

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Miroslava Kacbudová

Jedinec se zdravotním postižením a možnosti jeho integrace

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kotvová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINET STUDIES

2010-2013

BACHELOR THESIS

Miroslava Kacbudová

Individuals with disabilities and the possibilities of its integration

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Miroslava Kotvová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne: 28. 2. 2013

Miroslava Kacbudová

Anotace:

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá jedinci se zdravotním postižením, možnostmi jejich integrace. Uvádí společenské organizace, které pomáhají jedincům se zdravotním postižením. Vymezuje jednotlivé základní typy zdravotního postižení. Praktická část obsahuje kazuistiku a dotazníkovou metodu, která se týká postoje rodičů k integraci.

Klíčové pojmy:

Asistent pedagoga, dětská mozková obrna, integrace, inkluze, mentální retardace, rodina, opožděný vývoj řeči, sluchové postižení, společenské organizace, tělesné postižení, zdravotní postižení.

Annotation

Bachelor thesis in the theoretical part deals with individuals disabilities, of integration. Features of social organization that helps individuals with disabilities. It defines the different basic types of disability. The practical part includes case studies and questionnaire method, which relates to parental attitudes to integration.

Key words:

Assistant teacher, Cerebral Palsy, delayed speech development, disability, family, hearing impairment, inclusion, integration, medical disability, mental retardation, mobility aids, social organization

OBSAH

Úvod	7
1. Teoretická východiska	9
1.1 Historie výchovy zdravotně znevýhodněných	9
1.2 Vymezení pojmů exkluze, inkluze, segregace, integrace	11
1.3 Speciální pedagogika – pedagogické disciplíny, vymezení	13
2. Zdravotní postižení, terminologické vymezení, definice	14
2.1 Mentální retardace a poruchy autistického spektra	14
2.2 Sluchové postižení a porucha komunikačních dovedností	19
2.3 Zrakové postižení	27
2.4 Tělesné postižení	29
3. Integrace zdravotně postižených jedinců	32
3.1 Integrace v České republice, modely integrace	32
3.2 Integrovaný pedagogicko-psychologický systém	33
3.3 Integrace do běžného školského prostředí	34
3.4 Vzdělávání jedinců se zdravotním postižením	35
3.5 Úloha asistenta a osobního asistenta	43
4. Rodina postiženého jedince a její spolupráce	44
4.1 Rodina – charakteristika	44
4.2 Reakce rodiny zdravotně postiženého dítěte, styly výchovy	45
4.3 Postižený jedinec jako zakladatel rodinného života	47
4.4 Spolupráce rodiny	49
5. Společenské organizace a jejich význam pro život jedinců s postižením	50
5.1 NRZP - Národní rada osob se zdravotním postižením	50
5.2 SONS- sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých	51
5.3 ČUN - Česká unie neslyšících	53
5.4 APLA - asociace pomáhající lidem s autismem	54
5.5 UNIE ROKA- organizace pro jedince s roztroušenou sklerózou	55
5.6 SPMP ČR - společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR	57

6. Praktická část, kazuistiky, dotazníková metoda	58
6.1 Kazuistika – Dítě s DMO	58
6.2 Kazuistika – Dítě s opožděným vývojem řeči	62
6.3 Celkové zhodnocení problematiky kazuistik	64
6.4 výzkumná část – dotazník	65
6.5 Zhodnocení a doporučení	73
Závěr	74
Seznam použitých zdrojů	75
Seznam Grafů	
Seznam příloh	

ÚVOD

V oblasti integrace jedince se zdravotním postižením dochází v poslední době k řadě kladných změn. Společnost v dnešní době chápe postižení jako sociální znevýhodnění, nikoliv jako patologický jev, proto není třeba vyřazovat jedince s handicapem ze společnosti, ale naopak mu umožnit vzdělání dle jeho typu postižení.

Snahou v oblasti předškolního, základního i středního vzdělání je integrovat co největší počet dětí (žáků) se zdravotním postižením do těchto škol. Stejně je to i u dospělých jedinců, kde je snaha zdokonalovat se a rozvíjet se s ohledem na jeho možnosti a schopnosti.

Zdařilé integraci musí předcházet vytvoření určitých podmínek. Kromě podmínek pedagogických musí být vytvořeny také podmínky ekonomické, psychologické a sociální. Úspěšnost integrace také závisí na samotném jedinci a rodině.

Pracuji jako učitelka v mateřské škole a se svými kolegyněmi a paní ředitelkou se snažíme vytvářet podmínky pro integraci dětí se zdravotním postižením. V naší MŠ je integrovaný chlapec s dětskou mozkovou obrnou, k jeho integraci přispívá účast asistentky pedagoga, která mu velmi pomáhá.

Cílem mé bakalářské práce je zjištění současného stavu péče o jedince se zdravotním postižením a možnosti jejich socializace ve spolupráci s rodinou.

Bakalářská práce je členěna do šesti kapitol. První kapitola vymezuje pojem integrace, inkluze, segregace, exkulze. Popisují společenské změny v průběhu času v oblasti začleňování jedince se zdravotním postižením. Kapitola dále obsahuje vymezení speciální pedagogiky, její cíle a pedagogické disciplíny.

V druhé kapitole se zabývám vymezením jednotlivých typů zdravotního postižení. Mentální retardací, poruchou autistického spektra, somatopedickým postižením, sluchovým postižením a zrakovým a poruchou komunikačních dovedností. Zabývám se příčinami a vznikem zdravotního postižení.

Třetí kapitola obsahuje vymezení integrace a její modely, dále možnosti integrace jednotlivých typů zdravotního postižení do společnosti a školského prostředí. Uvádí kompenzační pomůcky pro jedince s handicapem. Popisuje integrovaný pedagogicko-psychologický poradenský systém.

Ve čtvrté kapitole se dozvíme jak velice je důležitá rodina. Reakce rodičů na zdravotně postižené dítě a její fáze od prvotního šoku až po smíření s danou situací, možnosti spolupráce a styly výchovy. Dále je zde uvádím, jak jedinec se zdravotním postižením se stává zakladatelem rodinného života, profesního a partnerského.

Pátá kapitola je zaměřena na společenské organizace a jejich význam pro život jedinců se zdravotním postižením, jejich priority, poskytované služby a střediska v ČR. Jedná se o organizace: NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením, SONS – sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých. ČUN – Česká unie neslyšících, APLA – asociace pomáhající lidem s autismem. Unie ROSKA – organizace pro jedince s roztroušenou sklerózou. SPMP ČR- společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice.

Šestá a poslední kapitola patří praktické části, kde jsou obsaženy dvě kazuistiky. Dítě s dětskou mozkovou obrnou a chlapec s opožděným vývojem řeči, kteří navštěvují naši mateřskou školu, kde pracuji. Metodou pozorování se snažím zachytit jejich projevy a chování. Poukazuji hlavně na to, jak může působit rodina na dítě a jejich odlišné podmínky. Další část je věnována dotazníkové metodě, kde formou jednoduchých otázek, položených rodičům v mateřské škole, zachycuji, jak veřejnost a rodina nahlíží na možnosti integrace, jak vlastních dětí, tak i cizích.

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1. Historie výchovy zdravotně znevýhodněných

Výchova a vzdělání dětí se zdravotním postižením, které se lišily svým chováním nebo zdravotním omezením, byly oddělovány od ostatních zdravých dětí. Odborný zájem byl ze začátku pouze lékařský. Do konce 18. století zdravotně postižené děti byly řazeny podle dřívější terminologie, která se v současné době již nepoužívá. (Například – zamračené, mravně narušené nebo nezhojitelně choré). Těmto dětem se mohlo dostat základní výchovné a vzdělávací péče.

Významnou osobností, která se ve svých dílech zajímala o životní situaci handicapovaných osob, byl **Jan Ámos Komenský** (1592 – 1670), který ve svých dílech vyzýval ke změně postojů k dětem s handicapem, které až do té doby byly z výchovně-vzdělávacího procesu zcela vyčleněny. Myšlenky Komenského mohly být realizovány až po dlouhém časovém období.

Od 17 století do poloviny 19. Století společenská situace neumožňovala realizaci všestrannější a odbornější péče o postižené osoby. Konec 19. století a začátek 20. století se považuje za období „*speciálně pedagogického myšlení*“, kde se objevil zájem o léčbu, výchovu a řešení právní problematiky postižených osob. V této době vznikaly první odborné ústavy pro jedince s různými typy zdravotního postižení.

V tomto období se začaly psát první učebnice pro handicapované děti, mezi ně patří i Moravskoslezský zemský zákon č. 33 z 18. 2.1890, který určoval, že hluchoněmé a slepé děti by se měly účastnit vyučování s „*plnosmyslnými*“ žáky v dané obecné škole, v rozsahu nejméně 4 hodin týdně. Toto integrační nařízení si vyžádalo speciální vzdělávání učitelů. Vzdělávat se v tomto oboru bylo možné pouze soukromým studiem. Teoretickou platformou nových pedagogických tendencí byla nová vědní disciplína, která se nazývala Pedologie.

Význam pedologické teorie objasňoval psycholog, profesor **František Čáda** (1865-1918), jako základy pro praktické aplikace v péči o mládež. Kladl se veliký důraz na práva dítěte, dětské hodnoty a dětskou svéráznost, protože děti nejsou zmenšenina dospělého člověka.

V průběhu 20. Století se začalo posuzovat komplexní chápání mezi obecnou a speciální pedagogikou. V roce 1911 zavedl Danemann, Schober a Schulze pojem „*léčebná pedagogika*.“ (Heil pedagogik), který se v českých zemích neujal.

V naší zemi zavedl **Jan Mauer** termín nápravná pedagogika pro vědní obor, která měla tři základní cíle:

- Pomáhat jedincům k tělesnému uzdravení.
- Podněcovat jejich vývoj tělesným a duševním cvičením.
- Připravovat jedince pro praktický život v rámci možností.

(Renotierová, Ludvíková, 2004)

Nutností bylo vybudování speciálních ústavů a škol pro jedince se zdravotním postižením.

Jedličkův ústav pro děti zmrzačené v Praze (1913), Ernestinum v Praze (1871), ústav pro zmrzačené v Brně (1919), nebo ústav pro zmrzačené a rachitické v Plzni (1921).

Hlavní otázkou tehdy bylo, zda tito jedinci mohou mít prostor a přístup ke vzdělávání.

V roce 1950 dochází k budování samostatné pedagogické disciplíny – **speciální pedagogiky**. Vycházelo se z názorů, že koncentrací jedinců se zdravotním postižením a užití správných postupů a metod se správně realizuje právo na vzdělání.

V období let 1970 – 1989 se vyjíměčně setkáváme se vzděláváním postiženého dítěte v běžné škole.

(Valenta a kol, 2003)

Po roce 1989 se v naší zemi začala veřejnost dozvídat o formách a obsahu edukace jedinců se zdravotním postižením.

V současné době je speciální pedagogika prostoupena snahou o humanizaci a integraci, a snahou o integraci do společnosti těch, u nichž je to alespoň částečně možné.(Fischer, Škoda, 2008)

1.2 Vymezení pojmů exkluze, inkluze, segregace, integrace, adaptace, asimilace, akomodace

Lidé a pedagogičtí pracovníci, kteří se zabývají integrací zdravotně postižených jedinců, se setkávají s různými odbornými pojmy, které se týkají začleňováním či vyčleňováním jedince ze společnosti. Jedná se o pojmy: exkluze, segregace, inkluze, integrace, adaptace, asimilace, akomodace, socializace, edukace, reedukace. Znalost těchto pojmů je důležitým základem při práci se zdravotně postiženými jedinci. ([vlastní zdroj](#))

- **Exkluze**

Podle slovníku cizích slov se tento pojem uvádí jako vyloučení, nebo vypuštění. ([http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/e\)xkluze](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/e)xkluze) 3.1.2013) Ze speciálně pedagogického hlediska výraz znamená, že jedinec je vyloučen ze vzdělávání ve veřejném školství.

- **Segregace**

Tento pojem podle slovníku znamená oddělování, či rozdělování. Segregace je opačným významem integrace. Pro handicapované jedince jsou zřizovány speciální ústavy a zařízení.

Podle Jesenského (1993, s. 62) definujeme segregaci jako *stav, kdy se postižený odděluje od společnosti. V důsledku nonakceptace vady se straní společenského styku, vystavuje svůj defekt i disability, setrvává v defektivitě, neustále akcentuje své znevýhodnění jako nepřekonatelnou hráz mezi sebou a intaktní společností.*

- **Inkluze**

Částečně po integrační fázi, částečně paralelně s ní a s různým výrazným akcentem se stává v současné době centrálním pojmem – inkluze. Tím se dal impuls k hluboce zasahujícím reformám, aby se postižení lidé vůbec nemuseli vylučovat ze společnosti, nýbrž aby se od začátku mohli do ní začlenit. Lidé s různými znaky a schopnostmi se mají samozřejmě spoluúčastnit dění ve škole. (Pipeková a kol, 1998)

- **Integrace**

(z latinského integer = neporušený) můžeme vymežit jako snahu o úplné zapojení handicapovaného jedince, začlenění a zapojení ve společnosti. WHO definuje integraci

jako sociální rehabilitaci, jako schopnost osoby podílet se na obvyklých sociálních procesech.

Jesenský (1995, s. 12) integraci definuje jako *stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy, jeden pro druhého.*

- **Adaptace**

Požaduje oboustranné přizpůsobování postižených a nepostižených. Cíl spočívá v kreativním a angažovaném úsilí smířit se s odporujícími stanovisky a přiblížit většinu postiženému jedinci a naopak postiženého jedince skupině. Z toho vzniká dynamický proces vzájemného přizpůsobování.

(Vítková, 2004)

Adaptací se rozumí přizpůsobování se obou stran. Cílem je vzájemné úsilí o přiblížení se. K rozsáhlým, stále probíhajícím a interaktivním formám integrace vede právě vzájemná adaptace (Fischer, Škoda, 2008).

- **Asimilace**

Znamená, že se zdravotně postižený jedinec vypořádá se způsoby a pravidly chování většiny a že je převezme, jak toho bude schopen. Jakékoli odlišnosti jsou považovány za negativní a jsou proto redukovány.

- **Akomodace**

Vyjaduje přizpůsobení se způsobům a pravidlům většiny, chybí však důraz na potlačování odlišností. Zdravotně postižený jedinec si utváří pozitivní obraz. Prvořadá jsou práva jedinců s postižením. Ti jsou vnímáni jako jedinečné osobnosti, které je potřeba podporovat v jejich vývoji a jejichž odlišnost není negativem.

- **Socializace**

Rozumíme tím zespolečenštění, proces osvojení jazyka, lidských forem, norem, chování, hodnot a mezilidských vztahů

Zdroj:http://slovníkcizichslov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=socializace 4. 1. 2013

1.3 Speciální pedagogika – pedagogické disciplíny, vymezení

Speciální pedagogika se dělí do pedagogických disciplín. Každá disciplína se zabývá jednotlivými typy postižení. Hlavním cílem speciální pedagogiky je výchova a vzdělání jedinců se zdravotním postižením a začleňováním se do školního prostředí, společnosti, reedukací a inkluzí. (vlastní zdroj)

Fischer, Škoda, 2008, s 13 vysvětluje speciální pedagogiku takto: „*Speciální pedagogika je velmi významný a rozvinutý obor pedagogiky. Její poslání a význam spočívá ve speciální edukaci a rozvoji jedinců, kteří mají oproti většině ostatních speciální edukační potřeby a kteří pro svůj rozvoj potřebují speciální přístup a péči.*“

Vymezení jednotlivých pedagogických disciplín

- **Psychopedie**

Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína včleněná do soustavy pedagogiky. Předmětem psychopedie je výchova a vzdělání jedinců s mentálním postižením a jejich enkulturace a socializace.

(Valenta, Müller, 2004,)

- **Logopedie**

Logopedie je speciálně nepedagogický vědní obor, který se zabývá výchovou a vzděláním, logopedickou péčí o jedince s poruchami komunikačních dovedností a také prevencí těchto poruch. Cílem logopedické péče je odstranit, překonat nebo zredukovat narušenou komunikační schopnost.

(J. Pipeková a kol. 1998)

- **Etopedie**

Etopedie je jedna ze šesti disciplín současné speciální pedagogiky. V roce 1969 se etopedie vyčlenila z psychopedie. Etopedie řeší poruchu chování, jejich etologii, projevy, možnosti nápravy i prevenci.

(Pipeková a kol. 1998)

- **Somatopedie**

Kábele, F, 1993 s 7 uvádí: *Název oboru somatopedie je vytvořen z řeckých slov soma (tělo) a paira (výchova). Tento název, stejně jako názvy ostatních oborů speciální pedagogiky, byl vytvořen v duchu tradice pedagogického díla J. A. Komenského, který nazval jeden ze svých stěžejních spisů Pampédie. Somatopedie se zabývá výchovou a vzděláním tělesně postiženého jedince a tvoří jednu z vědních oblastí speciální pedagogiky.*

- **Tyflopedie**

Oftalmopedie nebo tyflopédie je věda o výchově a vzdělávání osob se zrakovým postižením, o fyziologii a patologii zrakového ústrojí a o vadách zraku. Oftalmopedie je podoborem speciální pedagogiky.

Snaží se lidem s vadami refrakce, šilhavostí, barvoslepostí nebo šeroslepostí, tupozrakostí, slabozrakostí nebo úplnou slepotou, pomoci překonat jejich handicap.

Paradigma oftalmopedie představuje pochopení specifických potřeb zrakově handicapovaných s odpovídajícím přístupem v oblasti postižení a následný normální postoj k jejich životu s cílem zajišťování standardní životní pohody.

Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Tyflopédie> (22. 2. 2013)

- **Surdopedie**

Surdopedie patří mezi obory speciální pedagogiky. Zabývá se rozvojem, výchovou a vzděláváním jedinců, kteří jsou znevýhodněni postižením sluchu, zajišťuje celkovou orientaci a připravuje je na možnosti integrovaného vzdělávání a socializaci. Také zde je třeba opora rodiny.

2. ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ, TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ, DEFINICE

Lidé se zdravotním postižením tvoří významnou skupinu obyvatel České republiky. Jedinec se zdravotním postižením je chápán v neposlední řadě jako člověk potřebující pomoc. Nejčastěji se setkáváme se zdravotním postižením tělesným, mentální retardací, zrakovým postižením, sluchovým postižením, narušení komunikačních schopností, kombinované vady, civilizační choroby. (vlastní zdroj)

2.1 Mentální retardace a poruchy autistického spektra

2.1.1 Mentální retardace

Za mentálně retardovaného jedince považujeme osoby, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností a k odlišnému vývoji některých psychických vlastností.

Míra mentálního postižení je u jedinců individuální. Za příčiny považujeme organické poškození mozku vznikající důsledkem strukturálního poškození mozkových buněk nebo jiného vývoje mozku. Opožděním duševního vývoje v prenatálním, nebo časovém, postnatálním období se nazývá **oligofrenie**. Mentální postižení v průběhu života, zpravidla po druhém roce věku označujeme jako demenci.

K demenci může dojít důsledkem úrazu či onemocnění mozku, kde vývoj je značně narušen či zastaven. Zhoršení, nebo úbytek rozumových schopností v důsledku demence v dětském věku se označuje jako **deteriorace**.

Některé stavy připomínající mentální retardaci (smyslové postižení, emoční poruchy) jsou označovány jako **pseudooligofrenie** a nepovažují se za mentální retardaci.

Z psychologického hlediska je snížení úrovně rozumových schopností chápáno jako snížená inteligence. Nejpoužívanějším vyjádřením inteligence je inteligenční kvocient, který zavedl W. Stern, vyjadřující dosažení výkonu (vývojový stupeň a chronologický věk). (Švarcová 2003)

$$IQ \quad \underline{\text{mentální věk}} \quad \times 100$$

Chronologický věk

Tab. 1. Klasifikace IQ

IQ	KLASIFIKACE INTELIGENCE	% v populaci
130- výše	značně nadprůměrná	2,2
120 – 129	nadprůměrná	6,7
110 – 119	mírně nadprůměrná	16,1
90 – 109	průměrná	50,0
80 – 89	podprůměrná	16,1
70 – 79	hraniční inferiorita	6,7
69 – a níže	mentální retardace	2,2

(Švarcová 2003 s 29 in Švancara)

Světová zdravotnická organizace v Ženevě zpracovala 10. Revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost roku 1992 a dělí se do šesti základních oblastí: Lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace (somatické potíže, autismus) a nespecifikovaná mentální retardace (prokázaná MR, ale nelze jedince zařadit ani do jedné oblasti)

Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace podle MKN 10

- **F70 Lehká mentální retardace**

Jedinci v dospělosti dokážou uvažovat v lepším případě na úrovni dětí středního školního věku. Chybí abstraktní stránka myšlení a slovního vyjádření. Verbální projev je jednodušší, kratší věty, nebo slovní spojení. Dokážou respektovat základy logiky. Hlavním nedostatkem pro školní dovednosti je teoretická část. Často mají problémy se čtením a psaním. V dospělém věku mohou dosáhnout plné samostatnosti s dohledem a oporou. (Vágnerová 2004)

- **F71 Středně těžká mentální retardace**

Rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn a přetrvává až do dospělosti. Omezení psychických procesů je provázeno často epilepsií, neurologickými a tělesnými obtížemi. Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý, časté dramatismy. Jednoduché věty

nebo jednoduchá slovní spojení, u některých jedinců přetrvává pouze nonverbální komunikace. Slabá schopnost komunikace a usuzování. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, celkově zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná. Emocionálně labilní, nevyrovnaní jedinci, časté afektivní a nepřiměřené reakce. Část postižených je schopna vzdělávat se v omezené míře ve speciální škole, nejschopnější mají možnost jednoduchého pracovního zařazení pod dohledem, nebo v chráněném prostředí. Neschopnost úspěšně a samostatně řešit náročnější situace. Některé je nutno zbavit svéprávnosti nebo je omezit v právních úkonech.

(Pipeková a kol, 1998)

- **F72 Těžká mentální retardace**

Těžká mentální retardace je charakterizována častými neurologickými příznaky, epilepsií, poruchami motorických funkcí časté stereotypní pohyby, poruchy psychiky, výraznou omezeností všech schopností. Jedinec komunikuje většinou nonverbálně, neartikulované výkřiky, v lepších případech jednotlivá slova. V častých případech může docházet k sebepoškozování jedince.

(Renotierové, Ludvíková, 2004)

F73 Hluboká mentální retardace

Ve většině případů jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, lidé s hlubokou mentální retardací jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nevytvoří se ani základy řeči. Jsou komplexně závislí na péči jiných lidí, obvykle bývají umísťováni do ústavu sociální péče.

Příkladem mentální retardace na podkladě vzniklé chromozomální aberací je **Dawnův syndrom** (trisomie 21. Chromozomu). Bylo zjištěno, že u zárodků s touto trisomií chybí celá jedna skupina genů. Postižení dawnovým syndromem jsou na první pohled odlišní, tato odlišnost může vést k sociálnímu odmítání, vyznačují se kulatým obličejem a rýhou na dlani. Mentální postižení bývá lehké až středně těžké. Jedinci bývají klidní, těžkopádní, emociálně dobře naladěni. Rodiče těchto dětí bývají zdraví.

(Vágnerová, 2004)

2.1.2 Poruchy autistického spektra

Autismus spadá do pervazivních vývojových poruch. V dřívější době, byla tato porucha přiřazována ke schizofrenii. Projev autismu se projevuje hned po narození, nebo do tří let života. V některých projevech se autismus podobá mentální retardaci, jelikož u některých jedinců bývá narušeno myšlení a jiné opravdu trpí mentální retardací. Větší výskyt je u chlapců. Mezi jednotlivými rysy, jsou veliké rozdíly. Autisté trpící mentální retardací a jsou odkázáni na péči druhých, označujeme jako *nefunkční autisty*.

Jedinci netrpící mentální retardací se mohou velice podobat zdravé lidské populaci, někteří mají mimořádné nadání jako například: výtvarné nadání, hudební a hlavně početní. Mají fenomenální mechanickou paměť – *funkční autismus*. Jedinec s autismem je nápadný svým chováním (někdy nám může připadat jako nevychovaný). Projevy autismu se dělí do tří základních oblastí.

Oblast sociální interakce a neverbální komunikace

Autisté neopětovávají emoční reakce, neverbální komunikace je u nich zcela odlišná. Dokáží emočně projevit jejich aktuální stav např. zlost, smích, jako podnět něčeho, co se právě událo. Mají problémy s dodržováním očního kontaktu, odmítají tělesný kontakt typu objetí apod. Bývají často nespolečenští, nevyhledávají přítomnost druhých lidí.

Verbální komunikace

Autisté často trpí opožděným vývojem řeči, první slovo u něj lze slyšet třeba až v šesti letech. Často opakující se fráze, slova, které slyšel ve svém okolí. Odpovědi na otázky jsou jednoduché. Nerozvíjí rozhovor dál.

Oblast hry a zájmů

Velký zájem o neživé předměty, nevyskytuje se u nich zájem o společné hry. Uplatňují zejména mechanickou paměť a při hrách nepřebírají role (hra na hasiče, rodinu). Opakované a bez účelové stereotypní pohyby, patří také do této oblasti. Autisté velmi lpí na rituálech.

(Nývltová, 2008)

2.2 Sluchové postižení a porucha komunikačních dovedností

2.2.1 Sluchového postižení

Souralová a Langer 2005, s 11 uvádí, že „*Sluchové vnímání je důležitou složkou dorozumívacího procesu. Hlavní význam pro sluchové vnímání a pro řízení veškerých sluchových reakcí má centrální část sluchového analyzátoru uloženu v temporálním laloku mozkové kůry. Zde se děje na podkladě zákonitosti vyšší nervové činnosti analýza a syntéza přicházejících zvuků i zpracování základního zvukového materiálu řeči.*“

Sluch je pro život člověka jedním z nejdůležitějších smyslů. Tento typ postižení představuje nejtěžší bariéru v komunikaci. Vada sluchu se negativně odráží ve třech základních oblastech:

- Oblast poznávací – pocity, zvuky, představa.
- Oblast vztahů k prostředí – socializace.
- Oblast osobnosti – zahrnuje charakter, emotivní a volní sféru.

Z toho vyplývá, že se špatně vytvářejí mezilidské vztahy, jedinec trpí společenskou izolací.

U jedinců se sluchovým handicapem je narušena percepce řeči, kde vývoj je značně omezen. Mluva je deformovaná při nedostatečné nebo chybějící kontrole. Myšlení neslyšících dětí vzniká nezávisle na řeči a vytváří se jen v oblasti konkrétních jevů.

(Pipeková, 1998)

Sluch má bezpečnostní funkci, která zůstává aktivní ne jen v bdělém stavu, ale též ve spánku. V bdělém stavu zvuk vyvolává obrannou a únikovou reakci.

(Slowík, 2007)

Příčiny sluchového postižení

Postižení sluchu se rozděluje do různých kritérií, vady sluchu podle místa poškození, a zdali jsou získané či vrozené.

Vady sluchu podle místa poškození

➤ **Periferní nedoslýchavost** se řadí do tří základních oblastí: převodní, percepční a retrokochleární.

U převodní vady sluchu jsou buňky v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem. Přenosu zvuku brání překážka ve středouší (zvětšená nosní mandle, nashromáždění ušního mazu apod.). Další možná příčina je recidiva zánětu středního ucha.

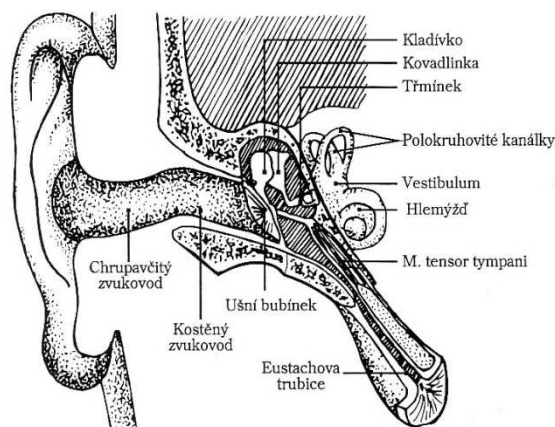
Percepční vada je způsobena poškozením vnitřního ucha, sluchových buněk, nebo sluchového nervu. Percepční vadu můžeme rozdělit na kochleární – porucha přeměny zvuku v elektronický signál ve vnitřním uchu.

Retrokochleární – porucha vedení zvukového signálu VIII. Nervem a sluchovou drahou mozkového kmene.

Sluchové vady a poruchy sluchu mohou vycházet z organického poškození nebo funkčního porušení části sluchového ústrojí. V periferní části může být zasaženo vnější ucho, střední ucho nebo vnitřní ucho. Vady a poruchy centrální části poté postihují mozková centra ve spánkovém laloku.

(Slowík 2007)

Obrázek 1 Stavba vnitřního a vnějšího ucha



(Pipeková a kol in Šlapák, 1998, s 84)

➤ **Centrální nedoslýchavost – hluchota**

Do centrální nedoslýchavosti či hluchoty zahrnujeme komplikované defekty způsobené různými procesy sluchových vad. Jedná se o abnormální zpracování

zvukového signálu v mozku. Z hlediska kvantity zvuku, se setkáváme s různými hodnotami, které popisují jednotlivé stupně sluchových poruch.

Za normální sluch se považuje slyšení nejslabších zvuků jako je například šeptání, šumění větru apod.

Stav sluchu je možné posuzovat podle ztráty v decibelech viz. Tabulka 2.

Tab. 2 Ztráta sluchu v decibelech

Stav	ztráty v dB
NORMÁLNÍ STAV SLUCHU	0 dB – 20 dB
LEHKÁ NEDOSLÝCHAVOST	20 dB – 40 dB
STŘEDNĚ TĚŽKÁ NEDOSLÝCHAVOST	40 dB – 60 dB
TĚŽKÁ NEDOSLÝCHAVOST	60 dB – 80 dB
VELMI TĚŽKÁ NEDOSLÝCHAVOST	80 dB – 90 dB
HLUCHOTA KOMUNIKAČNÍ (PRAKTICKÁ)	90 dB a více
HLUCHOTA ÚPLNÁ (TOTÁLNÍ)	Bez audiometrické odpovědi

(Tab. 2 Posuzování výsledků audiometrie ztráty v decibelech podle (Lejska, 2003, s 36.)

Vady sluchu vrozené a získané

Jako další rozdělení sluchových vad jsou již zmíněné získané sluchové vady v průběhu života a vrozené vady.

Za vady sluchu **vrozené** označujeme geneticky podmíněné vady a kognitivně získané. Geneticky podmíněné vady jsou z 90 % způsobeny autozomálně recesivní formou onemocnění, v menším množství se vyskytují poruchy sluchu autozomálně dominantní formou, je známo asi 30 genů, které odpovídají za ztrátu sluchu, nejčastěji objevující se gen nazýváme GJB2 pro connexin 26. Mutace tohoto genu je velmi rozšířená. Ve většině případech, kdy jeden z rodičů je nositelem zdravého genu, slyší. Sluchová vada může být jediným postižením, nebo se vyskytuje společně s jinými vadami jako je například Pendredův syndrom. (Horáková 2012)

Pendredův syndrom je genetická porucha, která způsobuje brzy ztrátu sluchu u dětí. Děti, které se narodí s tímto syndromem, mohou začít ztrácet sluch při narození, nebo do tří let věku. Někteří jedinci v průběhu času mohou ohluchnout úplně. Téměř všichni jedinci s pendredovým syndromem mají bilaterální ztrátu sluchu, nebo sluchu

v obou uších. Pendredův syndrom může také ovlivňovat funkci štítné žlázy, vestibulární systém při který ovládá rovnováhu.

Zdroj: <http://www.medwob.com/cs/2763.html> (25.2. 2013)

Kognitálně získané sluchové vady z hlediska času rozdělujeme na prenatální a perinatální. Prenatální vznikají negativním vlivem na plod v průběhu těhotenství. Za negativní vlivy považujeme RTG záření, nemoci matky jako jsou například: zarděnky spalničky, dále toxické látky, syndromy jako je již zmiňovaný Pendredův syndrom. Perinatální – důsledkem je protahovaný porod, předčasný porod, hypoxie, poranění lebky, novorozenecká sepse, nebo novorozenecká žloutenka.

Získané vady sluchu rozdělujeme na prelingvální a postlingvální. Prelingvální – příčinou sluchové vady v tomto období (do 6 let života) jsou infekční choroby dítěte, častým onemocněním je zánět mozkových blan, příušnice herpetické infekty apod. Dále se jedná o traumata, úrazy hlavy, poškození mozku, opakované záněty středního ucha. Postlingvální (po ukončení fixace řeči) jsou možné příčiny vzniku sluchových vad: poranění hlavy a vnitřního ucha, silná hluková zátěž, akustické trauma. (Horáková 2012)

Zánět středního ucha nazýván také jako zánět středouší rozdělujeme na zánět akutní, který trvá maximálně několik dní a chronický, který se opakuje a trvá podstatně déle. Bolestivé ušní onemocnění, bývá způsobeno virovou infekcí, nebo bakteriemi, které se dostávají do středouší. Důsledkem je tekutina, která nemůže ze středouší odtékat a tak se hromadí a tlačí na bubínek, působí tak ohromné bolesti. Při chronickém zánětu středního ucha se zvyšuje riziko sluchových vad, či ohluchnutí.

Zdroj:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1n%C4%9Bt_st%C5%99edn%C3%ADho_ucha
(25.3.2013)

2.2.2 Porucha komunikačních dovedností

J. Slowík 2007, s 86 uvádí: „Základní kámen komunikace mluvenou řečí, představuje slovo – řecky „logos“, které je v původním smyslu nositelem myšlenky. Logopedie tedy už svým názvem vyjadřuje orientaci na pomoc při jakýchkoliv problémech s komunikací (jakožto srozumitelným vyjadřováním myšlenek), nejenom při vadách a poruchách mluvené řeči.“

Závažnější poruchou vývoje řeči trpí asi 2% dětí v předškolním věku. Postižení řečí bývá spíše u chlapců než dívek.

Příčinou vzniku těchto poruch je různá. Většinou v nich hraje roli více faktorů. Poruchy řeči a jazyka lze diferencovat podle toho, jaká oblast je postižena.

(Vágnerová 2004)

Příčiny můžeme dělit na orgánové a funkční. Z časového hlediska mohou být příčiny: mentální, perinatální, a postnatální. Z hlediska lokalizace zase genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová postižení receptorů, poškození centrální nervové soustavy, nepříznivé vlivy.

(Pipeková a kol, 1998)

Za alarmující hranici pro začátek aktivní komunikace lze považovat období kolem 3. roku života.

Rozdělení poruch řeči můžeme třídit následujícíe.

- Centrální vady a poruchy
- Neurotické vady a poruchy
- Vady mluvidel
- Poruchy artikulace
- Poruchy hlasu
- Symptomatické vady a poruchy

(Slowík 2007)

Centrální vady a poruchy

- **Dysfázie**

Při vývojové dysfázii je specificky narušený vývoj řeči, při kterém se projevuje snížená schopnost nebo neschopnost komunikovat. Nevyskytují se zde závažné neurotické nebo psychiatrické nálezy, inteligence je přiměřená, nevyskytuje se závažná porucha sluchu.

Setkáváme se s deficitem v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti, pozornosti. Jedinci s dysfázií jsou snadno unavitelní. Narušena je složka emocionální, zájmová a motivační.

- **Afázie**

Jedná se o centrální poruchu organického původu. K poruše dochází na základě lokálního poškození mozku. Řeč byla již plně vyvinutá, ale při poškození dominantní hemisféry mozku, při nádorech či zánětech mozku apod. dochází k porušení funkce řeči. Narušena je psychická a emocionální volní sféra.

- **Breptavost**

Breptavost je nadměrně rychlá, artikulačně nedbalá a špatně srozumitelná řeč. Dochází k vynechávání slabik a deformaci slov. Narušeno je dýchání k a tím dochází k hlasovým poruchám.

(Pipeková a kol. 1998)

- **Koktavost**

Mezi hlavní znaky koktavosti patří narušení plynulosti mluveného projevu. Lidé trpící koktavostí vyprodukují za větší časovou jednotku méně slov. Sdělování informací jim trvá déle.

Ve školním věku trpí koktavostí přibližně 1% dětí. Porucha převažuje spíše u mužské populace. Koktavost lze považovat za neuromuskulární poruchu, jejímž základem je narušení koordinace všech potřebných pohybů.

Klinickým projevem je regulace plynulosti řeči, která se projevuje křečovitým vyrážením hlásek, nepřiměřené pauzy. Potřeba a nutnost mluvit zvyšuje vnitřní napětí, projevem bývá i motorický neklid.

Neurotické vady a poruchy

- **Mutismus**

Mutismus je porucha sociální adaptace. Nejedná se o primární postižení řeči, ale o poruchu jejího užívání. Mutismus vzniká na základě emoční zábrany.

Jedinci s mutismem mohou komunikovat neverbálně. Často odmítá verbální komunikaci s cizími lidmi, známá prostředí může být bez komplikací, nebývá to ale pravidlem.

Mutismem trpí častěji dívky než chlapci.

Příčinou může být např.

- stydlivost
- úzkost
- nadměrný strach z cizích lidí
- psychické trauma

Mutismus bývá často spojován s úzkostnou poruchou. Rozděluje se do tří kategorií.

- Mutismus – příčinou bývá psychické trauma.
- Elektivní mutismus – výběrová nemluvnost vůči určitým osobám.
- Surdo mutismus – neurotická ztráta řeči spojená s útlumem slyšené řeči.

(Vágnerová, 2004)

Vady mluvidel

- **Huhňavost**

Huhňavost je patologicky snížená nebo zvýšená nazalita (nosovost) v řeči. Rozdělujeme ji na otevřenou, kde je patologicky snížená nosní rezonance a huhňavost zavřená, kde je naopak zvýšená nosovost.

- **Palatolálie**

Narušení komunikační schopnosti. Příčinou je vrozená, vývojová vada – rozštěp patra. Narušena je artikulace, mimika, neverbální chování. U dětí s touto poruchou se setkáváme s opožděným vývojem řeči, časté jsou i poruchy sluchu a deformace hlasu.

Poruchy mluvidel

- **Dyslálie**

Dyslálie neboli patlavost se projevuje chybnou výslovností některých hlásek. Mezi nejobtížnější hlásky jsou: (o, r ř, l, k, sykavky). Jedinec nahrazuje tyto hlásky jiným písmenem, nebo je úplně vynechává.

- **Dysartrie**

Dysartrie je porucha motoriky, která se projevuje narušením fonologicko-fonetické, formální složky řeči. Jde o hůře srozumitelný projev. Špatná artikulace často vede k estetickému znevýhodnění ve společnosti. Porucha artikulace bývá často spojena s dalšími vývojovými poruchami.

Poruchy hlasu

Mezi další poruchy komunikačních dovedností patří chraplavost, která je způsobena většinou patologickými změnami na hlasivkách a mutace, která je zapříčiněná fyziologickou změnou hlasu, nejčastěji v pubertě.

(Slowik 2008)

2.3 Zrakové postižení

Zrakem přijímáme více než 80 % informací o okolním světě, neznamená to však, že pokud je vidění limitováno nebo chybí zcela, zbývá jen 20 % využitelných informací. Takto zjednodušené chápání by vskutku mohlo vést k názoru, že zejména nevidomí lidé mají také přímo úměrně tomu snížené poznávací schopnosti a v důsledku toho také vždy i snížený intelekt.

Při ztrátě, oslabení nebo nevyvinutí zraku dochází k vytváření, rozvoji a posilování kompenzačních mechanismů, které do jisté míry vyrovnávají zrakový deficit.

Dále se uvádí údaje o počtu lidí se zrakovým postižením v ČR. Setkáváme se s čísly 100 tis., ale i 60 tis. Kde jsou zahrnuta všechna zraková postižení, přičemž je možné za relativní číslo pokládat 17 tisíc lidí s velmi těžkým zrakovým postižením. (Krhůtová, 2005)

J. Slowík, 2007, s 59 na otázku, kdo se považuje za zrakově postiženého uvádí: „*Ne každý, u koho se vyskytne zraková vada. Většina lidí používá alespoň část svého života brýle nebo kontaktní čočky, které fungují jako dostatečná korekce jejich snížených zrakových schopností (nejčastěji k němu dochází vlivem vady akomodace čočky): takováto vada prakticky neovlivňuje negativním způsobem život člověka nebo jen opravdu minimálně, projevy takového zrakového omezení nejsou vady příliš významné. Jakmile ovšem běžná optická korekce nepostačuje a zraková vada člověku způsobuje komplikace při běžných každodenních činnostech, můžeme diagnostikovat zrakové postižení určitého stupně.*“

Příčiny zrakového postižení

Podle Lenky Krhůtové 2005 s 159: „*oslabení nebo ztráta zraku může způsobovat řada příčin od nemocí a úrazů, genetických vlivů až po důsledky civilizační a ekologické zátěže.*“

Příčiny zraku podle místa vzniku viz níže tabulka 3.

Tab. 3 zrakové postižení podle místa vzniku

OZNAČENÍ	STAV
H 00-HH 06	Nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice
H 10-HH 13	Onemocnění spojivky
H 15-HH 22	Onemocnění skléry, rohovky, duhovky a řasného tělesa
H 25-HH 28	Onemocnění čočky
H 30-HH 36	Nemoci cévnatky a sítnice
H 40-HH 42	Glaukon
H 43-HH 45	Nemoci sklivice a očního bulbu
H 46-HH 48	Nemoci zrakového nervu a zrakových drah
H 49-HH 52	Poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce
H 53-HH 54	Poruchy vidění a slepota
H 55-HH 59	Jiné nemoci oka a očních adnex

Tab. 3 Zrakové postižení podle místa vzniku (Pipeková a kol. 1988)

Typy zrakového postižení

- Ztráta zrakové ostrosti, do ní patří infekční vady
- Postižení šíře zorného pole, kam řadíme například trubicovité vidění
- Okulomotorické poruchy (strabismus)
- Problémy se zpracováním zrakových podnětů
- Poruchy barvocitu (barvoslepost)

Stupně zrakového postižení

- **Slabozrakost**

Slabozrakost je stav, při němž dochází ke snížení zrakové ostrosti obou očí, působící jedinci značné problémy v běžném životě. Slabozrakost dále rozdělujeme na lehkou, střední a těžkou. Je možné, že při tomto stupni může být poškozeno zevní i vnitřní oko, zrakové dráhy nebo zrakové centrum.

- **Zbytky zraku**

Jedinci se zbytky zraku mají dolní hraniční míru vnímat zrakem. Osoby s tímto typem mohou číst jen veliké písmo, typu plakátů. Orientace v prostoru je téměř nemožná.

- **Slepota**

Jedinec není schopen vnímat svým zrakem, i přesto, že je zachován světlocit. Nevidomí lidé, jsou ti, jejichž ostrost zraku se pohybuje od maxima 3/60 po stav, kdy jedinec vnímá světlo. Praktickou slepotu označujeme, že jedinec je schopen vnímat světlo (světlocit), totální slepota znamená, že člověk nemá světlocit.

(Pipeková a kol. 1998)

2.4 Jedinec s tělesným postižením

Společným znakem jedinců s tělesným postižením je omezení hybnosti. Postižení člověka se promítá do celé osobnosti. Tělesně postižený člověk je ten, kdo je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového ústrojí nebo jiného organického poškození. Jedná se o dlouhodobý nebo trvalý stav.

(Vítková, 2004)

Pohybové vady dělíme na dvě základní skupiny vrozené a získané. Podle postižení části těla rozeznáváme obrny centrální a periferní, deformace, malformace a amputace.

- **Obrny centrální a periferní**

Týkají se centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, periferní zase obvodové nervy.

Dětská mozková obrna (DMO)

Vniká před narozením dítěte, při porodu, nebo brzy po něm. Typické pro toto postižení je neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalé vnímání, nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad, opožděný vývoj řeči nebo jiné poruchy řeči.

Těžší druh mozkové obrny má pět form:

- Hypotonickou
- Diparetickou
- Hemiparetickou
- Kvadruparetickou
- Disknetickou

Dětská mozková obrna je často doprovázena duševními poruchami, sníženým intelektem, poruchami chování, epileptickými záchvaty, zrakovými vadami (tupoizrakovost, šilhavost).

Mozkové záněty

Mozkové záněty většinou probíhají ve dvou fázích. V první fázi vnikne mikrob do krve a objevují se příznaky podobné chřipce s teplotou, bolestmi hlavy a nechutenstvím. V druhé fázi se naskýtá zlepšení stavu, ale zdánlivě. Nastupují horečky, třes až po ochrnutí končetin. Častý je i výskyt epileptických záchvatů. Po odeznění nemoci se většinou příznaky ztrácejí.

Mozkové nádory

Stavy o mozkových nádorech a operací, vedou k tělesnému postižením (není to pravidlem) a dalším poruchám, jako je například afázie, nebo epilepsie.

Rozštěp páteře

Jedná se o vrozenou vadu.

- Rozštěp páteře bez postižení míchy
- Rozštěp páteře a míšních plén
- Rozštěp páteře, plén a míchy

Vada vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní části. Brzy se provádí neurochirurgická operace. Postižení vyvolává ochrnutí nebo částečné ochrnutí dolních končetin a obrnu svěřačů. Bývá postižen intelekt.

- **Deformace**

Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. Získané deformace mohou nastat nesprávným držením těla – skolióza a kyfóz. Příčinou nesprávného držení těla mohou být vnitřní (růstové) a vnější (nedostatek pohybu, obezita)

Znaky vadného držení těla:

- Zvýšená hrudní kyfóza
- Zvětšená krční lordóza
- Zvětšená bederní lordóza
- Nedostatečné zakřivení páteře
- Skoliotické držení těla
- Bočitost kolen vnitřní nebo zevní
- Plochá noha

Progresivní svalová dystrofie

Jedná se o primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy.

- Forma postihující ramenní pletenec
Ramena ční dopředu, lopatky odstávají, mění se výraz obličeje.
- Forma postihující pánevní pletenec
Onemocní nejprve svalstvo pánve, později i svalstvo končetin.

- **Malformace a amputace**

Malformace je patologické vyvinutí části těla, nejčastěji končetin. Amélie – chybějící končetiny, fokomelie - končetina navazuje přímo na trup.

Amputace je umělé odnětí části těla, příčinou jsou úrazy, nemoci.

(Pipeková a kol. 1998)

3. INTEGRACE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH JEDINCŮ

3.1 Integrace v České republice, modely integrace

V posledních letech se Česká republika stává zemí se smíšeným systémem vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Postupně se rozvíjí model vzdělávání dítěte s handicapem jako účastníka vzdělávacího procesu. Zdravotně postižené dítě se nyní může plně začlenit do mateřských a základních škol.

Hlavním cílem vzdělávání jedinců je zajištění rovného přístupu a odstranění patologických jevů jako je diskriminace či vyčleňování ze společnosti.

Základní údaje speciálně pedagogické podpory jsou zahrnuty do složky kurikulárních dokumentů. Jedná se o **Národní program vzdělávání**, který určuje zásady a hlavní cíle, popisuje obecné, závazné požadavky na obsah vzdělávacích programů, respektující výchovu a vzdělání zdravotně postižených jedinců a jeho výsledek. (Krhulová a kol)

V rámci integrace je třeba vymezení možností a schopností integrovaného jedince. Podle druhů a stupňů zdravotního postižení můžeme určit, zda je jedince možné integrovat bez potíží a naopak, kdy je nutná odborná ústavní péče. Poměrně snáz se začleňují děti, které mají komunikační předpoklady, než jedinci s mentální retardací, u nichž by byla žádoucí integrace sociální. Školní integraci bychom mohli chápat jako prostředek k dosažení sociální integrace.

Základem speciální pedagogiky je právo na vzdělání a rovnou šanci. Integrativní cíle vychází z analýzy o ECD, která popisuje čtyři modely.

- **Medicínský model**

Cílem tohoto modelu, je překonání a léčba zdravotního postižení, kde se provádějí speciálně pedagogická opatření, podpurné vyučování a terapie. V tomto modelu hovoříme o *reintegraci* do běžné školy ze školy speciální.

- **Sociálně patologický model**

Sociálně patologický model se zabývá socializací, to znamená začleňování jedince do společnosti, aniž by došlo k diskriminování jedince. Problémy u zdravotně postiženého dítěte nejsou biologického původu, nýbrž sociálního (sociálně nepřizpůsobivý)

- **Model prostředí**

Model řeší otázku vybavenosti školy, aby zdravotně postiženým jedincům byly poskytnuty diferenciované nabídky, dle jejich vzdělávacích potřeb (materiální i personální), stejně jako vytvoření sítě speciálních a základních škol.

- **Antropologický model**

Cílem Antropologického modelu je zlepšení interpersonální interakce a respektovat jejich identitu, jedinečnost včetně jejich postižení. Podpora k odhalení vlastního já s důrazem na interakci. Škola by měla respektovat všechny děti stejně jako diferencování nabídky podle individuálních potřeb.

(Vítková, 2004)

3.2 Integrovaný pedagogicko-psychologický poradenský systém

Pedagogicko-psychologické poradenství má obecně za cíl pomáhat profesionálním způsobem jedincům ve školních i osobních problémech. Rozvíjet růst, zralost a lepší uplatnění jedince.

Pedagogicko-psychologický poradenský systém zabezpečuje služby optimalizující vzdělávání a výchovu. Služby jsou poskytovány dětem a mládeži od 3 let až po ukončení vzdělávání a jejich rodině a pedagogickým pracovníkům.

- **Školní poradenské pracoviště**

Do školních poradenských pracovišť patří výchovný poradce, který pracuje na všech typech škol a plní úkoly PPP v oblasti výchovy a vzdělávání a volby studia či povolání

Školní psycholog a speciální pedagog působí v oblasti základního školství. Cílem je snižování výskytu patologických jevů

Dále pak na školách může působit školní metodik prevence

- **Pedagogicko-psychologická poradna**

Služby poraden zajišťují psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Individuální nebo skupinová práce těchto odborníků s žáky, jejich zákonnými zástupci a pedagogy zahrnuje činnosti diagnostické, intervenční, metodické a informační. Je realizována ambulantně na pracovišti poradny a návštěvami odborníků poradny ve školách a školských zařízeních.

➤ **Speciálně pedagogické centrum**

Speciálně pedagogická centra (SPC) se zaměřují na poradenskou činnost pro děti a mládež se zdravotním postižením. V SPC působí psycholog, speciální pedagog, sociální pracovníce. Spolupracuje se školou, kde jsou jedinci se zdravotním postižením.

➤ **Střediska výchovné péče**

Zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů. Většinou jsou zřizována při speciálních školách.

(Pipeková a kol, 1998)

3.3 Integrace do běžného školského prostředí

Výrazným posunem se stalo přijetí zákona ČNR č. 390/1991 Sb. o předškolních a školských zařízeních, který poprvé uzákonil možnost integrovat děti s postižením do škol hlavního vzdělávacího proudu (Vítková, 2003).

- **Speciálně-pedagogické diagnostické podpůrné třídy**

Navštěvují je žáci se zdravotním handicapem v jedné výukové skupině. Žáci se učí podle RVP ZV. Podle potřeby se učivo prvních dvou let rozkládá na tři roky. Po prvních třech letech někteří žáci přecházejí do běžných tříd. Ve třídě je snížený počet žáků.

- **Kooperativní třídy**

Kooperativní třídy jsou podpůrné třídy umístěné v běžné škole. Navštěvují je žáci se speciálními vzdělávacími potřebami a vyučuje zde speciální pedagog. Žáci mají možnost každodenního sociálního kontaktu se žáky z ostatních tříd, většinou z partnerské třídy.

- **Integrační třídy**

Integrační třídy jsou třídy v běžné škole, do nichž jsou integrováni děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Počet žáků je snížen na dvacet, vyučují zde dva pedagogové, z toho jeden je speciální pedagog. Dítě se speciálními potřebami zde velmi brzo získá reálný obraz o svých schopnostech a možnostech. Sociální setkávání je zde spontánní a záleží jen na iniciativě žáků.

- **Integrativní běžné třídy**

Třídy vznikly jako další vývoj integračních tříd. Zůstávají nezměněny jako postupné ročníky běžné základní školy a berou jednotlivé žáky se zdravotním postižením. Speciálně pedagogická podpora se poskytuje jen v určitých hodinách. Ukázalo se, že sociální integrace nedělá žákům žádné potíže. Efekt školního výkonu však nelze u žáků sociálně znevýhodněných tímto způsobem potvrdit.

- **Běžné třídy se speciálně pedagogickou podporou**

Počet žáků je nezměněn a speciální pedagogická podpora, která je pro žáky s handicapem potřebná je jen v některých hodinách. Až polovina podporovaných žáků po jednom až dvou letech žádnou podporu nepotřebuje.

- **Běžné třídy bez speciálně pedagogické podpory**

Jsou to třídy postupného ročníku běžné školy, které přijímají žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, aniž by následovala nějaká speciálně pedagogická podpora.

(Novotná, Křemčíková 1997)

3.4 Vzdělávání jedinců se zdravotním postižením

- ❖ **Vzdělávání zrakově postižených**

Úspěšným vzděláváním osob se zrakovým postižením jsou různé formy kompenzace. Kompenzací rozumíme, širokou škálu speciálních pomůcek. Již z pohledu do historie se setkáváme s lidmi, kteří měli velkou zásluhu právě na vytvoření a rozšíření kompenzačních pomůcek pro jedince se zrakovým handicapem, jako je například: **Louis Braille** (1809 – 1852), který se zasloužil o speciální systém bodového písma, který je dnes nepřekonatelnou, hmatem čitelnou náhradou běžného písma.

Kombinace vytlačených bodů v základním šestibodovém rozložení každého znaku dovoluje zapisovat základní abecedu, matematické operace, nebo dokonce hudební notové party. Pro rychlejší a srozumitelnější zapisování znaků Braillova písma můžeme poděkovat německému tyflopeditovi-**Oskarovi Pichtovi**, který vynalezl stroj vybaven šesti klávesami pro zápis jednotlivých bodů, nazývaný Pichtův psací stroj.

V současné době mají zrakově handicapovaní práva na vzdělání jako všichni ostatní ve specializovaných školách. Podle vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. jsou to: „*mateřská škola pro zrakově postižené, základní škola pro zrakově postižené, střední škola pro zrakově postižené, konzervatoř pro zrakově postižené,*“ a právo na vzdělání s použitím Braillova písma - § 16 odst. 7 zák. Č. 561/2004 Sb.

Při vzdělávání jedinců se zrakovým postižením je třeba dodržovat jisté zásady:

- Dostatek světla (při vzdělání slabozrakých osob)
- Přiměřená pokojová teplota (pro optimální schopnost hmatového vnímání)
- Vhodná úprava prostoru (snadná orientace)
- Omezení hluku (pro nerušené sluchové vnímání a orientaci)

Nevidomí nebo slabozrací také mohou využívat fernetu, který slouží jako zábava a také zdroj informací vedoucí ke vzdělání – dodržování bezbariérových **Blind Friendly Web stránek** (kontrast barev, grafické rozvržení textové alternativy, hlasová projekce). Uplatnění jedincům se zrakovým postižením na trhu práce se nabízí takové studijní obory, které odpovídají jak jejich možnostem, tak schopnostem. Zásadní pomoc s touto problematikou poskytují krajská centra Tyfloservis a Tyflocentrum. Jedinci v nich nachází komplexní nabídky poradenských, informačních sociálních a vzdělávacích služeb se tak mohou s lidmi, kteří netrpí žádným postižením.

Obecným problémem jedinců s těžkým postižením zraku je omezená možnost náhodného situačního učení. Důležitá je rodina, kde se jedinec socializuje a může se dál připravovat na zvládnutí běžných životních situací.

(Slowík, 2007)

Mezi další nezmiňované **kompensační pomůcky** řadíme:

- Různorodé časoměrné pomůcky, indikátory a měřicí přístroje s hlasovým nebo hmatovým výstupem. Například kontrastní hrnky pro slabozraké, držák na krájení apod.
- Pro slabozraké – lupy, kamerové lupy
- Digitální záznamník, který je již snadno dostupný v dnešní době.
- Elektronické zápisníky pro nevidomé
- Různé typy bílých holí - opěrné, teleskopické, orientační, signalizační atd.
- „akustické systémy pro orientaci (navigační jednotka, dálkový ovladač k orientačnímu majáku, rolnička, vodící pes.

❖ **Vzdělávání sluchově postižených**

Vzdělávání jedinců se sluchovým postižením se využívá velké množství pomůcek a názorů. Jedná se o různé podpurné, motivační, stimulační a didaktické pomůcky, které podněcují jedince k reagování. Úspěšně se využívá vnímání vibrací při mluvení pomocí prstů a dlaní nebo přístrojů (indikátor, donátor). Výuka nedoslýchavých se liší od jedinců se zbytky sluchu, nebo neslyšícího. U nedoslýchavých je hlavním cílem reedukace. Děti školního věku se učí tzv. globální čtení, kde dítě vnímá zapsané slovo jako jeden celek s určitým významem.

Mezi komunikační dovednost neslyšících funguje Daktylotika – prstová abeceda. Je to systém znaků tvořených různou polohou prstů jedné nebo dvou rukou v prostoru. Počet písmen je stejný jako počet písmen abecedy.

Nedokonalou náhradou komunikace neslyšících je odezírání ze rtů. Jedinec vnímá mluvenou řeč svým zrakem. Odezírání se cvičí u sluchově postižených dětí od časného věku. Kvalita v odezírání je dána také nadáním jedince pro tuto schopnost.

Pomocné artikulační znaky podporují výslovnost některých hlásek a odezírání ze rtů. Dále se používá znakový jazyk, který se shoduje při tlumočení se syntaxí slovního projevu. Využívá se při společenských akcích, překlad televizního vysílání (zprávy např.). Někteří jedinci, mohou mít svůj vlastní jazyk, který využívají mezi sebou, třeba v rodině.

J. Pipeková a kol, 1998, s 95 dále uvádí: *„Děti a mládež se sluchovou vadou jsou vzdělávání ve speciálních školách pro sluchově postižené. Jsou to mateřské školy, základní a střední školy pro sluchově postižené. V posledních letech se rozšířila nabídka středních škol pro sluchově postižené (gymnázium, průmyslová škola, rodinná, pedagogická, zdravotnická škola). Zájem o střední odborná učiliště poklesl, když zde byly obory značně rozšířeny.“*

Inkuzivní začleňování jedince do společnosti působí řadu problémů, jako je podceňování potřeb jedinců s postižením sluchu. Řada jedinců se sluchovým postižením často omezuje své kontakty na stejnou skupinu lidí, kteří trpí stejným postižením. Příležitost k vzájemnému setkávání jedinců se sluchovým postižením dávají organizace, sdružení a spolky, které poskytují také poradenské a informační služby. Za důležité se považuje lidská vstřícnost v komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími. Neslyšící by se měli učit v rámci jejich možností co nejvíce využívat běžné jazykové prostředky, okolí,

by se naopak měli snažit o zjednodušení a srozumitelnost informací, které neslyšící dostávají.

Pracovní uplatnění sluchově postižených jedinců je převážně manuální a řemeslné činnosti. Komunikační bariéra je pro tyto lidi velmi znevýhodňující okolnost. Proto je velice důležité, že stále více jedinců se sluchovým postižením dostává příležitost získat vyšší kvalifikaci. I zde je důležitá cílevědomost jedince a rodina, která jej podporuje.

(Slowík, 2007)

Kompenzační pomůcky sluchově postižených

Sluchadla

Sluchadla jsou základní kompenzační pomůckou, kterou jedinci se sluchovým postižením používají nejčastěji. Využívají je děti i dospělí s lehkou, středně těžkou a těžkou nedoslýchavostí. Před používáním sluchadla je třeba odborného vyšetření, jaká je jedincova prahová hodnota sluchu. Sluchadla je možno dělit podle více kritérií.

- Dle způsobu akustického signálu

Jedná se o sluchadla analogová a digitální. Analogová sluchadla zachycují zvuk na mikrofon a poté je převeden do formy elektrického proudu. Ten je převeden k dalšímu zpracování do zesilovače a jeho obvodů, poté je signál veden do reproduktoru, kde se změní na podobu zvuku. U digitálních sluchadel se transformuje akustický signál na signál digitální. Zvukový signál je převeden na binární kód. Nejlepší modely zajišťují zpracování zvuku se zdůrazněním řeči a potlačení šumu.

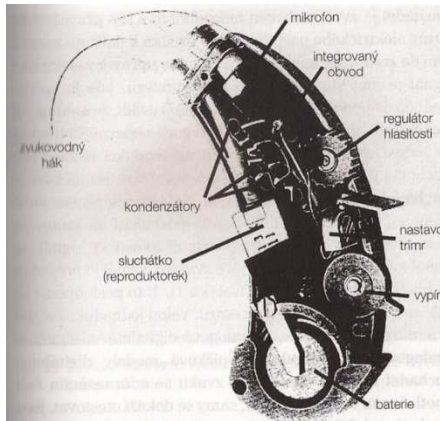
- Dle charakteru přenosu zvuku

Zvuk může být do ucha přenášen dvěma způsoby, vzduchem nebo kostí. **Přenos zvuku vzduchem** umožňují sluchadla, jejichž reproduktor vysílá akustickou energii ušní vložkou do zvukovodu, kde se rozkmitá bubínek. Následně je přenášena energie na soustavu středoušních kůstek a odtud dále do vnitřního ucha. V případě **přenosu zvuku kostí** je elektrický signál předán do vibrátoru, který je přiložen na spánkovou kost. Spánkovou kostí jsou vibrace vedeny do vnitřního ucha. Zvuk je čistší a srozumitelnější než v prvním případě.

- Dle tvaru

Rozlišujeme sluchadla závěsná, zvukovodová také nazývaná nitroušní, kapesní a brýlová.

Obrázek 2 Popis sluchadla



Zdroj(R. Horáková 2012 s 95)

Kochleární a kmenové implantáty

Kochleární implantát představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu. Kochleární implantace je indikována jedincům ohluchlých v kterémkoliv věku. Po voperování implantátu je třeba dlouhodobá odborná péče.

Kmenové implantáty jsou určeny k obnovení sluchových vjemů, které vznikají prostřednictvím elektrické stimulace elektrodami v blízkosti kochleárních jader v mozkovém kmeni.

Dalšími kompenzačními pomůckami jsou například psací telefon, nebo bezdrátový přenos zvuku. (Horáková 2012)

Obrázek 3 Popis převodu zvukového signálu



Zdroj(R.Horáková 2012)

❖ **Vzdělávání osob s tělesným postižením**

Výchovným cílem u tělesně postižených dětí je dopomoci jim k vývoji osobnosti co nejnvyšplejší, jak je to za daných okolností možné. Speciální pedagogika pro jedince s tělesným postižením je tedy takové zaměřené působení na dítě a takové uplatnění výchovných zásad, pravidel a metod, aby se schopnosti dítěte trpícího somatickým handicapem nebo zdravotním postižením mohly co nejlépe rozvíjet, dítě samo aby mohlo prožívat svůj život uspokojivě a mohlo se stát, pokud jen možno, plnohodnotným členem své společnosti (Matějček, 2001).

Děti s hybnými poruchami jsou od narození nebo od zjištění vady v péči odborných specializovaných poraden, které zajišťují časnou léčebnou rehabilitaci. Pedagogická rehabilitace se začíná zjišťovat až v období 3 let dítěte, kdy se dostává do péče speciálně pedagogického centra pro tělesně postižené děti s hybným postižením mohou navštěvovat rehabilitační stacionáře, které zajišťují komplexní léčebně preventivní, rehabilitační, sociální a pedagogicko-výchovnou péči. Dále je od 3 let věku dítěte zajišťována logopedická péče.

Činnost SPC a TP je určena dětem s tělesným postižením, jejich rodičům, učitelům v běžných mateřských školách, je-li u nich integrované dítě s pohybovou vadou. Vlastní pedagogická péče se hlavně týká jemné motoriky a grafomotoriky, oblast rozvoje komunikačních dovedností. Žák s tělesným postižením může nastoupit povinnou školní docházku v běžné základní škole, ve speciální škole pro tělesně postižené, nebo ve speciálních třídách.

Tělesně postižení žáci zejména s diagnózou DMO mají velké potíže s nácvikem psaní. V rámci tohoto předmětu se provádějí grafomotorická cvičení a cviky vedoucí k rozvoji jemné motoriky, k uvolnění ruky, zápěstí a prstů. Dále se nacvičuje psaní protézou, ústy, nohou a jiné druhy psaní a odstraňují se těžkosti při psaní, včetně dysgrafie a dysortografie. U žáků s amputacemi a malformacemi horních končetin lze využívat kompenzačních pomůcek a u žáků s těžšími formami DMO pak psací stroj nebo počítač. (Pipeková, 1998).

Integrace jedinců s tělesným postižením se neobejde bez kompenzačních pomůcek. ([vlastní zdroj](#))

Kompenzační pomůcky:

Nedílnou součástí integrace a socializace jedince s tělesným postižením jsou různé kompenzační pomůcky:

- Opory – hole, berle, chodítka a jiné pomůcky usnadňující chůzi a pohyb.
- Mechanické opory: motorové vozíky
- Ortézy a korzety – termoplastové, kovové, neoprenové, bandáže, textilní dlahy.
- Protézy – náhrada při chybějících končetinách
- Upravená zdravotní obuv – zejména při DMO a jiných.
- Komunikační pomůcky – elektronické komunikátory, tabulky s písmeny, piktogramy
- Hygienické pomůcky – vanové zvedáky, stoličky, opěrná madla, speciální wc mísa s bidetem
- Používání automobilu - alternativní ruční a jiné ovládání motorového vozidla například při ochrnutí dolních končetin.
- Kuchyňské náčiní – upravené a speciální židle, upravené kuchyňské linky.
- Dále polohovatelné sedadla, podložky proti proleženinám apod.

Největším úskalím při integraci jedinců s tělesným postižením, je nedostatek bezbariérových přístupů do škol, školek a jiných školských zařízení. Stejně je to se socializací jedinců, kde také hraje otázka bezbariérového přístupu nezbytností. Např. pošta, nákupní střediska, metro a jiné veřejné prostranství. Ne každá škola či školka si může dovolit vybudování bezbariérových přístupů a tak usnadnění možnosti integrace jedinců s tělesným postižením. (Michalík 2011)

❖ **Mentální retardace**

Proces vzdělávání jedinců s mentální retardací probíhá v závislosti na míře a hloubce postižení, odlišné od procesu vzdělávání zdravých jedinců. Děti s mentální retardací zpravidla trpí poruchou adaptačních schopností, což výuku v běžné škole ztěžuje.

Školní integrace jedinců s mentální retardací působí řadu problémů kvůli odlišným potřebám. Samozřejmě záleží na daném stupni postižení. Z hlediska abstraktnosti některé výuky je edukace mentálně retardovaného zbytečná. Jedinci s MR

nechápu abstrakci. Většina dětí s mentální retardací trpí poruchou pozornosti a koncentrace, vyžadují stálou pozornost učitele. Má-li být edukace žáků s MR efektivní a má je vést k přípravě pro život, měli by mít upravené klidné podmínky prostředí a snížený počet dětí na třídě. Socializace mezi zdravé vrstevníky může probíhat v mimoškolních aktivitách, družinách a při jiných akcích.

Do této kategorie řadíme také děti s autismem, ač nemusí nutně trpět mentální retardací.

Žáci s lehčími formami autismu, pokud nemají mentální postižení, mohou být vzděláváni v běžných základních školách, autisté s lehkým mentálním postižením se vzdělávají ve speciálních školách a s osobním asistentem. (Švarcová 2003)

Děti s autistickým chováním mají právo navštěvovat školu, jejíž vzdělávací nároky odpovídají jejich výkonovým schopnostem. Škola by měla být v uspořádání výuky a ve své organizační struktuře flexibilní a měla by mít odvahu k nekonvenčnímu jednání. Žákovi s autistickým chováním mohou chybět určité elementární zkušenosti, např. v sociální oblasti, musí se rovněž tolerovat s tím spojené odpovídající mezery ve výkonu. I když žák s autistickým chováním nesplňuje očekávání, nesmí to hned vést k hodnocení, které odpovídá výkonu. Začlenění do společenství ve třídě v podstatě závisí na tom, zda se podaří v učitelském sboru, u spolužáků i rodičů vzbudit pro zvláštní situaci tohoto žáka pochopení. Individuální integrace žáků s autismem do běžné třídy ZŠ se až na malé výjimky nedoporučuje. Žáky s autistickými rysy a s Aspergerovým syndromem je možné po individuálním zvážení integrovaně vzdělávat, vždy však s podporou asistenta (Vítková, 2004).

3.5 Úloha asistenta pedagoga a osobního asistenta

Ve školách, školkách a jiných školských zařízeních i mimo ně se setkáváme s dvěma druhy asistentů - Asistent pedagoga a osobní asistent, jejich úloha se od sebe liší.

Asistent Pedagoga - pozici asistenta pedagoga upravují právní předpisy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. O zřízení pozice asistenta pedagoga žádá ředitel dané školy, krajský úřad na základě doporučení, které většinou vydává speciálně pedagogické centrum či pedagogicko – psychologická poradna

Pracovní náplň asistenta pedagoga je zprostředkovávat výchovnou a vzdělávací činnost dětem se zdravotním postižením, v případě potřeby pomáhat dětem s těžším zdravotním postižením se sebeobsluhou v době vyučování, na základě pokynů pedagogického pracovníka. Dále napomáhá žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, komunikaci se spolužáky, spolupracuje se zákonnými zástupci. Asistent pedagoga vykonává podpůrnou službu při vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením integrované v běžných mateřských, základních, středních a vyšších odborných školách, s těžkým zdravotním (Vítečková, 2009).

Osobní asistent má jako pracovní náplň doprovod dítěte do školy, na další mimoškolní aktivity. Osobní asistenci provádí pracovník v sociálních službách. Je nápomocen při sebeobsluze, osobní hygieně, stravování, o přestávkách, při doprovázení do jiných částí budov apod. Osobní asistent bývá zaměstnancem převážně neziskových organizací

Zdroj: (www.jc.apla.cz/files/asistent.pd). 20.2.2013

4. RODINA POSTIŽENÉHO JEDINCE A JEJÍ SPOLUPRÁCE

Spolupráce rodiny je velice důležitá pro psychický vývoj jak zdravého tak zdravotně postiženého jedince. Stává se tak důležitým pilířem při integraci a edukaci jedince. (vlastní zdroj)

4.1 Rodina – charakteristika

Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. V rodině dochází k uspokojování jeho potřeb, rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí. Každá rodina je zdrojem specifického systému hodnot a jejich preference, ty ovlivňují chování členů rodiny v interakci se společenským okolím. Rodina formuluje jedince v průběhu jeho vývoje, je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity obecně. (Fischer, Škoda, 2008)

Funkce rodiny

Z hlediska sociálního, plní rodina řadu funkcí:

- Biologickou
- reprodukční
- Sociálně ekonomickou
- Kulturně výchovnou
- Sociálně psychologickou a emocionální

Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina> 4.11.2012

V případě, že některou z uvedených funkcí rodina neplní, může to vést k rozpadu rodiny. Taková rodina je označována jako asociální.

Typy rodiny:

Dle historického hlediska:

- Autoritativně patriarchální: typická rodina 18. a 19. století, kde byla dominance otce
- Demokraticky partnerská: žena a muž jsou rovnocennými partnery, mají stejná práva

a oba se podílejí na fungování rodiny

Dle fází jejího vývoje:

- Rodina orientační: v této rodině se jedinec rodí, vyrůstá, je vychováván a zůstává s ní po celý život v kontaktu
- Rodina reprodukční: rodina, kterou jedinec sám zakládá a stává se rodičem

Další typy:

- Úplná rodina: přítomni jsou oba rodiče
- Neúplná rodina: jeden z rodičů chybí.
- Nukleární rodina: její členy tvoří rodiče a děti
- Široká rodina, kromě rodičů a dětí zahrnuje prarodiče a další příbuzné

(vlastní zdroj)

4.2 Reakce rodiny zdravotně postiženého dítěte, styly výchovy

Reakce rodiny na postižení jejich dítěte podle, závisí na mnoha okolnostech i na předpokládané příčině vzniku postižení. Narození dítěte s postižením představuje obrovskou zátěž, obvykle neočekávanou. Rodiče prochází traumatem vyplývajícím s pocitem viny a selháním v rodičovské roli. Vědomím neschopnosti zplodit zdravého potomka, rodiče ztrácí sebedůvěru a cítí se méněcenní.

(Vágnerové, 2004)

V takovém případě prochází rodina několika fázemi. Fáze šoku a popření, fáze akceptace, smíření a realismus.

- **Fáze šoku a popření**

V této fázi se hroutí veškeré naděje, očekávání, pochopení. Rodina nepřímá a odmítá věrohodnost diagnózy jejich dítěte. Doufají, že se stane zázrak, nebo se probudí ze zlého snu. Na dostatek informací a citlivé jednání by se měl brát velký zřetel a měla by být zprostředkována raná péče. V dnešní době může dojít k přerušování těhotenství na základě sdělení diagnostiky, avšak to je samozřejmě velice složitá a etická otázka a rozhodnutí.

- **Fáze akceptace**

Rodina se snaží přijmout skutečnost a postupně se vyrovnává s realitou. Většinou rodiče hledají viníky v rodině partnera a vzájemně se obviňují. Tato fáze ukazuje na vysoký výskyt a možnost rozpadu rodiny. Důležitá je z tohoto důvodu

vzájemná pomoc, porozumění a podpora blízkého okolí a rodiny, stejně tak podporu mohou dodávat odborníci (lékaři, psychologové apod.).

- **Fáze smíření a realismu**

Pro toto období je typické uvědomění skutečnosti a přijetí reality a náhledu na životní situaci rodiny a především na osobnost dítěte, jeho možnosti a předpoklady pro další vývoj dítěte. Rovnováha rodiny závisí na jednotlivých členech. Ve většině případech platí, když rodina úspěšně zvládla projít všemi fázemi, je výrazně posílena a snižuje se riziko rozpadu rodiny. Důležité je zdůraznit, že vše závisí i na přístupu a chování ostatních členů rodiny k handicapovanému dítěti. Nepříliš šťastné je abnormální všímavost vedena k postiženému dítěti a odsunování pozornosti od sourozence, které bude stát jen v pozadí – tato cesta vede k patologickým jevům, dalšího dítěte. (Slowik, 2007)

Rodina, ve které se narodilo postižené dítě, bývá doporučena na genetické vyšetření. Informaci, že rodiče nejsou schopni z genetických důvodů zplodit dítě, pro ně znamená náročnou životní situaci. (Vágnerová, 2001)

Styly výchovy dítěte se zdravotním postižením

Velice obtížné pro rodinu bývá najít ten správný styl výchovy, aby své dítě nepřetěžovali, nebo naopak nepodceňovali.

- **Protekcionalistická výchova**

Dítě je vzhledem ke svému zdravotnímu postižení protěžováno, nedostává přiměřené kompetence. Rodina mu věnuje až nadměrnou péči.

- **Perfekcionalistická výchova**

Rodina klade na dítě nepřiměřené nároky, snaží se v nich překonat jejich handicap, nechtějí se smířit s realitou.

- **Realistická výchova**

Rodiče dítě motivují k tomu, aby dosahovalo maximálních hranic svého rozvoje s ohledem na jeho handicap a možnosti.

Úspěchem výchovy a vzdělání dítěte se zdravotním postižením je závislý na mnoha faktorech. Nejdůležitější z nich jsou forma a typ postižení, ale také schopnost jedince a pedagoga vzájemně spolupracovat. (Slowik, 2007)

4.3 Postižený jedinec jako zakladatel rodinného života, spolupráce rodiny

Dospělý postižený jedinec si vytváří určitou identitu, jež zahrnuje i jeho handicap. Pokud to vše dokáže, může usilovat o další stupně vývoje a to je: partnerská role, profesní role a rodičovská role.

- **Profesní role**

Závažněji postižený jedinec nebývá omezen jen při volbě povolání, ale také z hlediska kvality, nalezení vhodného místa.

Častým úskalím je neschopnost zvládnout všechny požadavky zaměstnavatele bez zjevné úpravy náplně práce. Jedinec se zdravotním postižením je postaven do situace, kdy by se měl plně socializovat, přestože leckdy nemá k tomu dostatek zkušeností a může se projevovat úzkostí a stresem.

Dochází k projevování odlišnosti negativního významu. Profesní role uspokojuje u jedince celou řadu potřeb. Člověk se zdravotním handicapem si rovněž udržuje jisté sociální kompetence jako například:

- Schopnost navazování nových kontaktů
- Komunikace
- Respektování norem a zvyklostí

Pokud postižený člověk zůstává izolován pouze v domácím prostředí, ztrácí osobně důležité role a může docházet až k úpadku celé osobnosti. Jedním z negativních faktorů je nezaměstnanost zdravotně znevýhodněných osob. Frustrace, kterou nezaměstnaný prožívá, vede až ke **stimulaci obranných reakcí**. Závislost na invalidních důchodech, může působit degradující a vyvolává pocity méněcennosti. Negativní zkušenosti zvyšují riziko agresivního chování vůči zdravým jedincům. Jedinci se cítí být diskriminováni.

- **Partnerské role**

Pro postiženého jedince má pojem partnerství většinou větší význam, než pro zdravého člověka. Omezením kontaktů s lidmi brání možnosti získávání přátel či partnera. Sociální deprivace vede až k fixaci na nejbližší možné osobě (osobní asistent, učitel). Jedinec si od tohoto vztahu slibuje víc, než je možné, proto se může setkat s odmítnutím.

Závažnější postižení může znemožnit získání partnera, pro kterého by byl přijatelný. U mnoha takových postižených dochází k závislosti a vazby na rodičích.

Získáním zdravého partnera se posiluje hodnota u zdravotně postiženého. Stabilizujícím faktorem je vztahová symetrie v páru, kde obě strany trpí nějakým typem zdravotního postižení (rovnoprávnost).

Uzavírání manželství uspokojuje u zdravotně postižených potřebu jistoty, zázemí a seberealizaci. Rozpad těchto vztahů nebývá tak častý jako u zdravé populace, jelikož jedinci trpí strachem ze samoty, opuštění a nemožnosti získání nového partnera. Ztroskotání vztahu bývá stresující, ale stejně tak i vědomí, že je postižený závislý na zdravém jedinci a je mu na obtíž.

- **Rodičovství**

Děti jsou důkazem normality a potvrzením hodnoty jedince v rodičovské roli. Dítě potvrzuje jeho autoritu a dominanci svou komplementární závislostí a nezaměstnaností.

Frustrací člověka se zdravotním znevýhodněním je tlak veřejnosti na bezdětnost, z důvodu možnosti vysokého rizika postižení dítěte. V rámci generalizované obrany někdy postižení jedinci prosazují svá práva stát se rodiči.

Potřeba mít dítě se obvykle naplní narozením prvního. Další rozhodování bývá racionálnější než emotivní. To platí hlavně v případě, že se narodí dítě s postižením.
(Slowik, 2007)

4.4 Spolupráce rodiny

Pokud rodiče dítě nerezignují a nevzdají výchovu dítěte se zdravotním postižením, je to velký krok k úspěchu. Právě harmonické a rodinné prostředí má psychoterapeutické a motivační účinky. Mnoho rodin s handicapovanými dětmi bývají izolovány, osamoceny, psychicky unaveny a nedoceněny.

Rodina má být aktivním článkem v řetězu socializace či integrace zdravotně handicapovaných dětí. Zdroj: <http://www.vkol.cz/cs/dokumenty/referaty-a-soupisy--nejen--pracovniku-vkol/prehled-referatu/clanek/integrace-zdravotne-postizenych-osob-do-spolecnosti/> (26. 2. 2013)

Rodina může spolupracovat se školou, kterou jejich dítě navštěvuje, zapojováním se do různých akcí pořádaných školou, nebo jejich realizování. Pomoc s výrobou pomůcek, výzdobou či vybavením. Rodič se také může podílet na společné přípravě s učitelem, na realizaci a obohacení výuky, pomoc žákům, kteří to potřebují. Rodič se také může stát členem rady, kde se podílí na provozu a organizaci školy.

Rodiče postiženého dítěte bývají nejčastějšími iniciátory, aby jejich dítě bylo zařazeno do inkluzivního vzdělávání. Přes nejlepší snažení rodičů je však nutné velmi reálně posoudit z hlediska možností dítěte, zařazení do běžného typu školy. Je třeba seznámit rodiče s přednostmi i úskalími integrované výuky. Je nezbytná systematická spolupráce se školkou / školou, speciálně-pedagogickým centrem nebo s pedagogicko-psychologickou poradnou.

Rodiče nepostižených žáků mohou mít také obavy z postižení a ze zařazení takového dítěte mezi zdravé děti. Dospělí také mohou mít falešné představy či otázky, na které by měli dostat odpověď a měli by být se vším obeznámeni.

(Vlastní zdroj)

5. SPOLEČENSKÉ ORGANIZACE A JEJICH VÝZNAM PRO ŽIVOT JEDINCŮ S POSTIŽENÍM

Společenské organizace, mohou velice přispívat rozvoji a informovanosti jedince se zdravotním postižením

5.1 NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením

NRZP je občanské sdružení s celostátní působností, které hájí zájmy a práva osob se zdravotním postižením.

Cílem této organizace je přispívat k integraci osob se zdravotním handicapem do společnosti. NRZP je hlavním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a dále je členem čtyř mezinárodních organizací obhajujících jejich zájmy. Jedná se o organizace: Disability Forum, Rehabilitation International, FIMITIC a Disabled Peoples' International. NRZP byla založena v roce 2000 a současné době má 115 členských organizací a sdružuje cca 300000 členů se zdravotním postižením nebo jejich zástupců.

Priority a poskytované služby NRZP:

- koordinace postupu organizací osob se zdravotním postižením ve věcech společného zájmu,
- informování veřejnosti o tematice zdravotního postižení,
- monitorování případů diskriminace osob se zdravotním postižením,
- realizování projektů zlepšujících život se zdravotním postižením,
- plánování v oblasti vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na krajské a regionální úrovni,
- provoz celostátní sítě poraden odborného sociálního poradenství,
- vydávání publikací, časopisů a informačních materiálů.

Střediska poraden:

- NRZP ČR – Praha, Holešovice
- NRZP ČR – Brno
- NRZP ČR - Ostrava
- NRZP ČR - Olomouc
- NRZP ČR – Pardubice
- NRZP ČR - Plzeň

Zdroj:<http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/poradny-nrzp-cr-v-regionech.html>

(28.2.2013)

5.2 SONS - sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých

SONS je organizace, která sdružuje a hájí zájmy nevidomých a jinak těžce zrakově postižených jedinců. Poskytuje konkrétní služby, vedoucí k integraci do společnosti. Poskytuje informace, rady, odstraňuje bariéry, hledají zaměstnání apod. SONS jako organizace vznikla v roce 1996. Nyní má své pobočky a odborná střediska ve většině okresů České republiky a sdružuje přes 10000 členů.

Priority SONS jsou:

- vyhledávání a kontaktování těžce zrakově postižených občanů včetně osob po ztrátě zraku
- podpora zaměstnanosti nevidomých a slabozrakých jedinců
- socio-terapeutická činnost realizovaná ve svépomocných skupinách a aktivizačních klubech
- odstraňování architektonických a informačních bariér pro těžce zrakově postižené občany
- ověřování nových forem pomoci těžce zrakově postiženým občanům včetně popularizace a osvětlování problematiky zrakového postižení

Poskytované služby:

- sociální práce mezi těžce zrakově postiženými občany včetně jejich vyhledávání a prvního kontaktu s nimi
- základní poradenství o možnostech kompenzace handicapu zrakového postižení i poskytovatelích služeb takto postiženým lidem
- speciální sociálně právní, pracovně právní poradenství
- technické poradenství při výběru pomůcek pro zpracování informací včetně nácviku obsluhy takových zařízení
- vydávání informačních časopisů v braillově písmu, zvukové podobě, zvětšeném černotisku a digitálním textu
- provozování informačního systému a digitální knihovny přístupné na internetu
- rozvoj a docvičování dovedností získaných v programech základní rehabilitace výcvik vodících psů a další služby jejich držitelům
- služby osobní asistence (průvodcovská a předčitatelská služba)
- odstraňování architektonických bariér

Střediska SONS:

- Střediska integračních aktivit
- Středisko odborného sociálně právního poradenství pro osoby se zrakovým postižením
- Metodické centrum odstraňování bariér
- Tyflokabinet – metodické centrum tyflotechnických pomůcek
- Digitalizace a technická podpora
- Výcvik vodících psů a servis jejich držitelů
- Klub vodících psů
- Vydavatelství a informační služby

Zdroj: [http:// www.SONS.cz](http://www.SONS.cz) (28. 2. 2013)

Vodící psi

Součástí organizace SONS, je jedna z poskytovaných služeb - výcvik vodících psů. Jedná se o profesionální pracoviště, které se zabývá:

- výchovou a výcvikem vodících psů jako průvodců těžce zrakově postižených jedinců
- teoretickou i praktickou přípravou žadatele na převzetí a užívání psa
- odborným předáváním vodícího psa do užívání, praktický zácvik dvojice nevidomý člověk a pes
- pomoc při řešení jakýchkoli problémů vyplývajících z užívání vodícího psa během jeho celé činné služby

obrázek 4: Vodící pes



obrázek 4: Vodící pes



Zdroj: <http://www.vodicipsi.cz/index.htm> (28. 2. 2013)

5.3 ČUN - Česká unie neslyšících

Česká unie neslyšících je organizace, která vznikla za účelem ochrany a prosazování práv, zájmů a potřeb jedinců se sluchovým postižením v roce 1990.

ČUN sdružuje všechny, kteří se zajímají o problematiku neslyšících osob. V rámci své činnosti umožňuje a podporuje společenské a kulturní kontakty osob se sluchovým handicapem. Zvyšuje se tím možnost zapojení do společnosti a života. Kromě pomoci osobám se sluchovým postižením, organizace podporuje informovanost majoritní společnosti. Podporuje respektování handicapovaných, jako rovnoprávných občanů.

Poskytované služby:

- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- Tlumočnické služby
- Sociálně terapeutické služby

- Zprostředkování simultánního předpisu

Střediska ČUN

- Centrum sociálních služeb České unie neslyšících, oblastní organizace Brno
- Centrum sociálních služeb České unie neslyšících, oblastní organizace Liberec
- Centrum sociálních služeb České unie neslyšících, oblastní organizace Praha
- Centrum zprostředkování simultánního přepisu

Zdroj: <http://www.cun.cz/index.php?clanek=32> (28. 2. 2013)

Členství ČUN v českých organizacích

- ASNEP – Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel
- NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením
- ČRHO – Česká rada humanitárních organizací

Zdroj: <http://www.cun.cz/index.php?clanek=47> (28.2.2013)

5.4 APLA – Asociace pomáhající lidem s autismem

APLA sdružuje a zastřešuje veřejně prospěšné organizace, které uplatňují metody a postupy při práci s osobami s poruchou autistického spektra. Hlavním cílem projektu je propagace uplatňování postupů a metod, které vyplývají ze standardů odsouhlasených správní radou a členskou základnou s garancí vědeckého přístupu PAS.

APLA uznává kognitivně behaviorální terapii a strukturované učení, klade důraz na alternativní komunikace, pokud je zapotřebí. Podporuje a propaguje včasnou odbornou diagnostiku.

Základní principy APLY jsou:

- Návčik komunikace s vizuální podporou
- Odměnové systémy
- Sociálně komunikační návčiky
- Sdílení pozornosti
- Rozvoj vývojových oblastí
- Sociálně komunikační chování

Střediska:

- APLA Praha, střední Čechy, o.s.
- APLA Jižní Čechy, o.s.
- APLA Severní Čechy
- APLA Jižní Morava
- APLA Severní Čechy

Poskytované služby:

- ❖ Poradenství
- ❖ Pedagogická péče
- ❖ Individuální terapie
- ❖ Terapie problémového chování
- ❖ Terénní služba
- ❖ Základní sociální poradenství
- ❖ Vzdělávání
- Informační služby, půjčovna kompenzačních pomůcek, p

Zdroj: <http://www.apla.cz/co-je-apla/obsah/o-apla/co-je-apla> (28.2.2013)

5.5 UNIE ROSKA

Unie Roska je organizace, která pomáhá lidem s roztroušenou sklerózou žít kvalitní a plnohodnotný život. Společnost vznikla roku 1992 a stala se členem mezinárodní federace MSIF a její evropské platformy EMSP při EU. Působí ve 14 krajích České Republiky a má více než 3 300 členů.

Priority Rosky:

- Pomáhat lidem postižených roztroušenou sklerózou
- Organizuje a zajišťuje přímou realizaci projektů na podporu postižených roztroušenou sklerózou

Střediska:

- Centrum Roska v Praze
- Centrum Roska v Brně
- Centrum Roska v Ostravě
- Centrum Roska ve Vsetíně
- Centrum Roska v Českých Budějovicích
- Centrum Roska v Kroměříži
- Centrum Roska v Ústí nad Orlicí

Poskytované služby:

- Informační – zajištění kompletního informačního servisu
- Poradenské
- Internetový PC klub, jazykové a další kurzy
- Sociální práce včetně kompletního sociálně a pracovně právního poradenství včetně konkrétní pomoci
- Ozdravné akce (zahraniční i domácí), rekondiční, rehabilitační (plavání), hipoterapie,
- Edukace

5.6 SPMP ČR- Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o.s.

SPMP ČR je celostátní nezisková organizace hájící práva a zájmy lidí s mentálním a kombinovaným postižením a jejich rodinných příslušníků.

Tato nezisková organizace vznikla roku 1969 a mezi nejvýznamnější současné aktivity patří budování vlastních zařízení, v nichž sdružení začíná přímo poskytovat denní, týdenní a celoroční péči o jedince s mentálním postižením.

Priority SPMP ČR:

- Prosazují, aby lidé s mentálním postižením nemuseli žít ve specializovaných ústavech.
- Stejná práva a příležitosti
- Socializování se do společnosti- inkluze
- Důstojnost a samostatnost lidí s mentální retardací
- Vzájemná spolupráce
- Podpora šitá na míru, podpora rodinám mentálně postiženého jedince
- Odstranění bariér a předsudků
- Prosazují v České Republice úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením

Poskytované služby:

- Vzdělávání dětí i dospělých osob s mentálním postižením a dalších lidí, kteří s nimi žijí nebo pracují
- Poskytují sociální služby (chráněné bydlení, domovy, stacionáře, volnočasové aktivity).
- Poradenské služby
- Informační služby
- Chráněné dílny

Zdroj: <http://www.spmpr.cz/uploaded/letak-spmpr-web.pdf> (28.2.2013)

6. PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKY, DOTAZNÍK

6.1 Dítě s mozkovou obrnou integrované v MŠ

Dítě, které se stalo, předmětem mé praktické části se jmenuje Robin. Narodil se 20. května 2007. Má lehkou formu Dětské mozkové obrny (DMO – Diparitická forma). Bydlí s matkou a starší sestrou, která je bez jakýchkoliv obtíží. O postižení se dozvěděla pár měsíců po porodu. S otcem nežije, tátu mu nahradil matčin přítel, který má k němu velmi dobrý vztah a je nápomocen při výchově.

Mateřskou školu navštěvuje od září loňského roku. Ze školky ho ze začátku vyzvedávala matka, poté i její přítel. Je vidět, že s oběma má krásný a harmonický vztah. Rodina se mu naplno věnuje a jejím cílem je, aby mohl Robin vést rovnocenný život jako ostatní děti, aby byl zapojován do veškerých aktivit, které mu zdravotní situace dovoluje, proto si zvolila možnost integrace v naší mateřské škole. Odborné cvičení provádí s Robinem matka doma, dle konzultací s odborníky. Dochází na logopedii. Nejdříve navštěvoval 2. třídu, kterou po měsíci opustil a přestoupil do jiné na přání matky, které se nelíbil přístup jedné z paní učitelek, která se ho bála plně začlenit do kolektivu s obavami o jeho zdraví. Upřednostňovala hry u stolu a stále ho stranila dětí. Robin o tuto formu her nejevila zájem a integrace by neměla smysl za takových podmínek.

Při nástupu do jiné třídy byl Robin zvědavý, vše pozorně sledoval a stále se usmíval. Velmi ho bavila a stále baví konstruktivní stavebnice. Robin se pohybuje nejistě, má narušenou rovnováhu avšak opěru nepotřebuje. Komunikuje na dobré úrovni, občas je mu hůře rozumět, ale mimo občasné nejisté chůze, se neodlišuje od dětí stejné věkové kategorie.

Výsledky pozorování a doporučení

- **Samoobsluha**

Pobyt v MŠ přizpůsoben aktuálnímu zdravotnímu stavu Robina. Pravidelně zařazena relaxace a změny polohy těla. Přitom se dbá se o bezpečnost. Robin se pohybuje po místnosti samostatně bez pomoci, jeho chůze však bývá občas nejistá a

nestabilní. Samostatně jí a pije z hrnečku, nebo ze sklenice. Sám se umí svléknout, při oblékání je třeba využít pomoci učitele (knoflíky, zip, punčocháče, boty).

- **Hrubá motorika:**

Hrubá motorika je ovlivněna základní dg. (výraznější postižení levé strany). Chodí samostatně, v pomalejším tempu, našlapuje přes špičku nohy. V důsledku základní dg. je narušena rovnováha, hrozí možnost pádu. Za ruku dospělého ujde i větší vzdálenost. Kočárek rodina nevyužívá. Schody zvládá za držení se zábradlí. Po dobu práce u stolu je pro Robina důležité správné fyziologické sezení, musí se dbát na to, aby měl nohy opřené o podnožku. Zdravotní omezení je vždy konzultováno s rodiči..

- **Jemná motorika:**

Jemná motorika je na dobré úrovni. Robin má již vytvořen špetkovitý úchop. Dobře manipuluje s jednotlivými předměty, velice rád si hraje s konstruktivními stavebnicemi, kde se projevuje jeho velký zájem o tuto činnost. Laterarita dosud není zcela vyhraněná, většinu předmětů uchopuje do pravé ruky. Je doporučeno se vždy snažit o zapojování druhé ruky jako přípomocné. Zaměřit se hravou formou na rozvíjení jemné motoriky během jednotlivých denních činnostech (např. práce s drobným materiálem, úkony s předměty a nástroji, náčiním, míčové hry, sebeobsluha aj.), práce s různými druhy a rozdílnými velikostmi stavebnic, skládanek, činnosti s modelovací hmotou, papírem, přírodním materiálem s cílem o přesnost provedení. Zaměřit se na součinnost oka a ruky, vždy sledovat manipulaci. Vzhledem k unavitelnosti by bylo vhodné, aby Robin svoji energii využíval zcela cíleně.

- **Grafomotorika**

V současné době více preferuje pravou ruku, ale jak jsem již napsala, jeho lateralita ještě není zcela vyhraněna. Úchop tužky je atypický, vysoký, s větším přítlakem. Robin se zaujetím kreslí kolečka, snaží se vybarvovat.

Od paní doktorky je doporučeno zkvalitnění úchopu, používat trojhranné pastelky či fixy. Dle možností hravou formou rozvíjet grafomotorické činnosti (nácvik svislé, šikmé čáry, tečky, symboly, tvary, aj.).

Zařazovat uvolňovací cviky horních končetin a zápěstí. Grafické cviky provádět za doprovodu říkadla, vybarvování obrázků, obtahování linií atd. Zařadit práci s různými kresebnými technikami a přírodními materiály.

- **Rozvoj řeči a komunikace**

Robin rozumí běžné řeči i pokynům. Má dobrou verbální reaktivitu. Rozsah jeho slovní zásoby narůstá. Na podkladě hybného postižení má jisté artikulační obtíže, některá slova jsou pro jeho okolí hůře srozumitelná. Navštěvuje logopedické centrum. Z logopedie má doporučeno fonační, intonační cvičení, artikulační hry, práci s dechem, hry se slovy, slovní hádanky, které má rád aj.

Pro komunikaci je třeba vytvořit přirozené podmínky pro dobré komunikační dovednosti, zvláště pak sociální. Vést Robina k většímu, samostatnému vyjádřování. Předávání pravidelných informací mezi rodinou a školou ohledně zdravotního stavu a adaptace u nás v MŠ.

- **Pozornost a učení**

Robin je přiměřeně soustředěný. V úkolech které jsou zaměřeny na jemnou motoriku či jsou pro něj náročnější, se projevují sklony k odmítání činností a k odklonům jeho pozornosti. Sám si neřekne, jestli je unavenými ani se nevyjádří k aktuálnímu zdravotnímu problému.

Co se týká jeho schopnosti učit se, má Robin velký zájem o nové podněty. V současnosti je rozšíření jeho celkové stimulace velmi důležité. Dle doporučení se má Robin rozvíjet ve všech výchovně vzdělávacích složkách v rámci MŠ. Vytvořit IVP zohledňující speciální potřeby, zaměřit se na přiměřenou stimulaci ve všech složkách výchovy, na rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky, počítání s názorem, upevňování předmatematických pojmů, rytmizaci slov, zrakovou percepci aj. Robin má, vzhledem k věku, odpovídající znalosti a vědomosti. Oceňujeme každou jeho snahu a aktivitu a vytváříme tak i klidné apříjemné prostředí.

- **Sociální dovednosti**

Robin musí mít stanoveny hranice a snažit se o jejich dodržování. V přístupu k Robinovi být laskavý, ale zároveň důsledný. Snažíme se podporovat jeho zapojování do dětského kolektivu, do vztahů, zajišťujeme jeho účast na veškerých akcích (kino,

divadlo, výlety atd.). Aktivně zapojujeme Robina do volné hry a vedeme ho k sociální interakci s druhými dětmi.

- **Pracovní dovednosti**

Robin má upravené podmínky tak, aby mohl podávat optimální výkony. *DOSTATEČNĚ OCEŇOVAT JEHO SNAHU A ÚSILÍ*, i když výsledek není zrovna výstavní. Pokud ho předložená činnost zaujme, rád a aktivně se zúčastňuje.

- **Zdravotní oslabení (přestávky a obědy)**

Robin se snadno unaví, hlavně pokud o činnost nemá zájem – nepřepínat ho. Dodržovat psychohygienická pravidla. Robin má občasné dýchací obtíže a je náchylnější k infekcím. Během stravování je nezbytná dopomoc učitele. Podloženo dolní končetiny. Jí samostatně pomocí lžice. Tuhou stravu si prozatím nenakrájí.

- **Přijetí v kolektivu**

Děti ho přijaly jako rovnocenného kamaráda. Nejdříve se vyptávaly, proč se pohybuje trošičku jinak, ale po pár dnech vše ustalo. Starší děti se ho ujaly ochranně a s láskou. Jsou mu nápomocny téměř ve všech úkolech. Pomáhají mu s oblékáním (toho Robin občas zneužívá), se složitějšími hry, ohleduplnost při hrách je samozřejmostí.

Co se týká učitelského sboru, i my se snažíme Robinovi vše usnadnit, dávat mu radost, radovat se z maličností a chválit ho za jeho snahu a pokroky, které dělá. To nám oplácí úsměvem a ještě větší snahou se zlepšovat a podávat větší výkony, což je velice znát.

6.2 Dítě s opožděným vývojem řeči

Eda nastoupil do naší mateřské školy v září 2011. Zpočátku nekomunikoval, nechtěl jíst ani pít. Stále si pro sebe broukal, nebo vydával zvuky, kterým jsme tolik nevěnovali pozornost, s ohledem na jeho věk (3 roky). Po uplynulém prvním týdnu chlapec zvládal sebeobsluhu, jako je dojít si na záchod, umýt si ruce, pochopil systém při stravování. Objevily se první známky komunikace při jeho potřebách, které nezvládal, a však slova stále nebyla srozumitelná, ani podobná tomu, co vyžadoval.

Konzultovala jsem vše s maminkou, která mi odpověděla, že Eda doma komunikuje bez problému, akorát si musíme zvyknout na jeho řeč, protože trpí opožděným vývojem řeči. Byl to šok, že matka při nástupu do MŠ neinformovala o daném problému. Doporučili jsme mamince, aby s Edíkem navštívili SPC.

V průběhu roku nastalo mnoho změn. Kladné i záporné, které však převažovaly. Eda začal komunikovat *vlastní řečí*, některá slova si osvojil, a my jsme se museli přizpůsobit jeho stylu vyjadřování. Nárůst problémů v chování však nabíral velikých obrátek, nedokázal uposlechnout výzev, neuvědomoval si situaci, proč mu něco vytýkáme.

Největší bariérou byla a je maminka chlapce, která nám neustále opakuje, že Eda doma již komunikuje. Na naše připomínky nereagovala a nechtěla s námi spolupracovat. Máme podezření, že nejde jen o opoždění vývoje řeči, ale také o formu pervazivně vývojové poruchy.

Výsledky pozorování a doporučení

- **Samoobsluha**

Eda zvládá samoobsluhu bez větších komplikací, když je ke svačině mléko, vydává pohrdavé zvuky, komplikací je také, že při veškerých změnách špatně rozumí, co po něm chceme a snaží se dělat vše tak, jak tomu bylo dříve (musí sedět na svém místě, při obsazení místa, začne vydávat zvuky a zlobí se).

- **Hrubá motorika**

Chlapec je při cvičení a pohybu velmi neopatrný a divoký, spíše hopsá, než chodí. Celková koordinace těla je v normě dle věku dítěte.

- **Jemná motorika a grafomotorika**

Dignostika postavy je formou čmáranice, nechápe, co má kreslit. Při popisu obrázku odpovídá, že namaloval auto. Snažíme se mu dávat podněty pro to, aby se více zajímal o hry, které rozvíjejí jemnou motoriku (navlékání korálků, magnetická stavebnice), a však Eda dlouho nevydrží u klidové činnosti. Pracovní listy rychle odbývá, aby si mohl jít co nejdříve hrát.

- **Rozvoj řeči a komunikace**

Dítě navštěvuje foniatrii a logopedii v SPC. Dle dokumentace, Eda umí jen pár základních písmen, ostatní zaměňuje nebo vynechává. Při snaze něco konkrétního vysvětlit, nabere řeč veliké tempo, kde se ztrácí i některé již osvojené hlásky.

Diagnostika opožděného vývoje řeči odpovídá stavu dítěte. Vyjadřuje se pouze slovy nebo slovním spojením (auto jede). Rozsah slovní zásoby narůstá.

- **Pozornost a učení, pracovní dovednosti.**

Eda se nevydrží soustředit déle jak pět minut, čímž vzniká problém při řízených činnostech. Má zájem o nové podněty, u kterých však dlouho nevydrží. Zájem o učení a řízenou činnost je nepatrný. Rád maluje vodovými a temperovými barvami, má kladný vztah k hudbě, hlavně hraní na hudební dechové nástroje (flétna). Doporučuje se, dávat Edovi pauzy a poté návrat k činnosti. Předmatematické pojmy se rozvíjejí správně, zná pojmy „více, méně“, počítá do šesti. Klást důraz na rozvoj grafomotoriky, správné vyslovování hlásek, rozeznávání barev (zná pouze bílou), zrakovou a sluchovou percepci. Správně oceňovat jeho snahu a pít po práci, kterou splní.

- **Sociální dovednosti**

Eda se socializoval dobře, má rád rozruch kolem sebe, stejně tak chce být občas sám a nelíbí se mu, když ho děti ruší. Aktivně se zapojuje do akcí pořádané mateřskou školou. Rád se účastní kulturních akcí, jako je např. divadlo, kde je aktivní a projevuje své emoce. Po mém probíhajícím pozorování, nám na vyžádání Edíkova babička donesla ukázat zprávu od foniatra, kde se domnívá stejně jako my, že se jedná o pervazivně vývojovou poruchu, která se vyskytovala v rodině otce. Další šetření zatím nejsou známa.

6.3 Celkové zhodnocení problematiky kazuistik

Cílem metody pozorování, bylo zachytit důležité informace a chování dvou chlapců s odlišným typem postižení a spolupráce rodiny na nápravě, či rozvoji jejich osobnosti a dovedností s ohledem na postižení dítěte, pokroky během probíhajícího výzkumu.

Robin - DMO

Rodina se aktivně zapojuje do činností, které přispívají k rozvoji a zlepšení podmínek dítěte. Dítě se v rámci svých možností vyvíjí a je znatelné zlepšení ve všech oblastech, které potvrzuje i Robinova paní doktorka. Integrace v běžné mateřské škole plně přispívá k jeho fyzickému i psychickému vývoji.

Doporučení – dále pokračovat tímto směrem, spolupracovat se specializovanými centry a školkou.

Eda – opožděný vývoj řeči

Eda se během uplynulé doby od realizovaného výzkumu zlepšil v oblasti grafomotoriky a jemné motoriky všeobecně. Při správné motivaci se doba soustředěnosti o něco zlepšila. Přístup rodiny však zůstává beze změn. Snažíme se informovat rodiče o stavu dítěte, a však vytrvalost tvrzení matky, že Eda je v naprostém pořádku, stále trvá.

Doporučení – zaměřit se hlavně na verbální projev a cvičení hlásek, které stále nejsou osvojeny. Procvičování zrakového i sluchového vnímání, dechová cvičení. Logopedii a foniatrii Eda navštěvuje. Rodina by se měla více zapojovat do komunikace s pedagogy v mateřské škole a možnosti spolupráce.

6.4 Dotazníková metoda šetření

Cílem mé praktické části pomocí dotazníkové metody bylo zhodnocení a prozkoumání postoje rodičů a veřejnosti na integraci. Zdali je názor kladný, či záporný, možnost spolupráce s rodiči a integrovanými dětmi. Průzkum probíhal formou dotazníku s uzavřenými odpověďmi v mateřské škole, kde působím jako učitelka.

Vzdělání rodičů v naší MŠ je základní, středoškolské i vysokoškolské, proto jsem zvolila jednodušší formulaci otázek, aby byly srozumitelné a jasné pro všechny již zmiňované oblasti a výzkumné šetření tak bylo naplněno se všemi cíli.

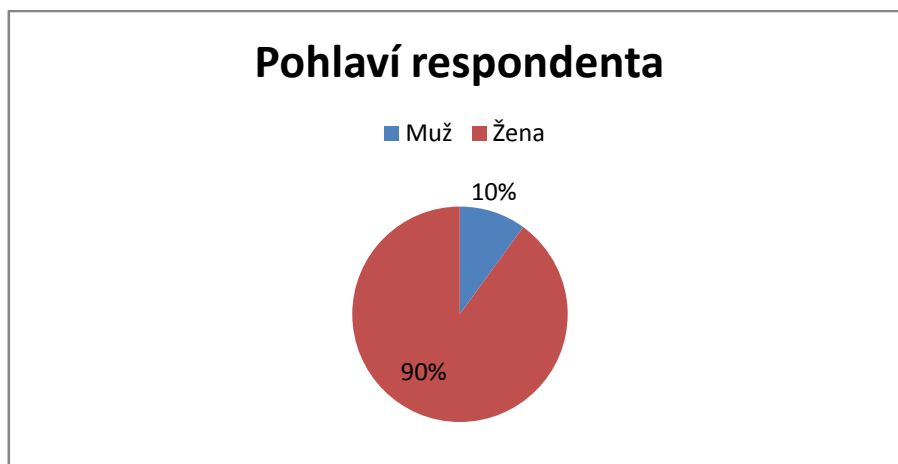
Hypotézy

- H1: Spolupráce rodiny jako celkem při vyplňování dotazníku se bude jednat cca 5%.
- H2: 90% lidí, bude znát pojem integrace
- H3 : Rodičům nebude vadit integrace dětí se zdravotním postižením. Odhadem 95%.
Horší to bude u dětí s poruchou chování a národnostních menšin
- H4: Více jak 60 % dětí dochází do PPP
- H5: Celkový pohled na integraci po zhodnocení odpovědí bude kladný.

Výzkumná část: zpracování výsledků

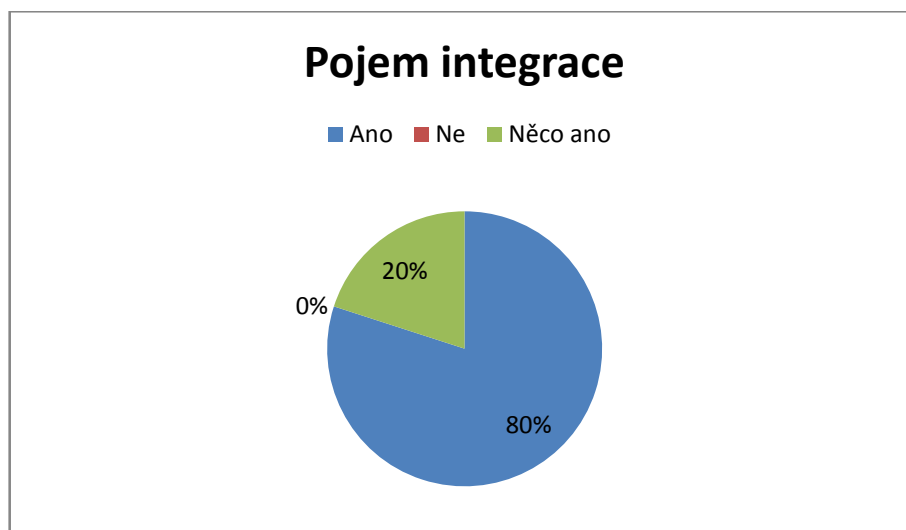
1. Otázka byla dotazovaná na pohlaví respondenta. Překvapivě 10 % mužů vyplňovalo dotazník, má hypotéza odhadovala nejvýše 5%. 90% žen, vyplňovalo tento dotazník.

Graf 1: Pohlaví respondenta



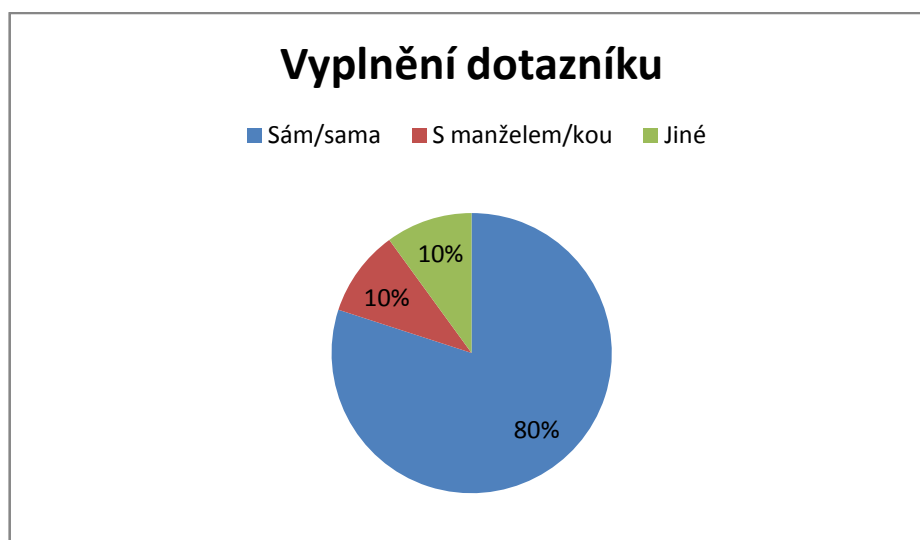
2. Tato otázka byla směřována, zda odpovídající vědí o pojmu integrace. 80% respondentů pojem integraci znají, 20 % o tomto pojmu alespoň slyšeli. Kladné zjištění je, že se nenalézá nikdo, kdo by o integraci ještě neslyšel.

Graf 2: Znalost pojmu integrace



3. Cílem třetí otázky, je zda rodina spolupracuje, její zájem. 80% lidí odpovědělo, že dotazník vyplňují sami. 10 % odpovídali s manželem/kou a 10 % s jiným neurčeným. Hlavním kladným zjištěním je, že 20 % spolupracovalo dohromady. Většina rodičů, řeší takovéto věci jen individuálně.

Graf 3: Otázka, zda na dotazník odpovídají sami nebo s někým jiným



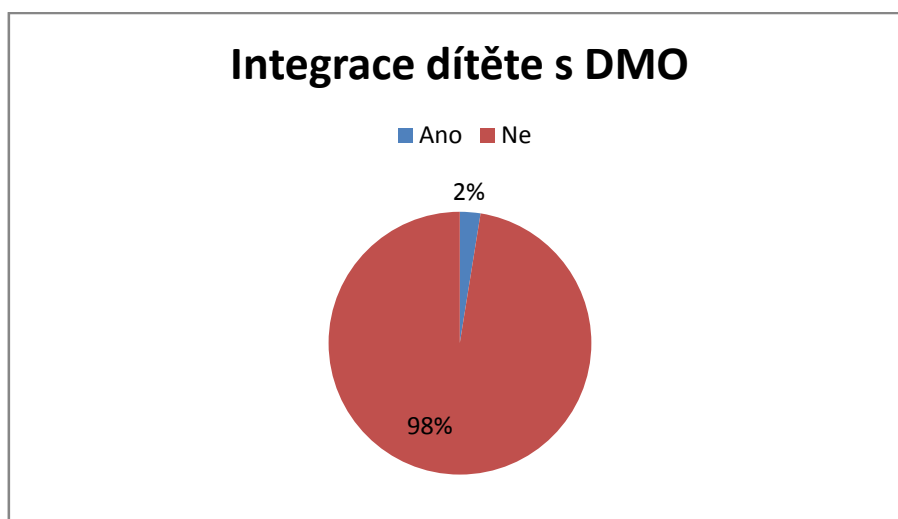
4. Otázka se týkala, zda by rodiče unesli, že k jejich zdravému dítěti bylo integrován dítě s mentálním postižením. 95% rodičů odpověděli kladně s ohledem na problematiku, že by s tím neměli problém. 5% rodičů to vnímají jako problém.

Graf 4 : Integrace dítěte s mentální retardací



5. Tak jak jako u předcházející otázky, zda li by rodičům vadila účast dítěte s DMO ve školce je kladně hodnocena. 98% respondentů, by s účastí neměli problém a 2% ano. Do naší MŠ chodí chlapec s DMO, proto mě v tomto případě překvapilo, že někomu s rodičů to vadí.

Graf 5 Integrace dítěte s DMO



6. Otázka byla směřována na národnostní menšiny v ČR. Překvapivě 57 % respondentů vnímají negativně účast dětí v MŠ s jinou národností. 9 lidí připsalo, že by se mělo dávat přednost přijetí českým dětem. 43% rodičům nevadí účast cizinců v jejich MŠ.

Graf 4: Dítě s jinou národností



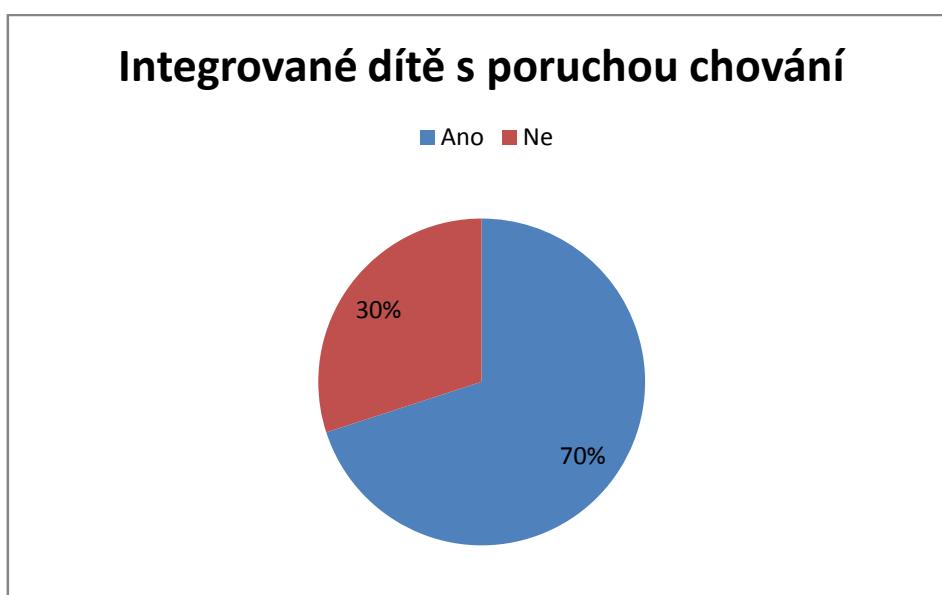
7. otázka se týkala integrace dítěte s poruchou autistického spektra. 85% rodičů vnímá tuto možnost negativně, 15% respondentům tato možnost nevadí

Graf 7: Integrované dítě s poruchou autistického spektra



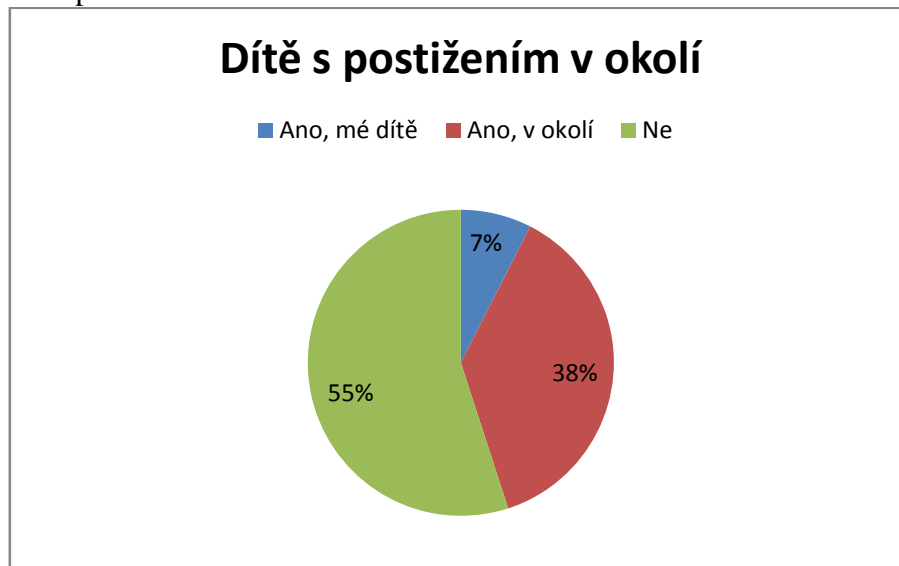
8. 70% rodičů je proti tomu, aby do jejich MŠ s jejich dítětem nastoupilo dítě s poruchou chování. 30% lidí neberou tuto možnost negativně.

Graf 8: Integrované dítě s poruchou chování



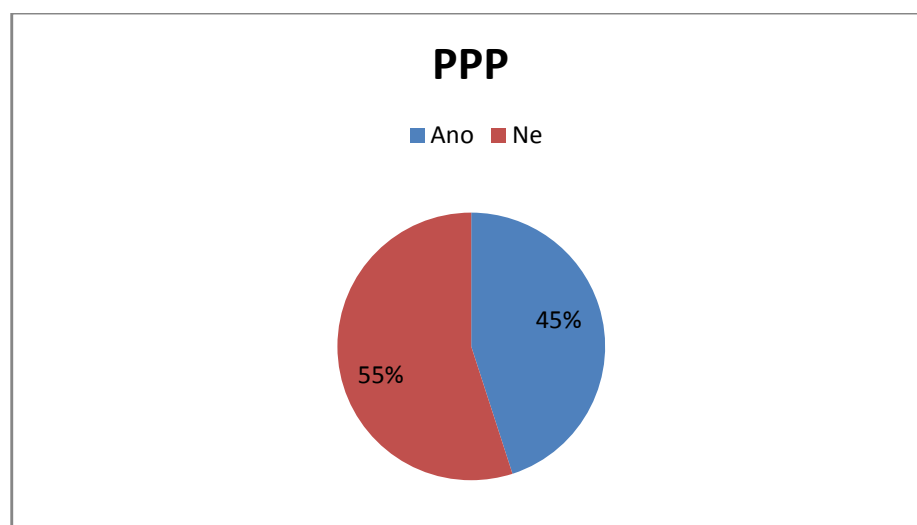
9. Otázka byla směřována na výskyt v blízkém okolí zdravotního postižení. 7 % rodičů tj. 3, mají dítě s typem zdravotního postižení. 55% respondentů odpovědělo, že nemají ve svém blízkém okolí nikoho se zdravotním postižením(pzn. Ač se ve školce setkávají již se třemi případy) 38% odpovědělo, že ano.

Graf 9: Dítě s postižením v okolí



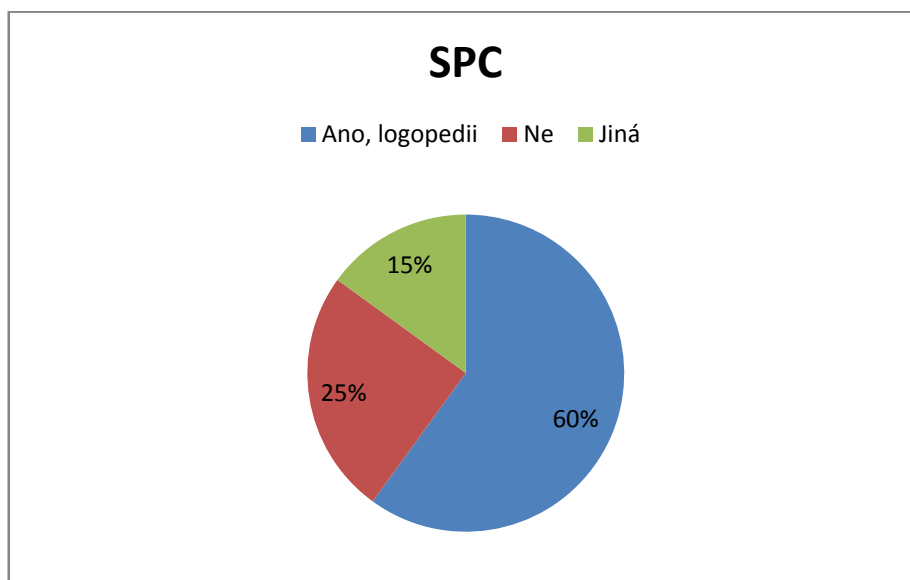
10. Otázka se týkala návštěvnosti rodičů s dětmi v PPP. Z hlediska zvýšeného patologického jevu u předškolních dětí (psychický vývoj, diagnostika postavy, grafomotorika) 45 % rodičů navštěvují, nebo navštívili PPP. 55% PPP nenavštěvují.

Graf 10: Pedagogicko-psychologická poradna



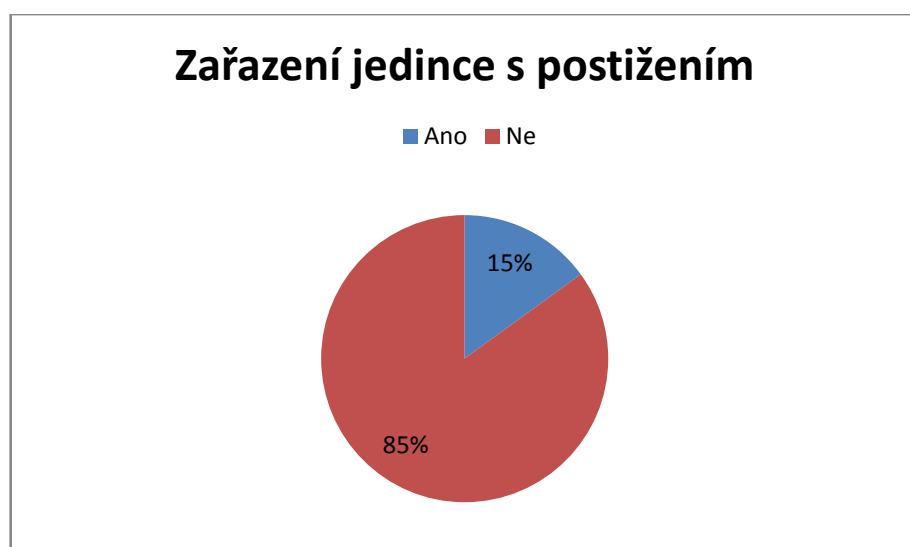
11. 60% rodičů navštěvují logopedii (SPC – paní doktorka navštěvuje naši MŠ), 25% nenavštěvují SPC, 15 % rodičů navštěvují SPC z jiného důvodu – většinou integrované děti v naší MŠ.

Graf 11: Speciálně-poradenské centrum



12. Názor rodičů na zdravotně postiženého jedince a jeho zařazení. 85% lidí si myslí, že zdravotně postižený jedinec nepatří pouze do speciálních škol a ústavů. 15 % s tímto výrokem souhlasí.

Graf 12 Zařazení dítěte s postižením



Zhodnocení výsledků:

Výzkumná část se týkala názoru rodičů v naší mateřské škole ohledně integrace. Podle výsledků obsažených ve výzkumné části, mohu zhodnotit, že postoj k integraci je ve většině případech kladný. Výzkum probíhal způsobem rozdělením si rodičů, kteří se podílejí na akcích školky a naopak kteří se na akcích nepodílí a kteří mají hodně připomínek, aby průzkum byl rovnoměrný a věrohodný. Všichni respondenti dotazník vrátili vyplněný. Někteří na druhou stranu psali své názory na danou problematiku, překvapil mě jejich zájem a nápady na různé aktivity pro integrované děti uvedené v kazuistické části a dalších, kteří možná nastoupí. Výzkumná část byla naplněna se všemi cíli.

Doporučení pro příští práci:

Jelikož mě překvapil veliký zájem o problematiku ze strany rodičů, ráda bych doporučila k přezkoumání, jak integraci vnímají ředitelé a učitelé v mateřských a základních školách. Zda jejich vybavení a možnosti jsou správným předpokladem pro integraci žáků se zdravotním postižením.

ZÁVĚR

Současný legislativní rámec v oblasti vzdělávání je na území České republiky často diskutovaným tématem. Vzdělávání zdravotně postižených jedinců je založeno na principu rovných šancí. Každý člověk má právo na vzdělání s ohledem na jeho možnosti a schopnosti, stejně tak na začlenění do společnosti a společenského života. Většina dětí se zdravotním postižením, které se integrují do běžných školských zařízení, mají problémy hlavně v komunikaci a jiné řečové produkci. Mnohá veřejnost neví, že existují způsoby, jak s nimi navázat kontakt, vyslyšet jejich prosby a přání a podpořit je v jejich vývoji a socializaci vůbec.

V praktické části jsem se dozvěděla mnoho zajímavých informací ohledně rodiny a její spolupráce, názorem na integraci dětí se zdravotním postižením.

Je třeba si uvědomit, že nikdo z nás nechce přemýšlet o černých scénářích, které by nám mohly ztrpčit život. Jenže občas se nám do cesty postaví překážky, o kterých jsme neměli ani tušení nebo které jsme neregistrovali, dokud se nás netýkaly. A musíme se s nimi vypořádat.

Život s handicapem nebo handicapovaným člověkem nepřináší do života rodiny jenom zátěž, úzkost, ale také mnoho radostí. Rodiče i děti si navzájem váží života, učí se nezastavovat nad maličkostmi, dovedou se radovat z maličkostí, více si váží opravdového přátelství a více si váží vstřícnosti ze strany jiných lidí.

I s handicapem můžeme prožít plnohodnotný a krásný život. Jen to člověk nesmí vzdát.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- FISCHER, S, ŠKODA, J. *Speciální pedagogika – Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978 - 80-7387-014-0.
- HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0084-0
- JESENSKÝ, J. *Integrace – znamení doby*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN: 80-7184-691-0
- KÁBELE, F. a kol. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. ISBN: 80-7066-533-5
- LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany : HaH, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MICHALÍK J, a kol, *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859
- NOVOTNÁ, KŘEMČÍKOVÁ. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha: Pedagogické nakladatelství, 1997. ISBN: 80-85937-60-3
- NÝVLTOVÁ, V, *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: UJAK, 2008. ISBN: 978-80-86723-48-8
- PIPEKOVÁ, J, a kol, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN: 8-85931-65-6
- RENOTIÉROVÁ, M.,LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UPOL, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
- SLOWÍK, J. *Speciální Pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007 . ISBN: 978-80-247-1733-3
- SOURALOVÁ, L. LANGER, J. *Surdopedie*. 1. vyd.
- ŠVARCOVÁ, I. *Základy pedagogiky*. 1. vyd. Praha VŠCHT, 2005. ISBN: 80-7080-573-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN: 80-7184-929-4

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

VALENTA, M, MÜLLER, *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN: 978-80-7320-099-2.

VÍTEČKOVÁ, M. Asistent pedagoga . *Řízení školy*, 2009, roč. VI, č. 4, s. 11-14.

VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika, Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

(časopis)

Internetové zdroje

Zdroj: [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/e\)xkluze](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/e)xkluze)

Zdroj: http://slovníkcizichslov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=socializace 4. 1. 2013

Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Tyflopédie>. <http://www.medwob.com/cs/2763.html> (25.2. 2013)

Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1n%C4%9Btost%20C5%99edn%C3%ADho_uha

Zdroj: <http://www.jc.apla.cz/files/asistent.pd> 20.2.2013

Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina> 4.11.2012

Zdroj: <http://www.vkol.cz/cs/dokumenty/referaty-a-soupis-y--nejen--pracovniku-vkol/prehled-referatu/clanek/integrace-zdravotne-postizenych-osob-do-spolecnosti/> (26. 2. 2013)

Zdroj: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/poradny-nrzp-cr-v-regionech.html> (28.2.2013)

Zdroj: <http://www.SONS.cz> (28. 2. 2013)

Zdroj: <http://www.vodicipsi.cz/index.htm> (28. 2. 2013)

Zdroj: <http://www.cun.cz/index.php?clanek=32> (28. 2. 2013)

Zdroj: <http://www.cun.cz/index.php?clanek=47> (28.2.2013)

Zdroj: <http://www.apla.cz/co-je-apla/obsah/o-apla/co-je-apla> (28.2.2013)

Zdroj: <http://www.spmpr.cz/uploaded/letak-spmpr-web.pdf> (28.2.2013)

SEZNAM TABULEK OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Seznam grafů:

- Graf 1: Pohlaví respondenta
- Graf 2: Zda rodiče a veřejnost znají pojem integrace
- Graf 3: znalost pojmu integrace
- Graf 4 : Integrace dítěte s mentální retardací
- Graf 5 Integrace dítěte s DMO
- Graf 6: Dítě s jinou národností
- Graf 7: Integrované dítě s poruchou autistického spektra
- Graf 8: Integrované dítě s poruchou chování
- Graf 9: Dítě s postižením v okolí
- Graf 10: Pedagogicko-psychologická poradna
- Graf 11: Speciálně-poradenské centrum
- Graf 12: Zařazení dítěte s postižením

Seznam obrázků:

- Obrázek 1: Stavba vnitřního a vnějšího ucha
- Obrázek 2: Popis sluchadla
- Obrázek 3: Popis převodu zvukového signálu
- Obrázek 4: Vodící pes
- Obrázek 5: Nevidomí

Seznam tabulek:

- Tab. 1 Klasifikace IQ
- Tab. 2 Ztráta sluchu v decibelech
- Tab. 3 Zrakové postižení podle místa vzniku

PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazníkový test v naší mateřské škole. Test byl zadán rodičům dětí. I

1. Vaše pohlaví.

- Muž
- Žena

2. Vyplňujete tento dotazník sama/sám?

- Sama
- S manželem / přítelem
- Jiné (rodinný příslušník)

3. Slyšeli jste již o pojmu integrace?

- Ano
- Ne

4. Vadilo by vám, kdyby do vaší MŠ bylo přijato dítě integrované s lehkou mentální retardací:

- Ano
- Ne

5. Vadilo by vám, kdyby do vaší MŠ bylo přijato dítě integrované s Dětskou mozkovou obrnou (toto dítě již naši školku navštěvuje)

- Ano
- Ne

6. Vadilo by vám, kdyby do vaší MŠ bylo přijato dítě jiné národnosti?

- Ano
- Ne

7. Vadilo by vám, kdyby do vaší MŠ bylo přijato dítě integrované s autismem?

- Ano
- Ne

8. Vadilo by vám, kdyby do vaší MŠ bylo přijato dítě integrované s poruchou chování?

- Ano
- Ne

9. Vyskytuje se ve vaší blízkosti, v okolí dítě s některým typem zdravotního postižení? (Tělesné postižení, zrakové vady, neoslýchavý, komunikační vady apod.)

- Ano, mé dítě
- Ano, v okolí
- Ne

10. Navštěvuje vaše dítě Pedagogicko-psychologickou poradnu?

- Ano
- Ne

11. Navštěvuje vaše dítě SPC?

- Ano
- Ne

12. Souhlasíte s výrokem, že zdravotně postižení jedinci patří do speciálních škol a speciálních ústavů?

- Ano
- N

Velmi děkuji, za Vaší spolupráci a ochotu zúčastnit se výzkumného šetření na téma integrace.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Miroslava Kacbudová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Jedinec se zdravotním postižením a možnosti jeho integrace

Rok: 2013

Počet stran textu: 66

Celkový počet stran příloh: 2

Počet použitých zdrojů: 18

Počet internetových zdrojů: 14

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová

