou situací je situace, kdy stárnoucí osoba je, nebo například v důsledku úmrtí druhého rodiče, zůstane na péči o postiženou osobu sama. Když už stárnoucí rodič, kterému ubývá síl, péči o mentálně postiženou osobu sám nezvládá, nejzazším řešením takovýchto situací je umístění mentálně postižených osob do ústavů sociální péče, kde jim je potřebná péče poskytnuta. To ale často celkově negativně působí na mentálně postiženou osobu, která je zvyklá na své prostředí a na lidi, s kterými byla doposud v kontaktu. Pro tyto osoby je tato změna příliš velkou změnou i jejich životního stylu. V takovém případě je postiženým lidem zcela znemožněna integrace do společnosti a často tak i dochází k celkovému zhoršení zdravotního stavu postižené osoby. Následkem toho, se postižená osoba ocitne v začarovaném kruhu, z něhož má jen malou šanci se dostat.

Toto téma jsem si vybrala na základě mé zkušenosti z praxe, kde jsem s mentálně postiženými lidmi pracovala. Během působení mezi těmito lidmi jsem viděla, že pakliže mají tyto lidé dobré zázemí, kde se jim někdo věnuje a pracuje s nimi, jsou za každou takovou snahu vděční a jsou to svým způsobem šťastní lidé. Jejich osud mi není lhostejný, proto se touto problematikou zabývám a snažím se o ní dozvědět více.

Myslím, že toto téma bylo, je a vždycky bude aktuální. Další problém, týkající se tématu péče o mentálně postižené osoby je, že postižení lidé se rodí stále, ale zařízeních, která by byla užitečná a přímo určená těmto lidem a rodinám mentálně postižených osob, které se ocitnou v nepříznivých životních situacích, nepřibývá spolu v poměru narozených, takto postižených dětí.

1.1 Mentální postižení

Co znamená postižení

„Postižení charakterizuje definice WHO z roku 1980.

Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů, WHO 1980:

1. Porucha (anglicky „disorder“) medicínsky definovaný stav nebo nemoc (např. meningokéla).
2. Postižení (anglicky „impairment“) ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce (např. paréza dolních končetin).
3. Omezení schopností (anglicky „disability“) každé omezení či ztráta schopnosti (plynoucí z postižení) provádět činnost, která je pokládána za normální pro lidskou bytost (např. nemožnost chůze).
4. Handicap - vliv poruchy či postižení na práci člověka nebo dosažení cílů, které si přeje nebo jsou od něj společností očekávány (např. nemožnost přijmout zaměstnání vyžadující pohyblivost, nemožnost přístupu do veřejných budov a prostor“)¹

¹ KVĚTOŇOVÁ- ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Vyd. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.

Pojem mentální postižení pochází z latiny. „Mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit). Doslovný překlad zní „opožďení (zpomalení) mysli“. ²

Mentální postižení je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje. Je charakterizován poruchou dovedností, která se projevuje během vývojového období a postihuje všechny složky inteligence. To jsou poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Mentální postižení se může vyskytnout bez dalších poruch, nebo naopak současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. ³

Mentální postižení omezuje fungování jedince v běžných sociálních činnostech. Je charakterizováno podprůměrnou funkcí intelektu = IQ menší než 75. Mentální postižení je také charakterizováno omezením dvou nebo více adaptivních dovedností, mezi které patří například: sebeobsluha, život doma, sociální dovednosti, rozhodování o sobě, komunikace, zdraví, bezpečí, vzdělavatelnost, volný čas a práce. Mentální postižení se

1.1.1 Jak vzniká mentální postižení

K mentálnímu postižení vede řada různých příčin, které na sebe společně působí a mají na sebe vzájemně vliv. Ve výzkumu příčin vzniku mentálního postižení vždy figurovala dvě různá hlediska. Hledisko dědičnosti, které neklade důraz na vlivy prostředí a výchovu. A dále hledisko, které naopak tyto vlivy zdůrazňuje při utváření osobnosti člověka a jeho schopnosti a které nezohledňuje vlivy genetické.

Na vznik mentálního opožďování mají vliv jak příčiny endogenní (vnitřní), tak příčiny exogenní (vnější). Endogenní příčiny jsou zakódovány již v pohlavních buňkách. Spojením pohlavních buněk vzniká nový jedinec, to jsou to příčiny genetické. Vnější vlivy, které mohou zapříčinit mentální postižení, působí od početí, v průběhu celého

² SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

³ MENTALNIRETARDA.CZ [online]. c2009 [cit. 2009-3-13]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

těhotenství, porodu, poporodního období i v raném věku. Vnější faktory mohou být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Svoji roli také hrají činitele, kteří spouští projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikují její průběh.

„Exogenní faktory se ještě dělí podle období působení:

prenatální (působící od početí do narození),

perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu)

a postnatální (působící po narození).

Mezi nejčastější příčiny mentálního postižení se uvádějí:

Následky infekcí a intoxikací:

prenatální infekce (například zarděnková embryopatie),

postnatální infekce (například zánět mozku),

intoxikace (například toxemie matky, otrava olovem),

kongenitální toxoplazmóza.

Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:

mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie),

postnatální poranění mozku nebo hypoxie.

Poruchy výměny látek, růstu, výživy (například mozková lipoidóza, hypotyreóza - kretenismus, fenylketonurie).

Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou).

Nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (například vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza)

Anomálie chromozomů (například Downův syndrom).

Nezralost (stavy při nezralosti bez uvedení jiných chorobných stavů).

Vážné psychické poruchy

Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek).

Jiné a nespecifické etiologie.“⁴

⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

Jako encefalopatie se obvykle označují následky poškození mozku (bez ohledu na příčinu, čas a patologicko - anatomický charakter postižení).⁵

Dalšími faktory působící na vznik mentálního postižení, jsou takzvané prenatální faktory. Takovými prenatálními faktory mohou být například endokrinní poruchy matky, infekční onemocnění matky, fetální alkoholový syndrom, kokainový syndrom, získaný defekt imunity a další intrauterinní poškození.⁶

Mentální postižení často vzniká na základě kombinací polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nedostatečnosti, nebo dokonce zanedbanosti. Jde obvykle o děti podobně postižených rodičů, jejichž intelektová i vzdělanostní úroveň je nízká. Osobní vzor v takovémto rodinném prostředí bývá nedostatečný. Tito rodiče své děti nepříznivě ovlivňují dvojím způsobem (Vágnerová, 1999):

předávají jim nižší genetické předpoklady k rozvoji rozumových schopností, nejsou schopni dát jim přiměřenou výchovu, protože na ni sami intelektově nestačí.

Výzkum příčin a vzniku mentálního postižení zdaleka není ukončen. Dá se říci, že se nachází spíše na počátku než v závěrečných fázích. K. Matulay, jeden z nejvýznamnějších autorů prací o mentálním postižení, uvádí, že všechny dosud známé a předpokládané příčiny mentálního postižení vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80 % případů mentálního postižení, převážně v kategorii lehkého mentálního poškození, má neznámý původ.

K odhalování dosud neznámých dalších příčin mentálního postižení a k jeho prevenci by měl vést další vývoj poznání v této oblasti, k němuž v poslední době přispívá i nové technické vybavení klinických pracovišť (například počítačové tomografie).⁷

⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

⁶ ČERNÁ, M. A KOL. *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁷ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

1.1.2 Prevence mentálního postižení

Prevence zahrnuje souhrn opatření. Cílem těchto opatření je předcházet vzniku mentálních, fyzických či smyslových poruch (primární prevence) nebo zamezit trvalému funkčnímu omezení nebo postižení (sekundární prevence). (Vysokajová, 2000).⁸

Posláním prevence je činnost zaměřená na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické nebo smyslové vady (primární prevence) nebo zabránění, aby vada způsobila trvalé funkční omezení nebo postižení (sekundární prevence). Prevence zahrnuje řadu typů činností, jako prenatální a postnatální péče o dítě, výchova týkající se výživy, zdravotní péče, kampaně proti přenosným chorobám, opatření pro kontrolu endemických onemocnění, bezpečnostní pravidla, nebo prevence postižení.

Příčin vzniku mentálního postižení je velmi mnoho. Proto je složité hledání konkrétních možností účinné prevence. Základní požadavky prevence mentálního postižení prosazuje zejména Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené, která formulovala desatero zásad, jejichž dodržováním lze možnost vzniku mentálního postižení omezit:

1. „Žena by měla navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Na základě zjištění jejího aktuálního stavu jí může lékař doporučit různá opatření podporující narození zdravého dítěte (očkování, dieta, vitamíny, cvičení a podobně).
2. Nastávající matka by měla jíst správnou stravu. Dobrá strava je důležitá jak pro matku, tak pro dítě. Strava matky by měla být rozmanitá a měla by obsahovat maso, ryby, zeleninu, ovoce, chléb, obiloviny a mléčné výrobky.
3. V průběhu těhotenství by se žena měla úplně vyvarovat pití alkoholu, chce-li se vyvarovat postižení plodu způsobeného alkoholem. Pije-li matka alkohol, pije ho s ní i dítě.

⁸ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

4. Včas se chránit očkováním, zejména proti zarděnkám a možné hepatitidě typu B, které mohou dítě ohrozit. Je vhodné i přeočkování proti spalničkám, pokud nebylo u matky provedeno již v dětském věku.
5. Skončit s kouřením. Kouření může bránit normálnímu růstu dítěte již v děloze. Může omezit vývoj, snížit porodní váhu a vyvolat náchylnost k onemocnění v prvních kritických týdnech života dítěte.
6. Navštívit genetickou poradnu, která odhalí případné ohrožení těhotenství. Mnoho nemocí a chorobných stavů postihujících novorozence je způsobeno defektními geny nebo chromozomy, zděděnými po předcích. Návštěva genetické poradny je nezbytně nutná v případě, že nastávající matce je více než 35 let, nebo má-li některý z partnerů v rodinné anamnéze genetický defekt, či v případě, kdy matka měla několik potratů nebo mrtvě narozené dítě.
7. Vyvarovat se užívání léků, kromě těch, které jí předepíše ošetřující lékař. Léky předepsané před započetím těhotenství užívat jen po konzultaci s ošetřujícím lékařem.
8. Dát si pozor na RTG záření. V případě těhotenství může být dítě RTG paprsky poškozeno, pokud by jim bylo vystaveno.
9. Vyhýbat se infekčním onemocněním. Mnoho infekčních chorob, jsou-li získány v těhotenství, může způsobit dítěti vážnou újmu. Sexuálním stykem přenesené choroby mohou poškodit mozek dítěte nebo způsobit i jeho smrt. HIV infekce matky může být přenesena na dítě.
10. Pravidelně navštěvovat svého lékaře. Odbornou lékařskou péčí nelze ničím nahradit. Některé abnormality je možné včas odhalit, odbornou péčí je někdy možné je upravit nebo alespoň snížit jejich výskyt“⁹

Primární prevence

Záměrem primární prevence je předcházet vzniku určitého jevu tím, že minimalizujeme působení vyvolávajících faktorů.

⁹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

Sekundární prevence

Smyslem sekundární prevence je chránit ohrožené osoby před vlivem negativního jevu, který se v jejich životě objevil.

Mezi opatření sekundární prevence patří například screeningová vyšetření plodové vody v perinatálním období u matek, které patří do některé rizikové skupiny (např. vzhledem k pokročilejšímu věku rodičky, zvýšenému riziku genetických vad, komplikacím v předchozím těhotenství apod.).

Terciární prevence

Cílem terciární prevence je zamezit dalšímu zhoršování stavu jedinců, u kterých patologický jev už působí.¹⁰

1.1.3 Znamky mentálního postižení

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt, mající charakteristické osobní rysy. Přesto se u většiny z nich, ať už ve větší či menší míře, projevují společné znamky. Individuální modifikace těchto znaků závisí na hloubce a míře mentálního postižení, také na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentálního postižení.

Za mentálně postižené osoby se považují takoví jedinci, u kterých dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí bývá individuálně jiná.

Mezi další znamky mentálního postižení patří trvalost porušení poznávací činnosti. Mohou se stát případy, kdy například těžké infekční onemocnění, otřes mozku nebo hladovění mohou vést k určitým poruchám nervových procesů. Příčinou těchto poruch nervových procesů může dojít k přechodnému porušení schopnosti duševní činnosti nebo zpomalení duševního vývoje. Pod pojmem mentální postižení se tedy rozumí trvalé snížení rozumových schopností u jedince, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc.

¹⁰ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

Mentální postižení je trvalý stav s nemožností změny k lepšímu, který je způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.

Mentální postižení se projevuje:

zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků,
sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů,
sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí,
těkavostí pozornosti,
nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování,
poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace,
impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování,
citovou vzrušivostí,
sugestibilitou a rigiditou chování,
nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“,
opožděným psychosexuálním vývojem,
nerovnováhou aspirací a výkonů,
zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí,
poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci,
sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a dalšími charakteristickými znaky.¹¹

Další znaky osob s mentálním postižením:

Zvýšená závislost na rodičích,
infantilnost osobnosti,
nerovnováha aspirace a výkonu,
malá přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům,
hyperaktivita nebo naopak hypoaktivita,
zpomalená chápavost,
uplívání na detailech,
malá srovnávací schopnost,

¹¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

snížená mechanická a logická paměť.¹²

Mentální postižení je možno také rozeznat podle vzhledu postižené osoby. Mezi průvodní znaky mentálního postižení patří dysmorfismus obličeje a další průvodní tělesné projevy, jako je opičí rýha či obezita.

Dalším znakem u mentálně postižených, jsou muskuloskeletární anomálie, jako je deformovaný hrudník či abnormální pozice nohou nebo rukou.¹³ Rubinštejnová (1973) uvádí tyto zvláštnosti percepce mentálně postižených:

Zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání (vysvětluje se zvláštnostmi pohybu zraku – zdravé dítě vidí globálně, ale mentálně postižené jen postupně. Tím se ztěžuje jeho orientace v novém prostředí. Při vnímání obrazu mentálně postižené dítě není schopno pochopit perspektivu, částečné překrývání kontur, nerozlišuje polostíny).

Nediferencovanost počitků a vjemů – tvarů, předmětů a barev. Zvláště silně je porušena diskriminace figury a pozadí – běžné populaci nedělá problém vydělit obrys geometrických tvarů z prostředí. U mentálně postižených osob tyto obrazce musíme výrazně odlišit od pozadí.

Inaktivita vnímání – mentálně postižený jedinec není schopen prohlédnout si materiál podrobně, vnímat všechny detaily (jestliže pootočíme vnímaný obrázek, mentálně postižený jedinec ho opětovně nepozná. Chybí jim aktivita potřebná k jeho navrácení do původní polohy.

Nedostatečné prostorové vnímání

Snížená citlivost hmatových vjemů

Nedokonalé vnímání času a prostoru.¹⁴

¹² VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Vyd. 1. Praha: Parta, s.r.o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

¹³ COHEN, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.

1.1.4 Diagnostika mentálního postižení

Přesné vymezení hodnot IQ, zvláště okolo hranic jednotlivých pásem oligofrenie, je podle diagnostických zkušeností z poradenské praxe nesnadné. Hodnoty IQ bývají kolísavé. To znamená, že při opakovaných vyšetřeních je často možné dobrat se i k odlišným výsledkům. Záleží na časovém odstupu, momentálním psychickém stavu pacienta, na způsobu pokládání otázek a také na kvalitě testu a jeho vhodnosti pro osobu s mentálním postižením. Testování osob s mentálním postižením je velmi ošidné. Tyto testy by měly být prováděny opakovaně, aby získané „nálepky“ neomezovaly jedince v dalším rozvoji.

M. Dolejší upozorňuje, že při diagnostice mentálního postižení nelze vystačit jen s testováním inteligence. Předpokladem pro stanovení mentálního postižení je podle jeho názoru použití souboru zkoušek, podrobné klinické zhodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření, zhodnocení podrobné anamnézy a životních podmínek jedince, emočních a deprivčních činitelů, které se uplatňovaly v průběhu jeho vývoje a podobně.

Psychologická kritéria pro určování mentálního postižení spatřuje v:

celkových výsledcích inteligenčních zkoušek vyjádřených IQ nebo mentálním věkem,
profilu výsledků v jednotlivých subtestech inteligenčních zkoušek,
zhodnocení výsledků specifických zkoušek zaměřených na některé psychické funkce a osobní vlastnosti,
výsledcích výukových zkoušek,
charakteristikách vývoje řeči,
charakteristikách citového vývoje a vývoje regulace chování,
výsledcích somatického, psychologického a neurologického vyšetření.

Jen tak lze podle jeho zkušeností analyzovat zvláštnosti jedince, odchylky a poruchy v jednotlivých složkách jeho vývoje. Tento klinický přístup má zvláštní význam z hlediska mentálního postižení a jeho diagnostického rozboru, nápravných opatření a prognózy. (Dolejší, 1978).¹⁵

^{14 14} VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Vyd. 1. Praha: Parta, s.r.o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

¹⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Tato klasifikace nemocí byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Podle nové klasifikace se mentální postižení dělí do šesti základních kategorií:

Lehké mentální postižení

Středně těžké mentální postižení

Těžké mentální postižení

Hluboké mentální postižení

Jiná mentální postižení

Nespecifikovaná mentální postižení.¹⁶

Dělení podle druhu chování

Typ eretický (nepokojný, dráždivý, instabilní)

Typ torpidní (apatický, netečný, strnulý)

Typ nevyhraněný, (procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze, popř. jeden z nich mírně převládá).¹⁷

1.2.1 Lehké mentální postižení, IQ 50-69

Lehce mentálně postižení lidé jsou většinou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě a udržovat konverzaci, i když si mluvu osvojují opožděně.

Většina těchto lidí je schopna zvládnout péči o sebe samotného (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky.)

Jejich hlavní problém se objevuje při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení jedinci mají specifické problémy se čtením a psáním. Lehce postiženým jedincům prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

¹⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

¹⁷ PIPEKOVÁ, J. A KOL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

Většina těchto jedinců na horní hranici lehkého mentálního postižení je schopna vykonávat práci, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

U osob s lehkým mentálním postižením se mohou projevit přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

slabomyslnost,

lehkou mentální subnormalitu,

lehkou oligofrenii (debilitu).

1.2.2 Středně těžké mentální postižení, IQ 35-49

U jedinců se středně těžkým mentálním postižením je výrazně opožděn rozvoj chápání a řeči. Jejich konečné schopnosti v těchto oblastech jsou omezené. Lidé středně mentálně postižení mají omezenou zručnost a schopnost starat se sami o sebe. Pokroky ve škole mají limitované. Ale někteří žáci se středně těžkým mentálním postižením jsou schopni si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojit základy čtení, psaní a počítání.

Jedinci se středně těžkým mentálním postižením jsou v dospělosti obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. A to za předpokladu, jestliže úkoly pro ně jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti většinou nejsou schopni úplného samostatného života. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu a ke komunikaci s druhými lidmi. Někteří jedinci se středně těžkým mentálním postižením dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech. Zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je individuální. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace. Zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou rozumět

jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulaci a další nonverbální komunikaci ke kompenzování své neschopnosti porozumět se řečí.

U většiny středně mentálně postižených může být příčinou nějaká organická etiologie. U značné části osob se středně těžkým mentálním postižením je přítomen dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, které výrazně ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených s touto kategorií mentálního postižení může chodit bez pomoci. Často se u nich vyskytují ještě tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění. Ale vzhledem k omezené verbální schopnosti jedince je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají (rodina postiženého).

Tato diagnóza zahrnuje:

středně těžkou mentální abnormalitu,
středně těžkou oligofrenii (imbecilitu).

1.2.3 Těžké mentální postižení, IQ 20-34

Lidé s tímto stupněm mentálního postižení se v mnohém podobají středně těžkému mentálnímu postižení, tedy pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a další přidružené stavy. Většina jedinců s tímto stupněm mentálního postižení trpí značnými poruchami motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

Možnosti výchovy a vzdělávání osob s tímto stupněm mentálního postižení jsou značně omezené. Avšak zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět ke zlepšení kvality jejich života (rozvoj motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností a jejich soběstačnosti).

Tato diagnóza zahrnuje:

těžkou mentální subnormalitu,

těžkou oligofrenií.

1.2.4 Hluboké mentální postižení, IQ je nižší než 20

Jedinci s tímto stupněm postižení jsou těžce omezeni ve schopnosti porozumět požadavkům a instrukcím nebo jim vyhovět. Velká část osob z této kategorie je imobilní nebo razantně omezená v pohybu. Lidé s hlubokým mentálním postižením bývají inkontinentní a jsou schopni pouze neverbální komunikace. Jejich výchova a vzdělávání jsou velmi omezené. Vyžadují stálý dohled a pomoc a to i v oblastech svých základních potřeb.

IQ lidí s hlubokým mentálním postižením je nemožno změřit. Je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je v lepším případě omezeno na vyhovění jednoduchým požadavkům. Při vhodném vedení a dohledu se takto postižený jedinec může podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech a sebeobsluze.

U většiny případů bývá příčinou nějaká organická etiologie. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku a sluchu. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje:

hlubokou mentální subnormalitu,
hlubokou oligofrenii (idiocii).

1.2.5 Jiná mentální postižení

Tato kategorie by se měla používat pouze, když stanovení stupně mentálního postižení pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné. Příčinou pro nesnadné či nemožné stanovení stupně postižení často bývá přidružené senzorické nebo somatické poškození. Například u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

1.2.6 Nespecifikované mentální postižení

Tato kategorie se užívá tehdy, když mentální postižení je sice prokázáno, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z již uvedených kategorií.

Zahrnuje:

mentální postižení NS,

mentální subnormalitu NS,

oligofrenii NS.¹⁸

1.3 Péče o osoby s mentálním postižením

„Lidé s lehkým mentálním postižením by měli mít právo na samostatný život, jsou-li samostatného života schopni.“¹⁹

„Lidé s hlubokým postižením by měli mít stejné právo na všestrannou ochranu a pomoc, pokud je vzhledem k závažnosti svého postižení potřebují.“²⁰

Jednou ze základních forem sociálních služeb je ústavní péče. Ústavní péče obvykle přichází v úvahu tehdy, když rozsah a náročnost potřebné péče překročí možnost rodiny. V takovém případě je nutno zajistit přechodně nebo trvale komplexní péči člověku, který ji potřebuje. Cílem ústavu sociální péče je pomoc rodinám s výchovou a péčí o děti, mládež a dospělé s mentálním postižením. V některých případech ústavy sociální péče suplují rodinu a rodinné prostředí.²¹

¹⁸ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

¹⁹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

²⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

²¹ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

1.4 Formy péče o osoby s mentálním postižením

1.4.1 Rodinná péče

Rodina je pro výchovu a život mentálně postiženého jedince nejpřirozenějším prostředím. Narození člověka s mentálním postižením bývá pro rodinu velkou zkouškou. Pro další vývoj jedince je důležité, aby se rodiče vyrovnali se všemi okolnostmi a zaujali k němu pozitivní postoj.²²

1.4.2 Osobní asistence

Služby osobní asistence jsou jednou z forem péče o postižené osoby. Služby osobní asistence v typické podobě jsou služby vymezené a řízené uživatelem.

Osobní asistence se jeví jako jednou z progresivních forem i v péči o osoby s mentálním postižením. Role osobního asistenta mentálně postižených osob spočívá v tom, že svojí činností nesupluje roli některého z fyzických orgánů postiženého člověka nebo funkce některého z jeho smyslů, ale pomáhá kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky, která je někdy poškozená do té míry, že dostatečně nekoordinuje ani činnost jeho tělesných orgánů.

Z toho důvodu vyplývá i mimořádná míra jeho osobní odpovědnosti. Klient těžko bude schopen adekvátně vyjádřit své zájmy a své potřeby. Je nutné si uvědomit, že člověk s mentálním postižením bude bezbranný vůči asistentovi, který by si počínal v rozporu s jeho zájmy.

V kodexu profese osobního asistenta mentálně postižených osob by mělo být zdůrazněno, že jeho etickou povinností je respektovat přání a vůli klienta, kdykoli je to možné, to znamená vždy, když to není v rozporu se skutečnými zájmy postiženého člověka. Přání klienta je možno respektovat v podstatě v každé situaci, pokud nedochází k ohrožení jeho zdraví nebo bezpečí či zdraví a bezpečí ostatních osob, případně nehrozí škody na majetku a zařízení.²³

²² FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

²³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

1.4.3 Chráněné bydlení

Pod pojem chráněné bydlení se rozumí situace, kdy více OZP bydlí ve společném bytě. Osoby s mentálním postižením by péči o sebe a o byt sami nezvládly, mají zorganizovaný dohled a pomoc. Toto jsou důvody pro toto společné soužití více osob. Pro takto postižené se stává hlavním problémem udržovat denní řád, pořádek v bytě, hospodařit s penězi, dojíždět samostatně na chráněná pracoviště a do jiných míst. Tento způsob bydlení se nejčastěji organizuje pro osoby s mentálním postižením.²⁴

1.4.4 Pěstounská péče

Pěstounská péče je dosud jednou z netradičních forem péče o mentálně postižené osoby. U nás tato forma péče o děti nebo dospělé není zatím vžitá. Z literatury se dovídáme, že v mnoha zemích je tento druh péče o postižené osoby běžný. Rodina si ke svým vlastním dětem přijme do pěstounské péče i dítě s mentálním postižením, o které se jeho vlastní rodiče nemohou starat. Někteří lidé se v rámci pěstounské péče starají o děti nebo dospělé s mentálním postižením za úplatu, jiní pouze za úhradu nutných nákladů. Existují i majetné rodiny, které přijmou do své péče jedno či více dětí s velmi těžkým postižením a o to se dlouhodobě starají. Motivy pěstounské péče mohou být různé. Je známo, že v některých zemích se považuje péče o postižené lidi za vysoce společensky hodnocenou aktivitu, která zvyšuje společenskou prestiž člověka a celé rodiny.

1.4.5 Neformální komunitní péče

Cílem neformální komunitní péče je pomoci rodičům zvládat náročnou péči o postižené dítě. Zájem o vztahy uvnitř komunity přináší celou řadu pozitivních aspektů v rámci neplacených služeb. Některé z nich mohou být zprostředkovány a řízeny

²⁴ VOTAVA, J. A KOL. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

různými agenturami a některé fungují zcela neformálně na základě přátelských a sousedských vztahů.

V našich podmínkách tato forma péče není zatím rozvinuta. Tato forma péče má své světlé i stinné stránky. Pomoc rodičům v náročné životní situaci, jíž péče o těžce mentálně postižené dítě je, patří mezi ty pozitivní stránky. Negativní stránkou této formy péče je závislost rodičů postiženého dítěte na těch, kdo o něj pečují. Rodiče často pociťují vděčnost a nevědí, jak by ji měli co nejlépe vyjádřit. Někteří rodiče postiženého dítěte mají obavu, že příliš „pečující rodiny“ obtěžují. Jiní nejsou s úrovní a povahou péče spokojeni a hledají cestu, jak tyto pocity vyjádřit. Problémem je, že se bere malý ohled na to, že představy dospělých se mohou lišit od představ postiženého člověka. Postižený člověk nemusí s „předáváním své osoby“ do péče různých rodin souhlasit. Tudíž pobyt v těchto rodinách mu nemusí být vždy příjemný, což zpravidla nedovede dostatečně vyjádřit.

1.4.6 Služby dočasné výpomoci

Tyto služby dočasné výpomoci jsou určeny zejména pro osamělé osoby pečující o mentálně postižené děti nebo dospělé. Tyto pečující osoby se snadno mohou dostat do situace, kdy péči o postiženého člověka nemohou již zvládat. Důvody pro neschopnost postarat se o postiženého jedince bývají nejčastěji pro náhlé onemocnění, úrazy nebo závažné zhoršení jejich zdravotního stavu.

Prvními vlaštovkami v tomto směru jsou v našich podmínkách stanice první pomoci. Stanice první pomoci pomáhají rodičům postižených lidí řešit krizové a náročné životní situace.

V některých městech existují i neformální domluvy větších skupin rodičů postižených osob, kdy jsou rodiče telefonicky spojeni. V případě potřeby výpomoci si vzájemně zajišťují péči o postiženou osobu. Vše probíhá a je koncipováno tak, aby postižený člověk byl co nejméně stresován a nebyl nijak ohrožen. V takovýchto

krizových situacích by mohly být využívány služby osobní asistence. Služby osobní asistence by umožnily postiženým nadále žít ve svých vlastních domovech.²⁵

1.4.7 Problémy s péčí o mentálně postižené osoby

Při péči o mentálně postižené osoby vznikají postupem času vzrůstající obtíže osoby, která o mentálně postiženého člověka pečuje. Pacient vyrostl, tudíž je těžší, větší a je obtížnější ho zvednout, obléci atd. Pečující osoba stárne a je tedy slabší a nezvládá pacienta zvedat.

Při péči o mentálně postiženého člověka je u pečující, stárnoucí osoby hrozba psychického vyhoření.

Dalším problémem v péči o postiženého člověka je situace, kdy může nastat rodinná krize, která vede k dekompenzaci zvládání situace. Například když živitel rodiny ztratí zaměstnání, nebo může dojít k vážnému onemocnění či smrti člena rodiny. V takovém případě je hrozbou pro mentálně postiženou osobu změna prostředí. Například umístění do ústavu sociální péče, což vede k izolaci a nemožnosti integrace postižené osoby do společnosti.²⁶

Většina mentálně postižených lidí žije v běžných rodinách. Žijí se svými rodiči nebo sourozenci a ti jsou pak ve většině případů jejich opatrovníky.

Velký problém nastává v okamžiku, kdy opatrovník (většinou rodič), zemře a mentálně postižená osoba se ocitne bez zázemí. Rezidenční zařízení, která by tuto situaci řešila, chybí. V důsledku toho se tato těžká životní situace řeší umístěním postižené osoby do ústavní péče. Toto řešení je však pro mentálně postiženou osobu nepřijatelné. Postižená osoba není schopna adaptace na takovou změnu prostředí a změnu životního stylu. Jeho stav se bohužel většinou zhorší. Což má za následek medikaci a nastává začarovaný kruh, ze kterého má postižený jen malou šanci se dostat.²⁷

²⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

²⁶ COHEN, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.

²⁷ KLINIKAZDRAVI.CZ Osoby se zdravotním postižením [online]. c2009 [cit. 2009-3-1]. Dostupný z WWW: <http://www.klinikazdravi.cz/documents.php?mid=850c999e-7ae5-102b-b5f4-0030488c557c>

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zjistit problémy v péči o mentálně postižené osoby – nalézt možná řešení problému.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Péče o mentálně postiženého člověka se rovná celoživotní péči.

Hypotéza 2: Péče o mentálně postiženého člověka se pro stárnoucí osobu stává čím dál více náročnou a obtížněji zvladatelnou.

Hypotéza 3: V rodinách mentálně postižených lidí, kdy rodiče stárnou, nebo jsou staří, dochází k rozdělení rolí, kdy mentálně postižení lidé přejímají a zastávají fyzickou roli a rodiče psychickou.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Práce je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byly řízené rozhovory, které byly zaznamenány na diktafon. Rozhovory se uskutečnily v prostředí zařízení Empatie, nebo v domácím prostředí respondentů.

Předpokládaným využitím mé práce je zmapovat problémy v péči o mentálně postižené děti v rodinách stárnoucích a starých rodičů. Zjištěné informace budou nabídnuty k dispozici rodičům pečujícím o mentálně postižené osoby i sociálním pracovníkům.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 5 respondentů. Mé respondenty tvořilo 5 rodin. Společným problémem těchto rodin byla péče o mentálně postiženého člověka, jehož rodiče stárnou, fyzických sil ubývá a v důsledku toho se mohou objevovat problémy v péči o postižené dítě. Těmto rodinám bylo položeno celkem 6 otázek týkajících se dané problematiky.

4. Výsledky výzkumu a jejich analýza

4.1 Výsledky dotazovaného šetření

Otázky, které byly položeny mým respondentům:

- 1) Jaký je věk Vašeho dítěte?
- 2) Jak byste charakterizovali své dítě? (vlastnosti pozitivní X negativní)
- 3) Myslíte, že dělá stát dost pro postižené osoby?
- 4) Pozorujete nějaké problémy v péči o Vaše dítě? (příp. jak máte péči o Vaše dítě vymyšlenou/ zajištěnou do budoucna?)
- 5) Je něco ve spojitosti s Vaším dítětem, co Vás do budoucna znepokojuje?
- 6) Máte nějaké příbuzné, na které je Vaše dítě zvyklé?

Odpovědi respondentů na položené otázky:

paní Š.

1. 54 let

2. „Rád poslouchá muziku, má rád dechovky, rád kouká na fotbal a na hokej v televizi.“
„Samostatný být nemůže, nemá pojem o penězích, ale z Empatie přijede domů autobusem sám. V Empatii ho naučili péct vánočky, naučil se i jezdit na kole.“
„V Empatii činnost má, ale když přijde domů, nemá se čeho chytit.“

3. Dotazovaná nedokázala srozumitelně odpovědět na otázku, nevěděla, poté odvedla řeč opět na synovy zájmy.

4. „Spíše ne, syn dochází do Empatie každý den, takže to zvládáme celkem dobře.“
„Uvažovali jsme už o tom. Mám sestru, takže sestra by se postarala o syna. Sestře je 63 let.“

5. Spíše ne, spoléhá na podporu ze strany svojí sestry, ve smyslu případné potřebné péče o syna.

6. „Sestra, kterou navštěvujeme.“

rodina H.

1. 59 let

2. kamarádský, zvědavý, náladový

3. „Co dělá stát, to já nevím, můžu posoudit jen tady, co je Empatie. Já žádné výhrady nemám, tady dělají maximum, co můžou. V rámci prostředků, které jsou omezené a čím dál nižší, čím dál větší zatížení se přenáší ze státu na rodiče, ale jinak tady to zacházení a způsob vychování, pokud jsou klienti výchovy schopni, se mi zdá být v pořádku. Zařízení shledávám jako zařízení plně poskytující dostatečnou a odbornou péči.“

4. „Chyby v péči v zařízení nepozorujeme. Když je doplňována tou péčí doma, tak vše zvládneme taky celkem dobře.“

„Péči o syna by v případě potřeby převzal druhý syn, který je soudně ustanovený opatrovníkem H. Nemám pochybnosti, že by to nedělal dobře. Do této míry postaráno je. Finanční prostředky jsou také zajištěny a poskytnuty druhému synovi k dispozici, v případě potřeby. I v případě, že by byla potřeba syna trvale umístit do ústavu sociální péče, hmotné prostředky na to také jsou zajištěny.“

5. „Nechtělo by se mi nechat tady syna samotného.“

6. Bratr H.

rodina M.

1. 49 let

2. „K těm pozitivním patří snad to, že je kamarádský, upřímný, nedokáže někomu škodit, nebo mít nálady, kterými by se dostal do stavu, že by byl někomu nepříjemný.“

„K těm negativním u něj někdy pozorujeme to, že se nedokáže přinutit k nějaké samostatné činnosti. Čeká, kdo mu dá nějaký program. Když mu program nedám, bude sedět a za chvíli se mu budou přivírat oči, protože bere hodně léků proti epilepsii. Dostane se do spánku, který je škodlivý pro tenhle druh nemoci, co má. Nepravidelný spánek vyvolává záchvaty a to je to, co on nepotřebuje.“

3. „Stát nedělá to, co by ve prospěch těchto lidí dělat měl. Lidí, kteří potřebují tuto pomoc přibývá, ale těch ústavů, které by jim pomoc poskytl, nepřibývá. Stát je

v tomhle směru postiženým hodně dlužen. Změnou vlády, parlamentu, se neuskutečňují dobré věci, které se třeba někomu podaří najít. Tyto plány se v důsledku toho nerealizují.“

4. „V případě nouze a potřeby pomůže v péči o dva roky mladší syn (47), který je na tom zdravotně velmi dobře. A pomůže ne nerad, ale vlastním citem. Je to jeho bratr a on ho takhle bere a to ho neopustí, nezanevře na něj. Takže v tomto směru spoléháme na mladšího syna.“

5. „To, aby synův stav, který je neléčitelný, aby nepokračoval dál. Když už je, aby zůstal v té rovině, ve které je dnes.“

6. „Pokud jde o příbuzné, tak celá rodina, včetně rodiny mladšího syna. Pokud jde o známé, tak je to v prostředí stacionáře, kde jsou všichni „mezi svými.“

paní J., 86 let

1. 54 let

2. „Je dobře, že syn dochází do Empatie, že je mezi svými a je v kontaktu. Doma mi pomáhá, je to silný chlap.“

3. „S Empatií jsem spokojena, syn tam dochází už léta. Je dobře, že jsou taková zařízení, kde mohou být tito lidé spolu v kontaktu.“

4. „Syn dochází každý den do zařízení, doma to spolu také zatím zvládáme. Jsme na sebe vázaní, máme jen jeden druhého. To, co já dneska už nezvládám s mou silou, on pomůže.“

„Když by se se mnou něco stalo, mám podanou žádost o umístění syna do zařízení, která stále běží, ale zatím nemají místo. Musela bych udělat nějakou závěť, abych synovi nechala napsat byt, aby měl alespoň kde bydlet, aby měl něco pro sebe. Musím to nějak tak zajistit, aby ho odsud nikdo nevyháněl, když by nemohl být tam.“

5. „Až tu nebudu, aby bylo o syna postaráno. Dokud by v Empatii byli lidé, kteří tam pracují dnes, člověk by byl klidnější. Ale lidi se mění, každý není takový obětavý, tak nevím, jak by to bylo dál“

6. „Jsme tu sami, máme jeden druhého. V Budějovicích jsme tady jako na ztracené vatě. Mám ještě jednoho syna, tomu bude 70, ale ten žije v Praze. Vnukům už je také přes 40

let, ti už mají také své děti a své starosti, takže na koho se můžete spolehnout z příbuzných. Někdo má alespoň někoho, jednoho, ale my jsme tady sami. Člověk je odkázaný na cizí, obětavé lidi, protože se tomu věnují a pro tyhle děti něco dělají.“

rodina V.

1. 40 let

2. „Je-li v pohodě, je klidná, komunikativní, i když se s obtížemi vyjadřuje. Je společenská, má ráda malé děti. Snadno si oblíbí i starší přívětivé lidi. Má ráda zvířata- malé pejsky, kočky. Je houževnatá při činnosti, která ji baví např. vyšívání, omalovávání, čtení, počítání jednoduchých příkladů, opisování textů, básničky.“

„V rodině sleduje data svátků a narozenin blízkých, přátel, vede si záznamy v kalendáři.“

„V hygieně je až přepečlivá (mytí rukou po WC, čištění zubů, koupání).“

„Doma si bez požadování SAMA uklidí pokojíček. Je samostatná při uvaření kafe, čaje, nachystání snídaně.“

„Je pomalá v chůzi, odmítá i popoběhnout.“

„Při stresové situaci, která se jí týká, zbledne až do zmodrání rtů, je velmi roztěkaná a nesoustředěná a obtížně se vyjadřuje. Je hodně citlivá v této oblasti, stačí drobnost od spolubydlících v Empatii a je rozhozená.“

3. „Stát pro postižené osoby nedělá důsledně politiku, která by těmto osobám naplnila život tím, že by se cítily normálně, že jsou potřební, mají životní povinnosti v nějaké smysluplné pracovní činnosti podle individuálních schopností. Stát je tímto odsouvá na periferii normálního života. Tlumí aktivitu neziskových organizací přes nedostatečné financování a přitom ony suplují povinnost státu. O těchto problémech je ve společnosti stále hodně řečí, ale „skutek utek“.

4. „V současné době, kdy je v Empatii a jednou za 14 dnů jezdí domů, nepociťujeme žádné problémy. V Empatii je spokojená a to je hlavní. Tamní personál je na vysoké úrovni po stránce přístupu ke klientům, takže tam vládne „taková domácí atmosféra“ a pohoda.“

„Nad rámec povinností, dnes se říká „nad standardy“, organizují aktivity, které klientům zpestřují život, snaží se sehnat jim „nějaké zaměstnání“, činnost, vedou je k samostatnosti, odpovědnosti atd.“

„Co bude v budoucnu, je otázka, až tu nebudeme. Závisí na zbytku rodiny, která by se měla snažit, aby měla dcera pocit, že není jako kůl v plotě, že má rodinu, že může být také se svými blízkými. Starší dcera pracuje jako pedagog v Arpidě, takže má předpoklady k tomu, aby o svoji mladší sestru projevovala patřičnou starost.“

5. „Znepokojuje nás pocit, že nebudeme vědět, jak se má, zda žije šťastný život alespoň jako dnes, kdy jsme ještě zde. Prakticky je odkázaná na žití po celý zbytek života v domově mimo Domov. Pokud by byla v takovém prostředí, jako je v Empatii, byli bychom spokojeni a ona jistě také, ale kdo ví, co bude v budoucnu?“

6. „Máme ještě dceru, vdanou, která má dvě zdravé děti, postižená dcera je má všechny ráda, je na ně zvyklá, oni ji berou jako sobě rovnou, takže se cítí s nimi dobře, ale nejde se na ně spolehnout, že by ji opatrovali doma.“

V mé práci jsem porovnávala 5 rodin se stejnou životní situací, která obnáší péči o postižené dítě. To znamená, že mými respondenty jsou rodiče mentálně postižených lidí, kterým byly položeny otázky týkající se problémů v péči o postižené děti v důsledku stárnutí a stáří těchto rodičů. Avšak mí respondenti se liší věkem, inteligenční schopností, počtem ostatních potomků a příbuzných a svými názory na danou situaci. Zajímavá je shoda dvou rodin, respektive rodiny M. s rodinou H., které spojuje přibližný věk rodičů, podobná inteligenční schopnost, obě rodiny mají mladšího syna, na kterého spoléhají a vyznávají podobná přesvědčení. Odpovědi všech těchto respondentů budou porovnány.

4.2 Výsledky řízeného rozhovoru

První dotazovanou byla paní Š., paní Š. má syna, který do Empatie dochází denně, situaci a péči doma zvládají dobře, paní Š. je na tom zdravotně dobře.

Paní Š. nemá manžela, ani ostatní děti. Jediným příbuzným je sestra dotazované.

V případě paní Š., která na otázku, jak má péči o syna vymyšlenou a zajištěnou do budoucna, odpověděla, že spoléhá na podporu a pomoc ze strany své sestry. Nad touto

odpovědi se vznášejí otazníky, protože se sestrou se nijak významně nevidají a mají mezi sebou rozepře.

Rodina H. má syna, který do Empatie dochází denně. Denní stacionář zařízení usnadňuje rodině domácí péči, která je díky tomu zvládána taky celkem dobře.

Rodina H. má ještě jednoho, mladšího syna, který je fyzicky i duševně zdravý.

Rodina H. je silně věřící.

V případě rodiny H., která je věřící a morálně plně způsobilá, ve své odpovědi uvedla, že v případě potřeby by péči o syna převzal druhý syn, který je zdravotně i psychicky způsobilý k tomuto úkonu. Už díky určení opatrovnictví syna druhým synem dotazovaných, je jejich přesvědčení velice hluboké a pravděpodobné.

Rodina M. také využívá denní služby stacionáře. Domácí péči zvládají.

Rodina M. má také, stejně jako rodina H., ještě mladšího a zdravého syna.

V případě rodiny M., která ve své odpovědi na otázku, jak mají péči o syna vymyšlenou a zajištěnou do budoucna, odpověděla, že v případě potřeby a nutnosti spoléhají na svého druhého, mladšího syna. Rodina M. spoléhá na uvědomění si morálního přesvědčení mladšího bratra postiženého a myslí si, že se svého úkolu ujme dobře.

Situace rodiny H. a rodiny M. je velmi obdobného charakteru. Jsou to podobně intelektově založené rodiny, respektive rodiny na vysoké inteligenční úrovni. Obě rodiny využívají denní služby stacionáře a obě rodiny mají mladšího syna, na kterého v případě potřeby spoléhají a jsou o pomoci a podpoře ze strany mladšího syna hluboce přesvědčeny. Odpovědi těchto dvou rodin se téměř ztotožňovaly.

Odlišným případem je paní J., která žije se svým synem sama. Syn paní J. dochází do zařízení denně. Domácí péči zvládají hůře, ale díky kompenzaci synovy síly a rozumových schopností paní J., se situace doma dá, ač s obtížemi, zvládnout.

V případě paní J. je situace velice komplikovaná. Se synem žijí sami. Paní J. má ještě jednoho syna, který žije mimo místo jejich bydliště. Paní J. sama ve své odpovědi uvádí, že se na něj spolehnout nemůže. Paní J. je omezena v pohybu, proto je ráda, že jí

syn, se kterým žije, pomůže a spolu svou situaci doma, v rámci možností zvládají. Dokud mají jeden druhého, ideálním řešením jejich situace by bylo zařízení penzionového, rodinného typu, kde by za občasné asistence pracovníků zařízení svou situaci zvládali lépe.

Paní J. s paní Š. slučuje situace jediného rodiče postiženého. Obě dotazované mají syna. Avšak liší se věkem, přičemž paní J. je starší než paní Š. Paní J. je 86 let. Paní Š. je přesvědčená o tom, že jí pomůže její sestra, avšak paní J. zpochybňuje pomoc ze strany svého druhého syna, který je jediným příbuzným paní J. a jejího syna.

Rodina V. je od ostatních rodin odlišná tím, že nevyužívá denní služby stacionáře, ale možnost chráněného bydlení v zařízení. Dcera je v domácím prostředí jednou za 14 dní. V domácí péči nepociťují žádné problémy.

Rodina V. má ještě jednu starší, zdravou dceru, která, jak uvádí respondent, má díky své profesi předpoklady k tomu, aby se o svou mladší sestru v případě potřeby postarala.

Rodina V. odpověděla na mou otázku, že záleží na zbytku rodiny, jak se k situaci postaví. Rádi by věřili, že zbytek rodiny projeví patřičnou starost a o dceru bude dobře postaráno. Zároveň také zmiňují, že se nemohou spolehnout na to, že rodina bude o dceru pečovat doma.

Všechny dotazované rodiny, kromě paní Š., mají ještě jednoho potomka, to znamená 4 z 5 dotazovaných rodin mají ještě alespoň jednoho, zdravého potomka. 2 dotazované rodiny jsou o pomoci ze strany druhého potomka a další rodiny hluboce přesvědčeny.

1 dotazovaná rodina pomoc ze strany svého dalšího potomka, který je jediným příbuzným, spíše vylučuje a snaží se synovi obstarat místo v zařízení.

1 rodina pomoc ze strany svého druhého, zdravého potomka zpochybňuje, ale zároveň doufá v jeho pomoc a pomoc ostatní rodiny,

1 dotazovaná, která nemá žádného dalšího potomka, doufá v pomoc ze strany své sestry.

Rodina	Zjištěné skutečnosti
Paní Š.	žádný potomek
Rodina H.	hluboce přesvědčena o pomoci zdravého syna
Rodina M.	hluboce přesvědčena o pomoci zdravého syna
Paní J.	pochybuje o pomoci zdravého syna - bydlí jinde
Rodina V.	doufá v pomoc zdravé dcery - má k tomu všechny předpoklady

5. Diskuse

Problémy v péči o postižené osoby nastávají tehdy, kdy rodiče stárnou, slábnou a v důsledku toho pak dochází k úpadku jejich fyzických sil a možností se o postiženou osobu plnohodnotně postarat. Některé z rodin, kde rodiče zestárli, nemusí být úplné. V některých rodinách jeden z rodičů již zemřel, nebo dalším příkladem neúplné rodiny je ta, kde se matka odjakživa o postižené dítě stará sama, neboť otec se s takovou zátěží nedokázal vyrovnat a raději rodinu opustil. V takovém případě je ideálním řešením situace, kdy dojde k sloučení fyzické síly a psychické schopnosti, kdy mentálně postižená osoba bývá fyzicky zdravá a může fyzicky oslabeným rodičům významně pomáhat. Rodič pak funguje psychicky, používáním zdravého rozumu. Díky takovému sloučení pak rodina funguje vcelku dobře i v domácím prostředí. Tato vzájemná prospěšnost a výpomoc členů rodiny může být společensky a ekonomicky výhodná. V druhé řadě má bezpochyby silný etický rozměr.

Příklad z mého okolí

„Již odmala jsem v mém rodném městě potkávala paní, která tlačila na kočárku svého postiženého syna, kterému mohlo být v té době tak kolem patnácti let a paní přibližně okolo čtyřiceti pěti let. V té době to byla statná žena a svého syna sebou vozila opravdu všude. Dnes, bezmála po dvaceti letech, potkávám tuto dvojici stále. Paní již syna, dnes pětatřicetiletého silného muže, vozí na invalidním vozíku. Pozoruji, že ze statné postavy oné paní se již hodně vytratilo a stále častěji mne napadá otázka, jak dlouho jí ještě na obsluhu svého syna budou zbývat síly. Jak se tato matka, která měla syna u sebe celý život, dokáže smířit s tím, že přijde chvíle, kdy se budou muset rozdělit a žít jeden bez druhého? Pro koho vlastně bude taková situace těžší?“

Nejideálnějším řešením pro rodiny s mentálně postiženými dětmi a staršími či starými rodiči, by bylo soužití těchto rodin v zařízení penzionového, rodinného typu. V něm by rodiny s těmito problémy mohly žít v podstatě samostatným, rodinným životem, za asistenční podpory sociálních pracovníků, dobrovolnických pracovníků,

charitativních a humanitárních organizací. Střed a význam života těchto rodin by byl ve vzájemné pomoci a spolupráci členů rodiny a v jejich relativní samostatnosti.

Individuální případ

Jako individuální příklad uvádím případ třech mentálně postižených sourozenců ve věku kolem 60 – 65 let. Jsou to lidé důchodového věku, kteří žijí se svými rodiči (matka 81 let, otec 86 let), ve společné domácnosti, kam za nimi pravidelně dochází a pečuje o ně již 19 let, zdravá sestra těchto tří postižených sourozenců.

Postižení sourozenci odmala vyrůstali v domácím prostředí. Jakmile se některý z mužů ocitl na doporučení lékařů v ústavní péči, pobyt tam nesl velmi těžce a domů se vracel s přidruženými chorobami a v zuboženém stavu. Byli zvyklí na domácí prostředí a pobyt v zařízení nesnesli.

Jak tito sourozenci stárnou, zhoršuje se i jejich duševní stav celkově. Rodina si stěžuje, že jsou neklidní, podráždění a bojácní. U nejstaršího ze sourozenců se po příjezdu z ústavní péče objevily i projevy neklidu a agrese. Žádné léky na uklidnění žádný ze sourozenců pravidelně neužívá. Pouze v případě, že jsou opravdu neklidní, např. Stilnox, Paralen nebo Ibalgin.

Velkým problémem pro rodinu je, že rodiče těchto mužů jsou už staří a zdravá dcera se stará jak o své postižené sourozence, tak i o své rodiče. V takovém případě je situace rodiny velmi náročná. Rodina si je vědoma, že vytrhnout sourozence z domácího prostředí by nedělalo dobrotu, tudíž v tomto případě přichází v úvahu pouze medicínská pomoc, kterou by se ztišily stavy neklidu mužů, tím pádem by se celá situace pro zbytek rodiny, která se o ně stará, stala snesitelnější.

6. Závěr

V této práci jsem se pokusila zjistit a zmapovat problémy v péči o postižené osoby v rodinách stárnoucích a starých rodičů a zároveň nalézt možná řešení problému. Díky rozhovorům, které jsem provedla, mohu potvrdit hypotézu číslo 1, která zní, že péče o mentálně postiženého člověka se rovná celoživotní péči. Všech 5 mých respondentů se potýká s otázkou „co bude s mým dítětem, až my tady nebudeme?“ Všichni mí respondenti nad touto otázkou přemýšlejí a snaží se své dítě zajistit i do budoucna. Většina z nich spoléhá na své příbuzné, z čehož většina spoléhá na své další, zdravé dítě.

V hypotéze číslo 2 uvádím, že péče o mentálně postiženého člověka se pro stárnoucí osobu stává čím dál více náročnou a méně zvladatelnou. Tuto situaci kompenzuje to, že děti všech mých respondentů využívají služby stacionáře. To znamená, že tato péče je doplňována péčí doma, která je pro rodiče tím pádem lépe zvládnutelná. Ovšem v případě respondentky paní J. by bylo ideálním řešením situace již zmiňované zařízení penzionového, rodinného typu, kde by díky výpomoci pracovníků zařízení, mohla se svým synem fungovat lépe než doposud v domácím prostředí.

Hypotéza číslo 3 říká, že v rodinách mentálně postižených lidí, kdy rodiče stárnou, nebo jsou staří, dochází k rozdělování rolí mezi rodičem či rodiči a mentálně postiženou osobou, kdy mentálně postižení lidé přejímají a zastávají fyzickou roli a rodiče tu psychickou. Tuto hypotézu mohu opět potvrdit v případě paní J., která byla mou nejstarší respondentkou. Odpověď respondentky na otázku číslo 4, zda pozoruje nějaké problémy v péči o syna, tuto hypotézu potvrzuje.

Cílem mé práce bylo také poukázat na možné mírnější řešení situace, kdy se rodiny mentálně postižených lidí dostanou do fáze, že péči o mentálně postiženou osobu zvládají těžko, nebo ji nezvládají už vůbec.

Tímto mírnějším řešením takovýchto situací by mohlo být již zmiňované zařízení penzionového rodinného typu, kde by rodiny mohly dále žít a fungovat spolu.

7. Seznam použitých zdrojů

- COHEN, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.
- ČERNÁ, M. A KOL. *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Vyd. Praha: Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- <http://www.klinikazdravi.cz/documents.php?mid=850c999e-7ae5-102b-b5f4-0030488c557c>
- <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- KLINIKAZDRAVI.CZ. Osoby se zdravotním postižením [online]. c2009 [cit. 2009-3-1]. Dostupný z WWW:
- KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Vyd. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
- MENTALNIRETARDACE.CZ [online]. c2009 [cit. 2009-3-13]. Dostupný z WWW:
- PIPEKOVÁ, J. A KOL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Vyd. 1. Praha: Parta, s.r.o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VOTAVA, J. A KOL. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

8. Klíčová slova

Mentální postižení

Problémy v péči

Sociální služby

Stárnoucí rodič

9. Přílohy

Příloha č. 1

Deklarace práv duševně postižených lidí

1. „Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard.

Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.

4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá

nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.“

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. Prosince 1971.²⁸

²⁸ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.