

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Ladislava SLANCOVÁ

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské – prezenční studium

2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Ladislava Slancová

Speciálně pedagogické poradenství pro jedince s tělesným
postižením

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce:

PaedDr. Viola Rašínová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master – Full – Time Studies

2011 – 2013

DIPLOMA THESIS

Ladislava Slancová

Specifically educational counseling for individuals with
disabilities

Prague 2013

The Diploma Work Supervisor:

PaedDr. Viola Rašínová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová 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 jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 11. 3. 2013

Jméno autorky

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní doktorce PaedDr. Viole Rašínové za odborné vedení a rady poskytnuté při zpracování diplomové práce.

Anotace

Tato diplomová práce se v teoretické části zabývá především otázkami speciálně pedagogického poradenství pro jedince s tělesným postižením, dále oborem somatopedie, do kterého tyto jedince řadíme, zmíněny jsou i vybrané osobnosti tohoto oboru a opomenuty nezůstaly ani informace o lidech, kteří působí v oblasti pomáhajících profesí. Praktická část práce byla zpracována na základě dotazníkové metody doplněné o případové studie klientů, kteří využívají pomoc speciálně pedagogického centra.

Klíčové pojmy

Dětská mozková obrna, diagnostika, intervence, komunikace, pedagogicko psychologická poradna, pomáhající profese, poradenský proces, somatopedie, speciálně pedagogické centrum, syndrom vyhoření, tělesné postižení, zdravotní postižení

Abstract

This thesis in theoretical part mainly deals with issues specifically educational counseling for individuals with disabilities on the scope of the somatopedie, to which these individuals are mentioned, they are also selected personality of this scope and of omission left or any information about the people who work in the area of the helping professions. The practical part of the thesis has been processed on the basis of questionnaire methods complemented by case studies of clients who use assistance specifically educational center.

Key words

Cerebral palsy, diagnosis, intervention, communication, pedagogical and psychological counseling, helping professions, counseling process, somatopedie, special education center, burnout , physical disability, disability

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1. POMÁHAJÍCÍ PROFESE	12
1.1 SPECIFICKÉ ČINNOSTI POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	14
1.2. SYNDROM VYHOŘENÍ POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	15
2. HLEDISKA SOMATOPEDIE	19
2.1 PŘÍSTUPY K TĚLESNĚ POSTIŽENÝM V HISTORII	19
2.2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ A TĚLESNÉ POSTIŽENÍ	21
2.3 KLASIFIKACE POHYBOVÝCH VAD	23
2.3.1 <i>Obrny centrální a periferní</i>	23
2.3.2 <i>Deformace</i>	26
2.3.3 <i>Malformace a amputace</i>	27
2.3.4 <i>Tělesná postižení po nemoci</i>	28
2.3.5 <i>Zdravotní oslabení</i>	29
2.3.6 <i>Komprehensivní rehabilitace = Ucelená rehabilitace</i>	31
3. VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI V OBORU SOMATOPEDIE U NÁS.....	34
3.1 PROF. MUDR. RUDOLF JEDLIČKA (20. 2. 1869 – 26. 10. 1926)	34
3.2 FRANTIŠEK BAKULE (17. 5. 1877 – 15. 1. 1957)	35
3.3 AUGUSTIN BARTOŠ (29. 2. 1888 – 24. 1. 1969)	36
3.4 FRANTIŠEK KÁBELE (13. 11. 1913 – 22. 11. 1998).....	37
4. PORADENSKÁ ČINNOST	38
4.1 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ PORADENSTVÍ.....	42
4.1.1 <i>Střediska rané péče</i>	42
4.1.2 <i>Pedagogicko – psychologická poradna</i>	44
4.1.3 <i>Speciálně pedagogická centra</i>	45
4.1.4 <i>Speciálně pedagogická centra pro tělesně postižené a jejich služby</i>	47
4.2 KOMUNIKACE V PORADENSTVÍ	49
4.3 PORADENSKÝ PROCES.....	50
4.3.1 <i>Překážky a rizika v poradenském procesu</i>	52
4.4 DIAGNOSTIKA A JEJÍ DRUHY	53
4.4.1 <i>Druhy diagnostiky</i>	55

PRAKTICKÁ ČÁST

5. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	66
5.1 CÍL VÝZKUMU	66
5.1.1 Zpracované výsledky z výzkumu.....	67
5.1.2 Shrnutí praktické části	75
ZÁVĚR	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	81

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá problematikou speciálně pedagogického poradenství pro jedince s tělesným postižením. Toto poradenství je poměrně mladý obor, který bývá občas podceňován, ať už ze strany celé společnosti, tak i ze strany rodičů. O tom mimo jiné svědčí i fakt, že kompletní péče o tělesně postižené byla představena až ve 20. století. Problém byl hlavně v tom, že jak otrokářská společnost, tak antický ideál dokonalého krásného a zdravého člověka, nedávaly moc prostoru životu postižených. Tento názor byl však v moderní době naštěstí vystřídán jinými postoji. Odborníci se začali postupně zabývat otázkami výchovy a vzdělání postižených. Objevily se pokrokové názory, podle nichž se mohou vzdělávat všichni, a to bez rozdílu původu, pohlaví a sociálního postavení. Postupně se vyvinula snaha o zřízení preventivní péče, která se prolíná ve všech složkách komplexní rehabilitace.

Úvodní kapitola teoretické části je věnována pomáhajícím profesím jsou zde uvedena specifika pro pomáhající profese, dále zde narazíme na pojmy, které jsou v tomto povolání často zmiňovány. Jedním z nich je syndrom vyhoření a poté syndrom pomocníka. Druhá kapitola je zaměřena na somatopedii, do které jsou zařazeny jedinci s tělesným postižením, ale i zdravotně oslabení, jedinci po úrazech a ti, kteří trpí chronickým onemocněním. Dalším bodem jsou historické přístupy k těmto jedincům a jejich postupná proměna s rozvíjející se společností. Nejtypičtějším tělesným postižením, které je v této kapitole taktéž popsáno je dětská mozková obrna a její formy. Důležitou roli zde potom hraje ucelená rehabilitace.

Třetí samostatnou kapitolu tvoří některé významné osobnosti v oboru somatopedie u nás.

Teoretickou část práce uzavírá kapitola zabývající se poradenskou činností, poradenskými zařízeními, především je to speciálně pedagogické centrum, pedagogicko-psychologická poradna, středisko rané péče, psychologická poradna. Nedílnou součástí je také komunikace v poradenství, poradenský proces a jeho průběh, diagnostika a její druhy. Kapitola je

zakončena pojmy, které jsou v současnosti velmi užívané. Jedná se o integraci, inkluzi a socializaci, která s těmito pojmy koresponduje.

Praktická část práce je zaměřena na vyhodnocování dotazníků, které byly rozdány mezi rodiče žáků navštěvujících Základní školu Psáry, Speciálně pedagogické centrum v Kladně a Jedličkův ústav v Praze a jeho speciálně pedagogické centrum. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak jsou poradenská centra rodiči tělesně postižených dětí využívána, s jakými problémy tam klienti nejčastěji přicházejí, co jim v nabídce těchto center chybí apod. Cílem diplomové práce je seznámit s poradenstvím jako takovým a zaměřit se na poradenství speciálně pedagogické, jeho funkce a komu je poskytováno, dále na pomáhající profese a úskalí, které mohou pracovníky poraden při jejich výkonu potkat.

TEORETICKÁ ČÁST

1. POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Termín pomáhající profese pod sebou skrývá řadu povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat těm, kteří to potřebují. Jsou to lékaři, sociální pracovníci, psychologové a jiní. Podstatnou roli v těchto profesích hraje lidský vztah mezi pomáhajícím a klientem i samotná osobnost pomáhajícího pracovníka. (Michalík, 2011) uvádí, že zcela zřídka jsou mezi pomáhající profese řazeni např. advokáti, přestože i oni zcela nepochybně pomáhající profesí jsou. Lze přijmout i tvrzení Psychologického slovníku, kde jsou pomáhající profese definovány jako souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby pomoc mohla být účinnější (Hartl, Hartlová, 2009). Každá profese má svá specifika, ale pokud se zaměříme na výše zmiňované, lze uvést několik charakteristik dle Michalíka (2011):

- **Požadavky na speciální či specializované vzdělávání** - Obvyklým se již stává vzdělání vysokoškolské, výjimečně (např. některé skupiny pracovníků ve zdravotnictví, sociální práci, ve vzdělávání) i vzdělání středoškolské.
- **Zaměření na individuální potřeby (problémy) jednotlivce** – Není vyloučeno, aby pracovník v pomáhajících profesích řešil otázky týkající se celé skupiny osob, pravidlem je však zaměření na konkrétní individuální potřeby jednotlivce.
- **Důležitá role praxe a dalšího vzdělávání** – Uvedené pravidlo platí pro všechny profese, v případě pracovních pozic, v nichž pracovník vystupuje v přímé interakci s další osobou (a je již nazýván klient, uživatel, pacient apod.), je určitá doba „zácviku“ nezbytná. Teprve další praxí se pracovník učí posuzovat velké množství nuancí¹, které jeho

¹ Nuance: jemný rozdíl. (Zdroj: Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Nuance>> [online]. 2013 [cit. 2013-02-02])

profese přináší. Lze říci, že žádný „případ“ není v pomáhajících profesích zcela totožný.

- **Speciální požadavky na strukturu osobnosti pracovníka** - Do této oblasti patří široká škála vlastností, hodnotový systém, motivace a všechny ostatní aspekty, které obecně nazýváme „sociopsychické“ předpoklady pro výkon profese. Z nejběžnějších uveďme stabilitu osobnosti, empatii, trpělivost, ochotu, toleranci a další. Žádná z těchto charakteristik nepostačí, není-li doprovázena vysokou odborností.
- **Vyšší riziko syndromu vyhoření** – Jen zdánlivě se jedná o módní termín a módní problém. Skutečností je, že práce s lidmi a řešení jejich problémů vede u značného množství pracovníků k postupné degradaci „profesionality“ a jejích aspektů. V lepších případech přichází ke slovu rutina a opakování, v závažnějších i manipulace a zanedbávání povinností.
- **Využívání etických norem** – Na rozdíl od některých jiných profesí a povolání je v pomáhajících profesích celá řada pravidel chování, která se týkají vztahů pracovníků a uživatelů jejich služeb, upravena tolika etickými zásadami, jež v některých případech mají podobu psaných kodexů a v jiných se odkazují na zvyklosti a „dobrou praxi“. Tento systém má řadu výhod, ale i některé nevýhody. Přílišné normativní vymezení vztahových pravidel (např. právním předpisem) neumožňuje pružně reagovat na ojedinělost a v pravém smyslu výjimečnost každé situace klienta pomáhajících profesí. Na druhé straně normativní pravidla jsou snáze kontrolovatelně vymahatelná.
- **Specifické komunikační schopnosti** – Zde jde jak o obecné komunikační schopnosti a předpoklady, tak o zvládání zvláštních komunikačních pravidel vyplývajících z obsahu činnosti dané profese. V řadě případů jde také o zvládání alternativních systémů komunikace či pravidel komunikace s osobami se speciálními potřebami.

1.1 Specifické činnosti pomáhajících profesí

- **Diagnostika** – Je součástí vstupních procedur „otevření případu“ a v některých případech i depistáž osob, jež jsou daným problémem zasaženy. Výsledkem diagnostiky bývá stanovení dalšího postupu, který je zaměřen na úpravu, změnu či odstranění problému zjištěného diagnostickými metodami.
- **Poradenství** – Rozumíme jím soubor aktivit a činností zaměřených na cílenou podporu, provázení a pomoc klientovi této služby, kdy jsou rozhodujícími aktivitami informace, rady, zprostředkování vedení zastupování, návrh programu řešení apod. Je jednou z nejrozšířenějších činností pomáhajících profesí, a to jak v rovině obecné, která je přítomna v náplni práce takřka každého pracovníka, tak v rovině odborné (např. logoped ve zdravotnictví, poradce zdravotně postižených).
- **Terapie** – V původním slova smyslu znamená léčbu, a je proto zaměřena na odstranění či překonání nepříznivých jevů zasahujících sféru somatické a psychické integrity jedince. Jde o náročnou činnost vyžadující vysokou odbornost a potřebnou specializaci (zahrnující i praxi a případné výcviky) terapeuta.
- **Řešení problému** – V užším slova smyslu to může být poskytnutí poradenství nebo provedení terapeutických aktivit. Zde se jedná o souhrn různých činností, jež zahrnují jak vlastní podíl pracovníka v pomáhajících profesích, tak zpravidla i podíl dalších odborníků, kteří vystupují jako konzultanti.
- **Záznam problému** – Jedná se o soubor činností, které slouží k dokumentaci, záznamu a případně archivaci souboru aktivit provázejících danou situaci, jež je zpracována pracovníkem v pomáhajících profesích. Současné systémy v rámci pomáhajících profesí většinou vyžadují přesné a úplné zachycení podstatných náležitostí sledovaného problému. Součástí tohoto bodu je rovněž formulace výstupů (prognóza, doporučení, zpráva) z řešení.

(Michalík, 2011)

1.2. Syndrom vyhoření pomáhajících profesí

Historie syndromu vyhoření (burn – out)

Burn-out byl jako jev rozpoznáván a identifikován poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století. Byl původně spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu o vše ostatní ztratili zájem (Křivohlavý, 1998, s. 6 in Jeklová, Reitmayerová, 2006). Později se tento pojem rozšířil i pro oblast drogových závislostí, kde toxikomani ztráceli zájem o cokoli jiného mimo drogu, svět se jim zúžil jen na tuto oblast. Postupně pronikal i do jiných oblastí, předcházela například i pojmu workoholik, který vypovídá o stavu přepracovanosti, lidé se cítí apatičtí, vyčerpaní, nedokážou překonávat běžné překážky a začínají se stranit ostatních. Stav, který pojem burn-out popisuje, je však známý a vyskytuje se odněpaměti. V krásné literatuře lze najít nejrůznější zmínky, které souvisejí s tímto stavem naprosté vyčerpanosti a neschopnosti pokračovat dál v původní profesi nebo činnosti související s mezilidským kontaktem (Křivohlavý, 1998 in Jeklová, Reitmayerová, s. 6, 2006).

Syndrom vyhoření

Pojem byl poprvé použit psychologem H. J. Freudenberger, který ho definoval jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince nepřináší očekávané výsledky. Syndrom je spojován se stavem psychického i fyzického vyčerpáním následujícího po vyčerpávajícím a dlouhotrvajícím stresu.

Fáze syndromu vyhoření dle Edelwich a Brodsky

- I.** Nadšení (vysoké ideály, angažovanost, aktivita)
- II.** Stagnace (zjištění, že ideály jsou nenaplnitelné, pokles aktivit)
- III.** Frustrace (pocity zmaru, zklamání, nechut' pokračovat v práci)
- IV.** Apatie (pracovník je netečný, dělá pouze to, co musí, klienty vnímá jako nepřítelé)
- V.** Syndrom vyhoření – fyzická a psychická vyčerpanost

(Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Prevence syndromu vyhoření

- I. Snižte příliš vysoké nároky** - Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.
- II. Nenechte se propadnout syndromu pomocníka** - Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybujte se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.
- III. Naučte se říkat NE** - Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
- IV. Stanovte si priority** - Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberete jako podstatné.
- V. Dobrý plán ušetří polovinu času** - Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
- VI. Dělejte přestávky** - Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
- VII. Vyjadřujte otevřeně své pocity** - Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.

- VIII. Hledejte emocionální podporu** - Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vyličít svoje problémy.
- IX. Hledejte věcnou podporu** - Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.
- X. Vyvarujte se negativního myšlení** - Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mně dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte vše, co má podle vás v životě hodnotu.
- XI. Předcházejte komunikačním problémům** - Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům a výhrůžkám. Pakliže se věnujeme pomáhajícím profesím, je potřeba se zmínit i o syndromu pomáhajících, který se protíná se samotným syndromem vyhoření.
- XII. V kritických okamžicích zachovejte rozvahu** - V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.
- XIII. Následná konstruktivní analýza** - Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativy řešení. Zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.

- XIV. Doplnujte energii.** Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku. Věnujte se činností a vztahům, při kterých se cítíte dobře, a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.
- XV. Vyhledávejte věcné výzvy.** Buďte otevření novým zkušenostem, dále se učte a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.
- XVI. Využívejte nabídek pomoci.** Jestliže máte pocit, že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.
- XVII. Zajímejte se o své zdraví.** Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.

(Zdroj: Dostupné z WWW: <<http://www.alfabet.cz/index.php/pece-o-pecujici/pracovnici-v-pomahajicich-profesich/71-syndrom-vyhoreni-v-pomahajicich-profesich>>, [online]. [cit. 2013-02-02])

Syndrom pomáhajících

Syndrom pomáhajících, jindy také označován jako syndrom pomocníka, byl poprvé popsán Schmidbauerem (2000). Pomocník je přesvědčen o tom, že náklonnost okolí si získá tím, když se bude chovat jinak, než jaký ve skutečnosti je. Dokonalost pokládá za nezbytnou složku jeho osobnosti. Pracovník se skrývá za maskou své profese nejenom před svým klientem, ale i sám před sebou, neschopný projevit své vlastní city a potřeby. (Horská, 2009)

2. HLEDISKA SOMATOPEDIE

Somatopedie byla původně nazývána defektologie ortopedická. Nynější název zavedl František Kábele. Je to sloučenina dvou slov řeckého původu (soma – tělo, paideia – výchova vedení). Jde o jednu z oblastí, která společně s psychopedií, etopedií, surdopedií a tyflopédií tvoří speciální pedagogiku. Vedle somatopedie lze užít i názvu pedagogika tělesně postižených, pedagogika tělesně a zdravotně postižených. V zahraničí se používají termíny: pedagogika tělesně postižených, pedagogika pohybově postižených či pedagogika nemocných. Pakliže se zaměříme na německy mluvící země, setkáme se s termíny, jako jsou např. ortopedagogika, rehabilitační pedagogika, pedagogika tělesně postižených (Ortopädagogik, Rehabilitationspädagogik, Körperbehindertenpädagogik). V anglicky hovořících zemích je přednostně používán termín výchova a vzdělávání žáků s tělesným postižením (Education of Students with Fysical Disability). Spojení pedagogické problematiky tří příbuzných kategorií jedinců (tělesně postižených, nemocných, zdravotně oslabených) je u nás tradiční. (Ludvíková, 2003)

2.1 Přístupy k tělesně postiženým v historii

I. Represivní stádium – V tomto období bylo považováno za dobré a správné to, co udržovalo a posilovalo život skupiny a za nesprávné bylo považováno to, co ji nějakým způsobem oslabovalo. Rodina určovala osud oslabených, nemocných a postižených jedinců, protože to byli oni, kdo snižovali životaschopnost společenské skupiny. Otokáská společnost byla zaměřena převážně na nově narozené děti, jež byly segregovány nebo likvidovány. Podle B. Popeláře *„Otokáská společnost snížila cenu člověka na bezvýznamnou jednotku živého inventáře ve statku držitele půdy, poživatele výsad svobodného občana, člena vojenko – obchodní vládnoucí vrstvy. Tu není divné, že i k vlastním neduživým dětem chovali se tito lidé tvrdě, ježto v nich spatřovali nepřiměřené představitele jejich moci“*

(In: Renotiérová, 2003, s. 9)

- II. Stadium charitativní péče** – Antický ideál dokonalého, krásného a zdravého člověka nedával moc prostoru životu postižených, přesto byl po nějaké době vystřídán jinými postoji. Názor vycházející z náboženské filosofie se měnil postupně, ale mezitím narážel i na řadu rozporů. Křesťanství chápalo tělo jenom jako schránku pro duši, snažilo se o hlásání lásky k bližnímu, povinnosti pomoci slabším. O nejnужnější pomoc nemocným a postiženým se v této době postaraly kláštery, špitály a chudobince. Byly zaznamenány sociální a výchovné činnosti, a ty vytvářely předpoklady pro přechod na další období.
- III. Stádium humanitní péče** – Tato etapa se vyznačuje nejen návratem k antice a humanismu, ale dané období se též začalo zabývat otázkami vzdělávání postižených. Došlo ke vzniku pokrokových názorů, např. J. A. Komenský se snažil, aby se mohli všichni všeobecně vzdělávat, a to bez rozdílu původu, pohlaví a sociálního postavení. K přínosu J. A. Komenského se vyjadřuje F. Polanský: *„Ke skutečnému rozvoji výchovné práce o slepé, hluché a zmrzačené dochází teprve v 18. století zároveň s pokroky psychologie a medicíny. Komenský se ohlásil s požadavkem víry výchovy všech těchto defektních o plné století dříve, a to jen na podkladě své optimistické víry ve vychovatelnost každého člověka. Humanita dala se první na cestu, po které kráčel teprve později psychologický empirický výzkum“* (in: Renotiérová 2003, s. 11). Myšlenky Komenského ovlivnily nejen charitativní zařízení, ale i soukromé učitele a vychovatele postižených dětí z vyšších společenských vrstev. Využívaly byly i v prvních ústavech, které se zaměřily na děti neslyšící, nevidomé a tělesně postižené. Šlo o soukromá zařízení, kde se zakládaly školy a realizovala se výchovná a vzdělávací péče.
- IV. Stádium rehabilitační a preventivní péče** – Rozvoj ústavní péče o tělesně a zdravotně postižené začal na základě snahy o to, aby se od všeobecného vzdělávání přešlo i k odbornému, které by postižené připravilo na povolání. Rehabilitační ústavy pro pohybově postižené vznikaly převážně za 2. světové války a po jejím skončení, a to ve státech, kde měli velký počet invalidů v mladém a produktivním věku.

A právě komplexní rehabilitace² měla tyto lidi vrátit do pracovního procesu. Péče už se netýkala pouze tělesně a zdravotně postižených, ale i smyslově a mentálně postižených. Preventivní péče se prolínala ve všech složkách komplexní rehabilitace. Poskytuje léčebně – výchovnou a poradenskou pomoc pro rodiče, u nichž se vyskytují dispozice k některým přenosům vad a onemocnění.

- V. Ekonomická péče** – Jsou zaváděny vhodné pracovní obory a jejich nabídka je rozšiřována na základě aktuálních společenských potřeb. I jedinci s poměrně závažným pohybovým postižením a v kombinaci s lehkým mentálním postižením jsou schopni v pro ně vyhovujícím prostředí, kde se nachází i upravené nástroje, dobré pracovní činnosti. Začlenění jedinců se neodráží pouze v ekonomickém hledisku, ale také v psychorehabilitačním a socializačním. S vykonáním užitečné práce si postižený jedinec zvýší své sebevědomí, díky kterému lépe překoná další překážky.

2.2 Zdravotní postižení a tělesné postižení

V posledních letech se u nás rozvíjí diskuse kolem rozdílného chápání termínu postižení. V obecné speciálně pedagogické rovině se hovoří o čtyřech paradigmatech (Renotiérová, 2003)

I. Model medicínský – vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což navozuje medicínsky orientovanou péči. Jejím cílem je léčebná reparace.

II. Model sociálně patologický – důraz je kladen na problémy sociální povahy, proto v centru pozornosti stojí socializace a diskriminace podmíněná postižením.

III. Model prostředí – zabývá se především hledáním východisek pro změnu školských systémů ve prospěch postižených žáků. Školská reforma by měla poskytnout diferencovanou nabídku všem žákům podle jejich vzdělávacích potřeb.

² Péče léčebná, výchovně – vzdělávací, sociální, dále pak psychologická, technická a právní. (Renotiérová, 2003, s. 11-12)

IV. Model antropologický – usiluje zejména o zlepšení interpersonální interakce. Východiskem je respektování individuality, identity a jedinečnosti postižených, z čehož se odvíjí postoje učitelů, vychovatelů, spolužáků i širšího sociálního okolí.

Tělesné postižení

Než se dostaneme k samotnému vymezení tohoto pojmu je potřeba zmínit i další pojmy, které s ním souvisí.

- **Vada** – je narušení psychické, atomické či fyziologické struktury nebo funkce.
- **Postižení** – znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.
- **Handicap** – se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady a postižení, které stěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.

(Slowík, 2007, s. 26 – 27)

Tělesné postižení je chápáno jako postižení, které brání mobilitě. Je způsobeno vadou pohybového nebo nosného ústrojí (kosti, klouby, šlachy, svaly). Ve větší nebo menší míře omezuje pohyb a může vést až k nehybnosti. Jestliže mluvíme o jedincích s tělesným postižením, je zapotřebí myslet i na ty, kteří mohou být postiženi i v důsledku chronických onemocnění (epilepsie, diabetes, alergie, astma aj.). O těchto jedincích mluvíme spíše jako o jedincích se zdravotním oslabením.

Tělesná postižení dále dělíme na dvě základní skupiny:

- **Vrozená** – vznik na dědičném základě, vlivem poškození před narozením, během porodu, po porodu (Dětská mozková obrna, amélie (chybějící končetina), dysmelie (neúplně vyvinuté končetiny)).
- **Získaná** – tuto skupinu tvoří hlavně poúrazové stavy, amputace, pooperační stavy aj.

2.3 Klasifikace pohybových vad

„Ve speciálně pedagogické odborné literatuře se považují za tělesná postižení přetrvávající či trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození. (Vítková 2003, 2004 in Pipeková 2006)“

(Montová, 1994 in Pipeková, 2006) rozlišuje dvě základní skupiny, kterými jsou poruchy vrozené, včetně dědičných, a poruchy získané. Pohybové vady jsou různého stupně. Dle postižené části těla rozeznáváme obrny centrální a periferní, deformace, malformace a amputace.

2.3.1 Obrny centrální a periferní

Samotný název již vypovídá o tom, že půjde o oblast centrální a periferní části nervové soustavy, kdy centrální část zahrnuje mozek a míchu a část periferní obvodové nervstvo. Lze je dle závažnosti dělit na parézy³ a plegie⁴.

- I. **Dětská mozková obrna** – dále jen DMO patří mezi závažná centrální poškození. Ve starší literatuře byla označována, jako Littelova nemoc. Její příčiny jsou prenatální, perinatální a postnatální. Mezi prenatální může spadat infekce matky v prvních měsících těhotenství, životospráva matky, kouření a jiné užívání návykových látek. Do perinatálních zařazujeme nedonošenost, protahované porody, přidušení dítěte, do postnatálních např. infekce do šesti měsíců věku dítěte. Klinický obraz DMO se utváří v prvním roce života a neurologové ho diagnostikují jako centrální koordinační poruchu (CKP) a centrální tonusovou poruchu (CTP). DMO je typická hybným postižením, tělesnou neobratností převážně v jemné motorice, nerovnoměrným vývojem, zvýšenou pohyblivostí a neklidem, nesoustředěností, těkavostí, nedokonalostí ve vnímání, nedostatečnou

³ Parézy – částečné ochrnutí. (Vítková, 2006, s. 41)

⁴ Plegie – úplné ochrnutí. (Vítková, 2006, s. 41)

představitostí, překotnými a impulzivními reakcemi, střídáním nálad a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděným vývoj řeči a poruchami řeči. Znaky se objevují i u dalších typů postižení, ale nejsou tolik viditelné jako u dětí s DMO.

KLASIFIKACE DMO PODLE CHARAKTERU TONUSOVÉ A HYBNÉ PORUCHY	
SPASTICKÉ FORMY	NESPASTICKÉ FORMY
Diparetická (pereparetická)	Hypotonická
Hemiparetická	Dyskynetická (extrapiramidová)
Kvadruparetická	-
Klasifikace DMO dle charakteru tonusové a hybné poruchy (Lesný1985, in Pipeková.2006, s. 171)	

- **Diparetická forma** - jedná se o spastickou (křečovitou) obrnu, kdy jsou postiženy převážně dolní končetiny. Chůze je nůžkovitá (kolena se třou o sebe) nebo jedinec nedošlapuje na paty a chodí po špičkách, výjimkou nejsou ani pokrčená kolena. Intelekt těchto jedinců bývá v normě případně na její dolní hranici.
- **Hemiparetická forma** – Při diagnóze bývá často postižena horní a dolní končetina na jedné straně těla s převahou na horní končetině, která bývá ohnuta v lokti a při chůzi dotyčný došlapuje na špičku. Mohou se objevit i epileptické záchvaty, ty pak zhoršují prognózu těchto jedinců.
- **Kvadruparetická forma** – obrna všech čtyř končetin a to buď s převahou na horních či dolních končetinách. Podstatnou roli hraje, jakým zdvojením výše uvedených forem vznikla. Za předpokladu, že došlo ke zdvojení formy diparetické, jsou to dolní končetiny, a pokud formy hemiparetické, jsou to horní končetiny.

- **Hypotonická forma** – chabá obrna, zpravidla výraznější na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později, asi kolem 3. roku, se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou (Kapounek, 1988 in Pipeková, 2006, s. 172). Vyznačuje se sníženým svalovým napětím.
- **Dyskinetická forma** – typické pro ni jsou nepotlačitelné mimovolní pohyby, které doprovázejí každý pokus o volní pohyb. Jsou to např. atetonické pohyby, balistické pohyby a myoklonické pohyby.

Dětskou mozkovou obrnu bychom neměli zaměňovat za dětskou obrnu (poliomyelitis anterior acuta) ani ji s ní spojovat. V tomto případě totiž hovoříme o infekčním onemocnění, které dříve postihovalo převážně děti v předškolním věku. Měla dvě fáze, v prvním fázi se projevovala jako chřipka a po jejím skončení se dostavila fáze druhá, která se projevovala vysokými horečkami s příznaky podráždění mozkových blan.

Poruchy hybnosti

Nejčastější a většinou i nejzávažnější jsou u dětí s dětskou mozkovou obrnou poruchy hybnosti, a to motoriky pohybové i mluvní. V neurologické charakteristice dětí s DMO (Lesný, I., 1989, Kábele, F., 1986, Stehlík, A., 1977 in Vítková, 2002 s. 50) se uvádějí tyto poruchy:

- **Spasticita** - pohyby jsou omezovány až znemožňovány trvale zvýšeným napětím svalstva centrálního původu. Svalový tonus a reflexy jsou zvýšeny.
- **Hypotonie** - snížení svalového tonusu. Reflexy jsou sníženy až vyhaslé, celkové držení končetin je ochablé až bezvládné. I. Lesný (1989) uvádí, že hypotonie je často doprovázena poruchou citlivosti. Ke vzniku dochází v kojeneckém věku, později se mění v jiné syndromy (spastický, dyskinetický).
- **Dyskineze** – projevuje se nepotlačitelnými mimovolními pohyby (atetotickými, choreatickými, balistickými nebo myoklonickými).

- **Syndrom hypokinetický** - vzniká poškozením pallida (pallidum - vnitřní část čoučkovitého jádra mozku). Projevuje se hypomimií až amimií, tj. nedostatkem mimiky. Obličej postiženého dítěte je bezvýrazný, mimické svaly jsou bez pohybu: smích, pláč, hněv, údiv ani jiné efekty nejsou doprovázeny obvyklými mimickými pohyby.
- **Syndrom atetotický** - vzniká při poškození striata (striatus longitudinalis - podélný proužek bílé hmoty mozkové). Projevuje se vlnivými, hadovitými nebo červovitými pohyby, které vznikají při každém malém podnětu, ale i spontánně samy od sebe. Tyto nepotlačitelné pohyby ruší volní pohybovou činnost tak, že někdy znemožňují i chůzi.
- **Syndrom choreatický**- Projevuje se prudkými, trhavými, neuspořádanými pohyby malého rozsahu a značné intenzity, někdy i pohybovým neklidem. Choreatické pohyby svalstva ruší a znesnadňují volní pohyby, avšak úplně je neznemožňují.
- **Syndrom balistický** – projevuje se rychlými pohyby často celých končetin.
- **Syndrom myoklonický** – projevuje se drobnými trhavými záškuby svalstva.

(Vítková, ed, 2002, s. 50)

2.3.2 Deformace

Jsou velkou skupinou tvořenou vrozenými nebo získanými vadami, pro které je zjevný nesprávný tvar určité části těla. Jde-li o získané deformace, mohou se v tomto důsledku začít projevovat určité druhy skolióz a kyfóz. Deformace páteře může být v rovině sagitální (předozadní rovina těla) – hrudní kyfóza neboli kulatá záda či plochá záda. Častěji se ale setkáme s deformacemi v rovině frontální (čelní). Jedná se o různé druhy skolióz. Jejich další dělení závisí na místě vzniku a jedná se tak o krční, bederní a hrudní. Lze použít i rozdělení následujících typů:

- Typ C – vybočení vlevo
- Typ D – vybočení vpravo
- Typ S – složená skolióza

Příčiny špatného držení těla mohou být vnitřní – fyziologické (růstové, konstituční, dědičné vlivy, výživa, nerovnoměrný růst dítěte) a vnější, způsobené např. nedostatkem pohybu, předčasným posazováním dítěte, obezitou, spaním na měkkém lůžku s vysokým podhlavníkem.

(Vítková in Pipeková, 2006)

Do deformací můžeme zařadit i Progresivní svalovou dystrofii (myopatie) – jde o primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy.

Dle Kapounka (1988 in Pipeková, s. 176, 2006) se uvádějí dvě formy tohoto onemocnění

Forma postihující ramenní pletenec - ramena ční dopředu, lopatky odstávají, mění se též výraz obličeje. Tato forma postihuje obě pohlaví a mívá dobrou prognózu.

Forma postihující pánevní pletenec - dědičnost je dominantní. Onemocní nejdříve svalstvo pánve, později i svalstvo dolních končetin. Velkou část léčby tvoří rehabilitace a anabolika. Svalová dystrofie Duchennova postihuje pouze chlapce.

2.3.3 Malformace a amputace

Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji se jedná o končetiny. Pokud končetina chybí, označujeme tento jev jako amelii. Jestliže končetina navazuje přímo na trup, jde o fokemelii. Malformace řadíme do vrozených vývojových vad. **Amputace** je umělé oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu. Kromě úrazu může být příčinou cévní onemocnění, zhoubné nádory na končetinách nebo sepse, kterou nebylo možné zvládnout běžnými prostředky. Je indikována v těch případech, kdy poúrazové nebo chorobné změny končetin zhoršují postiženému život a podstatně snižují jeho pracovní schopnost nebo mu život přímo ohrožují. Důsledkem amputací není jen anatomická, ale především funkční ztráta. Současně vzniká viditelný defekt kosmetický. Amputační ztráty jsou kompenzovány protézami, technickými pomůckami, které mají ztracené části nahradit. (Vítková, 2003)

2.3.4 Tělesná postižení po nemoci

Revmatická onemocnění - Akutní revmatismus (revmatická horečka, febris rheumatica) nebo též prudký hostec kloubní. V dětském věku bývá, kromě postižení hybnosti, zároveň hlavní příčinou srdečních onemocnění. Příčinou onemocnění bývá streptokoková infekce, která postihuje nejčastěji děti mezi 5. a 15. rokem života. Bývají postižené zejména velké klouby (kolenní, loketní, ramenní, hlezenný, zápěstní aj.), které jsou zduřené, teplé, napjaté, kůže nad nimi je zarudlá. Nejzávažnějším projevem tohoto onemocnění může být revmatický zánět srdce, který může dítě trvale poškodit a někdy způsobit i smrt. Revmatického původu může být i chorea minor (tanec sv. Víta), postižení centrálního nervového systému. Objevuje se převážně u dětí mezi 8. - 10. rokem. Děti začnou být nápadně neklidné, v obličeji mohou mít záškuby, grimasují, někdy jsou záškuby na končetinách. Nemoc trvá 3-4 měsíce. Vleklý kloubní revmatismus mívá za následek omezení hybnosti, příp. úplnou kloubní ztuhlost. Je snížena uchopovací, tedy i pracovní schopnost ruky dráповitým postavením prstů a chybným postavením palce. Na dolních končetinách bývají hlavně deformity v kolenou, které ztěžují chůzi i stání. Tyto děti jeví i znaky celkové utlumenosti, mají zpomalené reakce a duševní činnost.

(Renotiérová, Ludvíková, kol., 2003, s. 214)

Perthesova nemoc

Je obtížné určit pravou příčinu onemocnění (úraz, prodělání bakteriálního nebo virového onemocnění aj.). Hlavice stehenní kosti bývá postižena zánětlivým procesem. Onemocnění postihuje zejména děti ve věku 5-7 let. Léčba je dlouhodobá, trvá po dobu jednoho roku až dvou let, vyžaduje především klid dítěte na lůžku. Zánětlivým procesem hlavice kosti ztrácí odolnost a může být tlakem při pohybu deformována až rozmáčknuta. Pokud nedojde k včasné diagnóze a terapii tohoto onemocnění, je nezbytný chirurgický zásah, při kterém dojde k celkové náhradě hlavice stehenní kosti. Tato operace se v průběhu vývoje a růstu dítěte musí několikrát opakovat. (Renotiérová, Ludvíková, kol. 2003, s. 215)

Myoapatie (progresivní svalová dystrofie)

Toto primární svalové onemocnění vzniká na základě dědičných a metabolických poruch. Nejčastěji se objevuje v dětství, méně často až v adolescenci, vzácně v dospělosti. Častěji bývají postiženi chlapci než dívky. Projevuje se postupným rozpadem svalových vláken, které se proměňují na bezcenné vazivo s nestejně velikou příměsí tuku. K charakteristickým projevům patří kolébavá "kachní" chůze, prohnutý stoj s vystrčeným břichem a s odstávajícími lopatkami a "myopatické šplhání" při vstávání. V pokročilém stadiu nemoci se nemocný nepostaví a nemůže chodit. Je odkázán na vozík a na lůžko, vyžaduje trvalé ošetřování a pomoc při sebeobslužných činnostech. (Renotierová, Ludvíková, kol., 2003, s. 215)

2.3.5 Zdravotní oslabení

Zdravotně oslabení jedinci mají sníženou odolnost vůči nemocem a zvýšený sklon k jejich opakování. Organismus je ohrožen oslabením nebo Oslabení organismu je způsobeno nevhodným přírodním prostředím působením nevhodného přírodního prostředí, špatným životním režimem, nedostatečnou nebo nesprávnou výživou, aj. (Kábele, 1992 in Ludvíková, 2002 (Kábele, 1992 in Ludvíková, 2002 s. 14)

Pro zdravotně oslabené děti a mládež jsou zřizovány dětské ozdravovny, které poskytují především léčebně preventivní péči v příznivých klimatických podmínkách. Dle formy oslabení jsou děti zařazovány do různých typů ozdravoven:

- **horské ozdravovny** jsou pro děti s chronickými chorobami dýchacích cest, rekonvalescenty po těžkých nebo dlouhotrvajících nemocech a děti s těžší anémií.
- **podhorské a nížinné ozdravovny** - slouží zejména dětem s častými záněty dýchacích cest, rekonvalescentům po akutních nemocech a po operacích, u kterých došlo k oslabení organismu a ke snížení odolnosti

Do ozdravoven jsou přijímány ty děti, které v současnosti netrpí akutní ani chronickou chorobou, ale jsou vážně oslabené. Jsou natolik mobilní, že

nemusí zůstat na lůžku, potřebují ale odbornou zdravotnickou a pedagogickou péči.

Častým typem zdravotního oslabení může být:

Alergie - kterou se rozumí nepřiměřeně silná reakce vnímavého organismu jedince, jestliže se jeho organismus opakovaně setká s určitou látkou pro něj škodlivou, tzv. alergenem (Petrů, V., 1994). Tímto alergenem mohou být např. částice prachu, pylová zrnka, roztoči, bakterie, spóry plísní, bodnutí včelím jedem, některé léky, potrava apod. (Vítková, 2002 s. 54)

Astma - v tomto případě dochází k tomu, že dýchání je ztížené, což je způsobeno zúžením průdušek, jejich otokem, zvýšeným vylučováním hlenu a stahem svalových vláken. Jedinec s astmatem proto musí dýchat větší silou a pociťuje nedostatek vzduchu. K úžení průdušek dojde při zvýšené vnímavosti na různé látky z prostředí. Těmi mohou být pylová zrnka, částice prachu, roztoči, domácí zvířata aj. Mírný stupeň se může projevovat kašlem. Při těžkém stavu se jedinec může až dusit. Léčba je prováděna za pomoci léků (tablety, injekce, inhalační léky). (Gregora, 2002 in Švarcová, 2012)

Ekzém (Atopický ekzém) - vzniká jako kožní odpověď na působení dráždivých vlivů zevního prostředí nebo látek vznikajících uvnitř organismu. Jedná se o chronické recidivující kožní onemocnění převážně dětského věku, s úporným svěděním a suchostí kůže jako charakteristickými znaky. Postihuje 1-3 % dětské populace. Asi 2/3 nemocných mají pozitivní rodinnou anamnézu. (Vítková, 2002, s. 55)

Kontaktní ekzém - je nejčastějším typem ekzému a je projevem oddálené přecitlivělosti. Vyrážky, kopřivky a otoky vznikají vlivem působení různých druhů alergenů, jako jsou některé potraviny, léky, hmyzí bodnutí a mnoho dalších. Provokujícím momentem může být i chlad, sluneční záření, přítomnost infekčního ložiska v organismu, výskyt střevních parazitů, ale i pocení, mechanické vlivy apod. (Vítková, 2002, s. 55)

Epilepsie – je záchvatové onemocnění, jehož projevy jsou neočekávané neuroelektrické výboje v mozku, ty potom způsobují větší nebo menší epileptické záchvaty (Štainigl, 2002 in Sowík, 2007). Malého (parciálního)

záchvatu si okolí nemusí ani všimnout, protože projevem může být krátký výpadek pozornosti a vnímání. Velké záchvaty (generalizované) ale provází motorická dysfunkce, poruchy vědomí, křečovitě sevření, záškuby tělesného svalstva nebo vytékání slin z úst. Většina lidí již pozná blížící se záchvat, objeví se u nich totiž tzv. aura (jakási předzvěst – vnímání typické vůně). |Prevencí záchvatu je, aby se dotyčný vyhnul spouštěči, kterým může být alkohol, stres, čokoláda.(Slowík, 2007)

2.3.6 Komprehensivní rehabilitace = Ucelená rehabilitace

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) – je rehabilitace souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do života a společenského prostředí.(In: Novosad, 2009). Všechny složky jsou navzájem propojené. Jedná se o nezbytnou část ve speciálním poradenství. Již F. Kábele rozděluje rehabilitaci do čtyř základních oblastí:

- I. Zdravotnická rehabilitace (léčebná)
- II. Pedagogická rehabilitace (výchovně vzdělávací)
- III. Pracovní rehabilitace (kvalifikační a rekvalifikační)
- IV. Sociální rehabilitace (společenská)

Poté pak na čtyři složky odborné:

- I. Psychologická péče
- II. Technická péče
- III. Právní péče
- IV. Ekonomická péče

Základní složky

- **Zdravotnická (léčebná rehabilitace)** – zahrnuje léčbu radikální (operativní), konzervativní (medikamentózní), dietetickou, klimatickou, psychoterapeutickou a rehabilitační. Léčebnou rehabilitaci zajišťují zdravotníci, pracovníci ve zdravotnických zařízeních, popřípadě ve školských zařízeních a v zařízeních sociální péče. (Kábele, 1992)

- **Výchovně vzdělávací rehabilitace** – již profesor Rudolf Jedlička, zakladatel Jedličkova ústavu v Praze, zdůraznil: „*Kdybychom tělesně postižené dítě sebelépe napravili, málo jsme pro ně učinili, jestliže se mu současně nedostalo výchovy a vzdělání*“. Z toho je patrné poslání dát postiženému úplné všeobecné i odborné vzdělání, aby se v dospělosti mohlo zapojit do produktivní práce a společenského prostředí. Výchova a vzdělání musí být v souladu s rehabilitační péčí. (Kábele, 1992)
- **Pracovní rehabilitace (kvalifikační, rekvalifikační)** - připravuje osoby se změněnou pracovní schopností na činnost, která pro ně bude nejvhodnější s ohledem na jejich zdravotní stav. Týká se jak osob po úrazu, nemoci či od narození postižených. (Kábele, 1992)
- **Sociální rehabilitace (společenská)** – zajišťuje podílení se na společenském životě, veřejné a zájmové, kulturní a sportovní činnosti. Působí zde čtyři nezbytné složky (psychologická, technická, právní, ekonomická). (Kábele, 1992)

Odborné složky

- **Péče psychologická** – zahrnuje psychologii klinickou, která je uplatňována především v diagnostice a psychoterapii, dále pak ve vývojové psychologii a v pedagogické psychologii. Součástí je pracovní a sociální psychologie. Psychodiagnostické metody jsou vhodné při zjišťování předpokladů postiženého člověka pro volbu vhodných výchovně vzdělávacích a léčebných rehabilitačních metod. Metody psychoterapeutické se prolínají jak v péči léčebné, tak i výchovně vzdělávací. (Kábele, 1988)
- **Technická péče** – uplatňuje se především ve výrobě a výzkumu ortopedických, ortoptických a akustických protéz a pomůcek. Při výchovně vzdělávací rehabilitaci je zaměřena na výrobu a vývoj speciálních pomůcek a zařízení pro výuku dětí, mládeže a popřípadě dospělých. V pracovní rehabilitaci je to obdobné, jedná se o úpravu pracoviště, pracovní protézy, speciální nástroje nebo odstranění

architektonických bariér tak, aby se postižený mohl volně pohybovat a nic ho neomezovalo. (Kábele, 1992)

- **Právní péče** – je významná hlavně při tvorbě a vydávání právních norem a opatření k zajištění lidských práv osob s „postižením“. Ve světovém měřítku můžeme uvést „Deklaraci o právech invalidních osob“ z roku 1975 schválenou OSN.
- **Ekonomická péče** – do této péče Káabela zařadil organizaci pracovní činnosti. Jejím úkolem je výběr a zavádění vhodných pracovních oborů.

Novosad (2009) uvádí tyto složky rehabilitace:

- I. Léčebná, zdravotnická rehabilitace**
(návik používání kompenzačních pomůcek, návik sebeobsluhy, operační náprava aj.)
- II. Psychologická rehabilitace**
(psychoterapie - individuální x skupinová)
- III. Sociální rehabilitace**
(začlenění do společnosti, sociální služby, zabezpečení a legislativní ochrana)
- IV. Pedagogická rehabilitace**
(vytváření IVP, celoživotní vzdělávání pro dospělé, kompenzace)
- V. Rodinná rehabilitace**
(podpora, náprava, obnova rodinných vztahů, zajištění služeb pečujícím rodinám)
- VI. Pracovní rehabilitace**
(kariérové poradenství, příležitosti na pracovním trhu, profesní příprava)
- VII. Volnočasová rehabilitace**
(sportovní a kulturní vyžití, navazování kontaktů)

3. VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI V OBORU SOMATOPEDIE U NÁS

V této kapitole se zaměříme na několik významných osobností, které se po většinu svého života věnovaly práci s tělesně postiženými a svými poznatky, zkušenostmi, motivací a pozitivním přístupem napomohly k rozvoji somatopedie.

3.1 Prof. MUDr. Rudolf Jedlička (20. 2. 1869 – 26. 10. 1926)

Rudolf Jedlička pocházel z Lysé nad Labem, jeho otec byl praktickým, obvodním, železničním a farským lékařem, matka byla ženou v domácnosti a starala se o děti. Během svého studia na Lékařské fakultě UK se orientoval na studium mikrobiologie a chirurgie. V roce 1895 se stal asistentem na Chirurgické klinice prof. Karla Maydla v Praze. Výrazně se věnoval rentgenologii. Renotiérová uvádí, dle slov R. Jeličky, že on sám na toto období vzpomíná takto: *„Ke specializaci rentgenologie v Praze došlo teprve po převratu válečném zásluhou a vlastní pílí několika jednotlivců, kteří se toho ujali z vlastních sil a vlastními prostředky. Suznáním dlužno tu opět připomenouti pochopení čs. Ministerstva školství a národní osvěty, které po návrhu sboru profesorského německé fakulty před několika lety...rozšířilo moji profesuru z chirurgie též na lékařskou rentgenologii a radiologii.“* (Renotiérová, 2007, s. 23) Roku 1898 vydává odborné práce, které ho dostaly na přední místa badatelů v oboru rentgenologie. Kromě podolského sanatoria, které svoji činnost zahájilo v roce 1914, vybudoval i odborný ústav pro tělesně postižené děti. Byl názoru, že je zapotřebí, aby v čele ústavu stál pedagog, předtím totiž ve vedení stáli především lékaři. Jedličkův ústav „pro děti zmrzačelé“ v Praze byl otevřen 1. dubna 1913. Péče měla být nejen léčebná, ale i výchovná a vzdělávací společně s přípravou na budoucí povolání. Spolu s dalšími spolupracovníky ústavu teoreticky a prakticky zpracoval koncepci komplexní (komprehenzivní) rehabilitace. Veškeré podmínky byly vytvořeny

pro to, aby tyto děti prožily šťastné dětství a případně se úplně začlenily do práce a společenského života. Jedličkovo pojetí komplexní péče o tělesně postižené se stalo předlohou pro budování dalších ústavů u nás i pro klienty s jiným druhem postižení po celou dobu 20. století. (Renotíerová, 2007)

3.2 František Bakule (17. 5. 1877 – 15. 1. 1957)

František Bakule se narodil v jižních Čechách, byl nejstarší ze čtyř dětí. Jeho otec byl rolník. Matka se věnovala dětem a domácnosti. Její vliv se odrazil na jeho osobnostních rysech, kterými byly obětavost, vytrvalost, houževnatost, píle a vytrvalost. Jeho život můžeme rozdělit do čtyř období. První etapou je dětství, studia a počátky učitelského působení. Dochází k formování jeho pedagogických idejí. Druhá etapa se týká jeho působení v Jedličkově ústavu v Praze.

Třetí etapou je práce v jeho ústavu „*Ústav pro výchovu životem a prací*“. Čtvrtá etapa se zabývá posledními 20 lety jeho života, která jsou však v dostupné literatuře popsána minimálně. V březnu roku 1913 již byl Bakule v Jedličkově ústavu a pomalu se připravoval na zahájení provozu. Vycházel z předpokladu, že postižené děti mají zachované intelektové schopnosti, ale i tak mohou trpět emočními problémy a narušenými osobnostními rysy. Bylo pro něj nezbytné, aby se děti zbavily pocitu méněcennosti a práci považoval za velmi důležitý prostředek: „*Mé děti se mají naučit žít. Dobrá. Musí tedy poznat, co je život, Musí poznat, že samy mohou přiložit ruce – a nemají-li jich nohy – k dílu...Pracovat! Stalo se heslem!*“ (Bakule, 1918 in Renotíerová, 2007, s. 38) Založil dětskou samosprávu a stal se jedním ze členů. Se staršími dětmi se probíral možnostmi jejich zapojení do práce. Děti se učily zvládat sebeobsluhu, podílely se na úklidu v prostorách budov. Později se aktivita zaměřila též na ruční práce, košíkářství, truhlářství, vázání knih aj. V roce 1917 vzniklo Dětské výrobní družstvo, kde se o vše starali sami svěřenci. Velkých úspěchů dosáhl v oblasti literární, výtvarné a hudební výchovy. Světoznámým se stal jeho pěvecký sbor „*Bakulovi zpěváčci*“. Cílem jeho výchovy bylo, aby se z postiženého stal mravně uvědomělý a pracovně způsobilý jedinec, který bude schopen samostatně, produktivně a šťastně žít. (Renotíerová, 2007)

3.3 Augustin Bartoš (29. 2. 1888 – 24. 1. 1969)

Augustin Roman Bartoš, jak bylo jeho celé jméno, se narodil v Červeném Kostelci. Měl velmi pozitivní vztah ke škole a ten ovlivnil i jeho výběr povolání. Po ukončení měšťanské školy byl přijat na Učitelství v Hradci Králové, kde se věnoval studiu cizích jazyků (němčina, angličtina, francouzština). V průběhu učitelské praxe se zaměřil na literaturu, která se věnovala psychopatologickým poznatkům. Když se seznámil s Karlem Herfortem, začal se studiem výchovy a vzděláním postižených dětí a mládeže. Od počátku pedagogického působení se zaměřil především na vyučovací metody a metodiku jednotlivých předmětů a zprostředkování nových názorných pomůcek. Po odchodu Františka Bakuleho se ujal 1. ledna 1920 vedení Jedličkova ústavu. Po návratu ze studijních cest, které před nástupem do funkce absolvoval, provedl důkladnou reorganizaci. Byly zřízeny například nové dílny (truhlářská, vyšivačská, krejčovská, kobercová, knihkupectví aj.). Právě kobercová dílna dosáhla značné popularity a dva výrobky této dílny byly úspěšné. Byl to koberec pro mezinárodní výstavu dekorativních umění v Paříži (1925) a koberec pro mezinárodní soutěž Červeného kříže v Exeteru v Anglii (1929). Nevěnoval se pouze organizačním záležitostem, ale především pedagogické práci. Pro systematické vzdělávání a výchovu se významným stal automobil, díky němuž těžce pohybově postižení mohli získávat zkušenosti. Bartoš 1931 in Pipeková, 2007, s. 51 píše: *„Nedává-li škola příležitosti k přímému názoru, není-li možno prožívat všecko poznání mezi školními stěnami – nezbyvá, než z nich vyjetí“*. U tělesně postižených kladl důraz zejména na tělesnou výchovu, fyzickou práci proto také chápal jako základ výchovně vzdělávací práce. Podrobně jím byla rozebrána i metodika psaní, která byla pro každého individualizována. Prostředí Jedličkova ústavu naplnil krásou, pohodou a vysokou etickou úrovní. (Renotierová, 2007)

3.4 František Kábele (13. 11. 1913 – 22. 11. 1998)

František Kábele pocházel z Radčic na Chrudimsku. Už v době, kdy navštěvoval obecnou školu, přemýšlel o svém budoucím povolání. Rozhodl být se učitelem a v roce 1928 byl přijat na Učitelství v Litomyšli. Byl průměrným žákem, neboť dával přednost svým zájmům (hudba, literatura zpěv, divadlo, sport). Počátky jeho pedagogické dráhy byly obtížné, protože nebylo dostatek pracovních míst. Nejdříve působil jako výpomocný učitel a posléze jako učitel čekatel. Po uplynutí tří let musel vykonat zkoušku způsobilosti a poté mohl nastoupit na uvolněné místo. První zkušenost s postiženými získal, když nastoupil jako pedagog na školu pro nedoslýchavé v Praze. V roce 1944 totiž, absolvoval logopedický kurz v léčebně v Košumberku, kde se také seznámil s poznatky ze somatopedie a logopedie. Zajímal se o rozvíjení péče v oblasti dětské řeči a odstraňováním poruch při dorozumívání. Roku 1952 začal přednášet v ústavu pro defektologii, který se stal později Katedrou speciální pedagogiky. Působil též v Logopedickém ústavu v Praze, kde se zaměřil především na děti s dětskou mozkovou obrnou a s těžkými poruchami hybnosti a řeči. O Kábeleho byl veliký zájem. I po odchodu do důchodu pokračoval ve své práci. Své zkušenosti uplatnil jako instruktor na rehabilitačních a výcvikových kurzech s tělesně postiženými dětmi z Dětské léčebny pro děti s dětskou mozkovou obrnou v Teplicích a ze Základní školy pro tělesně postižené v Jedličkově ústavu v Praze.

Během svého života spolupracoval též s katedrami speciální pedagogiky v Praze, Olomouci a Bratislavě. Pořádání odborných seminářů nebylo výjimkou, takže František Kábele trpělivě vypomáhal dětem s tělesným a řečovým postižením v začleňování do života. (Renotiérová, 2007)

4. PORADENSKÁ ČINNOST

Mluvíme-li o poradenství je třeba zmínit, že se jedná o základní službu v pomáhajících profesích. Snaží se o podporu jedince v jeho nepříznivé situaci a při dalších řešeních nesnází, které mohou nastat.

(Drápela, 1995) definuje cíle poradenství pěti body, které zní:

- Pomoc klientovi, rozpoznat příčiny problému a realisticky jej začít řešit
- Pomoc klientovi při přijetí svobodného rozhodnutí i jeho důsledku
- Pomoc klientovi ujasnit krátkodobé a dlouhodobé osobní cíle a jejich případná modifikace
- Umožnění lepšího sebepoznání, poznání vlastních slabin i předností
- Dosažení kladného sebehodnocení, sebedůvěry, rozvíjení schopností důvěřovat sobě i ostatním lidem

V České republice se poměrně výrazně rozvinul systém formálního poradenství. Jedná se o poradenství hlavně v oblastech, kterými jsou:

- Zdravotnictví – např. poradna poruch štítné žlázy, pro odvykání kouření
- Práce – úřady práce
- Sociální věci – poradna pro uživatele sociálních služeb
- Školství a vzdělávání – školská poradenská zařízení
- Vnitřní správa – preventivně – poradenská činnost Policie ČR
- Místní rozvoj, doprava, stavby – řešení bezbariérovosti, přístup k prostředkům Evropského sociálního fondu a souvisejících dotačních titulů
- Kultura, sport, volný čas – informační a poradenská centra měst, poradenství v rámci fitness center atd.
- Spravedlnost – např. poradenství obětem trestných činů, advokacie

Skupiny občanů dle věku

- **Poradenství pro děti a mládež** – lze dělit na systémy raného poradenství (raná péče pro rodiny s dítětem s tělesným postižením) a poradenství pro dospívající (poradna pro poruchy příjmu potravy).
- **Poradenství pro dospělé občany** – typickým představitelem je systém manželských poraden nebo poraden pro osoby, které hledají práci.
- **Poradenství pro seniory** – poradna pro oběti domácího násilí, poradenství pro prevenci vad pohybového aparátu.

(Michalík, 2011)

Organizace dle zřizovatele

- **Státní organizace** – představitelem při prevenci kriminality jsou složky Policie ČR.
- **Veřejnoprávní organizace** – zařadit sem lze tzv. vysokoškolské poradny, které jsou postupně budovány na většině vysokých škol v ČR a spíše nahodile jsou zařazeny Česká komora architektů a stomatologická.
- **Nevládní organizace** - široké spektrum aktivit zaměřených na různé oblasti života. Jako příklad lze uvést poradnu zaměřenou na ochranu spotřebitelů (Sdružení obrany spotřebitelů) či poradnu pro zdravotně postižené (Národní rada osob se zdravotním postižením).
- **Fyzické a právnické osoby** – Takovýmito představiteli mohou být advokáti, případně se může jednat o notáře. Zaznamenán je velký rozvoj neformálního poradenství v oblastech jakými jsou životní styl, volný čas.

(Michalík, 2011)

Směry v poradenství

Gabura (1995) dělí poradenské přístupy (směry) na:

- I. Dynamický přístup** - Tento poradenský proces se zaměřuje na znovuprožívání minulých emocí a odkrývání rozporů v osobnosti. Poradce využívá hlavně volné asociace, katarzi, abreakci, vzhled a slouží jako zrcadlo, které odráží to, co klient do procesu přináší. Tento model připomíná vztah, který je mezi lékařem a pacientem. Hlavními představiteli jsou např. Sigmund Freud, Carl Gustav Jung.
- II. Behaviorální přístup** – Vychází z myšlenky, že je člověk ve svém vývoji determinován sociálním prostředím a jeho chování je výsledkem procesu učení. Poradenský proces se soustřeďuje na přeučování špatných vzorců chování prostřednictvím technik učení, relaxace a asertivity. Tento vztah lze přirovnat ke vztahu učitele a žáka. Představiteli tohoto směru jsou např. James Watson, Frederic Skinner.
- III. Experimentální přístup** – Klient je vnímán jako aktivní bytost s potenciálem k dalšímu růstu. Poradce se soustředí na to, aby si klient uvědomil své skryté možnosti a naučil se je využívat. Vztah je založen na důvěře a empatii. Představitel je: Carl Rogers.
- IV. Elektrické poradenství** – Základem této oblasti je selekce metod a forem práce z různých poradenských přístupů. V tomto případě je poradce flexibilní osobou a je schopen přizpůsobit poradenský přístup charakteru problému či typu klienta.

Důležitou roli hraje prevence. V praxi rozlišujeme primární, sekundární a terciární. Rozumíme tím, že dochází k předcházení vzniku, rozvoji, prohlubování či šíření problémů a situací ohrožujících občana nebo společnosti.

- I. Primární prevence** – Můžeme ji definovat jako opatření, které obecně přispívá k podpoře jak psychického, tak sociálního zdraví. Do primární prevence zahrnujeme i osvětově – informační kampaně a působení na jedince nebo malé skupiny v souvislosti s jejich specifickými problémy. Důležitou součástí je podchycení sociálních problémů, tj. depistážní

činností. Depistážní činnost, vyhledávání klientů v terénu, je možno cíleně a v masovějším měřítku provádět v určitých oblastech, často v souvislosti se studiem některého konkrétního jevu. Jedná se třeba o akce zaměřené na občany se zdravotním postižením nebo seniory. Těžké sociální podmínky způsobují jedincům omezenou soběstačnost a sociální izolaci.

II. Sekundární prevence - Je chápána jako přímá strategie orientovaná na rizikové jedince a skupiny, u nichž se mohou nepříznivé situace, problémy nebo sociálně patologické jevy, projevit v důsledku zdravotního postižení, sociokulturních či komunikačních bariér. Velmi důležité je včasné rozpoznání latentních rizik, odchylek a poruch. Následně se pak zavádějí opatření, která mají zabránit tomu, aby došlo k dalšímu nepříznivému či abnormálnímu vývoji.

III. Terciární prevence – Je určitou nadstavbou sekundární prevence. Adekvátními kroky a metodami má již postiženého jedince ochránit před zhoršením stavu, před tím, aby se základní problém prohluboval a komplikoval, popř. opakoval. Jde o to, aby se negativní či nepříznivý jev nebo onemocnění nestaly chronickými a nepřerostly v trvalý handicap, nebo aby se stávající znevýhodnění ještě neumocňovalo, nezesilovalo a nerozvíjelo.

(Novosad, str. 109, 2009)

Hovoříme-li o prevenci v pomáhajících profesích, je nezbytné orientovat se ve výše zmiňovaném, ale také je zapotřebí znalost a ovlivňování formativního vlivu prostředí. Máme na mysli:

- **Makroprostředí** – celospolečenské vztahy a podmínky, které přímo i zprostředkovaně formují osobnost člověka a globálně ovlivňují jeho chování a sociální fungování. (Novosad, str. 110, 2009)

- **Mezoprostředí** – podněty, tradice, zvyky apod., určující vazbu jedince na určitou lokalitu, aglomeraci a případně i komunitu či etnické nebo názorově a hodnotově identické společenství. (Novosad, str. 110, 2009)
- **Mikroprostředí** – malé sociální skupiny (rodina vrstevnické, nebo profesní či zájmové skupiny, školní kolektivy), mikroprostředí má nejsilnější formativní vliv na jedince a lze je také nejefektivněji ovlivňovat při řešení problémů a plánování. (Novosad, str. 110, 2009)

Jak jsme se mohli dočíst v úvodu kapitoly, v současné době se nám nabízí široká nabídka druhů poradenství, které můžeme během svého života využít či poskytnout. My se ale budeme věnovat poradenství, které se zabývá poskytováním poradenských služeb v poradenských zařízeních.

4.1 Speciálně pedagogické poradenství

Speciální poradenství definujeme jako komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, tj. takových jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně a jejichž handicap mívá dlouhodobý (chronický) nebo trvalý charakter. Znamená to tedy, že jakkoli je problém znevýhodněného individua umocňován konkrétním postižením, které komplikuje relevantní pomoc či terapii a které akcentuje nutný individuální, mezioborový, komplexní a diferencovaný přístup ke klientovi, tak postižení vlastně profiluje a orientuje formy i metody poskytované pomoci či péče.

V České republice je v současnosti speciální poradenství realizováno prostřednictvím státních institucí, které jsou řízeny resorty zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí, tak i podílením se různých soukromých, charitativních a svépomocných organizací. Některé organizace mají celostátní působnost, jiné vyvíjejí svou činnost pouze regionálně či místně. (Renotierová, Ludíková, kol., s. 154 2003)

4.1.1 Střediska rané péče

Jedná se o bezplatnou sociální službu zaměřenou na pomoc rodinám s dětmi raného věku se zdravotním postižením nebo s ohroženým vývojem.

Cílem služby je snížit negativní vliv postižení na rodinu dítěte a na jeho vývoj a posílit kompetence rodiny. Raná péče má terénní charakter, tj. je poskytována převážně v domácím prostředí rodiny. Existuje ovšem i raná péče poskytující služby rodinám s dětmi ohroženými sociálním prostředím (tj. odebráním z rodiny). Služby jsou poskytovány celé rodině. V současné době existuje řada poskytovatelů rané péče, základní služby jsou však stejné. Návštěvy poradce tvoří velkou část práce v rodině dítěte. Poradcem rané péče je člověk dojíždějící za rodinou od narození děťátka až do zhruba 6 let jeho věku (dle typu a závažnosti postižení dítěte).

Úkoly Středisek rané péče:

- Podporu rodičům, aktivní naslouchání a provázení
- Podporu vývoje dítěte
- Podporu v oblasti výchovy dítěte
- Náměty na úpravy prostředí dítěte, na vhodné speciální pomůcky a hračky (u těžce zrakově postižených dětí se jedná např. o hračky, které stimulují zbytky zraku, sluch, hmat, speciální počítačové programy pro rozumový rozvoj atd.)
- Půjčování speciálních programů, hraček, pomůcek, literatury, videa, CD atd., zaměřených na problematiku daného postižení (viz. Níže uvedený projekt na půjčovnu hraček)
- Pomoc při integraci dítěte, při výběru školky, školy, speciálně-pedagogického centra
- Sociálně-právní poradenství (nárok na různé sociální dávky, proplacení zdravotních pomůcek zdravotními pojišťovnami, pomoc při získávání prostředků na některé nákladnější speciální pomůcky - např. speciální invalidní vozík atp.)
- Doprovázení k lékaři, na jednání na úřadě, při první návštěvě školky atd.

(Zdroj: Dostupné z: <http://rodina-deti.doktorka.cz/co-nabiz-rana-pecce-rodicum-deti-s-postizenim-cit.2013-002-02>], [online]. 2006)

4.1.2 Pedagogicko – psychologická poradna – dále jen PPP. Jsou zřizovány jako samostatné subjekty, byly budovány převážně v 60.-70. letech. Skládají se z 94 státních poraden, 2 soukromých a 1 poradny církevní. Jejich činnost je zaměřena na komplexní psychologickou, speciálně pedagogickou a sociální diagnostiku a vychází z legislativy zákona (č.561/2004 Sb.⁵ a Vyhlášky č. 72/2005⁶). Cílem toho všeho je zjištění příčiny např. poruch chování, poruch učení a dalších problémů ve vývoji osobnosti. Opomenuty nejsou ani individuální předpoklady žáků a mládeže v souvislosti s profesní přípravou. Dále se PPP zaměřují na rozvoj osobnosti člověka, jeho sebepoznání a rozvoj prosociálních forem chování žáků, řeší otázky prevence v oblasti školní neúspěšnosti a negativních sociálních jevů dětí a mládeže.

Základní úkoly poradny:

- Zajišťování připravenosti dětí na povinnou školní docházku z psychologického a vývojového hlediska, dle potřeby je vydán odborný posudek na každé dítě
- Doporučování rodičům a následně řediteli školy konkrétního vzdělávacího zařízení vřazení žáka do příslušné školy a třídy a vhodná forma vzdělávání
- Spolupráce při přijímacím a výběrovém řízení žáků do škol
- Provádění psychologického a speciálně pedagogického vyšetření
- Zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků na školách, které jsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením
- Vypracování odborných posudků a návrhů pro školy a školská zařízení
- Poskytování poradenských služeb žákům se zvýšením rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji aj.

(Opekarová, 2010)

⁵ Školský zákon: č.561/2004 Sb. o předškolním, základním a vyšším odborném a jiném vzdělání

⁶ Vyhláška 72/2005 Sb. Novelizována na Vyhlášku 116/2011 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

4.1.3 Speciálně pedagogická centra – dále jen SPC, vznikala při speciálních školách pro smyslově, tělesně a mentálně postižené děti a pro děti s vadami řeči. (Vítková, 2003, s. 16). Pro rok 2003 bylo v ČR 110 zařízení tohoto typu. Dnes mohou nejen rodiče využít i pomoci SPC pro děti a mládež s poruchami autistického spektra. Činnost SPC je opatřena ve školském zákoně č.561/2004Sb⁷. a Vyhlášce 72/2005Sb⁸. Poradenské služby jsou poskytovány dětem od nejranějšího věku, během povinné školní docházky, v době docházky na střední školu a dle potřeby i jedincům v rané dospělosti. Práce vychází ze systematické speciálně pedagogické, psychologické a psychoterapeutické pomoci, která je zajišťována týmem odborníků (psycholog, speciální pedagog a sociální pracovníce).

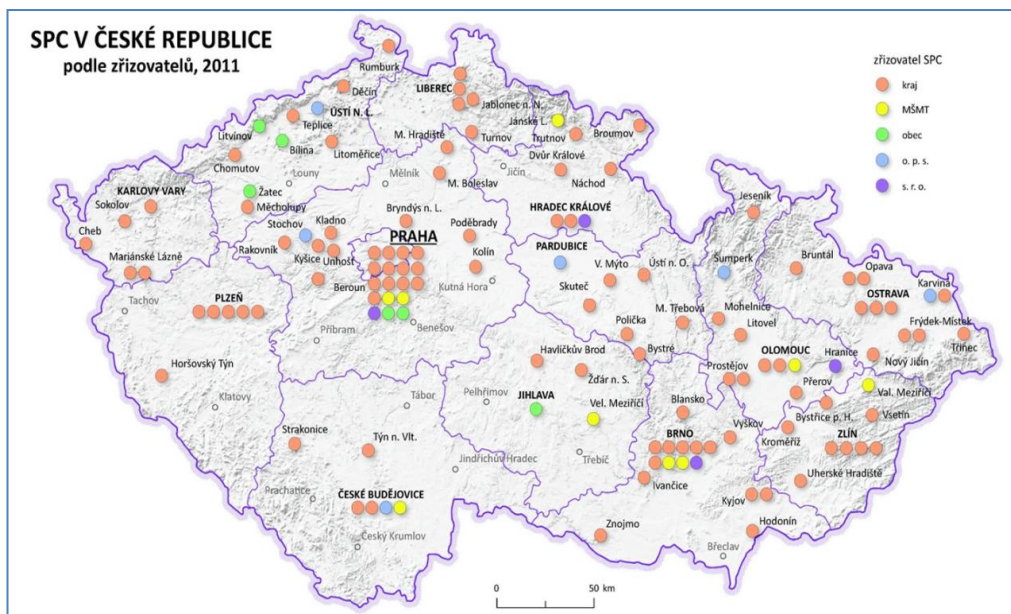
Základní funkce centra

- Depistáž žáků se zdravotním postižením a znevýhodněním
- Komplexní speciálně pedagogická a psychologická diagnostika u dětí a mládeže se zdravotním postižením
- Tvorba plánu péče o žáka se zdravotním postižením a znevýhodněním
- Přímá a individuální práce se žákem se zdravotním postižením a znevýhodněním
- Kariérové poradenství
- Zapůjčení odborné literatury, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- Pomoc při integraci do předškolních zařízení a základních i středních škol
- Zpracovávání individuálně vzdělávacích plánů aj.

(Opekarová, 2010)

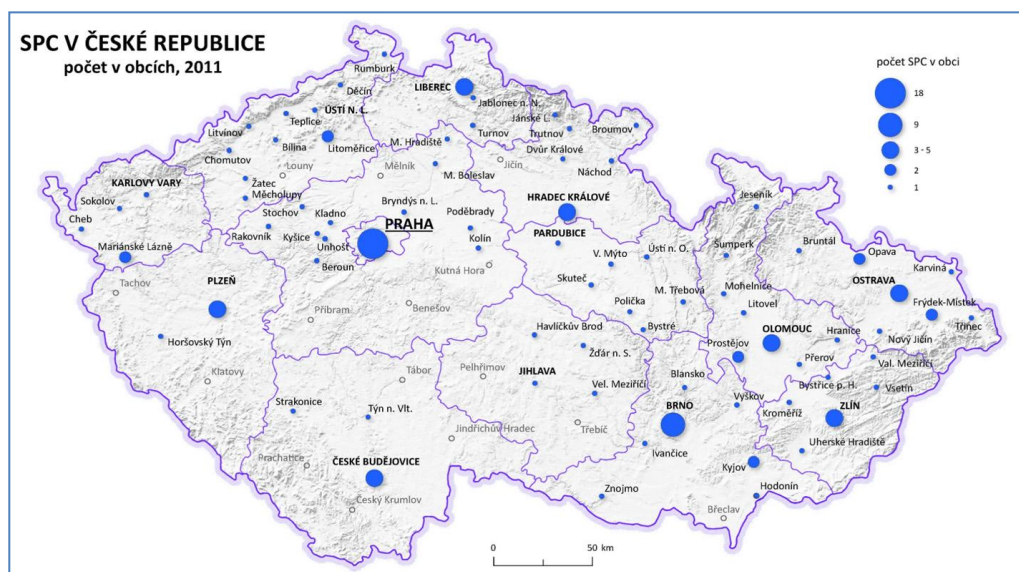
⁷ Školský zákon: č.561/2004 Sb. o předškolním, základním a vyšším odborném a jiném vzdělání

⁸ Vyhláška 72/2005 Sb. Novelizována na Vyhlášku 116/2011 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních



Mapa č. 1: SPC v České republice podle zřizovatelů

Zdroj: SATINSKÁ, E., a kol.: Analýza systému organizačního, obsahového a personálního rámce činnosti Speciálně pedagogických center v ČR. Olomouc, 2011.



Mapa č. 2: SPC v České republice dle počtu v obcích, 2011

Zdroj: SATINSKÁ, E., a kol.: Analýza systému organizačního, obsahového a personálního rámce činnosti Speciálně pedagogických center v ČR. Olomouc, 2011.

Typy speciálně pedagogických center:

- I.** S vadami řeči
- II.** Se zrakovým postižením
- III.** Se sluchovým postižením
- IV.** S tělesným postižením
- V.** S mentálním postižením
- VI.** S poruchami autistického spektra
- VII.** Pro hluchoslepé
- VIII.** Pro kombinované vady a postižení
- IX.** Pro specifické poruchy učení
- X.** Pro poruchy chování

(Opekarová, str. 26, 2010)

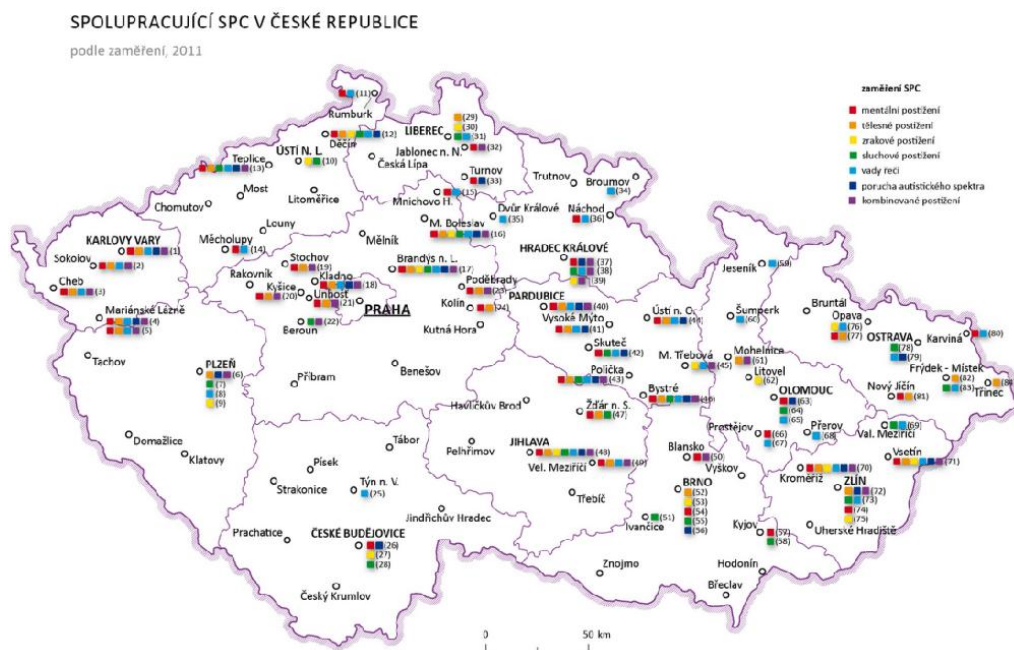
4.1.4 Speciálně pedagogická centra pro tělesně postižené a jejich služby

Ve speciálně pedagogických centrech, je činnost zřízena dle služeb standardních, které jsou typické pro všechna speciálně pedagogická centra, jsou také ale činnosti specifické, jakými se každé z nich vyznačuje. Zaměříme-li se na klienty s tělesným postižením, jedná se o tyto služby:

- budování a rozvoj komunikativních, lokomočních, manipulačních a dalších dovedností žáků
- vývojový screening, diagnostika zrání centrálního nervového systému, včasná diagnostika organického poškození centrálního nervového systému u dětí raného věku, využití metodiky Walter Strassmeier, Portage
- školní věk - metodika nácviku čtení a psaní (grafomotorika po obsahové a technické stránce, specifické metodiky nácviku psaní a čtení, alternativních metod čtení, atp.)
- speciální nácvik práce s počítačem jako prostředkem komunikace a získávání informací

- logopedická péče (využití speciálních metod, zejména augmentativní a alternativní komunikace, makaton, znak do řeči, sociální čtení),
- využití některých specifických forem terapie, jako je např. arteterapie, muzikoterapie, canisterapie

(Michalík, Baslerová, Hanák, kol., 2012 s. 63)



Mapa č. 3 SPC v České republice dle zaměření

Zdroj: *Analýza prostorových aspektů služeb SPC* [online]. [cit. 2013-02-14] Dostupné z: http://spc-info.upol.cz/profil/?page_id=816

Rozdíl mezi PPP, SPC

Poradny, které jsou zastoupeny v každém okrese, provádí převážně pedagogicko psychologickou pomoc dětem a mládeži společně s metodickou pomocí pro pracovníky na všech typech škol a různých stupních. Pomáhají též při výchovných a vzdělávacích problémech na rozdíl od SPC, která poskytují speciální a psychologickou pomoc dětem a žákům s určitým typem postižení.

4.2 Komunikace v poradenství

Komunikace je velice důležitá pro vývoj a utváření lidské společnosti. Jde o sdělování informací v přímém nebo nepřímém kontaktu. Prostřednictvím komunikace se individuum učí přijímat pokyny a impulzy pro řízení svého chování. Ovlivňují ho normy a hodnoty jak společnosti, tak určité sociální skupiny, ve které se pohybuje, a dochází k naplnění jeho požadavků i potřeb.

Poradenství, které je nutně založeno na komunikaci, ovlivňuje celý poradenský proces již na samotném počátku. Veškerý kontakt s klientem vyžaduje, aby byla komunikace založena na důvěře, rovnoprávnosti, porozumění a vzájemném respektování. Naslouchání je základním předpokladem pro empatii, čímž rozumíme vcítění se do pocitů, jednání a problémů klienta s cílem co nejlépe pochopit jeho situaci.

Rozlišení komunikace

- **Přímá** – uskutečňuje se v přímém interpersonálním kontaktu „tváří v tvář“
- **Nepřímá** – ke sdělování využívá určitý symbolický systém. Komunikace tedy probíhá na základě symbolického sociálního kontaktu. Je zprostředkována „třetí“ osobou nebo komunikačními prostředky.
- **Verbální** – komunikace zprostředkována slovy, určitým dorozumívajícím jazykem
- **Neverbální** – realizuje se prostřednictvím pohybů těla, gesty, mimikou, pohyby očí, intonací a kadencí hlasu, čichovými vjemy, prostorovou distancí (osobním prostorem - jeho respektováním), použitými artefakty (oděv, líčení, šperky, image)
- **Fixovaná** – umožňuje přenos a uchování sdělení, informací v prostoru a čase, např. písemné záznamy, optický či digitální záznam – informace lze kdykoliv vyvolat a pracovat s nimi
- **Nefixovaná** – bezprostřední sdělování nepřenosné v časoprostoru, např. osobní či telefonický rozhovor, poslech rozhlasového vysílání.

(Novosad, str. 126, 2009)

Desatero v komunikaci s pacienty s pohybovým postižením

1. Lidé s tělesným postižením zpravidla netrpí úbytkem rozumových schopností, proto s nimi nemusíme jednat jako s lidmi s mentálním postižením.
2. V komunikaci s nimi nemusíme zvyšovat hlas, zpomalovat ani zrychlovat tempo řeči.
3. Nevybízáme člověka s tělesným postižením, aby si odpočinul, uklidnil nebo uvolnil se, mívá to často opačný efekt.
4. Jestliže má tělesně postižený s sebou doprovod, komunikujeme hlavně s klientem, pokud je to možné.
5. V přítomnosti klienta o něm nehovoříme ve třetí osobě.
6. Vozíčkáři se často obávají pádu z vozíku, ať už kvůli zranění, nebo hlavně proto, že je pro ně obtížné dostat se zpět na vozík. Proto si při manipulaci s vozíkem počínáme opatrně.
7. Pomoc člověku s tělesným postižením můžeme taktně nabídnout, nebo vyčkat, až si o ni sám poprosí. Nikdy ji nevnucujeme proti jeho vůli.
8. V dopravních prostředcích uvolníme postiženému místo k sezení. Místa pro ně vyhrazená se pokusíme neobsazovat, protože některému může být nepříjemné žádat o jejich uvolnění.
9. Pro postižené, kteří mají určité vady kloubů a páteře, je vhodnější komunikace ve stoje. Není proto vhodné přesvědčovat je o tom, aby se posadili.
10. Lidé s tělesným postižením jsou citliví na respektování své lidské důstojnosti. Proto se k nim za všech okolností budeme chovat slušně.

(Švarcová, 2012)

4.3 Poradenský proces

Poradenský proces je zaměřen na vzájemné působení mezi poradcem a klientem, přičemž je hlavní důraz kladen na klienta a jeho prospěch, přesto však může být ovlivněno i manipulací. Svým způsobem má totiž poradce nad klientem jakousi převahu, proto je vyspělý charakter poradce nezbytnou složkou, aby k takovýmto situacím nedocházelo.

Fáze poradenského procesu

HajdMousová (2002) uvádí pět fází, které jsou během poradenského procesu důležité pro zdárné vyřešení situace. Je však zapotřebí každou fázi nejdříve uzavřít, aby bylo možné přejít k další.

- I. SEZNÁMENÍ (formulace problému)** – získávání informací, dle kterých se vychází pro sestavení diagnózy. Zjišťují se důvody klientovi návštěvy, ty totiž nemusí být vždy totožné se skutečným problémem. Zde jde především o vztah mezi klientem a poradcem.
- II. DIAGNÓZA – (identifikace problému)** – důležité je, aby měl poradce představu o tom, jak svůj problém klient prožívá. Poradce je závislý na informacích, které mu klient sdělí, v tomto případě myslíme na určitou svobodu klienta. Zde jsou dle potřeby využity diagnostické metody napomáhající k objasnění případu. Tato fáze bývá poměrně dlouhá a je zapotřebí klientovo smíření se s realitou.
- III. VOLBA CÍLE A ALTERNATIV ŘEŠENÍ** – dochází k sestavení cílů a zároveň postupů společně s alternativami řešení. Vše musí odpovídat klientovým schopnostem, podmínkám, situaci a také jeho osobnosti.
- IV. KLIENTOVO ROZHODNUTÍ** – velmi významná je zde podpora klienta. Rozhodnutí klienta, zda pokračovat, nebo spolupráci ukončit, je pouze na něm. Poradce o všem klienta informuje a to jak o řešení alternativ, tak i o možných důsledcích. Svobodu respektujeme i v případě, pokud se jedná o dítě.
- V. PODPORA KLIENTA PORADCEM** – Dochází k nácviku zvolených technik, posilování vytrvalosti, snižování úzkosti ze změn. Hodnotí taktéž výsledky a pokroky klienta, které mu nemusí připadat zřejmé. V této fázi dochází k postupnému osamostatňování klienta.

Může nastat i taková situace, kdy řešení přineslo nežádoucí účinky. Je proto pravděpodobné, že v některé z fází mohlo dojít k chybě. V tomto případě je nutné začít od začátku.

4.3.1 Překážky a rizika v poradenském procesu

Poradenský proces je velmi náročný a vyžaduje velké nasazení ze strany poradce, pokud je pro poradce toto nasazení velmi vysilující, může dojít k tomu, že poradce v první řadě vychází ze svých vlastních potřeb namísto potřeb klienta. Dle Matejíčka 1993, in HadjMousová, 2002) se to může projevit následujícím:

Příliš velký odstup od klienta

- **Rutina:** poučování a nabádání klienta, hodnocení situace na základě vlastních představ. Jeho vlastní zkušenosti jsou pro něj důležitější, než klientovo sdělení.
- **Vševědoucnost:** nezájem a povyšování se nad klienta, předkládá klientovi svoje názory, zájem o něj je minimální
- **Moralizace:** Posilování nadřazenosti vůči klientovi, pronášení morálních soudů.
- **Bagatelizace:** Problém klienta v poradci vyvolává zábrany, a z toho důvodu se zaměří na méně podstatnou věc (tato situace nastává např. u týraného a zneužívaného dítěte).
- **Záchrana:** Poradce touží po uznání, tím dochází k zveličení problému klienta.

Příliš malý odstup od klienta

- **Soucítí:** Poradce je do případu velice zainteresovaný a klientovi nedokáže proto dostatečně dobře poradit
- **Projekce:** Poradce vidí v problémech klienta svoje vlastní a předkládá mu svá řešení.
- **Identifikace:** Ztotožnění se s klientem, ztráta nestrannosti.
- Zábrany se mohou však objevit i na straně klienta:
- **Nedostatek empatie:** klient má těžkosti vnímat, co říkají druzí (včetně poradce), soustředí se pouze sám na sebe.
- **Nedostatek pozitivního pohledu:** klient se soustředí pouze na negativní stránky a odmítá vše pozitivní.

- **Nedostatek respektu a vřelosti:** klient je agresivní vůči svému okolí, vřelost chybí, nebo je používána jako nástroj pro manipulaci ostatních.
- **Nedostatek konkrétnosti:** Výskyt hlavně v době začátku poradenského procesu, obtíže v jasné formulaci, zamlčování skutečných problémů.
- **Strach z konfrontace:** vyhnutí se konfrontaci s poradcem v důsledku strachu.

(Simek – Dowming, 1980 in HadjMoussová, 2002)

4.4 Diagnostika a její druhy

Diagnostika může probíhat na úrovni laické (rodina) nebo odborné (resorty – zdravotnictví, školství, práce, sociální a nestátní subjekty). Výsledkem celého procesu diagnostiky je diagnóza, která odhalí onemocnění, postižení či znevýhodnění.

Diagnostický proces – na začátku tohoto procesu máme dvě proměnné, a to:

- I. Diagnostická otázka** (kladena klientem, nebo o klientovi – škola o žákovi)
- II. Diagnostik** (psycholog, speciální pedagog)

(HadjMoussová, 2009)

V první řadě začíná diagnostika pracovat na formulaci problému (diagnostická otázka), zde dochází k vymezení toho, nač by se vyšetření měla zaměřit. Vyšetření má najít vysvětlení pro jev, který je projevem onoho problému. Poradce by při vyšetření měl zjistit odpovědi na tyto otázky:

- **KDO:** je klient? Jaké jsou jeho významné charakteristiky, rodinné zázemí, jaké jsou další důležité faktory v jeho sociálním prostředí?
- **CO:** se děje nebo co se stalo? Je nutné zjistit co nejvíce detailů problému. Jak často se projevuje, a za jakých okolností?
- **KDY:** se problém projevuje, kdy to začalo? Jaký je časový rytmus? (Např. somatické projevy školní fobie se projevují jen v době školy, ne o prázdninách a víkendech).

- **KDE:** se problém projevuje? V jakém prostředí, za jakých situacích, s jakými lidmi?
- **JAK:** klient reaguje na problém? Jak ho prožívá?
- **PROČ:** se problém objevuje nebo objevil?

(HadjMousová, 2009, s. 34)

Podle dosud zjištěných informací zformulujeme hypotézu, která obsahuje nejen vymezení problému, ale i předpoklad možných příčin. Diagnostik tak získá hrubou představu o souvislostech. Hypotéza je určující pro pokračování diagnostického procesu. Dalším krokem je zvolení vhodné metody, která napomáhá lepšímu objasnění problému klienta. Diagnostikovat lze pouze takové jevy, o kterých víme a musíme mít na zřeteli limity speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky. V procesu nejsou důležité pouze znalosti a zkušenosti odborníka, ale i úroveň poznání v daném oboru.

Další část diagnostického procesu tvoří interpretace získaných dat z předchozích výše uvedených kroků. Pro správné prezentování výsledků je nutné shromáždění co největšího množství informací z dostupných zdrojů. Po předchozím poznání klienta a jeho situace lze sestavit prognózu, určující v jakém duchu se bude jedincovo chování vyvíjet a co lze v budoucnu očekávat. Jedná se pouze o jeden výsledek z poradenského procesu. Opomenout nemůžeme ani to, že je třeba umět rozeznat, zda se jedná o znak trvalý, přechodný nebo vývojově podmíněný stav. Opakování procesu je možné, a to v případě, kdy se při delší práci s klienty projeví nepřesná interpretace či pokud nedošlo k zaznamenání nenápadných, přesto významných okolností.

(Monatová 2000, in HadjMousová, 2009) uvádí, že trvalé sledování přináší prospěch nejen klientovi, ale též obohacuje teoretické poznání, které je velmi významné ve speciálně pedagogickém poradenství.

4.4.1 Druhy diagnostiky

I. Speciálně pedagogická diagnostika – je součástí speciální pedagogiky a zaměřuje se na sledování podmínek, průběhu a výsledku výchovně vzdělávací činnosti jedinců se zdravotním postižením a je východiskem při určování možností ve výchově a vzdělání. Individuální přístup je nezbytnou podmínkou. Je rozdělena dle druhu zaměření na jednotlivá postižení:

- **PSYCHOPEDICKÁ**- zabývá se diagnostikou mentálně postižených jedinců.
- **LOGOPEDICKÁ** – do této skupiny patří jedinci s narušenou komunikační schopností.
- **ETOPEDICKÁ** – pozornost je zaměřena na diagnostikování jedinců s poruchami chování.
- **TYFLOPEDICKÁ** – tato diagnostika věnuje pozornost jedincům s postižením zraku.
- **SURDOPEDICKÁ** – věnuje se diagnostice jedinců se sluchovým postižením.
- **SOMATOPEDICKÁ** – zaměřena na jedince s tělesným postižením

(Pipeková, 1998, in Rádlová, 2004) uvedla jako samostatně vedenou speciálně pedagogickou diagnostiku pro jedince se specifickými vývojovými poruchami učení (SVPU) v současnosti označovanou názvem „Specifické vývojové poruchy školních dovedností“. Problémy jsou výrazné ve čtení, psaní, počítání aj.

Speciálně pedagogickou diagnostiku dále můžeme členit dle etiologie

- Kauzální diagnostika – známe příčiny problému
- Symptomatická diagnostika – jsou známy příznaky (symptomy)

Speciálně pedagogická diagnostika v rámci času

- Vstupní diagnostika – stanovuje vhodný způsob pro výchovné vedení jedince s postižením
- Průběžná diagnostika – rozvoj jedince v rámci dynamiky
- Výstupní diagnostika

Speciálně pedagogická diagnostika dle sledovaných cílů

- **Globální diagnostika** – sledování nedůležitějších znaků a vlastností postiženého jedince v souvislosti s výchovným a vzdělávacím procesem. Je východiskem a předpokladem pro splnění globálního vzdělávacího cíle (Vašek, 1991 in Rádlová, 2004).
- **Parciální diagnostika** – sleduje aktuální projevy klienta, dochází ke splnění dílčích výchovných cílů
- **Diferenciální diagnostika** – je zaměřena na odlišení podobně vypadajících symptomů. Např. u deprimovaného dítěte se mohou objevit některé symptomy, které jsou typické pro autismus, a to i v oblasti sociální a komunikační, ale příčiny budou rozdílné.

V rámci speciálně pedagogické diagnostiky u jedinců se zdravotním postižením sledujeme určité oblasti:

- Školní zralost
- Rozumové schopnosti
- Komunikační dovednosti
- Zraková percepce
- Sluchová percepce
- Kinestetická percepce (vnímání vlastních pohybů)
- Taktilní percepce (vnímání doteků, hmatu)
- Jemná a hrubá motorika
- Grafomotorika, kresba
- Pravolevá, časová a prostorová orientace
- Úroveň koncentrace
- Čtenářské schopnosti
- Matematické a početní schopnosti
- Sebeobslužné činnosti
- Sebepojetí a sebehodnocení
- Diagnostika rodinného prostředí zájmy aj.

Speciálně pedagogická diagnostika je nadále členěna na jednotlivá životní období:

- Raný a předškolní věk
- Školní věk a dospívání
- Dospělost
- Staří

II. Pedagogická diagnostika

Jde o samostatnou vědeckou disciplínu v systému pedagogických věd. Byla také ztotožňována s diagnostikou pedagogicko-psychologickou. Hlavním předmětem zkoumání je poznávání a hodnocení dosažené úrovně výchovy a vzdělání sledovaného jedince či sociálního útvaru právě vlivem určitého, specifického, záměrného, či cíleného působení, zejména co do efektivnosti tohoto působení. (Hrabal 1989 in Opekarová, 2010)

III. Pedagogicko psychologická diagnostika – předmětem zkoumání je poznávání a hodnocení individuálních zvláštností a specifik osobnosti žáka či skupiny žáků s orientací na prognózu a vyústění v návrhy na optimalizaci jejich rozvoje. (Opekarová, 2010, s. 17) V odborné literatuře je autory (Hrabal, 1989, Dittrich, 1993 in Opekarová, 2010) zmiňována jako psychologická diagnostika aplikovaná v pedagogické oblasti.

IV. Psychologická diagnostika – V zájmu jejího zjišťování je měření úrovně kvality psychických jevů člověka, duševních procesů, vlastností a stavů (Hrabal 1989, Dittrich, 1992 in Opekarová, 2010 s. 16). Je to psychologická aplikovaná disciplína.

Vybrané diagnosticko – poznávací a terapeutické metody

Ve „speciálním poradenství“ máme možnost použít několik výzkumných, poznávacích nebo diagnostických metod, které vychází z odborné praxe speciální pedagogiky či sociální práce. Lze sem zařadit:

I. Metoda anamnestická – je základem v pomáhající praxi, ale i ve výzkumné činnosti. Tvorba anamnézy je jednou z klíčových metod, díky které nasbíráme potřebné údaje o klientovi a jeho rodině s ohledem na momenty s rizikovými faktory a patologické odchylky, nevyjímaje zkoumání podmínek a okolností vedoucích ke vzniku svízelné situace.

Anamnestické údaje můžeme získat dvěma způsoby. Rozlišujeme:

- **HETEROANAMNÉZU** – údaje získané od jiné osoby (např. rodič, manžel, druh, či jiná blízká osoba, vychovatel, lékař, učitel)
- **AUTOANAMNÉZU** – údaje získané od „vyšetřované“ osoby (hlavně u dospělých).

(Novosad, str. 139, 2009)

Tyto způsoby zjišťování mohou být sporné, jedná-li se o objektivitu a interpretaci údajů. Za objektivní data jsou považována tzv. tvrdá data (datum narození, dosažené vzdělání, lékařské analýzy) jedná se o data, která lze poměrně snadno ověřit a relativně se nemění. Zaměříme-li se na výpovědi ať už samotné vyšetřované osoby, nebo jiných osob, tak již může jít, vědomě či nevědomě, o zkreslení informací. Anamnestická metoda se dá rozdělit do tří postupných částí:

1. **Osobní anamnéza** – je zaměřena především na zdravotní a psychické charakteristiky vývoje postiženého či ohroženého jedince od jeho narození po současnost. Na sestavení osobní anamnézy se podílejí odborní lékaři, pedagogičtí pracovníci, psycholog, sociální pracovník případně blízcí klienta. Jsou zde vypisovány tyto údaje:
 - Jméno a příjmení, datum narození, škola popřípadě zaměstnání, ústavní či jiné péče

- Těhotenství – délka, pořadí (včetně potratů), průběh, nemoci a potíže v těhotenství, duševní stav matky, další rizikové faktory v průběhu těhotenství
- Porod – trvání porodu, poloha, vyvolaný porod nebo spontánní, císařský řez, komplikace při porodu, plod donošen, nedonošen, přenošen
- Novorozenecké období – porodní váhy a míry, sání, délka kojení, novorozenecká žloutenka
- Další neuropsychický vývoj - zvedání hlavy, posazování, sed, stání s oporou, bez opory, chůze, první zub, vývoj řeči – první slovo, věta, vady řeči během předškolního i školního období, odkdy udržoval čistotu, samostatnost, výskyt zlovyků a odchylek
- Prodělané vážnější onemocnění, operace, úrazy – jaké a v jakém věku
- Okolnosti před nástupem do školy – návštěva mateřské školy, adaptace na změnu prostředí, popř. déletrvající hospitalizace, nebo ústavní péče
- Školní docházka – odklad povinné školní docházky, důvod přerazení do jiných typů škol, další vzdělávání a profesní příprava
- Osobnost dítěte nebo dospělého – charakterové vlastnosti, volní úsilí, sebehodnocení, adaptace, zájmy, schopnosti a dovednosti, lateralita atd.

(Novosad, str. 140, 2009)

- 2. Rodinná anamnéza** – Podstatou této anamnézy jsou základní údaje o rodině a cíl je zaměřen na charakteristiku výchovně – formativního působení. Znalostí celkové atmosféry v rodině se anamnéza snaží odhalit příčiny poruch, které jedinec mohl získat dědičně. Soustředí se na rozlišování dědičných, vrozených a získaných znaků. V potaz se berou tato fakta:
- Otec – jméno, příjmení, datum narození, vzdělání, vlastní, nevlastní, adoptivní, prodělaná vážná onemocnění duševní nebo somatická

- Matka – stejné údaje
- Pokud vychovával sledovanou osobu, předmětného klienta někdo jiný- stejné údaje
- Sourozenci – žijící i nežijící

- Právní status rodiny (úplná, neúplná, bez otce, s nevlastním otcem, bez matky, s nevlastní matkou, osiřelé dítě, dítě v péči prarodičů, dítě osvojené nebo v pěstounské péči)
- Mezi osobnostní (interpersonální) vztahy v rodině – harmonické/problematické prostředí, vztahy mezi rodiči a stav manželství (funkční, rozvrácené formální atd.), vztahy mezi dětmi, sourozenci či jinými osobami žijícími v rodině
- Vážné okolnosti v širší rodině – onemocnění, zdravotní postižení, alkoholismus, trestná činnost apod. (Novosad, str. 141, 2009)

3. Sociální anamnéza – též nazývaná jako šetření sociálního prostředí je zaměřena na sociálně – vztahovou stránku života klienta. Posouzení se týká jak vztahů v širší rodině, tak i vztahů mezi klientem a různým sociálním prostředím. Ohled se též bere na životní styl klienta, jeho aktivitu a schopnost kooperace. Nelze opomenout komunikační schopnosti a vztahy jak k autoritám, tak i k vrstevníkům a blízkým.

II. Metoda analýza výsledků činnosti – Je využívána hlavně ve speciální pedagogice. Zabývá se analýzou již hotového materiálu – jako je písemný projev, dokončená práce, výrobek a proto nezachycuje průběhovou stránku klientova případu. Tato metoda je také metodou činnostně – terapeutickou. Dílo, které klient během své terapie např. ergoterapie vytvořil, ať už sám nebo s někým, je výpovědí o jeho dovednostech či užitečnosti a má motivační charakter. Výsledky analýzy jsou užitečné při vstupní, průběžné a výstupní diagnostice, je však zapotřebí dostatečný počet podkladů a jejich odborné zpracování.

III. Metoda studia dokumentace – Tato metoda pracuje s dokumenty, které charakterizují jak instituci (instituce), která se klientem zabývá (škola, lázeňská léčebna, stacionář), tak i práci se samotným klientem. Využívají se dokumenty o činnosti škol, záznamy o žácích či klientech. Další podklady mohou sloužit k nastudování historického vývoje, současného stavu i předběžných vývojových trendů v oblasti specializované péče pro osoby s postižením.

IV. Metoda prevence – Vychází ze zkoumání obecných zákonitostí lidského vývoje. Hlavním cílem je předcházet situacím, které by vedly ke vzniku patologických, sekundárních, změn v osobnosti, vztazích a životních podmínkách života klienta a formulovat způsoby prevence.

(Novosad, 2009)

V. Metoda pozorování - zkoumá jedince v jeho přirozených podmínkách, pomáhá zjišťovat úroveň jeho schopností, osobnostní vlastnosti, sociální vztahy a probíhající psychické vztahy. (Přenosilová in Vítková, 2002)

VI. Metoda rozhovoru - je náročnou metodou ve smyslu techniky kladení otázek. Je zde třeba opět pamatovat na to, že formulace otázek musí být přesná, jednoznačná a stylově a obsahově přiměřená věku i celkové úrovni dotazovaného (rozdíl dítě - dospělý). Častými chybami při vedení rozhovoru je autoritativní vystupování, netrpělivost, unáhlenost a nepřesná interpretace ze strany dotyčného odborníka. (Přenosilová in Vítková, 2002, s. 25)

VII. Metoda testová - je druhem zkoušky, která se skládá z různých úkolů. Testy se zpravidla dělí na standardizované, jejichž výsledky jsou zpracovány matematicko statistickými metodami a poskytují normy, ke kterým lze výkon jedince přirovnat, a nestandardizované, které si pedagog může sestavit sám, ale jejich výsledky nemají všeobecnou platnost. (Přenosilová in Vítková, 2002. s. 25)

Testy lze dělit dle různých kritérií:

- zaměření (lateralita, jemná a hrubá motorika)
- způsobu zpracování (standardizované, informační)
- účelu (zkušební, diagnostické, kontrolní)
- způsobu použití (individuální, skupinové)

(Přenosilová in Vítková, 2002)

Při tvoření testů pro jedince s tělesným postižením je zapotřebí, aby odpovídaly obsahu jejich vzdělání společně s podobou předkládaného testu. (tzn. Pro zrakově postižené je potřeba přepsat testový materiál do bodového písma, u mentálně retardovaných přizpůsobit formulaci a náročnost řešení úrovni jejich rozumových schopností). (Přenosilová, 2002)

Intervence

Intervencí je míněn zásah, aktivita, která ovlivní určitou situaci. Jde o záměrnou aktivitu, kterou poradce provádí vědomě s jasně stanoveným cílem. Intervenci můžeme rozdělit dle doby trvání, její intenzity a použitých metod. Pro správný výběr intervence je důležité určit, o jaký problém se jedná, dále potom o jaký typ člověka jde a jeho aktuální situace, ve které se nachází. V případě časového určení intervence (krátkodobá, dlouhodobá).

- **Krátkodobá intervence** - příkladem krátkodobé intervence může být poradenství ohledně výběru povolání, či když se klient ocitne v těžké životní situaci, se kterou si sám neví rady. Nejčastěji jsou využívány linka důvěry, linka bezpečí. (HadjMousová, 2002)

- **Dlouhodobá intervence** - (poradenské vedení) – smyslem této intervence jsou opakované návštěvy u poradce. Příkladem takové intervence může být práce se skupinou, ve které se objevila šikana, náprava specifických vývojových poruch školních dovedností, nácvik sociálních dovedností. (HadjMousová, 2002)

Zaměření intervence se odvíjí od daného typu problému. Jednat se může o intervence speciálně pedagogické, pedagogické, psychologické.

- **Intenzita** – je závislá na technikách, které využíváme, společně s akutností problému. Zpočátku poradenského procesu je důležité, aby byla setkání v časových úsecích pravidelnější. Pokud je nalezeno vhodné řešení, setkání mohou být omezena.
- **Techniky** – dají se rozdělit na základní a techniky, kterým se poradce v průběhu své praxe naučí. Mezi základní techniku patří schopnost poradce vést rozhovor, využívat neverbální komunikace, udržovat oční kontakt, vytvořit vztah a empatii. (HadjMousová, 2002)

Intervence probíhá jako proces individuální, nebo skupinový.

Socializace

Tělesný a duševní vývoj jedince neprobíhá sám, ale společně s procesem socializace. *„Sociálním začleňováním je jedinec integrován do mezilidských vztahů, přijímá za své kulturní hodnoty, bere na sebe sociální role a funkce, podrobuje se určitým zvyklostem, sdílí s druhými určitá mínění a přesvědčení, ztotožňuje se s určitým sdíleným životním řádem, přijímá za samozřejmé určité zásady a normy, platné pro všechny“.* (Helus, 1998, s. 16 in Švarcová, 2012)

Hovoříme-li o socializaci ve speciální pedagogice, zaměříme se na pojetí významného českého speciálního pedagoga M. Sováka z roku 1975, který socializaci dělí na čtyři stupně:

- I. Integrace** - naprosté zapojení a úplné splynutí znevýhodněného jedince ve společnosti
- II. Adaptace** - přizpůsobení se znevýhodněného jedince společenskému prostředí za určitých podmínek, je nutné vycházet z individuálních vlastností, schopností a potřeb znevýhodněného jedince
- III. Utilita** - sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, možnosti rozvoje jsou omezené, pracovní a společenské uplatnění pod dohledem jiných osob
- IV. Inferiorita** - sociální nepoužitelnost, segregace jedince, nevytvoření popř. ztráta sociálních vztahů.

(Pipeková, 2002 s. 7 in Vítková (ed.), 2002)

Společně se socializací vymezíme další dva obecně známé pojmy, které se využívají, jestliže píšeme o lidech s postižením. Jsou to pojmy integrace a inkluze. Jsou používány v souvislosti se vzděláváním, kdy pro ně používáme označení „děti, žáci, studenti se speciálními vzdělávacími potřebami“.

Integrace – v oblasti speciální pedagogiky tento pojem chápeme jako „*spolužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti těchto skupin*“. (Jesenský, 1995 in Slowík, 2007, s. 31)

Stupně integrace jsou zakotveny i v dokumentech Světové zdravotnické organizace WHO (Jesenský, 1995), kde nalezneme toto rozdělení:

- I. sociálně integrovaný** - jedinec se plně účastní společenských činností.
- II. účast inhibovaná** - u jedince postižení vyvolává určité znevýhodnění, které znamená mírné omezení v plné účasti.
- III. omezená účast** - jedinec se v důsledku svého postižení neúčastní obvyklých společenských aktivit plně.
- IV. zmenšená účast** - jedinec v důsledku postižení není schopen navazovat náhodné kontakty a jeho účast ve společenském životě je omezena na přirozené komunitární vztahy - rodinu, domov, pracoviště apod.

- V. ochuzené vztahy** - tento stupeň již znamená, že je kladen důraz na omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendence ke zlepšení.
- VI. redukované vztahy** - jedinec je v důsledku svého postižení schopen udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či jedincům.
- VII. narušené vztahy** - jedinec již není schopen udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny.
- VIII. společensky izolované** - jedinci, jejichž schopnost míry integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost.

(Ludvíková, 2002, s. 7)

Inkluze (splynutí)

Je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením v plné míře účastní všech aktivit společnosti jako lidé bez postižení. (Slowík, 2007, s. 32). Setkat se můžeme i s tím, že je chápána jako synonymum integrace. Avšak někteří autoři tyto pojmy rozdělují a inkluze představuje vyšší stupeň integrace.

Národní akční plán z roku 2010 vydaný MŠMT a týkající se inkluzivního vzdělávání charakterizuje inkluzivní vzdělávání takto: *„vzdělávání rozvíjející kulturu školy směrem k sociální soudržnosti, vzdělávání vycházející z uspořádání běžné školy způsobem, který naplňuje koncept rovných příležitostí a nabízí adekvátní podporu v rámci vyučování všem dětem bez ohledu na jejich individuální rozdíly s cílem maximálně rozvinout jejich vzdělávací potenciál.“* (Švarcová, 2012, s. 19)

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Charakteristika výzkumu

Pro zpracování praktické části diplomové práce byla využita metoda dotazníků společně s případovými studii. Dotazníky byly zaměřeny na rodiče tělesně postižených dětí, které jsou v povinné školní docházce a využívají pomoci speciálně pedagogického centra. Věková skupina dětí, kterých se výzkum týkal, zahrnovala žáky od šesti do patnácti a více let. Dotazník se skládal z jedenácti otázek, z toho devět z nich bylo typu uzavřeného a zbývající dvě typu otevřeného. Veškeré údaje byly anonymního typu. Počet rozdaných dotazníků byl 30, z toho vrácených 24. Formulace otázek byla přizpůsobena tak, aby byla pro rodiče srozumitelná. Nebyly proto použity odborné termíny.

Případové studie byly zpracovány na základě informací poskytnutých pracovníky SPC, a jsou jednou z příloh této práce .

Při samotném šetření se vycházelo z níže uvedených hypotéz:

H 1. Nabídka služeb, které SPC nabízí, je rodiči považována za dostatečnou

H 2. Speciálně pedagogická centra jsou pro rodiny žijící na vesnici obtížněji dostupná.

H3. Nejvíce využívanou službou v SPC je poradenství, které se zabývá otázkami vzdělávání.

H 4. Rodiče využili i pomoci jiného poradenského zařízení.

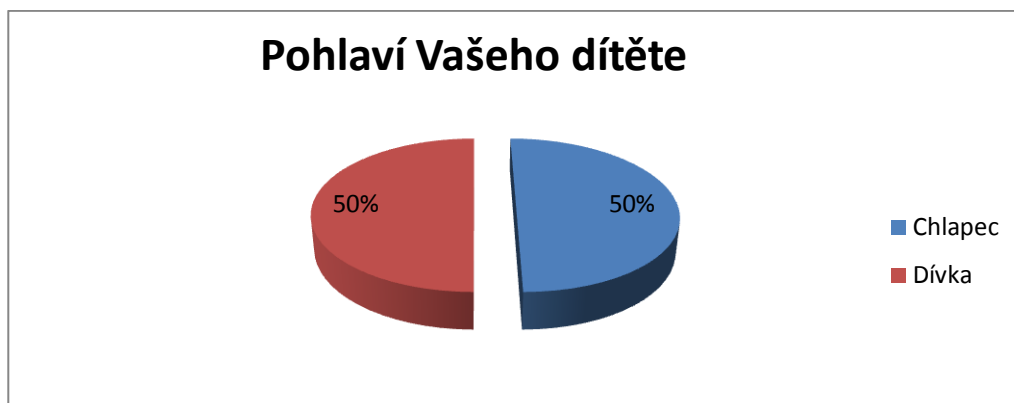
5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit nejvíce využívané služby, které SPC nabízí, spokojenost rodičů s nabídkou jejich služeb. Dále nás zajímalo, která věková kategorie v povinné školní docházce využívá služeb SPC nejčastěji. Výsledky výzkumu byly znázorněny graficky. Pro lepší přehlednost byly výsledky poté dány i do tabulek.

5.1.1 Zpracované výsledky z výzkumu

Tabulka č. 1 – Pohlaví Vašeho dítěte?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Chlapec	12	50 %
Dívka	12	50 %

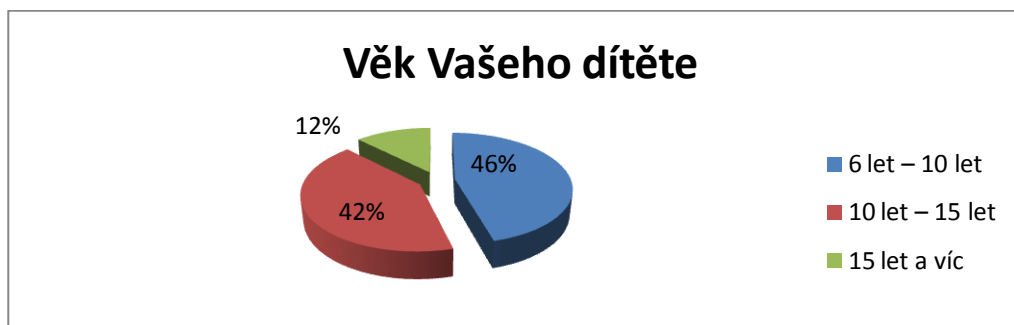


Graf č. 1 – Otázka č. 1 – Pohlaví Vašeho dítěte

Tato otázka měla ukázat, jaké je procentní zastoupení klientů SPC, dívky a chlapi. Obě pohlaví jsou zastoupena v rovném podílu (50%).

Tabulka č. 2 – Věk Vašeho dítěte?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
6 let – 10 let	11	46 %
10 let – 15 let	10	42 %
15 let a víc	3	12 %

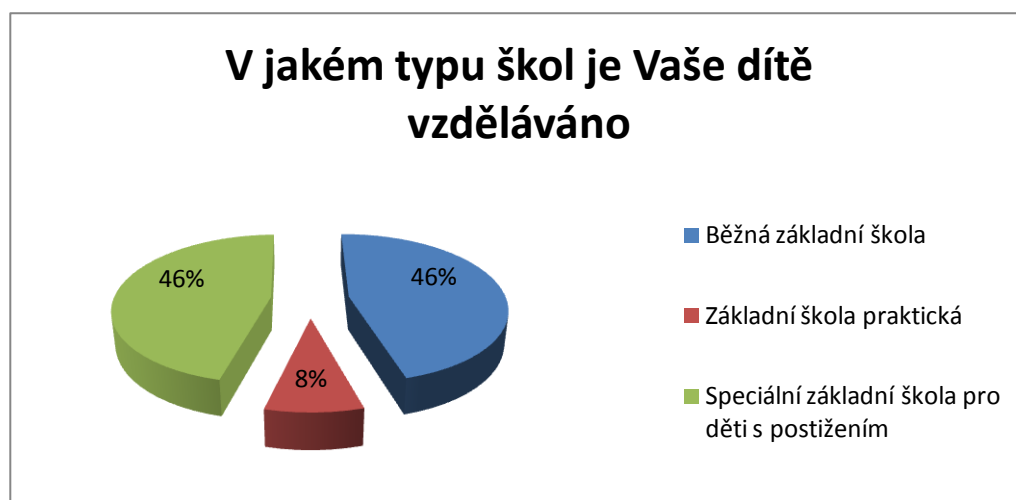


Graf č. 2 – Otázka č. 2 – Věk Vašeho dítěte

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že nejpočetnější skupinu v tomto případě tvoří klienti SPC ve věku od 6 do 10 let (46 %), poté to jsou klienti ve věku 10 až 15 let (42 %) a poslední skupinou jsou klienti 15+ (12 %).

Tabulka č. 3 - V jakém typu škol je Vaše dítě vzděláváno?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Běžná základní škola	11	46%
Základní škola praktická	2	8 %
Speciální základní škola pro děti s postižením	11	46 %

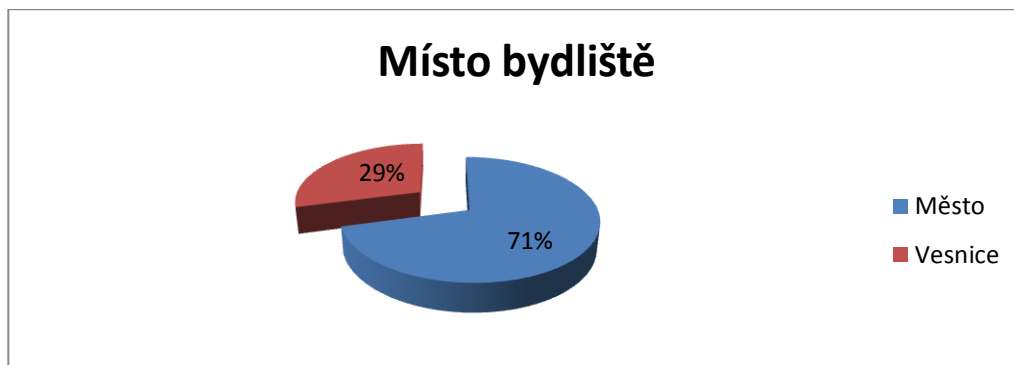


Graf č. 3 – Otázka č. 3 – v jakém typu škol je Vaše dítě vzděláváno

Tato otázka měla ukázat to, v jakém typu škol jsou klienti SPC nejčastěji vzděláváni. Početnou skupinou se ukázali žáci běžné základní školy. V tomto případě se ukazuje trend integrace, která je v současnosti diskutovaným tématem. V druhém případě se jednalo o speciální základní školu pro děti s postižením, u které byl zaznamenán stejný procentní výsledek (46 %). Možnost vzdělávání v základní škole praktické využívá 8 % dětí respondentů.

Tabulka č. 4 - Místo bydliště?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Město	17	71 %
Vesnice	7	29 %



Graf č. 4 – Otázka č. 4 – místo bydliště

Většina klientů, kteří využívají služeb SPC, žije ve městech (71 %). Klienti, kteří žijí na vesnici, tvoří 29 % z celkového vzorku dotázaných.

Tabulka č. 5 - Byli jste po sdělení diagnózy u Vašeho dítěte informováni o možnosti využití pomoci, kterou SPC nabízí?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Ano	16	67%
Ne	8	33 %

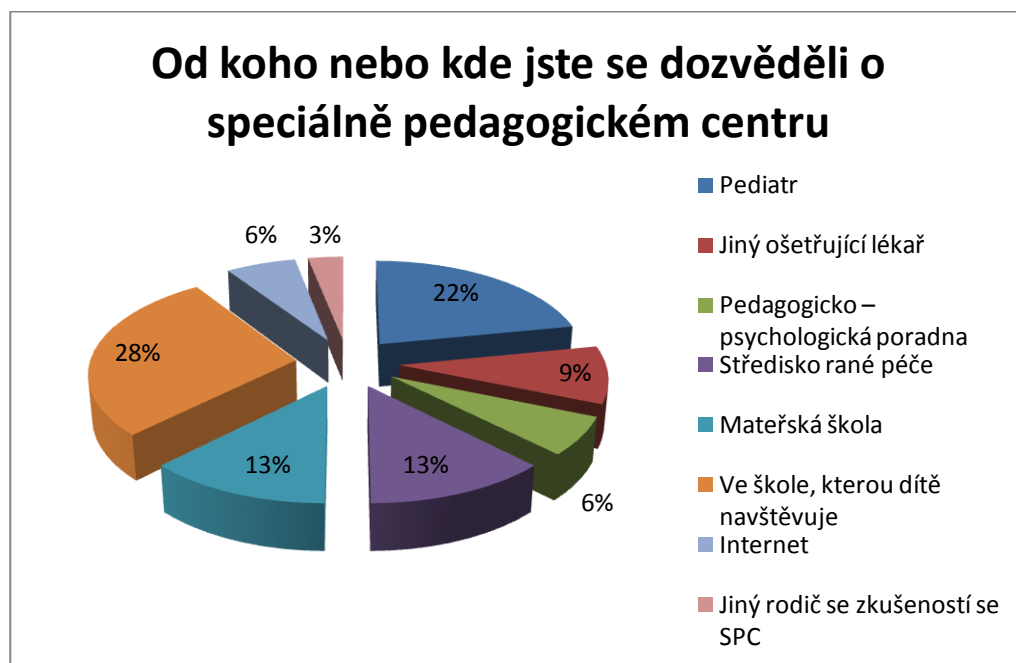


Graf č. 5 – Otázka č. 5 – Byli jste po sdělení diagnózy u Vašeho dítěte informováni o možnosti využití pomoci, kterou SPC nabízí?

Tato otázka byla zaměřena na míru informativnosti rodičů ohledně využití pomoci SPC. Otázka ukazuje, že 67 % bylo s touto pomocí obeznámeno, zbývajících 33 % s touto možností seznámeno nebylo.

Tabulka č. 6 - Od koho nebo kde jste se dozvěděli o speciálně pedagogickém centru?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Pediatr	7	22 %
Jiný ošetřující lékař	3	9 %
Pedagogicko – psychologická poradna	2	6 %
Středisko rané péče	4	13 %
Mateřská škola	4	13 %
Ve škole, kterou dítě navštěvuje	9	28 %
Internet	2	6 %
Jiný rodič se zkušeností se SPC	1	3 %



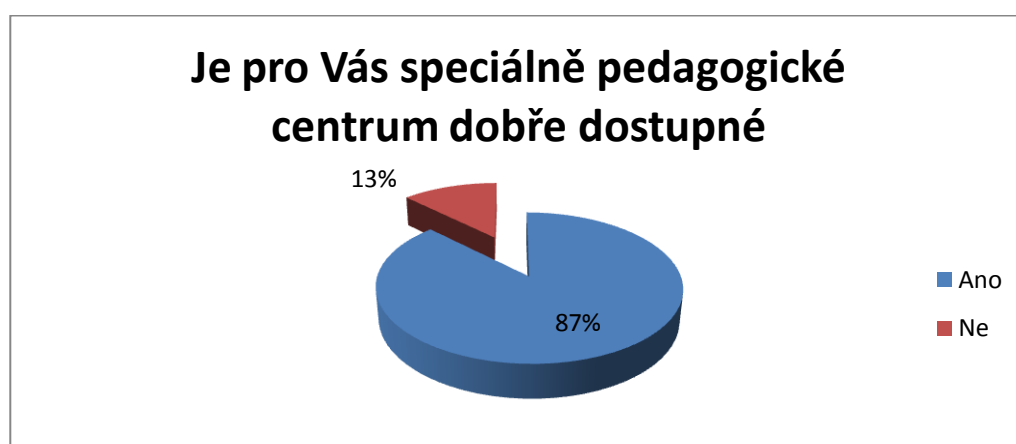
Graf č. 6 – Otázka č. 6 – Od koho nebo kde jste se dozvěděli o speciálně pedagogickém centru?

Šestá otázka byla zaměřena na osobu nebo místo, kde se rodiče dětí dozvěděli o SPC. Ve většině případů jim informace poskytla škola (28 %) nebo pediatr (22 %), stejné procentní zastoupení mělo středisko rané péče a mateřská škola,

přičemž každé z nich tvořilo 13 %, dále byli respondenti informováni od jiného ošetřujícího lékaře, který s dítětem pracuje (9 %), internet tvořil 6 % a opomenuta nezůstala ani zkušenost jiného rodiče se SPC (3 %).

Tabulka č. 7 - Je pro Vás speciálně pedagogické centrum dobře dostupné?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Ano	21	87 %
Ne	3	13 %



Graf č. 7 – Otázka č. 7 – Je pro Vás speciálně pedagogické centrum dobře dostupné?

Ve většině případů se SPC pro rodiče a jejich děti ukázalo být dobře dostupné a to v 87 %. Zbýlých 13 % respondentů shledává dopravu obtížnější, a to z důvodu nevlastnění motorového vozidla, obtížné dopravy MHD nebo velké vzdálenost od místa bydliště.

Tabulka č. 8 - Docházeli jste se svým dítětem i do jiného poradenského zařízení?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Ano	9	37 %
Ne	15	63 %

Docházeli jste se svým dítětem i do jiného poradenského zařízení

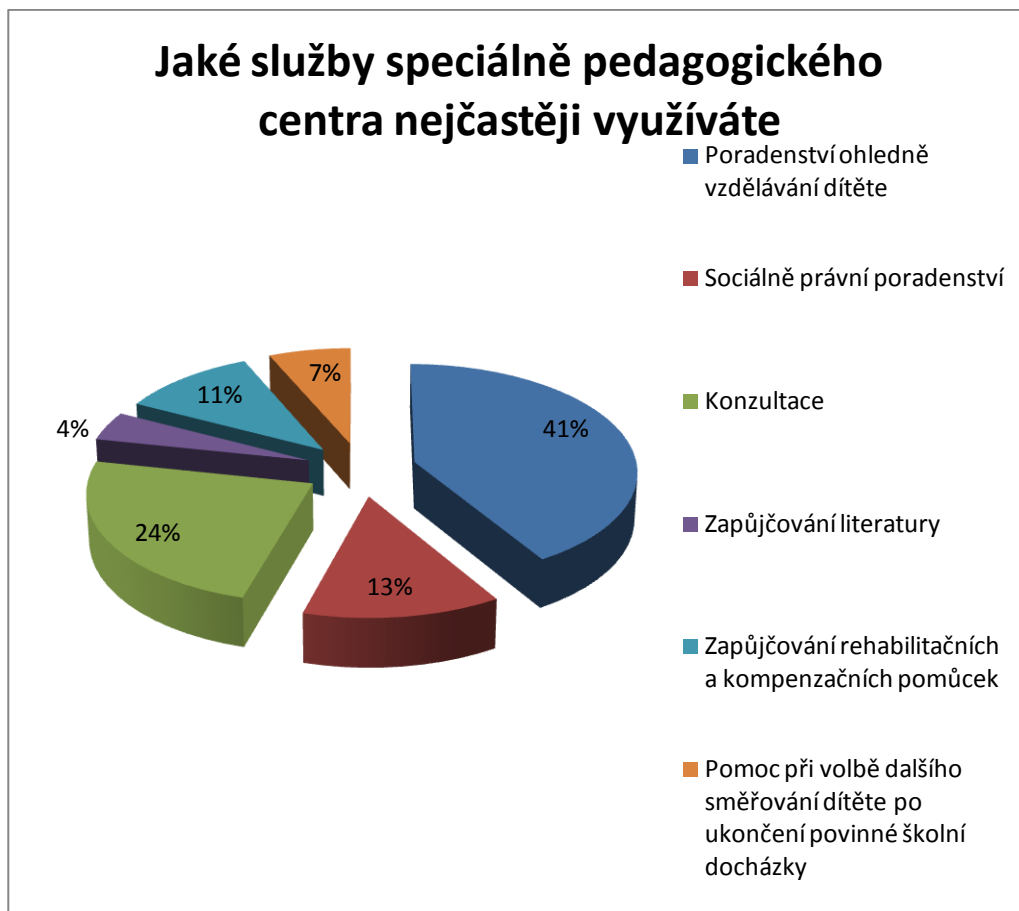


Graf č. 8 – Otázka č. 8 – Docházeli jste se svým dítětem i do jiného poradenského zařízení?

Z odpovědí na tuto otázku lze vyčíst, že většina rodičů se svými dětmi při potřebě pomoci obrátila rovnou na SPC (63 %) a nedocházeli do jiného poradenského zařízení. Pomoci jiného poradenského zařízení před SPC využilo 37 % z nich.

Tabulka č. 9 - Jaké služby speciálně pedagogického centra nejčastěji využíváte?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Poradenství ohledně vzdělávání dítěte	19	41 %
Sociálně právní poradenství	6	13 %
Konzultace	11	24 %
Zapůjčování literatury	2	4 %
Zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek	5	11 %
Pomoc při volbě dalšího směřování dítěte po ukončení povinné školní docházky	3	7 %

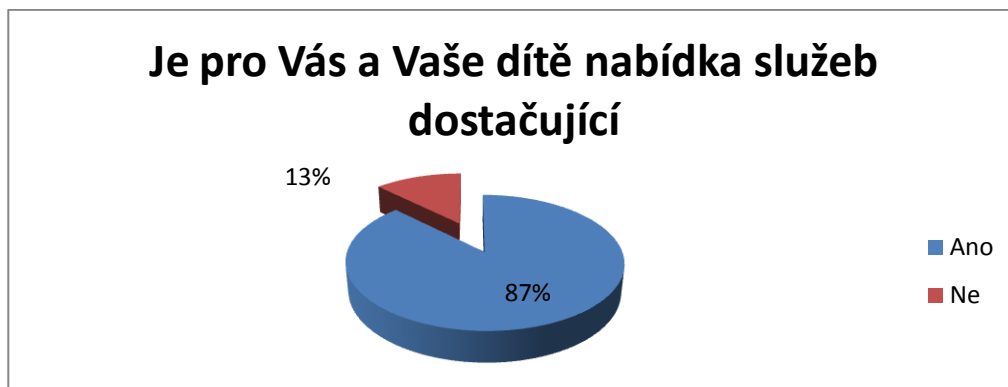


Graf č. 9 – Otázka č. 9 – Jaké služby speciálně pedagogického centra nejčastěji využíváte?

Tato otázka měla ukázat, jakou službu rodiče dětí, které navštěvují SPC, nejvíce využívají. Tou nejvyužívanější se ukázalo být poradenství ohledně vzdělávání dítěte (41 %), na druhém místě se jedná o konzultace (24 %), třetí nejčastěji využívanou službou se stalo sociálně právní poradenství (11 %), rehabilitační pomůcky a jejich zapůjčení tvoří 11 %, poté rodiče využívají poradenství ohledně dalšího vzdělávání jejich dítěte v důsledku blížícího se konce povinné školní docházky (7 %) a poslední 4 % tvoří zapůjčování odborné literatury.

Tabulka č. 10 - Je pro Vás a Vaše dítě nabídka služeb dostačující?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Ano	21	87 %
Ne	3	13 %

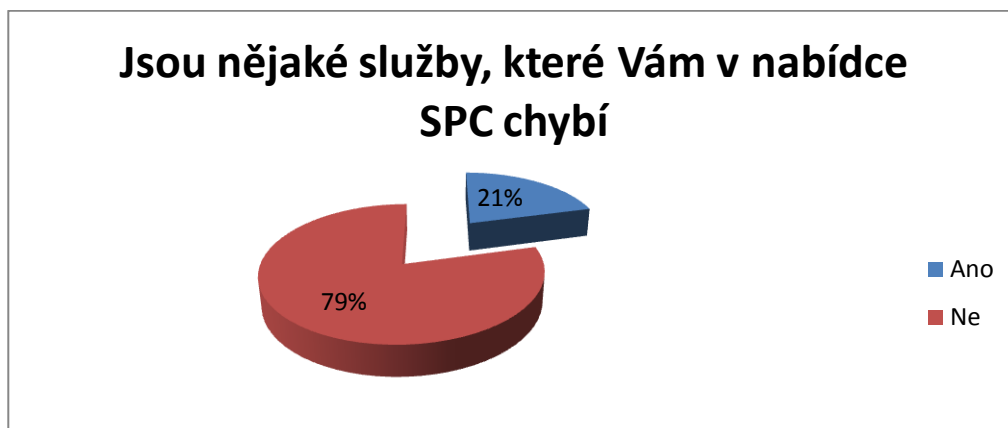


Graf č. 10 – Otázka č. 10 – Je pro Vás a Vaše dítě nabídka služeb dostačující?

Otázka 10 byla zaměřena na spokojenost rodičů s nabídkou služeb SPC. Pro 87 % je nabídka dostačující, 13 % by tuto nabídku rozšířilo.

Tabulka č. 11 - Jsou nějaké služby, které Vám v nabídce SPC chybí?

<i>Odpověď</i>	<i>Počet</i>	<i>Vyjádření v procentech</i>
Ano	5	21 %
Ne	19	79 %



Graf č. 11 – Otázka č. 11 – Jsou nějaké služby, které Vám v nabídce SPC chybí

Poslední otázka navazuje na předchozí otázku. K této otázce se „kladně“ ve smyslu, že rodiče nemají pocit, že jim něco chybí, vyjádřilo 79 % a zbylých 21 % by uvítalo např. sestavení režimu pro dítě v domácím prostředí, tábory, dopravu do školy.

5.1.2 Shrnutí praktické části

Sumarizace získaných údajů, naznačuje, že výše stanové hypotézy byly z poloviny potvrzeny.

H 1. Nabídka služeb, které SPC nabízí, je rodiči považována za dostatečnou. Potvrzena – Nabídka služeb SPC je pro rodiče dostačující v 87%.

H 2. Speciálně pedagogická centra jsou pro rodiny žijící na vesnici obtížněji dostupná. Nepotvrzena – většina dotázaných uvedlo místo svého bydliště město (71%).

H3. Nejvíce využívanou službou v SPC je poradenství, které se zabývá otázkami vzdělávání. Potvrzena – tuto službu využívá 41% rodičů dětí s tělesným postižením.

H 4. Rodiče využili i pomoci jiného poradenského zařízení. Nepotvrzena – rodiče klientů využívající služby SPC pro tělesně postižené se ve většině případů obrátili rovnou na centrum.

ZÁVĚR

Teoretická část práce se věnovala lidem v pomáhajících profesích, somatopedii, jejím významným osobnostem a stěžejním tématem práce byla poradenská činnost a speciálně pedagogické poradenství. Lidé, působící v pomáhajících profesích, by měli mít zájem na tom, aby věděli, co se kolem nich děje, jak se cítí ti, kterým pomáhají, měli by být schopni s nimi komunikovat, a to bez rozdílu věku, pohlaví, etnicity či náboženského vyznání. Měli by mít možnost se nadále kvalitně vzdělávat ve svém oboru. S vykonáváním této profese úzce souvisí syndrom vyhoření, který je v dnešní době velice diskutované téma. Je jisté, že se tento syndrom může projevit i v jiných profesích, ale právě ti, co pomáhají, mohou být více náchylní k tomu syndromu. Není proto dobré jeho projevy podceňovat, přestože občas někteří mohou mít pocit, že jich se to netýká.

Poradenské služby jsou poskytovány dětem od nejranějšího věku, během povinné školní docházky, v době docházky na střední školy a dle potřeby i jedincům v rané dospělosti především ve speciálně pedagogických centrech. Poradenská činnost je náročné povolání, které se v historii společnosti postupně vyvíjelo, a zapojili se do něho další profese lidí s různými přístupy. V současnosti je v České republice speciální poradenství realizováno prostřednictvím státních institucí, které jsou řízeny resorty zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí, ale podílí se na něm i různé soukromé, charitativní a svépomocné organizace.

Praktická část práce byla zpracována na základě dotazníkového šetření u rodičů dětí s tělesným postižením, společně s případovými studii vybraných klientů speciálně pedagogických center (SPC JUŠ, Praha, SPC – Kladno, ZŠ a MŠ, Psáry), kteří jsou v povinné školní docházce. Výsledkem bylo zjištění, že rodiče často využívají služeb SPC, hlavně poradenství v otázkách vzdělávání dítěte. Dále lze ze zjištěných dat vyvodit, že služby SPC využívají především rodiče s dětmi ve věku 6 – 10 let. Na základě všech výsledků šetření uvedených v této práci zjistíme, že speciálně pedagogické poradenství pro jedince s tělesným postižením je u nás plně využívané a

funkční, což je jistě velmi dobrá zpráva. Pracovníci těchto center totiž nepomáhají jen samotnému klientovi, ale i jeho rodině, protože právě rodina řeší každý den spoustu nelehkých a složitých situací. Je proto dobře, že existuje instituce, kam se můžou obrátit, když potřebují radu a pomoc.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- HADJ - MOUSSOVÁ, Z.: *Úvod do speciálního poradenství*. Studijní texty pro distanční studium. 1. vyd. Liberec: TU, 2002. ISBN: 80-7083-659-8.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-569-1.
- HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I.: *Inkluzivní vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3070-7.
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E.: *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s, 2006. ISBN: 80-86991-74-1.
- KÁBELE, F. *Základy speciální pedagogiky pro výchovné poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN, 1988. MDT: 37.048-056.26.
- KÁBELE, F. a kol.,: *Somatopedie*. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-7066-533-5.
- LUDVÍKOVÁ, L.: *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2002. ISBN: 80-244-0557-1.
- MICHALÍK, J.: *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-859-3.
- MICHALÍK, J., BASLEROVÁ, P., HANÁK, P., a kol.: *Katalog posuzování speciálních vzdělávacích potřeb I.: Hmotně právní a procedurální standardy, dokumentace a vybrané vzory v činnosti SPC*. Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3050-8.
- NOVOSAD, L. : *Poradenství: pro osoby se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-509-7.
- OPEKAROVÁ, O.: *Kapitoly z výchovného poradenství*. 2. vyd. Praha: UJAK, 2010. ISBN: 978-80-86723-96-9.
- PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN: 978-807-3151-98-0.
- RÁDLOVÁ, E a kol.: *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Montanex, 2004. ISBN: 80-7225-114

RENOTIÉROVÁ, M.: *Některé významné osobnosti oboru somaropedie: Přátelé jedinců s tělesným postižením*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1861-2.

RENOTIÉROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2003. ISBN:80-244-0532-6.

RENOTIÁROVÁ, M., L LUDVÍKOVÁ a kol.: *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2003. ISBN: 80-244-0646-2.

SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1733-3.

ŠCARCOVÁ, I.: *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. ISBN: 978-80-7320-176-0.

VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN: 80-7315-134-0.

VÍTKOVÁ, M.: *Základy speciální pedagogiky I: Pro studenty přírodovědecké fakulty a informatiky*, skripta v elektronické podobě Brno: MU, 2002.

Další prameny

HORSKÁ, B. Syndrom vyhoření: Kurz pro pracovníky sociálních služeb. Praha, 2009.

SATINSKÁ, E., a kol.,: *Analýza systému organizačního, obsahového a personálního rámce činnosti Speciálně pedagogických center v ČR*. Olomouc, 2011.

Vyhláška 72/2005 Sb. Novelizována na Vyhlášku 116/2011 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Zákon č 561/2004 Sb., o předškolním, základním a vyšším odborném a jiném vzdělání.

Internetové odkazy

HUBERTO VÁ, L. *Co nabízí raná péče rodičům dětí s postižením?* [online]. 2006 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://rodina-deti.doktorka.cz/co-nabiz-rana-pece-rodicum-deti-s-postizenim/>

MUSÍLEK, R. *Ergoterapie* [online]. 2010 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://www.jus.cz/koutyjedle2>

VOLŠICKÁ, J. *CANISTERAPIE* [online]. 2012 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.staffbullclub.cz/pages/vycvik/sekce_canisterapie.htm

Analýza prostorových aspektů služeb SPC [online]. [cit. 2013-02-14] Dostupné z: http://spc-info.upol.cz/profil/?page_id=816

Canisterapie v obraze [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://www.mkuh.cz/index.php?id=show&fid=1997&pid=15873>

Nuance [online]. 2013 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nuance>

Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://www.alfabet.cz/index.php/pece-o-pecujici/pracovnici-v-pomahajicich-profesich/71-syndrom-vyhoreni-v-pomahajicich-profesich>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník.....	I
Příloha B – Případové studie	II
Příloha C – Fotografie	III

Příloha A

Dotazník

Vážení a milí rodiče, jmenuji se Ladislava Slancová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia v oboru Speciální pedagogika na Univerzitě J. A. Komenského s.r.o., Praha. Ráda bych Vás touto cestou chtěla poprosit o vyplnění předloženého dotazníku, čímž mi pomůžete při zpracování výzkumu na téma:

„Speciálně pedagogické poradenství pro jedince s tělesným postižením“.

Veškeré údaje jsou zcela anonymní, a získané informace budou výhradně použity pouze pro účely výzkumu. Zjištěné výsledky budou k dispozici pracovníkům SPC a mohou pomoci při zkvalitnění jejich služeb.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Pohlaví vašeho dítěte?

- Dívka
- Chlapec

2. Věk Vašeho dítěte?

- 6 let – 10 let
- 10 let -15 let
- 15 let a víc

3. V jakém typu škol je Vaše dítě vzděláváno?

- Běžná základní škola
- Základní škola praktická
- Speciální základní škola pro děti s postižením

4. Místo bydliště?

- Město
- Vesnice

5. Byli jste po sdělení diagnózy u Vašeho dítěte informováni o možnosti využití pomoci, kterou SPC nabízí?

6. Od koho nebo kde jste se dozvěděli o speciálně pedagogickém centru?

- Pediatr
- Jiný ošetřující lékař
- Pedagogicko – psychologická poradna
- Středisko rané péče
- Mateřská škola
- Ve škole, kterou dítě navštěvuje
- Internet
- Jiný rodič se zkušeností se SPC

7. Je pro Vás speciálně pedagogické centrum dobře dostupné?

- Ano
- Ne

8. Docházeli jste se svým dítětem i do jiného poradenského zařízení?

- Ano
- Ne

9. Jaké služby speciálně pedagogického centra nejčastěji využíváte?

- Poradenství ohledně vzdělávání dítěte
- Sociálně právní poradenství (sociální dávky, příspěvky)
- Konzultace
- Zapůjčování literatury
- Zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- Pomoc při volbě dalšího směřování vašeho dítěte po ukončení povinné školní docházky

10. Je pro Vás a Vaše dítě nabídka služeb dostačující?

- Ano
- Ne

11. Jsou nějaké služby, které Vám v nabídce SPC chybí?

I

Příloha B

I. Vojta (10)

Rodinná anamnéza

Matka: SOU, momentálně v domácnosti

Otec: středoškolské vzdělání, zaměstnán

Sourozenci: sestra, 21 let, zdravá

sestra, 20 let, zdravá

sestra, 17 let, zdravá

Osobní anamnéza

Vojta pochází z rodiny, která je úplná. Narodil se v 7. měsíci, je z dvojčat (úmrtí jednoho plodu). Vojtova diagnóza spastická kvadruparéza s převahou na pravé straně, po narození v nemocnici strávil 2,5 měsíce. Je zcela závislý na matce. Alergií netrpí, léky neužívá. Je v péči neurologa, pediatra a SPC.

Školní anamnéza

Navštěvuje běžnou základní školu, která je mimo Prahu a je zde integrován a vzděláván dle školního vzdělávacího plánu základní školy praktické, má svůj IVP, k dispozici má i asistentku pedagoga. Vydrží se soustředit 5 vyučovacíh hodin, které jsou mezitím proloženy relaxací, na začátku 4. ročníku rodiče chtějí začít navštěvovat základní školu pro děti s tělesným a kombinovaným postižením. Společně s využíváním sociálních služeb Domova pro osoby s tělesným postižením. Snaha o zařazení hlavně z důvodu navázání nových kontaktů a možnosti využívání rehabilitace. Verbální složka na dolní hranici lehké mentální retardace.

Závěr

Vzdělávání v běžné ZŠ nejisté, hrozí psychické přetížení.

II. Anna (8)

Rodinná anamnéza

Matka: středoškolské vzdělání, OSVČ

Otec: vyučen, zaměstnán

Sourozenci: bratr, 13 let, zdrav

Osobní anamnéza

Porod v termínu sekci pro akutní hypoxii plodu, resuscitace. Anna navštěvuje běžnou ZŠ, ve třídě je jediná na vozíku, pro velké množství učiva problémy se stíháním. Využívání pomoci osobního asistenta. Kognitivní schopnosti jsou nerovnoměrně rozloženy. Na velmi dobrou úroveň jsou rozvinuty verbální schopnosti a abstraktně – logický úsudek. V péči neurologa, SPC, neurologie a logopedie.

Školní anamnéza

Navštěvuje běžnou základní školu, ve třídě je jediná na vozíku a pro velké množství učiva přestává stíhat tempo ostatních spolužáků. Rodiče mají proto zájem o změnu typu školy a navštěvování denního stacionáře. Omezen je rozvoj jemné motoriky a grafomotoriky, pomalejší psychomotorické tempo. Na uvedené má negativní vliv základní diagnóza.

Závěr

Přestoupení na základní školu pro žáky s tělesným postižením bude vyhovovat jejím potřebám. Pomoc při přípravě školních pomůcek, při jídle např. krájení.

III. Lucie (6)

Rodinná anamnéza

Matka: středoškolské vzdělání, OSVČ

Otec: vyučen, zaměstnán

Sourozenci: bratr, 13 let, zdrav

Osobní anamnéza

Lucie narozena jako druhé dítě svých rodičů, porod ve 37. týdnu. Vyšetřena odborníky kmenového SPC, diagnóza DMO dyskinetická forma s epilepsií. Ke svému pohybu využívá kočárku je schopna také lézt, postavit se a ujit 2-3 kroky. Nenavštěvovala žádné předškolní zařízení. Intelektové schopnosti se příznivě rozvíjejí, grafomotorické schopnosti doposud systematicky nerozvíjeny. Sociální a emoční stránka je na dobré úrovni, při plnění úkolů aktivně spolupracuje, má zájem a snaha o dokončení úkolů je zřejmá. Je v péči ortopeda, urologa a endokrinologa.

Školní anamnéza

Školní docházka bude zahájena v září 2013. Vzdělávání bude probíhat na základní škole pro děti s tělesným postižením.

Závěr

Pomoc hlavně v době přesunů mezi venkovním a vnitřním prostorem, při osobní hygieně a přesunu z kočárku na židli.

IV. Alexandr (7)

Rodinná anamnéza

Matka: vysokoškolské vzdělání, asistentka ředitele

Otec: středoškolské odborné vzdělání, truhlář

Sourozenci: sestra, 15 let, zdráva

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil s DMO – diparetická forma, narozen do úplné rodiny, sociální prostředí dobré jedná se o druhé bezproblémové těhotenství, porod však předčasný (7. měsíc), velká míra novorozenecké žloutenky. Při navazování kontaktů žádné velké obtíže. V péči pediatra, ortopeda, SPC a neurologa.

Školní anamnéza

Zahájena s odkladem jednoho roku, integrován do běžné základní školy v místě bydliště, jemná motorika neobratná. Při plnění úkolů potřebuje delší časový úsek, plnění úkolů na dobré úrovni, potřeba důkladněji vysvětlit instrukce. Převaha levostranné orientace, jemná a hrubá motorika neobratná. Dochází na logopedii, kde je již nyní vidět pokrok. O přeložení na jiný typ školy rodiče neuvažují.

Závěr

Sebeobsluha a zapojení se do kolektivu bez větších problémů.

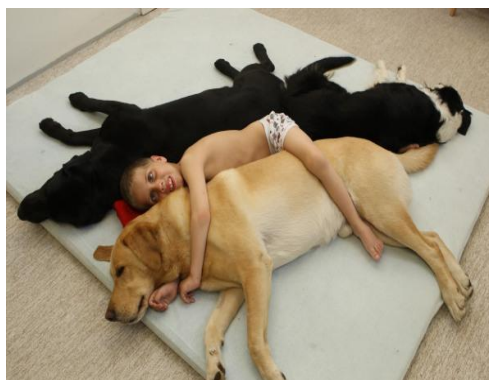
Příloha C

Obr. 1: Dívka na canisterapii



VOLŠICKÁ, J. *CANISTERAPIE* [online]. 2012 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.staffbullclub.cz/pages/vycvik/sekce_canisterapie.htm

Obr. 2: Chlapec během canisterapie



Canisterapie v obraze [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://www.mkuh.cz/index.php?id=show&fid=1997&pid=15873>

Obr. 3: Chlapec při procvičování jemné motoriky během ergoterapie



Zdroj: MUSÍLEK, R. *Ergoterapie* [online]. 2010 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z :< <http://www.jus.cz/koutyjedle2>>

Obr. 4: Chlapec na ergoterapii při nácviu ovládnání počítače



Zdroj: MUSÍLEK, R. *Ergoterapie* [online]. 2010 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <<http://www.jus.cz/koutyjedle2>>

III

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Ladislava Slancová

Obor: Speciální pedagogika - oborová

Forma studia: Prezenční

Název práce: Speciálně pedagogické poradenství pro jedince s tělesným postižením

Rok: 2013

Počet stran: 89

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 24

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: PaedDr. Viola Rašínová