

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením

Bakalářská práce

Autor: Romana Schejbalová
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Sociálně výchovná péče o smyslově postižené
Vedoucí práce: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Romana Schejbalová
Studium: P111769
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Sociálně výchovná péče o smyslově postižené
Název bakalářské práce: **Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením**

Název bakalářské práce v AJ: Social rehabilitation of persons with multiple disabilities

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá sociální rehabilitací u osob s kombinovaným postižením. Cílem práce je postihnout podmínky a proces stimulace a sociální rehabilitace dospělých osob s kombinovaným postižením, která následuje po dlouhodobě zanedbané péči. V teoretické části bude pojednáno o tématu kombinovaného postižení, sociální rehabilitace v dospělém věku a o důsledcích zanedbané péče. Praktická část se prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření zaměří na zjištění konkrétních podmínek a prostředků sociální rehabilitace u 2 dospělých osob s kombinovaným postižením a dlouhodobě zanedbávanou péčí. Ve výzkumu budou využity metody: studium literatury a odborných zdrojů, pozorování, kasuistická studie

LUDÍKOVÁ, Libuše. Kombinované vady. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 140 s. ISBN 80-244-1154-7. VANČOVÁ, Alica. Pedagogika viacnásobne postihnutých. Bratislava: KKT, o.z. a Pedagogická fakulta UK, 2010, 172 s. ISBN 978-80-970228-1-5. VÍTKOVÁ, Marie, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Jaroslav ŘEHŮŘEK a Ingrid MADLENER. Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 1999, 94 s. ISBN 80-859-3175-3.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Oponent: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5. 2. 2015

Datum odevzdání závěrečné práce:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Anotace

SCHEJBALOVÁ, Romana. *Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 175 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá sociální rehabilitací u osob s kombinovaným postižením. Cílem práce je postihnout podmínky a proces stimulace a sociální rehabilitace dospělých osob s kombinovaným postižením, která následuje po dlouhodobě zanedbané péči. V teoretické části bude pojednáno o tématu kombinovaného postižení, sociální rehabilitace v dospělém věku a o důsledcích zanedbané péče. Praktická část se prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření zaměří na zjištění konkrétních podmínek a prostředků sociální rehabilitace u 2 dospělých osob s kombinovaným postižením a dlouhodobě zanedbávanou péčí. Ve výzkumu budou využity metody: studium literatury a odborných zdrojů, pozorování, kasuistická studie.

Klíčová slova: osoba s kombinovaným postižením, sociální rehabilitace, zanedbávaná péče, specifické podpůrné prostředky, zrakové postižení, mentální postižení, edukace, ucelená rehabilitace.

Annotation

SCHEJBALOVÁ, Romana. *Social rehabilitation of persons with multiple disabilities*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015, 175 p. Bachelor thesis.

The thesis focuses on social rehabilitation of persons with multiple disabilities. Its aim is to describe the conditions and the process of stimulation and social rehabilitation of adults with multiple disabilities after a long-neglected treatment. The theoretical part discusses the topic of multiple handicaps, social rehabilitation in adulthood and the consequences of insufficient care. Through qualitative research, the practical part aims to find specific conditions and means of social rehabilitation for 2 adults with combined disabilities after a long-neglected treatment. The following methods were used in the research: study of bibliography and specialised sources, observation, a case study.

Keywords: person with combined disabilities, social rehabilitation, neglected treatment, specific supportive means, visual impairment, mental retardation, education, integrated rehabilitation.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013 (Řád pro nakládání se školskými a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum:..... Podpis studenta:.....

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Kamile Růžičková, PhD. za cenné rady, připomínky a odborné vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovnícím z TyfloCentra Pardubice a pracovníci z domova pro osoby se zdravotním postižením za jejich rady, podporu, čas a vstřícnost.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ	12
1.1. VYMEZENÍ, KATEGORIE A ETIOLOGIE KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ.....	12
1.2. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ.....	16
1.3. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM PODLE ČTYŘSTUPŇOVÉ KLASIFIKACE.....	20
1.4. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	22
1.5. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA OSOB DLE JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	24
1.6. CHARAKTERISTIKA OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V KOMBINACI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	27
2. PODPORA, EDUKACE A UCELENÁ REHABILITACE OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	35
2.1. LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY VZTAHUJÍCÍ SE K PODPOŘE OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	36
2.1.1. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.....	36
2.1.2. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.....	40
2.1.3. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.....	42
2.2. RODINNÁ PÉČE A POMOC ODBORNÍKŮ.....	48
2.3. SPECIFICKÉ PODPŮRNÉ PROSTŘEDKY U OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	51
2.4. EDUKACE OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	55
2.5. UCELENÁ REHABILITACE U OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	60
3. ZANEDBANÁ PÉČE A MOŽNOSTI ŘEŠENÍ	65
3.1. LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ.....	66
3.2. CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY U OSOB PO ZANEDBANÉ PÉČI.....	71
3.3. MOŽNOSTI ŘEŠENÍ ZANEDBANÉ PÉČE.....	77
4. SOCIÁLNÍ REHABILITACE U OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	81
4.1. SOCIÁLNÍ REHABILITACE U OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	82
4.2. SOCIÁLNÍ REHABILITACE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	89
4.3. SOCIÁLNÍ REHABILITACE U OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	93
PRAKTICKÁ ČÁST	102
5. VYMEZENÍ CÍLŮ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	102
6. METODIKA VÝZKUMU	103
6.1. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA VÝBĚROVÉHO SOUBORU.....	103
6.2. CHARAKTERISTIKA MÍSTA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	103
6.3. PLÁN REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	104
6.4. POUŽITÉ METODY VE VÝZKUMU.....	106

7. INTERPRETACE A VYHODNOCENÍ DAT	108
7.1. PODMÍNKY SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	108
7.2. KASUISTICKÉ STUDIE	109
7.3. VÝSLEDKY A DISKUZE	131
ZÁVĚR	139
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	141
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	156
SEZNAM TABULEK.....	157
SEZNAM A PŮVOD OBRÁZKŮ	157
PŘÍLOHY	159

ÚVOD

V současné době neustále přibývají osoby s kombinovaným postižením. Tito jedinci potřebují soustavnou péči, kterou se jim snaží poskytnout různí odborníci tvořící multidisciplinární tým, ve kterém by neměli chybět ani rodiče jedince s kombinovaným postižením. Fungující rodina představuje pro dítě uspokojení základních fyzických a psychických potřeb podstatných pro jeho správný vývoj. Při nesprávném fungování rodiny a narušení jistoty, lásky a bezpečí se právě ona stává příčinou vzniku různých problémů ve vývoji dítěte. Pokud rodiče své dítě nějakým způsobem zanedbávají a nechtějí se ve své péči o dítě zlepšit, tak zůstává na odbornících, aby zajistili náležitou péči a ucelenou rehabilitaci.

Téma bakalářské práce „Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením“ si autorka vybrala z důvodu jedinečného případu, kdy se stala dobrovolníkem TyfloCentra Pardubice, o.p.s. a měla možnost rozvíjet schopnosti a dovednosti u dvou dospělých žen s kombinovaným postižením a dlouhodobě zanedbávanou péčí v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Právě sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením probíhá celý život a napomáhá k rozvoji dovedností, které vedou k větší samostatnosti, soběstačnosti, seberealizace a zapojení se do společnosti. Během své činnosti v domově pro osoby se zdravotním postižením mohla autorka poznat, jak je práce s těmito lidmi rozmanitá, náročná a plná překážek, ale také obohacující a přinášející nové praktické zkušenosti do života.

Cílem bakalářské práce je zjistit konkrétní podmínky a prostředky sociální rehabilitace, které mají ke svému rozvoji osoby s kombinovaným postižením po dlouhodobě zanedbané péči.

Práce je rozdělena do dvou částí. První čtyři kapitoly tvoří teoretickou část práce a pátá až sedmá kapitola je zaměřena na výzkumné šetření, jeho cíl a úkoly, metody, interpretace a vyhodnocení výsledků.

První kapitola se věnuje vymezením pojmu, kategorizaci a etiologii kombinovaného postižení. Dále se zabývá základní charakteristikou zrakového a mentálního postižení, v čemž spočívají obtíže zmíněných postižení, a které připravily podklad na charakteristiku osob se zrakovým postižením v kombinaci s mentálním postižením.

Druhá kapitola se zaměřuje na legislativní dokumenty vztahující se k podpoře osob s kombinovaným postižením prostřednictvím ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí. Poté se věnuje rodinné péči a pomáhajícím odborníkům, několika specifickým podpůrným prostředkům, které pomáhají u jedinců s kombinovaným postižením získávat poznatky o okolním světě a o sobě samém. Mimo jiné je zde charakterizována edukace u osob s kombinovaným postižením od dětství do dospělosti. Závěr kapitoly se zabývá z obecného hlediska o jednotlivých složkách ucelené rehabilitace a různých zmínkách o osobách s kombinovaným postižením v těchto oblastech.

Třetí kapitola pojednává o současné legislativě zaměřené na problematiku zanedbávané péče a tresty za její vykonání. Dále se zabývá charakteristickými projevy u osob po zanedbané péči a důsledky tělesného, výchovného a vzdělávacího i emocionálního zanedbání. Na závěr jsou uvedeny možnosti řešení zanedbané péče.

Poslední teoretická kapitola představuje sociální rehabilitaci z pohledu zrakového, mentálního a kombinovaného postižení. Na úplný závěr teoretické části práce je napsaná problematika sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením a dlouhodobě zanedbávanou péčí.

Cílem praktické části práce bylo zjistit přínosné podmínky a prostředky sociální rehabilitace, které pomáhají v rozvoji schopností a dovedností u dvou pozorovaných žen s kombinovaným postižením a dlouhodobou zanedbanou péčí. Vzhledem k tématu bakalářské práce a hlavnímu cíli bylo použito kvalitativní výzkumné šetření s následujícími metodami – pozorování, polostrukturované rozhovory a kasuistické studie.

Bakalářská práce přináší zajímavé a nové poznatky o sociální rehabilitaci u osob s kombinovaným postižením. I přesto, že k tématu sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením mnoho literatury není, je potřeba se touto problematikou zabývat a snažit se popsat, co těmto lidem pomáhá v jejich rozvoji a upevnování dovedností potřebných pro smysluplný život.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Kombinované postižení

V dnešní speciální pedagogice má své samostatné místo oblast, která se zabývá problematikou edukace osob s kombinovaným postižením. (Ludíková, L., 2006 a, s. 303) Na Slovensku se vymezil samostatný předmět – pedagogika vícenásobně postižených, který je jednou z nejmladších součástí speciální pedagogiky. Tato oblast speciální pedagogiky nebyla téměř vůbec rozpracovaná, chyběly údaje z výzkumů i odborná literatura zaměřená na tuto problematiku. (Vančová, A., 2010, s. 10)

Donedávna se jedinci s kombinovaným postižením považovali za tzv. „nevzdělatelné a nevychovatelné“ (což jsou pojmy, které se dnes už nepoužívají) a přesto jim speciální pedagogika nevěnovala pozornost. Převládal názor, že těmto jedincům postačí základní zdravotnická ošetrovatelská péče. Dnes se tento názor pokládá za překonaný, neboli nesprávný. I jedinci s kombinovaným postižením jsou schopni dosahovat pozitivní vývojové změny a jsou přístupní aktivitám, které vedou k rozvíjení jejich osobnosti. Samozřejmě jsou vývojové změny velmi pomalé a proces rozvíjení osobnosti je tak výrazně narušený. (Vančová, A., 2010, s. 10)

Dnes „jedinci s vícenásobným postižením představují nezanedbatelnou část populace. Jejich výskyt má zvyšující se tendenci. Vyznačují se mimořádnou heterogenností a variabilitou příznaků, projevů a z nich vyplývajících speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb.“ (Ludíková, L., 2006 a, s. 303)

Tato kapitola se bude věnovat vymezením kombinovaného postižení, základní charakteristice zrakového i mentálního postižení a v neposlední řadě charakteristice osob se zrakovým postižením v kombinaci s postižením mentálním.

1.1. Vymezení, kategorie a etiologie kombinovaného postižení

Pro pochopení problematiky kombinovaného postižení je zapotřebí vymezit různé termíny označení tohoto postižení. Popsat, jak těžké je zařadit osoby s kombinovaným postižením do určité kategorie a nesmí se vynechat různorodost a neznámost příčin vzniku tohoto postižení.

„Pro pojmenování stavu, kdy se u jedné osoby vyskytuje kombinace jakýchkoli dvou nebo více typů postižení, se v současné době používá v české i zahraniční odborné

literatuře několik podobných pojmů a termínů.“ (Langer, J., 2006, s. 69) V České republice se nejčastěji používá označení *vícenásobné postižení, kombinované vady a kombinované postižení*. Na Slovensku jsou používány pojmy *viacnásobné postihnutí a viaceré chyby*. V německé literatuře se objevuje termín *die Schwerstmehrfachbehinderung* (těžké vícenásobné postižení), v anglické literatuře jsou to nejčastěji označení *multiple handicap* (vícenásobně postižený) a *severe/multiple disabilities* (těžké/vícenásobné postižení). (Langer, J., 2006, s. 69-70)

V odborné literatuře se používají další termíny jako je těžké postižení, sdružené defekty, multihandicap. Tyto pojmy jsou většinou brány jako synonyma.

Sovák (1986, s. 22-23) chápe pod pojmem kombinované vady sdružování několika postižení u jednoho jedince, které se navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění. Říká, že neexistuje izolovaná vada, že každá vada se s něčím kombinuje nebo komplikuje, a že i tzv. izolovaná vada přinejmenším ovlivní psychiku jedince. Kombinované vady vnímá jako složitý celek různě podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací. Podle Defektologického slovníku (2000, s. 158) jde o kombinované vady, když je jedinec postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu.

Vašek (2003 b, s. 37) uvádí definici: *„Viacnásobné postihnutie možno operacionálne vymedziť ako multifaktoriálne, multikauzálne a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dôsledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájemným prekrývaním vzniká tzv. „synergetický efekt“, tj. nová kvalita postihnutia odlišná od jednoduchého súčtu prítomných postihnutí a narušení.“*

Vítková (2006, s. 193) uvádí pro stejný okruh postižení obecný pojem těžké postižení. Definuje ho jako komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Zdůrazňuje, že není možné přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua.

Dle Vaška (1999, s. 20-21) je speciálně pedagogická intervence zaměřená na osobnost vícenásobně postiženého směrem k posilování jeho sebedůvěry, rozvíjení tvořivosti (kreativity), zájmů (motivaci), pozitivních hodnotových orientací

(axiologizaci), citů a emocí (emocionalizaci), myšlení a řešení problémů (kognitivizaci), mezilidských vztahů (socializaci) mají nesporně velký význam.

Podobné problémy nastávají při vymezování jednotlivých **kategorií**. Protože osoby s kombinovanými vadami tvoří heterogenní skupinu a existuje celá řada kritérií, podle kterých je možné je dělit. V případě osob s kombinovaným postižením je klasifikace dle stupně postižení, na lehce a těžce vícenásobně postižené, velmi problematická a nedostatečně objektivní. Neboť, kde existuje hranice, co je lehký a co již těžký stupeň? (Ludíková, L., 2005, 2006 a)

Na obtížnost zařazení jednotlivých případů do zvolených kategorií upozorňuje i Vančová (2010, s. 33): *„Kvůli velmi různorodým a proměnlivým symptomům, které můžeme identifikovat u každého vícenásobně postiženého jedince, bude poměrně hodně takových, kterých bude obtížně přesně a bez výhrad zařadit do jedné z kategorií, protože některé projevy, výkony a potřeby by indikovaly zařazení do jedné, ale jiné do druhé kategorie. V případě vzájemného kombinování různých postižení, narušení a poruch, vykazované symptomy takovýchto kombinací nejsou jen součtem projevů jednotlivých postižení, ale v rámci daných kombinací se „znásobují“, jsou ve vzájemné součinnosti, přičemž charakteristika se věkem, vývojem, ale i speciálními intervencemi medicínskými, léčebně rehabilitačními, psychologickými a psychoterapeutickými, speciálně pedagogickými, léčebně pedagogickými, ale i díky ostatním mechanismům komplexní rehabilitační péče, mění.“*

S obecnější a širší kategorizací přichází ve svých publikacích Vašek (2003 b, s. 190), který zařazuje osoby s kombinovanými vadami do tří symptomatologicky příbuzných skupin:

1. mentální postižení v kombinaci s dalším(i) postižením(i), představuje nejpočetnější skupinu vícenásobně postižených;
2. duální smyslové postižení – hluchoslepota, představuje nejtěžší formu vícenásobného postižení;
3. poruchy chování v kombinaci s dalším(i) postižením(i) či narušením(i).

„Začlenění osoby s kombinovaným postižením do příslušné kategorie je důležité zejména z důvodu volby optimálního a případně praxí ověřeného způsobu edukační, psychologické a rehabilitační péče. Konkrétní způsob práce ovšem musí být s ohledem na výše zmíněnou rozmanitost kombinovaného postižení přísně individuální a musí

respektovat specifičnost dané kombinace postižení i ostatních faktorů.“ (Langer, J., 2006, s. 70)

Ludíková (2005, s. 11) uvádí, že v současnosti a pravděpodobně i do budoucna se kategorizace osob s kombinovanými vadami bude odklánět od druhu a míry postižení a jejich zakomponování do terminologie bude spíše směrem k popisnému charakteru integračních projevů jedince a jejich specifik.

Etiologické faktory vícenásobně postižených jsou velmi různorodé. Častokrát dochází ke kombinování příčin nebo je etiologie nejasná, resp. není známý mechanismus vzniku poruchy i při známé etiologii. Příčiny mohou způsobit více nebo méně závažné kombinace různých projevů, příznaků poruch, narušení či deficitů (nedostatků). (Vančová, A., 2010, s. 17)

Obecně se příčiny postižení zpravidla člení dle doby působení a následného vzniku postižení na (Langer, J., 2006; Ludíková, L., 2005):

- prenatální (v době před porodem) – infekce virem a bakteriemi, působení záření a toxických látek, úrazy matky, nedostatek kyslíku, atd.;
- perinatální (během porodu, případně krátce před ním nebo po něm) – předčasný i dlouhotrvající porod, hypoxie (nedostatek kyslíku) plodu, atd.;
- postnatální (kdykoli během dalšího života) – infekce novorozeněte, traumata lebky a mozku, infekční choroby, stavy po utonutí, úrazy, atd.

Ludíková (2005, s. 11) poukazuje, že příčiny vzniku kombinovaného postižení je možné hledat ve všech obdobích života, přičemž nejtěžší a nejzávažnější postižení vznikají obvykle v prenatálním stádiu vývoje.

Na vzniku kombinovaného postižení se mohou podílet nejrůznější vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní) příčiny. Mezi endogenní příčiny se řadí zejména vlivy dědičné a genetické, mezi exogenní pak různé anorganické (vliv záření), biologické (úraz) a psychosociální důvody (sociální deprivace). (Langer, J., 2006, s. 71)

Nejčastějšími příčinami jsou různé dědičné a genetické vlivy (chromozomální mutace), infekce, mechanická poškození, intoxikace, závažné psychické deprivace, poškození mozku a centrální nervové soustavy (CNS), DMO (dětská mozková obrna), vývojové poruchy a syndromy (např. Downův syndrom, Usherův syndrom, syndrom CHARGE, Fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom). (Langer, J., 2006; Ludíková, L., 2006 a)

Na kombinované postižení se musí nahlížet, jako na komplexní postižení. U jedince s kombinovaným postižením nelze používat v praxi přesně danou teorii pro kategorii, do které spadá. Protože způsob péče o tyto jedince je velmi individuální a musí se respektovat specifikace daného kombinovaného postižení a dalších faktorů (např. dosavadní péče, edukace, osobnost jedince s kombinovaným postižením, atd.).

1.2. Základní charakteristika zrakového postižení

Tato kapitola je zaměřena na zrakové postižení, různé možnosti jeho klasifikace a nejčastější diagnózy zrakových vad.

Zrakem se získává podle různých autorů 70-90 % informací. *„Je tedy nejcennějším lidským smyslovým orgánem. Ztráta zraku přivodí informační deficit, který je zrakově postižený člověk nucen nahradit – kompenzovat sluchem, hmatem a čichem a neúměrně větší pohybovou aktivitou, představami o vnějším světě a svými dosavadními osobními zkušenostmi, pokud ke ztrátě zraku nedošlo v raném dětství.“* (Moravcová, D., 2004, s. 17)

Podle Ludíkové (2003) *„vidění umožňuje rozlišovat světlo, tmu, barvy, tvary, rozměry, polohu, pohyb, trojrozměrnost a hloubku prostoru. Zrak patří mezi dálkové smysly. Umožňuje tedy vnímání ucelené informace v minimálním časovém intervalu a za působení minimálního úsilí jedince. Jako takový hraje významnou roli při utváření správných představ, rozvoji paměti, pozornosti, myšlení, řeči i oblasti emočně-volní“.*

Zraková vada je ztráta, poškození nebo omezení zrakového orgánu. (Ludíková, L., 2002, s. 49) Květoňová-Švecová (1998) definuje zrakovou vadu jako: *„nedostatek zrakové percepce různé etiologie i rozsahu“.*

Zrakové postižení se používá k označení všech jedinců se zrakovou vadou, kterým, i při nejlepší možné korekci (brýlové, chirurgické,...), působí problémy v běžném životě (Stoklasová, 2005, s. 67). Podle Finkové, Ludíkové a Růžičkové (2007, s. 37-38) zrakové postižení ovlivňuje rozvoj celé osobnosti člověka a zasahuje i jeho psychický vývoj. Tento dopad je určen nejen charakterem, etiologií, závažností vady, ale i věkem, kdy k poškození zraku došlo, a řadou dalších faktorů, jejichž vliv se u každého jedince projevuje různou měrou v rozdílné šíři.

V dnešní době existuje řada měřítek, podle kterých lze osoby se zrakovým postižením klasifikovat do různých skupin. Základní kritéria **klasifikace** jsou podle Růžičkové (2011, s. 21) doba vzniku, příčina, druh a stupeň zachovaného zrakového potenciálu. Podle doby vzniku se zrakové vady dělí na vrozené a získané. Podle délky

trvání se rozlišují krátkodobé (akutní), dlouhodobé (chronické) a opakující se (recidivující) zrakové vady. Z hlediska etiologie se rozděluje porucha na orgánovou a funkční. (Ludíková, L., 2006 b, s. 198) Obecně se za příčiny zrakového postižení považuje vliv genetiky, ale zvláště faktory vnitřního a vnějšího prostředí.

V současné době pro účely posudkového lékařství platí klasifikace vycházející z mezinárodního dělení Světové zdravotnické organizace, která specifikuje jednotlivé kategorie postižení na základě posouzení zrakové ostrosti a omezení zorného pole. Rozděluje se na (Finková, D., Ludíková, L., Růžičková, V., 2007; Růžičková, K., 2011):

1. Střední slabozrakost

- zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) – minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 – 1/10, kategorie 1.

2. Silná slabozrakost

- zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) – minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 – 10/20, kategorie 2.

3. Těžká slabozrakost

- a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) – minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 – 1/50 nebo
- b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů, kategorie 3.

4. Praktická nevidomost

- zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie 4.

5. Úplná nevidomost

- ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie 5.

Další medicínská klasifikace, kterou uplatňuje Světová zdravotnická organizace v rámci desáté decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, rozlišuje zrakové vady podle narušené části zrakového analyzátoru (viz příloha A). (Finková, D., Ludíková, L., Růžičková, V., 2007, s. 39)

S oběma uvedenými klasifikacemi se speciální pedagog setkává v lékařských zprávách a léčebných doporučení. Proto je potřebná jejich dostatečná znalost a může tak bez zbytečných nedorozumění komunikovat s lékaři a dalšími odborníky.

Ve speciální pedagogice jsou potřeba k posouzení další informace, než výše uvedené, které jsou nezbytné pro vývoj, edukaci, rehabilitaci a specifikaci potřeb daného jedince. Je třeba posoudit vlivy biologické, psychické a sociální. Na základě analýzy odborných zdrojů sestavila Růžičková (2011, s. 23-24) přehled kritérií a klasifikačních vymezení, která jsou potřebná pro plánování edukačního a rehabilitačního procesu:

1. Klasifikace dle etiologie: orgánové a funkční.
2. Klasifikace dle doby vzniku postižení: vrozené (kongenitální, prenatální a perinatální) a získané (postnatální, juvenilní, senilní).
3. Klasifikace dle progresu vady: regredující, ustálená nebo progredující.
4. Klasifikace dle typu zrakové vady: ztráta zrakové ostrosti, změny šíře zorného pole, okulomotorické poruchy a poruchy binokulárního vidění, narušené rozlišování barev, snížená citlivost na kontrast, obtíže se zpracováním zrakových informací, aj.
5. Klasifikace dle charakteristických symptomů: akutní, chronické nebo recidivující.
6. Klasifikace dle věku: raný a předškolní věk, školní věk, dospělost a stáří.
7. Klasifikace dle stupně akceptace postižení a dalších psychologických proměnných.
8. Klasifikace dle sociálního zázemí: funkční, dysfunkční nebo chybějící.
9. Klasifikace dle přítomnosti dalšího znevýhodnění: změny vizáže, kombinace s jedním nebo více jedinečnými druhy postižení, jiné diskriminující či znevýhodňující situace trvalého charakteru, které komplikují výchovu, vzdělávání, socializaci, rehabilitaci a integraci.

V odborných publikacích existuje další řada různých klasifikací, které není potřeba zde zmiňovat. Nesmí se zapomenout ještě na jednu klasifikaci ve speciální pedagogice, která rozčleňuje osoby se zrakovým postižením do čtyřstupňové kategorizace na (Finková, D., Ludíková, L., Růžičková, V., 2007, s. 41):

1. osoby nevidomé,
2. osoby se zbytky zraku,

3. osoby slabozraké,
4. osoby s poruchami binokulárního vidění.

Podle uvedené čtyřstupňové klasifikace se následující kapitola věnuje stručné charakteristice osobám nevidomým, se zbytky zraku, slabozrakým a s poruchami binokulárního vidění.

Nejčastější diagnózy zrakových vad

Existuje celá řada různých zrakových vad a onemocnění, které mohou člověka během života postihnout. Cílem kapitoly je představit jen ty nejčastější s jejich důsledky.

Centrální porucha zraku (CVI – Cortical Visual Impairment) není porucha stavby oka, ale porucha funkce mozku a zrakových drah. K poškození mozku může dojít v kterémkoli věku. Poruchy zrakové funkce u CVI jsou velmi různorodé. Například může dojít k různým výpadkům zorného pole, ke ztrátě různých rozpoznávacích funkcí, k poškození vizuomotorických funkcí a orientace na blízko, aj. (Moravcová, D., 2004, s. 63-70)

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) je pomalu se zhoršující onemocnění centrální části sítnice. Vzniká většinou ve stáří po 60. roce a při kornatění tepen. Rozlišují se dva typy VPMD: suchá a vlhká. Důsledkem VPMD je zhoršení vidění při práci na blízko nebo až ztráta zraku v centrální oblasti vidění. Důležitý je nácvik excentrické fixace a zácvek používání speciálních optických pomůcek. Vhodné je nosit brýle se speciálními filtry, které zlepší podmínky v rozlišení detailů v prostoru. (Moravcová, D., 2004, s. 74)

Diabetická retinopatie (DR) vzniká jako důsledek celkového poškození cév u onemocnění cukrovky (diabetes mellitus). V oku se jedná o cévy vyživující sítnici. Rozlišují se tři fáze DR. Postupně se snižuje zraková ostrost a v konečné fázi nastává slepota. Léčba je zaměřená na kompenzaci diabetu. Pokud nepomůže, dochází k operativnímu zákroku, kdy se odstraní patologické změny ve sklivci a sítnici, a sklivce je doplněn náhradní silikonovou tekutinou. (Moravcová, D., 2004, s. 75-76)

Retinopatie nedonošených vzniká u nedonošených a nezralých dětí, které musí být z vitálních důvodů umístěny do inkubátoru s vysokým příívodem kyslíku. Míra postižení je hodnocena pěti stupni – nejlehčí je charakterizován myopií a u nejtěžšího je úplná nevidomost. Vlivem nedokonalé metabolické regulace může vzniknout zákal očních čoček, který také zhoršuje vidění. Zraková ostrost bývá postižena v různém

rozsahu, obyčejně oboustranně (Halley, 1983; Nelson, 1985). U těchto dětí se často objevují i jiné potíže, především neurologické, a je tedy zvýšená pravděpodobnost vzniku kombinovaných postižení (spojení s mentálním postižením nebo DMO). (Vágnerová, M., 1995, s. 35)

Glaukom, česky zelený zákal, způsobuje výpadky zorného pole a zhoršení zrakové ostrosti poškozením zrakového nervu vlivem zvýšeného nitroočního tlaku. Často se vyskytuje u dospělých nad 40. let, ale může být i vrozený. Když se neléčí, tak člověk oslepne. Léčba je nejčastěji pomocí kapek, pokud nepomohou, je zapotřebí operace. (Moravcová, D., 2004, s. 77-78)

Katarakta neboli šedý zákal, je zákal oční čočky, která ztrácí průhlednost, a tím se snižuje zraková ostrost. Katarakta může být vrozená i získaná. Tato vada je léčitelná operativním zákrokem. Odstraní se zakalená čočka, která je nahrazena čočkou umělou (např. silikonovou). Příznaky onemocnění mohou být různé: zhoršené vidění do blízka nebo do dálky, zamlžené vidění, potřeba většího osvětlení nebo světloplachost. (Moravcová, D., 2004, s. 80-81)

Zrakové postižení je jako činitel, který ovlivňuje celou osobnost jedince. Proto je potřeba zjistit o daném postižení všechny možné informace, se kterými se dále bude pracovat v rámci edukačního a rehabilitačního procesu. Každá vada má svoje specifické znaky a ty mohou různě ovlivnit vývoj jedince.

1.3. Stručná charakteristika osob se zrakovým postižením podle čtyřstupňové klasifikace

Následující text se zabývá stručnou charakteristikou osob nevidomých, se zbytky zraku, slabozrakých a s poruchami binokulárního vidění.

Osoby nevidomé – do této kategorie patří osoby s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Jedná se o osoby prakticky nevidomé¹, jejichž zraková schopnost neumožňuje funkční využití v praktickém životě, a osoby úplně nevidomé. Nevidomé osoby nemohou z okolního světa získávat reálné informace zrakovou cestou, a proto jsou odkázány na využívání náhradních smyslů. Za hlavní speciálně-pedagogickou metodu je považována kompenzace. Nevidomí pracují současně s nižšími kompenzačními činiteli (sluch, hmat, čich a chuť) i s vyššími kompenzačními činiteli

¹ K osobám prakticky nevidomým patří ti, kteří mají zachovaný světlocit, případně zachovaný světlocit s chybnou světelnou projekcí. (Růžičková, K., 2011, s. 18)

(např. pozornost, paměť, myšlení, řeč, představivost). Nemohou pracovat s černotiskem, proto se učí číst a psát šestibodové Braillovo písmo², případně využívají počítač k usnadnění práce³. Jejich zrakové postižení výrazně ovlivňuje možnosti prostorové orientace a samostatného pohybu, sebeobslužné dovednosti, oblasti pracovního uplatnění aj. (Ludíková, L., 2002, 2006 b; Růžičková, K., 2011)

Osoby se zbytky zraku – jejich zraková vada se pohybuje na rozmezí praktické slepoty a těžké slabozrakosti. Důsledkem tohoto postižení jsou snížené, omezené nebo deformované zrakové schopnosti, což vede k narušení představ, snížení grafických schopností a omezení pracovních možností. Tyto osoby adekvátně využívají a rozvíjejí zrakové schopnosti a musí plně dodržovat zásady zrakové hygieny ještě přísněji, než osoby slabozraké. Učí se číst pomocí optických pomůcek zvětšený černotisk, ale současně, vzhledem k omezeným zrakovým možnostem, se učí i Braillovo písmo. K tomu je potřeba adekvátně rozvíjet zrakové schopnosti i hmatové vnímání. (Finková, D., Ludíková, L., Růžičková, V., 2007; Ludíková, L., 2006 b)

Osoby slabozraké – obecně je slabozrakost považována za orgánové postižení obou očí, které i při optimální brýlové korekci činí jedinci problémy v běžném životě. Pro potřeby edukace a diferenciaci podle stupně postižení se slabozraké osoby dělí do tří základních skupin – lehce, středně a těžce slabozraké. Mimo snížení zrakové ostrosti se objevují problémy s narušením zorného pole (např. zúžení zorného pole až po tubicovitě vidění, výpadky nebo skotomy v zorném poli, aj.). Slabozrakost se nepříznivě projevuje v rozvoji vnímání, snížení, omezení nebo deformací zrakových schopností. Tím dochází k vytváření nepřesných, neúplných nebo zkreslených představ. V důsledku slabozrakosti je obvykle poznamenána schopnost podání grafického a pracovního výkonu, oblast prostorové orientace – jsou méně jistí a pomalejší. Většina slabozrakých má sníženou koncentraci, slabou pozornost, rychlou unavitelnost, pomalejší pracovní tempo a vyšší sugestibilitu. Snaží se maximálně využívat oslabený zrak, ale za přísného dodržování zrakové hygieny, kam patří: větší intenzita osvětlení (centrální osvětlení i doplňkové přisvícení), použití optických pomůcek (lupy, dalekohledové systémy, filtry,...), zajištění pravidelného střídání zrakové práce

² **Braillovo písmo** je reliéfní šestibodové písmo, které se čte hmatem. Body jsou seřazeny do obdélníku o dvou sloupcích a třech řadách. Jednotlivá písmena jsou tvořena kombinací jednoho až pěti bodů, k jeho psaní se nejčastěji používá Pichtův psací stroj. (Ludíková, L., 2006, s. 199, 305)

³ Více informací o používání počítače osobami se zrakovým postižením naleznete v knize např. Prolegomena; Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia, atd.

do blízka a do dálky. Pro optimální zrakové vnímání je důležité správné umístění sledovaného objektu v prostoru, zajištění dostatečné velikosti a barevné kontrastnosti objektu, odstranění přemíry detailů. Je potřeba zrakové nedostatky v určité míře nahradit kompenzačními činiteli. (Finková, D., Ludíková, L., Růžičková, V., 2007; Ludíková, L., 2006 b; Moravcová, D., 2004)

Osoby s poruchami binokulárního vidění – zrakové vnímání je narušeno na základě funkční poruchy. Při poruchách binokulárního vidění se na sítnici obou očí nevytváří dva rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem, a zabezpečily tak stereoskopické (hloubkové, prostorové) vidění. Mezi poruchy binokulárního vidění patří amblyopie (tupozrakost) a strabismus (šilhání). Při těchto poruchách je narušena řada zrakových funkcí – analyticko-syntetická činnost, špatný odhad v rychlosti pohybu, rozmístění a vzdálenosti předmětů v prostoru. Při správné a včasné terapii jsou odstranitelné nebo je lze zmírnit. V dospělosti může být osoba bez potíží. Mezi základní terapeutické postupy patří medikamentózní léčby, chirurgický zásah, okluze, pleoptická a ortoptická léčba. (Ludíková, L., 2002, 2006 b)

Zařazení jedince do správné kategorie umožní pracovat s ním podle jeho specifických potřeb v oblastech, které jsou v důsledku zrakové vady narušeny. Jedná se např. o prostorovou orientaci a samostatný pohyb, o samostatnost a soběstačnost v sebeobsluze, o nezávislost v získávání a pracování s informacemi, při hledání zaměstnání atd. Pokud je zjištěno u osob se zrakovým postižením i postižení mentální, je vývoj jedince výrazně opožděn. Další kapitola bude zaměřena čistě jen na vysvětlení mentálního postižení.

1.4. Základní charakteristika mentálního postižení

Tato část se věnuje vymezení mentálního postižení, mentální retardace, pseudooligofrenie a klasifikace mentální retardace.

Termíny mentální retardace a mentální postižení se v současné české psychopedii používají jako synonyma (Černá, M., 2008).

Vašek (1994 a) definuje **mentální postižení** jako střešní pojem užívaný v pedagogické dokumentaci, do kterého se zařazují všechny osoby s IQ nižším než 85. Z uvedeného vyplývá, že mentální postižení má širší rozsah než mentální retardace, kam patří osoby s IQ pod 70 (Vašek, 1994 b).

Mentální retardace (MR) v překladu znamená opoždění rozumového vývoje a je v současnosti vymezována různými definicemi. Ve většině definic se uvádí výrazné snížení intelektové schopnosti s deficitem sociální přizpůsobivosti. (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007, s. 13)

Vágnerová (2008, s. 289) označuje mentální retardaci jako vrozené postižení rozumových schopností, které se projevují neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, i když byl jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Jako hlavní znaky mentální retardace uvádí nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá dále spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti.

Bazalová (2006) vymezuje mentální retardaci jako stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince.

Mentální retardace může být vrozená nebo časně získaná do 2 let života. (Valenta, M., 2009 b, s. 13) Je trvalá, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentální retardací je dána závažností a příčinou defektu i individuálně specifickou vhodností působení prostředí, tj. výchovných, výukových a terapeutických vlivů. (Vágnerová, M., 2008, s. 289)

Pseudooligofrenie, neboli zdánlivá mentální retardace, je stav snížené inteligence způsobený sociálními faktory (výchovná zanedbanost, nedostatečná stimulace⁴, sociokulturním znevýhodněním jedince, nepodnětností prostředí, psychickou deprivací atd.). V důsledku těchto faktorů nedochází u dítěte k rozvoji rozumových schopností, které odpovídají jeho věku. Projevuje se opožděným vývojem řeči, myšlení a sociální adaptace. Nejedná se o neměnný, trvalý stav. V případě včasného odhalení a zahájení adekvátní péče v podnětném prostředí lze sníženou inteligenci dotyčného jedince vrátit nebo maximálně přiblížit k obecně udávané normě. (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007; Dlouhá, J. et al., 2013; Kozáková, Z., 2005)

⁴ **Stimulace** je multisenzoriální (zapojení co nejvíce smyslů) proces sloužící ke zlepšení kognitivních schopností a motorických dovedností dětí. (Jakobová, A., 2007, s. 42)

Klasifikace mentální retardace se používá i ve speciálně pedagogické praxi. Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, zpracovanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Podle této klasifikace je mentální retardace zapsána v kapitole F – Duševní poruchy, pod čísly F70 – F79.

Orientačně se jednotlivé stupně mentální retardace ohraničují inteligenčním kvocientem (IQ). (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007, s. 14) Z hlediska posouzení IQ jde o kvalitativní vyjádření rozsahu postižení na základě vyšetření stupně intelektu. (Krejčířová, O., 2006, s. 161) Stupeň mentální retardace je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu a rozlišuje se 6 základních kategorií (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007, s. 32):

- F70 lehká mentální retardace – IQ 50-69,
- F71 středně těžká mentální retardace – IQ 35-49,
- F72 těžká mentální retardace – IQ 20-34,
- F73 hluboká mentální retardace – IQ pod 20,
- F78 jiná mentální retardace,
- F79 nespecifikovaná mentální retardace.

Uvedená klasifikace vymezuje mentální retardaci z hlediska hloubky postižení, která je vyjádřena jednotlivými stupni MR v závislosti na míře intelektu. Nepočítá s nerovnoměrnostmi v postižení jednotlivých stránek osobnosti, které je u osob s MR poměrně časté. (Procházková, M., 1998) Z tohoto důvodu by stanovení sníženého intelektu mělo být bráno za orientační diagnostické kritérium a je nutné vzít v úvahu další schopnosti osoby s MR, především sociální přizpůsobivost, kulturní a rodinné zázemí. (Dlouhá, J. et al., 2013, s. 16)

1.5. Stručná charakteristika osob dle jednotlivých stupňů mentální retardace

Nejčastějším kritériem vymezení mentální retardace je inteligenční hledisko podle hloubky postižení intelektu, popřípadě podle klasifikace mentální retardace na základě stupně IQ. V souladu s výše uvedenou klasifikací se bude následující text věnovat charakteristice osob s lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou mentální retardací.

Lehká mentální retardace – diagnóza bývá často stanovena až v předškolním věku nebo po nástupu do školy (problémy ve čtení a psaní, při teoretické znalosti, abstrakci, logickém usuzování, aj.). V dospělosti většina z nich dosáhne schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, přičemž je vývoj oproti normě mnohem pomalejší. Vzdělávají se v běžných školách nebo v základní škole praktické. Lidé s lehkou MR se většinou vyučí v prakticky zaměřených učebních oborech a vykonávají nenáročnou manuální práci, v dospělosti jsou schopni vést samostatný život (příp. s minimální podporou). (Kozáková, Z., 2005; Švarcová, I., 2006)

Středně těžká mentální retardace – specifika vývoje bývají zachycena v kojeneckém nebo až v batolecím období. Rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděn a přetrvává až do dospělosti. Řeč je velmi jednoduchá, obsahově chudá, agramatická. Hovoří v jednoduchých větách, v jednoduchých slovních spojeních nebo přetrvává pouze nonverbální komunikace. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Samostatnost v sebeobsluze je pouze částečná. Zpravidla se vzdělávají v základní škole speciální, kde si osvojují sebeobslužné a pracovní dovednosti i základy trivie (čtení, psaní, počítání). V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život (nutná podpora). (Dlouhá, J. et al., 2013; Kozáková, Z., 2005; Švarcová, I., 2006)

Těžká mentální retardace – snížená úroveň schopností zmíněná v předchozí kategorii je v této skupině mnohem výraznější. Je výrazně narušena motorika, nápadnost v koncentraci pozornosti. Řeč je primitivní, omezená na jednoduchá slova, nebo se nerozvíjí vůbec. Vzdělávají se v základní škole speciální podle osnov pro tyto osoby. Potřebují celoživotní péči jiných lidí. Dlouhodobým tréninkem si může jedinec osvojit základní hygienické návyky a částečně i jiné činnosti sebeobsluhy. Včasnou péčí se významně přispěje k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení jejich života. (Dlouhá, J. et al., 2013; Švarcová, I., 2006; Vágnerová, M., 2008)

Hluboká mentální retardace – téměř u všech neschopnost sebeobsluhy, nutná trvalá péče ve všech základních životních úkonech. Motoricky jsou těžce omezeni, nápadné jsou stereotypní automatické pohyby. Komunikační schopnosti jsou nonverbální beze smyslu, maximálně lze u nich dosáhnout porozumění jednoduchých požadavků. Okolí většinou nepoznávají. Trpí sebepoškozováním a často se nedožívají vyššího věku. Vzdělávají se v základní škole speciální (rehabilitační třídy) nebo plní školní docházku jiným způsobem - doma či v pobytovém zařízení, kam za nimi dochází speciální pedagog. Lze u nich dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a jedinec s postižením se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech. (Dlouhá, J. et al., 2013; Valenta, M. et al., 2009 a; Švarcová, I., 2006, Zvolský, P., 1996)

Jiná mentální retardace – by měla být použita pouze za předpokladu, že stanovení stupně mentální retardace pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné pro přidružená postižení smyslová a tělesná, poruchy chování a autismu. (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007; Švarcová, I., 2006)

Nespecifikovaná mentální retardace – je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařadit jedince do jedné z předchozích kategorií. (Švarcová, I., 2006, s. 36)

Existuje spousta dalších informací o osobách s mentálním postižením, které zde nebyly zmíněny, ale je možné je najít v odkazovaných publikacích. Při nedostatku psychických schopností je postižena celá řada stránek osobnosti, např. motorika, myšlení, paměť, řeč i v psané podobě, pozornost, volní vlastnosti, emoce, sebehodnocení, aj. Proto je potřeba systematické péče o tyto jedince, aby se stávali více samostatní, nezávislí a soběstační. Komplikace při rozvoji osob s mentální retardací nastává, pokud je přidruženo jedno nebo více postižení. Další kapitola charakterizuje osoby se zrakovým postižením v kombinaci s postižením mentálním. Mentální postižení je v celé bakalářské práci míněno jako synonymum mentální retardace.

1.6. Charakteristika osob se zrakovým postižením v kombinaci s mentálním postižením

Tato kapitola je pojmenována podle Vaškovi obecné kategorizace. Není rozdíl v pojmenování osoby se zrakovým postižením v kombinaci s postižením mentálním nebo osoby s mentálním postižením v kombinaci se zrakovým postižením. Pouze se tím zdůrazňuje těžší postižení na prvním místě, nebo na jaké postižení se klade větší ohled. Charakteristika osob s kombinovaným postižením je velmi obtížná, protože každý jedinec je individuální a u každého se popis mění dle typu a hloubky kombinace postižení, ale rovněž etiologií a dobou jeho vzniku.

„Stejně jak neexistují naprosto stejně postižené osoby, neexistuje ani univerzální rada, jejíž respektování by zaručilo jejich příznivý vývoj.“ (Kudelová, I., Květoňová, L., 1996, s. 35)

U osob s kombinovaným postižením je hned od začátku života důležitá vizuální podpora. S její pomocí se mohou jedinci přivést k používání zbytků zrakové schopnosti. Zraková schopnost jedinců se zrakovým a mentálním postižením je naučená funkce a lze ji především tréninkem v senzibilní fázi⁵ vývoje kvalitativně ovlivnit. Všechny funkce, které jsou nutné k promítání jasného obrazu na sítnici a jsou dále posílány do mozku, lze zlepšit intenzivním a cíleným podpurným opatřením u jedinců mentálně postižených se zrakovou vadou. (Madlener, I., 1999, s. 45)

Nedostatky zrakových podnětů nebo dokonce jejich absence se může stát příčinou sensorické deprivace, která značně omezuje rozvoj poznávacího procesu a už tak bývá ovlivněn přítomností mentálního postižení. *„Jak z charakteru zrakového postižení vyplývá, nemohou osoby s touto kombinací postižení získávat informace a podněty z okolí pomocí zraku. Proto je třeba využívat a rozvíjet kompenzační činitele a smysly pomocí kompenzace.“* (Kozáková, Z., 2005, s. 47) Rozvoj těchto kompenzačních činitelů bude do jisté míry ovlivněno mentálním postižením. V těžších formách mentálního postižení může být hodně komplikujícím faktorem. (Kozáková, Z., 2005, s. 46-47)

Při kompenzaci ztráty zraku u osob s mentálním postižením je významné využívat a rozvíjet jak sluchové, tak i hmatové čítí. Nemělo by se zapomenout ani

⁵ **Senzibilní fáze** je v prvních třech letech života, kdy se dítě učí vidět, slyšet a hmatat. (Vágnerová, M., 2005)

na zbylé dva smysly čich a chuť, které se také dají trochu rozvinout. Při rozvoji hmatu je třeba dbát na volbu materiálů, který bývá u pomůcek používán. Ne každému mentálně zrakově postiženému je všechen materiál příjemný a je možné, že by ho mohl místo o krůček vpřed posunout o pořádný krok zpět. Při kompenzaci smyslů je potřeba vždy dbát na to, aby ukazované předměty byly názorné a co nejvíce odpovídaly realitě. Rozvoj nižších kompenzačních smyslů je vhodné doplnit současně o zrakovou stimulaci⁶, která přispívá k aktivizaci zrakového centra v mozkové kůře i k rozvoji schopnosti využívat zachovanou funkci zraku. (Kudelová, I., Květoňová, L., 1996; Stoklasová, V., 2005)

Vyšší kompenzační činitele mají u takto postižených jedinců odlišnou podobu aplikace a využitelnosti. Například **motivace** chtít něco vidět nebo zaměřit delší čas či pozornost na jeden předmět je u těchto jedinců často oslabená. **Pozornost** musí být zapojena téměř při jakékoliv činnosti (např. pohyb v neznámém prostoru). U člověka s mentálním postižením má záměrná pozornost nízký rozsah sledovaného pole, nestálost, snadnou unavitelnost a sníženou schopnost rozdělit ji na více činností. Schopnost udržet pozornost se může, vedle nedostatečné zrakové motivace, redukovat také hloubkou mentálního postižení, motorickými potížemi, věkem klienta, momentálním rozpoštěním, ovlivněním léky, úrovní aspirace, ale i časovou křivkou dne. (Kozáková, Z., 2005; Madlener, I., 1999; Stoklasová, V., 2005)

„Velký význam má samozřejmě také paměť. Tam, kde se intaktní jedinec spoléhá na svůj zrak, tam člověk se zrakovým postižením využívá svou paměť. Osoby s mentálním postižením si vše nové osvojují pomalu až po mnohočetném opakování. Naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně. Proto je důležité opakování a zaměření se na rozvoj paměťových schopností.“ (Kozáková, Z., 2005, s. 47) Kysučan (1982) uvádí, že u **paměti** u osob s mentální retardací je narušena především fáze zapamatovací a vybavovací, logická paměť je potlačována do pozadí a je používána především paměť mechanická. **Myšlení** u těchto jedinců zůstává hlavně v konkrétní oblasti. Je nepřesné, má chyby v analýze a syntéze, neschopné vyšší abstrakce a zjednodušování. Jedinci s mentálním postižením často nepromyslí své jednání a nepředvídají jeho výsledek. (Kozáková, Z., 2005, s. 28)

⁶ **Zraková stimulace** představuje soubor technik, metod a postupů, kterými se snažíme naučit dítě využívat každý i sebemenší zbytek zraku. (Kudelová, I., Květoňová-Švecová, L., 1996, s. 18)

Podle Madlener, I. (1999, s. 49) zrakové postižení zabraňuje, nebo ztěžuje multisenzoriální kombinaci podnětů, a mentální postižení omezuje kompenzaci chybějících vizuálních schopností ostatními smysly. Při práci s multihandicapovanými dětmi je zapotřebí mít na paměti tyto skutečnosti:

- zpomalení optického vnímání podnětu (normálně 0,1 sec.),
- nízká úroveň pozornosti při vnímání detailů,
- nízká zatížitelnost,
- upřednostňování haptiky⁷,
- těžkosti v porozumění perspektivy, omezeno je vnímání hloubky,
- vysoká rozptýlenost.

Podle Kunhartové, M (2013) jsou osoby s kombinovaným postižením málo zvědavé, preferují stereotyp, jsou pasivní a podněty je nutné jim zprostředkovat.

V oblasti **motoriky** je nápadná omezená aktivita. Jedinci díky svému vizuálnímu a kognitivnímu omezení vnímají podněty a reakce okolí obtížně a samy vyvíjejí méně impulsů ke společné hře a interakci. Osoby s kombinovaným postižením vyžadují zpětnou vazbu od ostatních, přijetí svých vlastních tělesných projevů a velkou dávku porozumění. Také jsou postiženi ve své motorické schopnosti výkonu a při vnímání sebe a předmětů. Omezené nebo absentující zrakové vnímání vede k snížení motivace pohybovat se směrem k předmětům a zkoumat je. Podněty by měly být zesíleny tak, aby je motivovaly k pohybu. (Madlener, I., 1999, s. 47)

Kozáková (2005, s. 47) uvádí, že „z hlediska prostorové orientace je důležité, aby se člověk se zrakovým postižením dokázal soustředit na vlastní pohyby a na polohu svého těla v prostoru, aby si v daném okamžiku uvědomoval svou pozici při pohybu ve známém prostoru a po známé trase. Záleží na podnětnosti prostředí a vnitřní výbavě“ jedince.

U narozených osob s těžkým zrakovým postižením jsou časté **atypické pohybové stereotypy** (např. neustálé kývání trupem, třepání rukama, vytrvalé otáčení hlavy aj.), které se vytvářejí v průběhu raného dětství a těžko se odnaučují. Podle Smýkala (1986) tyto pohyby bývají projevem nedostatku činnosti, který se může rozvíjet již v kojeneckém věku. Nejlepší metodou, jak těmto atypickým pohybům (zlovykům) zabránit, je předcházet jejich vzniku tím, že bude mít dítě vždy dostatek

⁷ **Haptika** je kontakt hmatem (dotyky).

podnětů k zajímavým činnostem. Jestliže zlozvyk přece jen vznikne, bývá důsledkem některé rodičovské chyby ve výchově. Nejčastěji souvisí s nedostatečným zájmem o dítě, u kterého tím vzniká citová nejistota nebo pocit odmítání, který působí na rozvoj atypických pohybových stereotypů. (Smýkal, J., 1986)

V Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize, s. 257) jsou zaznamenány stereotypní pohybové poruchy (F98.4), přičemž se vysvětlují jako volní, opakované, stereotypní, nefunkční (a často rytmické) pohyby. Mezi pohyby, které nemají charakter sebepoškozování, patří: pohupování tělem, potřásání hlavou, vytrhávání a kroucení vlasů, manýry prstů a plácání rukou. Do stereotypního chování se sebepoškozováním patří: opakované údery do hlavy, píchání do očí, plácání do tváří, kousání rtů, rukou a jiných částí těla. Všechny stereotypní pohyby se nejčastěji vyskytují u mentálně retardovaných a některé u zrakově postižených.

Autoagrese (tedy demonstrativní sebepoškozování) není u osob s kombinovaným postižením neobvyklá. Jedinci se koušou, mlátí se do hlavy, tlučou hlavou o postel atd. Příčinou takového jednání může být nuda nebo naopak nadbytek podnětů, ale také potřeba něco sdělit. (Kunhartová, M., 2013)

U osob s mentálním postižením je opravdové pochopení komplexní zkušenost, která přesahuje vizuální pozorování a musí se umožnit ostatními smysly. Právě při prožitku vlastní aktivity, kdy jedinec zažije sám sebe jako aktéra a tvůrce svého prostředí, je možné opravdové jednání a pochopení. (Madlener, I., 1999, s. 47)

„Zkušenost s vnímáním prostoru je značně závislá na vizuálních schopnostech. Při těžkém poškození zraku jsou prostory většinou zažívány jako vedle sebe se nacházející předměty. Vnímání reality záleží mj. na tom, jak převažuje názorné myšlení a s ním spojená představa prostoru po bezprostředním zážitku.“ (Madlener, I., 1999, s. 48)

Další oblastí, ve které může být vývoj jedince se zrakovým postižením s více vadami silně omezen, je **sociální interakce**. Člověk se zrakovým postižením nereaguje nebo jen slabě reaguje na obličejové schéma blízkých osob. Proto osoba se zrakovým postižením v kombinaci s dalším postižením potřebuje rozdílné podpůrné signály, aby poznala blízké osoby a rozlišovala je od cizích. Zrakové postižení zřetelně ovlivňuje fázi přibývajících rozlišování mezi předměty a osobami vnějšího světa a vlastním Já. U jedinců se zrakovým postižením je výměna pohledů a nonverbální komunikace značně omezená. Tomu se může zabránit častým verbálními oslovováními a intenzivnějším tělesným kontaktem. (Madlener, I., 1999, s. 48)

U osob s vícenásobným postižením může být komunikační proces ztížený, a nebo z části znemožněný z důvodu senzorických či kognitivních bariér, ale i nedostatky v oblasti motoriky (hrubé i jemné) a emočně-volní oblasti. (Vašek, Š. et al., 1999, s. 21)

Komunikace osob s kombinovanou vadou zrakového a mentálního postižení záleží především na stupni mentálního postižení přidruženého ke zrakové vadě. Pokud je osoba postižena lehkým mentálním postižením a slabozrakostí, je možné s úspěchem rozvinout běžné komunikační kanály – artikulovanou i psanou podobu řeči, a to vždy s ohledem na všechny další zvláštnosti mentálního i zrakového postižení. „*Čím hlubší postižení, tím vyšší potřeba podpory v oblasti komunikace.*“ (Kozáková, Z., 2005, s. 47)

Jedinci se zrakovým postižením s přidruženým mentálním postižením mají obtíže při příjmu informací prostřednictvím zrakového kanálu i v jeho zpracování, uchování a znovuvybavení. (Bendová, P., 2011, s. 98-99)

Osoby s kombinovaným postižením mají výrazně narušenou expresivní (vyjadřovací) složku řeči, proto jsou ke komunikaci využívány náhradní a podpůrné způsoby komunikace, tzv. **systemy alternativní a augmentativní komunikace** (systemy AAK). (Kubová, 1996) Úkolem systémů AAK je minimalizovat možnost vzniku komunikačního deficitu a vytvořit nový podpůrný či náhradní komunikační kanál, jenž umožní jedincům s těžce narušenou komunikační schopností stát se rovnocennými komunikačními partnery. (Bendová, P., 2011, s. 103-104)

Augmentativní komunikace slouží k doplnění a podpoře rozvoje již existujících, ale, pro běžné dorozumívací potřeby nedostatečně rozvinutých, komunikačních kompetencí jedince (Bendová, P., 2005, s. 16). Alternativní komunikační systemy se využívají jako náhrada mluvené řeči (Laudová, L., 2003). Mezi AAK systemy patří např. piktogramy, systém Bliss, komunikační systém MAKATON, výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS), znak do řeči, znakový jazyk, prstová abeceda, Braillovo písmo, Lormova abeceda, totální komunikace, aj.

Dojde-li k závažnějším a těžším kombinacím zrakového a mentálního postižení, bývá rozvíjení verbální podoby řeči velmi ztíženo, a je nutné použít tzv. **totální komunikaci**. Během totální komunikace se snaží o to, aby se jedinci naučili vyjadřovat své potřeby a pocity jakýmkoliv jejich vyhovujícím způsobem. Jestliže jedinec může aspoň minimálně použít k navazování kontaktů zrak, opět s ohledem na jeho

individuální vlastnosti, tak je vhodná ke komunikaci Makaton⁸, Bliss systém⁹ nebo gestikulace s mluveným slovem (tu se snažíme rozvíjet v nejvyšší možné míře). (Stoklasová, V., 2005, s. 76)

Stoklasová (2005, s. 76) uvádí: „*Pokud je ztráta zraku natolik vysoká, že již neumožňuje jakýkoli oční kontakt, je na řadě snaha o rozvoj mluveného slova v kombinaci třeba s bliss systémem převedeným do reliéfní podoby, který můžeme v psané podobě doplnit Braillovým písmem.*“

U osob s kombinovaným postižením většinou verbální komunikace (řeč) chybí úplně, někteří jedinci nejsou schopni manipulovat ani s obrázky, ani s předměty. (Kunhartová, M., 2013)

Pokud jsou jedinci s kombinovaným postižením schopni manipulovat s předměty, je dobré používat **komunikaci facilitovanou** „referenčními předměty“ (trojrozměrnými symboly), které jsou zástupnými znaky reality symbolizující konkrétní činnost (talíř = čas jídla, bubínek = hudební výchova, aj.). Většinou se to využívá při výchově jedinců s hlubším mentálním postižením. (Müller, O., Valenta, M., 2003)

Emocionalita je jednou z významné oblasti osobnosti, která ovlivňuje výrazným způsobem prožívání a chování. Ve většině případů jsou osoby s mentálním postižením emočně nevyspělé a chovají se jako jedinci nižší věkové úrovně. Cizí prostředí, neznámé osoby, podněty či neúměrně náročné úkoly u nich často vyvolávají strach a intenzivní reakce. (Švarcová, I., 2006, s. 50) Zrakové postižení, většinou těžké, narušuje normální interakci s prostředím a vyvolává negativní reakci v prožívání člověka. Ta se může projevit prostřednictvím nepřiměřených reakcí jedince i jeho okolí, které se v důsledku vzájemně ovlivňují (např. zvýšenou senzibilitou, neadekvátním chováním, lhostejností k okolí, aj.). (Růžičková, K., 2011, s. 53)

„*Emoce jsou důležitou složkou lidského chování. Obecná psychologie city dělí na vyšší (uspokojování duchovních potřeb) a nižší (uspokojování fyziologických potřeb).*“ (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007, s. 26)

⁸ **Makaton** je komunikační systém, který používá znaky a symboly doplněné mluvenou řečí. (Ludíková, L., 2006, s. 305)

⁹ **Systém Bliss** je komunikační systém, který vytváří soustavu grafických, obrázkových nebo abstraktních znaků a symbolů, většinou vytvořených z běžných geometrických tvarů. (Ludíková, L., 2006, s. 305)

Nezralost osobnosti jedince s mentálním postižením je podmíněna zvláštnostmi rozvoje jejich potřeb a intelektu a projevuje se v běžných specifických emocionální sféry. **City** dítěte s mentální retardací (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007, s. 26):

- jsou nedostatečně diferencovány,
- prožitky jsou primitivnější a protikladné,
- diferencované jemné odstíny prožívání téměř neexistují,
- jsou neadekvátní svou dynamikou podnětům vnějšího světa,
- jsou opožděné a obtížně se utvářejí tzv. vyšší city (svědomí, pocit povinnosti, odpovědnosti),
- častěji se vyskytují chorobné citové projevy (projevy málo ovládané popudlivostí, epizodické poruchy nálad, euforie, apatie).

Bylo zjištěno, že intelektově podprůměrní jedinci jsou ve svém duševním vývoji citlivější na situace podmiňující citovou deprivaci, než je tomu u jedinců s průměrným a nadprůměrným intelektem. (Švarcová, I., 2006, s. 53) Emoční deprivace velmi úzce souvisí se senzoricou deprivací, se sociální a kulturní deprivací, se zanedbaností, se zhoršením životní úrovně rodiny, s nakupením frustračních a stresových situací v rodině atd. (Dolejší, M., 1973)

Jedním z rysů osobnosti je **vůle**, projevující se v uvědoměném a cílevědomém jednání. Ve volní oblasti u osob s mentální retardací jsou velké odlišnosti. Slabá vůle se neprojevuje vždy a ve všem. Jedinci s mentálním postižením mají nedostatek iniciativy a nejsou schopny řídit své jednání v souladu se vzdálenějšími cíli. „*Vůle a volní vlastnosti velmi úzce souvisí s rozmanitými projevy nezralé osobnosti.*“ (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007, s. 25) Do popředí vystupuje sugestibilita (ovlivnitelnost), podřízenost bezprostředním vlivům okolní situace, nedostatek iniciativy, neschopnost řídit vlastní jednání a překonávat překážky, neovladatelnost, tvrdohlavost. Velmi častá je u osob s mentálním postižením hypobulie (snížení vůle) a abulie (úplné chybění vůle). (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007; Kozáková, Z., 2005; Švarcová, I., 2006)

Není jednoduché vymezit zvláštnosti vývoje osob s kombinovaným postižením. Průběh vývoje jedinců postižených s více vadami je individuální a sotva mezi sebou srovnatelný, proto společné kvantitativní normy znemožňují srovnání vývoje v závislosti na věku. (Madlener, I., s. 47)

Jedinec se musí naučit co, proč a jak konkrétně a v jaké posloupnosti má provést, aby dosáhl potřebného výkonu, projevu, chování i zručnosti. U vícenásobně postižených se právě v důsledku postižení stává problematickým každý krok vedoucí k cíli. Jedinec potřebuje množství procvičování, potřebuje pochopit jejich účelnost a smysl, aby chtěl aktivně spolupracovat. (Vančová, A., 2010, s. 49)

Na základě předchozího je evidentní, že pokud budeme chtít u osob s kombinací těchto dvou postižení dosáhnout pokroku a úspěchu, je třeba je správně motivovat, vymezit si dostatečně dlouhé časové úseky na splnění úkolů, aplikovat často přestávky na odpočinek, používat co nejvíce konkrétních předmětů a příkladů, ale zároveň se nevzdávat při prvním nezdaru. (Stoklasová, V., 2005, s. 77)

Ne vždy jedinci s kombinovaným postižením pochopí, co se po nich chce. Může se jen teoreticky očekávat, co udělají, ale vždy nějakým způsobem překvapí. Kapitola byla důležitá pro pochopení těchto osob. V čem jsou jiní, jaké mají zvláštnosti vývoje a i tito lidé si zaslouží pozornost a péči.

První kapitola zobrazila, jak těžké je kombinované postižení definovat, zařadit do kategorie a zjistit jeho etiologii. Charakteristika zrakového a mentálního postižení napověděla, v čem spočívají obtíže zmíněných postižení, a připravila podklad na charakteristiku osob se zrakovým postižením v kombinaci s mentálním postižením. Počet jedinců s kombinovaným postižením přibývá, je to velmi heterogenní skupina, která vyžaduje čím dál větší pozornost intaktní společnosti. Proto je nutné pro ucelení tématu dále popsat, jaká je péče, edukace a rehabilitace u osob s kombinovaným postižením.

2. Podpora, edukace a ucelená rehabilitace osob s kombinovaným postižením

V Československé republice do roku 1990 převládaly při podpoře a edukaci o lidi s postižením segregační tendence. V rámci vzdělávání se segregace¹⁰ projevovala tak, že vznikaly školy pro žáky s jednotlivými druhy postižení. V běžných školách se žáci s postižením objevovali jen výjimečně. Už před rokem 1990 se začaly v oblasti vzdělávání žáků s postižením objevovat prointegrační názory, které vlivem společenských změn po roce 1990 postupně sílily. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 17)

V dnešním pojetí je snaha začlenit lidi se zdravotním postižením do společnosti intaktních a využívá se tedy principů socializace a integrace. Růžičková (2006, s. 13) definuje pojem socializace jako *„proces začlenění handicapovaných osob do okolní společnosti, kdy je společnost na jedné straně ovlivňována handicapovaným, ale zároveň na straně druhé je také handicapovaný ovlivňován okolní společností“*.

První část socializace probíhá v rodině jedince se zdravotním postižením. Je potřeba, aby se jedinec cítil rovnoprávným členem domácnosti a na základě této kladné zkušenosti dokázal zkušenosti z ní zavést během zařazení do široké společnosti. (Růžičková, V., 2006, s. 13) Dále socializace probíhá mezi vrstevníky, přáteli, ve škole, v práci i v rámci rozhlasu, televize a tisku. (Pecháčková, Y., 2011)

Pro proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti se užívá termín sociální integrace nebo širší integrace. Slowík sociální integraci a Michalík širší integraci popisují jako *„snahu o úplné zapojení handicapovaného jedince, splynutí, začlenění a zapojení ve společnosti“*. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 30) Jesenský (1995 a) charakterizuje integraci jako *„stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy jeden pro druhého“*.

Častěji se začíná používat pojem inkluze, který se občas zaměňuje s termínem integrace. Základním pojetím inkluze je poznání, že lidské společenství se skládá z odlišných jedinců, kteří společně vytvářejí různorodou jednotu, respektující individuální rozdíly a proměňující je v přínos celku. Jde se ještě dál než integrace, jejímž cílem je začlenění jedinců do stávající společnosti. Inkluze usiluje o proměnu společnosti tak, aby v ní rozmanitost byla považována za normální jev. (Stará, M., Pletichová, B., II/2003)

¹⁰ **Segregace** je opačný termín integrace. Je to tedy společenské vyčleňování, vylučování. (Fischer, S., Škoda, J., 2008)

„Jinými slovy je naprosto přirozené, že je každý člověk jiný. Neznamená to ovšem, že pro lidi, kteří se něčím liší, je potřeba vytvářet odlišné přístupy. Lidé s postižením (a všechny další minority) jsou přirozenou součástí naší společnosti a mají právo se účastnit všech běžných, každodenních činností (a také se jich při uplatnění inkluzivních myšlenek účastní) stejně jako majorita, a proto je není potřeba nikam začleňovat (integrovat).“ (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 32)

Dále se tato kapitola zaměřuje na legislativní dokumenty vztahující se k podpoře osob s kombinovaným postižením prostřednictvím ministerstev. Věnuje se rodinné péči a pomoci odborníků, specifickým podpůrným prostředkům, edukaci a ucelené rehabilitaci u osob s kombinovaným postižením.

2.1. Legislativní dokumenty vztahující se k podpoře osob s kombinovaným postižením

V souvislosti s legislativními dokumenty vztahující se k podpoře jedinců s kombinovaným postižením sem patří podpora Ministerstva zdravotnictví (MZ), Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Na péči a podpoře lidí s kombinovaným postižením se podílí různé soukromé, charitativní nebo svépomocné organizace, které získávají část prostředků na svoji činnost formou grantů nebo v rámci financování sociálních služeb od státu.

2.1.1. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy má v oblasti podpory o jedince s kombinovaným postižením v kompetenci jejich výchovu a vzdělávání a také systém poradenství.

I jedinci s kombinovaným postižením mají možnost vzdělávání v podobě **speciálního vzdělávání**. Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v platném znění uvádí, že speciální vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (kam spadají i žáci s kombinovaným postižením) může probíhat formou:

- individuální integrace, která probíhá v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení;

- skupinové integrace, která se uskutečňuje ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení;
- ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (ve speciální škole);
- nebo kombinací výše uvedených forem.

Vzdělávání jedinců s postižením je tvořeno z rámcových vzdělávacích programů (dále jen RVP) pro předškolní, základní a střední vzdělávání, na jejichž podkladě si každá škola vytváří svůj individuální školní vzdělávací program (ŠVP). (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 18)

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen školský zákon), v platném znění (§ 16), vymezuje osoby, které vyžadují speciální vzdělávací přístupy takto: *„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.“*

Všichni žáci s kombinovaným postižením procházejí tzv. speciálním vzděláváním, tj. vzděláváním, které se uskutečňuje s využitím **vyrovnávacích a podpůrných opatření**. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 73) Vyrovnávacími opatřeními při vzdělávání žáků s kombinovaným postižením jsou využívány či poskytovány (vyhláška č. 73/2005 Sb., § 1, odst. 2):

- pedagogické, popřípadě speciálně pedagogické metody a postupy, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků,
- individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku,
- poradenské služby školy a školských poradenských zařízení,
- individuální vzdělávací plán,
- služby asistenta pedagoga.

Ve výuce dětí s kombinovaným postižením se využívá nejvyšší míra podpůrných opatření. Do podpůrných opatření patří využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, rehabilitačních, kompenzačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta

pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě či studijní skupině, případně jiná úprava organizace vzdělávání. (vyhláška č. 73/2005 Sb., § 1, odst. 3-5)

Podle nového školského zákona se od 1. 9. 2016 mění celý § 16, kde bude důležitým klíčovým slovem podpora. Název § 16 se mění ze „*Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami*“ na „*Podpora vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami*“. Bude nově vymezovat osoby se speciálními vzdělávacími potřebami, které potřebují poskytování podpůrných opatření ve výuce. Podpůrná opatření se budou členit do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. (novela školského zákona 82/2015 Sb., § 16, odst. 1 a 3)

Oblasti se změnami ve vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami mají odloženou účinnost z důvodu úzce souvisejícím obsahem prováděcí vyhlášky, která se aktuálně připravuje ve spolupráci s odbornou veřejností. (Dostupné z: <http://www.zkola.cz/management/prehledpredpisu/Stranky/novela.aspx>)

Školská poradenská zařízení

Školská poradenská zařízení posuzují a doporučují formu vzdělávání dítěte s kombinovaným postižením. (Kučerová, A., 2013, s. 59)

Školský zákon (§ 116) vymezuje školská poradenská zařízení takto: „*zajišťují pro děti, žáky a studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě na budoucí povolání.*“

Mezi důležitá školní poradenská zařízení pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením patří pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálně pedagogická centra (SPC).

Pedagogicko-psychologické poradny poskytují služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků ve věku od 3 let do doby ukončení vzdělávání (u žáků s kombinovaným postižením zpravidla základního, ve výjimečných případech středního), jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům, kteří je vzdělávají. V poradnách se klientům věnuje psycholog, speciální pedagog (většinou

speciální pedagog specializovaný na vývojové poruchy učení a chování), logoped a sociální pracovník. V oblasti speciálně pedagogické péče se zaměřují především na oblast specifických vývojových poruch učení a chování a na žáky mimořádně nadané. Žákům se zdravotním postižením poskytují především psychologické poradenství většinou bez návazných speciálních intervencí. (Jeřábková, K. et al., 2013; Novosad, L., 2009; vyhláška č. 72/2005 Sb.)

Speciálně pedagogická centra se specializují na určitý typ zdravotního postižení či poruchy. Pracují tedy pro děti a mládež se smyslovým, tělesným, mentálním a kombinovaným postižením (viz příloha B – Seznam SPC v ČR pro osoby s kombinovaným postižením) a pro klienty s vadami řeči. Nejčastěji jsou zřizovány při školách pro žáky s některým druhem zdravotního postižení. Podle orientace SPC jsou jeho kmenoví pracovníci – psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Dalšími doplněnými odborníky nebo externími spolupracovníky mohou být – logoped, rehabilitační pracovník (fyzioterapeut), lékaři specialisté aj. Primárně jsou jejich služby určeny žákům se zdravotním postižením ve speciálních školách a žákům se zdravotním postižením integrovaným v běžných školách. Poskytují jim např. služby diagnostické, rediagnostické, intervenční, speciálně pedagogickou podporu a péči. Jejich pedagogům a zákonným zástupcům jsou poskytovány služby konzultační a metodické. (Jeřábková, K. et al., 2013; Novosad, L., 2009)

Vztah mezi PPP a SPC je dán nutnou spoluprací a odlišnostmi v jejich činnosti. PPP se v praxi orientují více na diagnostiku bez přímé návazné a cílené speciálně pedagogické péče. Tu právě zajišťují specificky zaměřená SPC na různé druhy zdravotního postižení. Je třeba si uvědomit, že síť SPC není momentálně dostatečná, a tak se může stát, že prvotní péče bude poskytnuta dítěti, mladistvému i jeho rodičům v regionálně nejdostupnější PPP. Samozřejmě volba typu poradenského zařízení je věcí klienta. Nicméně spolupráce a vzájemná informovanost mezi dostupnými PPP a specializovanými SPC je nezbytná. (Novosad, L., 2009, s. 203-204)

Školská poradenská zařízení pomáhají při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu (IVP), podporují jeho naplňování a průběžné vyhodnocování. (Kučerová, A., 2013, s. 59)

Individuální vzdělávací plán (IVP)

Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření i psychologického vyšetření

školským poradenským zařízením, doporučení odborného lékaře (např. pediatra, oftalmologa, ortopeda, logopeda,...) a vyjádření zákonného zástupce. Je důležitým dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. (vyhláška č. 73/2005 Sb., § 6, odst. 2)

IVP vypracovává pedagog spolu se speciálně pedagogickým centrem (případně s PPP) a ve spolupráci s rodiči dítěte. (Kučerová, A., 2013, s. 59) IVP je zpravidla vypracován před nástupem žáka do školy, nejpozději 1 měsíc po nástupu žáka do školy. Může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeby. (vyhláška č. 73/2005 Sb., § 6, odst. 5)

Struktura dokumentu je dána vyhláškou č. 73/2005 Sb. v § 6. Měl by například obsahovat popis zajištění speciálně pedagogické péče, seznam speciálních pomůcek, předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků, snížení počtu žáků ve třídě a, v případě potřeby, popis role asistenta pedagoga nebo osobního asistenta.

Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy podporuje osoby s kombinovaným postižením v oblasti poradenství, výchovy a vzdělávání. Jedinci s kombinovaným postižením se vzdělávají v podobě speciálního vzdělávání, které se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření. Školská poradenská zařízení doporučují formu vzdělávání dítěte s kombinovaným postižením a pomáhají při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu pro tyto jedince.

2.1.2. Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Ministerstvo zdravotnictví zajišťuje všem občanům zdravotní péči. V článku 31 Listiny základních práv a svobod je napsáno, že občan má právo na bezplatnou zdravotní péči na základě zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění je ze zákona povinné pro všechny občany s trvalým pobytem na území České republiky. (více viz. zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění) „*Za některé skupiny lidí povinnost hradit zdravotní pojištění plní stát, jsou tzv. státními pojištěnci.*“ (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 8) Jedná se např. o nezaopatřené děti, občany pobírající důchod (starobní, invalidní, vdovecký), ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené, uchazeči o práci, osoby závislé na péči jiné osoby ve II. až IV. stupni a lidé pečující o tyto osoby – pečující osoba i v případě, pokud je závislá osoba v I. stupni závislosti a je mladší 10 let, atd. (zákon č. 48/1997 Sb., § 7) Jedinci s kombinovaným postižením patří mezi osoby pobírající invalidní důchod a osoby závislé na péči (především ve III. až IV. stupni závislosti).

Od roku 2008 byly, jako součást reformního úsilí ve zdravotnictví, zavedeny **regulační poplatky** za návštěvu lékaře, pohotovosti, pobyt v nemocnici a v některých dalších zdravotnických zařízeních, za léky na předpis a zároveň roční ochranný limit u těchto poplatků. (Návod na použití českého zdravotnictví 2008, 2007) Od 1. 1. 2015 existuje pouze jeden regulační poplatek, a to regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubního lékařství. (zákon č. 48/1997 Sb., § 16a, odst. 1)

S ohledem na problematiku zdravotního postižení je třeba zmínit, že neplatí žádné regulační poplatky *„jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle zákona o sociálních službách poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem“* (zákon č. 48/1997 Sb., § 16a, odst. 2, písm. c).

Článek 31 Listiny základních práv a svobod dává občanům právo získat **zdravotní pomůcky** na základě zdravotního pojištění. Podmínky poskytování zdravotních pomůcek upravují náležité zákony. Obecně platí, že odborní lékaři mohou předepisovat svým pacientům (i osobám s kombinovaným postižením), někdy až po schválení revizního lékaře, různé pomůcky. Pomůcky jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou, nebo částečně hrazeny zdravotní pojišťovnou s doplatkem pacienta, případně si pomůcky hradí pacient sám. Některé pomůcky zdravotní pojišťovna nehradí, ale o jejich úhradu může být zažádáno. Jedná se o příspěvky na zvláštní pomůcky hrazené z resortu MPSV ČR. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 9)

Ministerstvo zdravotnictví zajišťuje všem občanům zdravotní péči, které se platí ze zdravotního pojištění a za osoby s kombinovaným postižením ho platí stát. Regulační poplatky nemusí platit osoby s kombinovaným postižením, pokud jim je poskytována sociální služba v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, atd. Osoby s kombinovaným postižením mají právo na získání zdravotních pomůcek, případně na příspěvek na zvláštní pomůcky hrazené MPSV České republiky.

2.1.3. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

Ministerstvo práce a sociálních věcí u osob se zdravotním postižením rozhoduje o invalidním důchodu, různých dávkách a příspěvcích i jejich financování, dále má ve své kompetenci problematiku zaměstnávání osob se zdravotním postižením a sociální služby.

Invalidní důchod pobírají invalidní občané, tj. lidé, kterým z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles pracovní schopnosti nejméně o 35 %. Invalidní důchod je vyplácen ve 3. stupních podle poklesu pracovní schopnosti. Jestliže pracovní schopnost jedince poklesla nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu I. stupně. Pokud poklesla nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu II. stupně. Nakonec v případě poklesu o nejméně 70 % se jedná o invaliditu III. stupně. (zákon č. 155/1995 Sb., § 39)

Nárok na invalidní důchod je podmíněn, kromě uvedeného poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 %, nesmí být osoba starší než 65 let nebo nesmí být v důchodovém věku, je-li tento věk vyšší než 65 let. Dále musí získat potřebnou dobu pojištění (více § 40, zákona č. 155/1995 Sb., v platném znění), a nebo se stát invalidním následkem pracovního úrazu. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 10) Na invalidní důchod mají také nárok osoby, které v době vzniku invalidity nedosáhly 18 let a jejich pokles pracovní schopnosti odpovídá ve věku 18 let III. stupni invalidity, i když nebyli účastni pojištění pro potřebnou dobu (zákon č. 155/1995 Sb., § 42, odst. 1).

Jeřábková (2013, s. 10) říká, že „invalidní důchod je pro lidi, kteří nemohou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu částečně nebo zcela vykonávat soustavnou výdělečnou činnost, příjmem – částečnou či úplnou náhradou výdělku. Neznamená to ovšem, že nemohou být zaměstnáni nebo že nemohou vykonávat samostatnou výdělečnou činnost. Určitá omezení výdělečné činnosti existují pouze u nejvyššího, tj. III stupně invalidity.“

Dávky a příspěvky

Dávky pro osoby se zdravotním postižením pomáhají těmto osobám zmírnit sociální důsledky jejich zdravotního postižení a podpořit jejich sociální začlenění. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, upravuje příspěvek

na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají. (Dostupné z: www.portal.mpsv.cz/soc/dzp/.)

Nárok na **příspěvek na mobilitu** mají osoby starší 1 roku, která má nárok na průkaz ZTP nebo ZTP/P a současně se opakovaně dopravují nebo jsou dopravovány. Zároveň jim nesmí být poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Příspěvek na mobilitu může být přiznán i osobám, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené výše, pokud prokáží skutečnosti pravidelného dopravování. Výše příspěvku za kalendářní měsíc činí 400 Kč. (zákon č. 329/2011 Sb., § 6 a § 7)

Nárok na **příspěvek na zvláštní pomůcku** mají osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, s těžkým sluchovým postižením nebo těžkým zrakovým postižením. V případě, že je pomůckou motorové vozidlo nebo speciální zádržní systém má nárok na příspěvek i osoba s těžkou nebo hlubokou mentální retardací. Všechna uvedená postižení odpovídají charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, což je *„nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok“*, a jestliže není tento zdravotní stav uveden jako vylučující v příloze zákona. (zákon č. 329/2011 Sb., § 9) Což znamená, že mají nárok na tento příspěvek i osoby s kombinovaným postižením.

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku, je uveden v příloze č. 1 ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která v seznamu není uvedena, ale je srovnatelná s některou uvedenou pomůckou v seznamu. (Dostupné z: www.portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka/.) Stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku a rozdělení do tří skupin pomůcek je vymezeno v příloze C.

Nárok na **průkaz osoby se zdravotním postižením** má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. (zákon č. 329/2011 Sb., § 34, odst. 1) Od začátku roku 2014 je možné průkaz získat pouze na základě podání žádosti, na jejímž základě probíhá samostatné řízení a posouzení zdravotního stavu posudkovým

lékařem okresní správy sociálního zabezpečení. (Dostupné z: www.portal.mpsv.cz/soc/dzp/prukaz.) Existují tři různé průkazy osob se zdravotním postižením (viz příloha C). Většina osob s kombinovaným postižením obdrží průkaz ZTP/P. Držiteli průkazu přináší průkaz osoby se zdravotním postižením určité výhody (viz příloha C).

V zákoně o sociálních službách je obsažen **příspěvek na péči** jakožto dávka určená přímo osobám, které jsou závislé na péči jiné osoby. Tedy lidem, kteří potřebují pomoc a podporu při zvládání základních životních potřeb, při kontaktu se sociálním prostředím atd. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 14) Žadatel o příspěvek na péči se musí podrobit sociálnímu šetření a vyšetření zdravotního stavu (více viz zákon č. 108/2006 Sb., § 21, odst. 1, písm. b).

Výše příspěvku je odvozena od stupně závislosti na péči, zákon stanovuje 4 stupně závislosti (více viz příloha C). Při posuzování stupně závislosti v rámci sociálního šetření se hodnotí zvládání základních životních potřeb (odlišně u osob do 18 a nad 18 let věku). (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 14) Hodnotí se tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku). (zákon č. 108/2006 Sb., § 9, odst. 1)

Příjemce příspěvku (osoba závislá na péči, zákonný zástupce, opatrovník nebo jiná fyzická osoba, které byla osoba se zdravotním postižením svěřena do péče, příp. zvláštní příjemce) může sám nakládat s příspěvkem a rozhodovat o jeho užití (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 15). Podle zákona lze příspěvek využít pouze *„na zajištění potřebné pomoci osobou blízkou nebo asistentem sociální péče uvedeným v § 83 nebo poskytovatelem sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, nebo dětským domovem anebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu“* (zákon č. 108/2006 Sb., § 21, odst. 2, písm. d). Není tedy přijatelné využívat příspěvek jiným způsobem, např. na nákup potravin, léků, oblečení, atd. Krajská pobočka úřadu práce má povinnost kontrolovat využívání příspěvku (zákon č. 108/2006 Sb., § 29). Pokud nesplní povinnosti (uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb., § 21 odst. 1 a 2) může být výplata příspěvku zastavena, případně může být odňat, nebo nepřiznán. (Jeřábková, K. et al., 2013; zákon č. 108/2006 Sb.)

Zaměstnání osob se zdravotním postižením

Za osoby se zdravotním postižením jsou v oblasti **zaměstnávání** považovány osoby invalidní, a to ve všech stupních. Těmto osobám je na trhu práce poskytována zvýšená ochrana. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 13) Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci (více viz kapitola 2.5.), která zahrnuje teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, kam spadá příprava na budoucí povolání, příprava k práci a specializované rekvalifikační kurzy. Tyto činnosti vedou k nalezení, zaučení a následnému udržení pracovního místa. (zákon č. 435/2004 Sb., § 69 a § 71)

Příprava na práci je podle zákona „*cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců.*“ (zákon č. 435/2004 Sb., § 72)

Specializované rekvalifikační kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace podle § 109. (zákon č. 435/2004 Sb., § 74)

Osoby se zdravotním postižením mohou být zaměstnávány na **chráněném pracovním místě**, tj. místo speciálně zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě smlouvy s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let (zákon č. 435/2004 Sb., § 75). Zaměstnavateli je poskytnut příspěvek na zřízení chráněného pracovního místa, pak mu může být poskytnut příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa. Zaměstnavateli, který zaměstnává více než 50 % osob se zdravotním postižením, je poskytnut příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob formou částečné úhrady vynaložených prostředků na mzdy nebo platy a dalších nákladů. Dále jsou zaměstnavatelé podporováni i úlevami na daních z příjmů. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 13)

Zákon o zaměstnanosti ukládá zaměstnavatelům zaměstnávajících více než 25 zaměstnanců, povinnost zaměstnávat 4 % osob se zdravotním postižením. Jedná se o tzv. povinný podíl. Povinný podíl mohou zaměstnavatelé plnit podle § 81 odst. 2:

- zaměstnáním osob se zdravotním postižením,
- odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % osob se zdravotním postižením,
- odvodem do státního rozpočtu,
- nebo vzájemnou kombinací výše uvedených bodů.

Práci si člověk uspokojuje své potřeby, hlavně potřebu aktivity. Při práci si jedinec s postižením vytváří mezilidské vztahy a komunikuje se svým okolím. Člověk s kombinovaným postižením dělá takové aktivity, které jsou přiměřené jeho schopnostem a možnostem, při nichž rozvíjí vědomosti, dovednosti a zkušenosti.

Sociální služby

Sociální resort také zajišťuje **sociální služby**, které upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Příjemce příspěvku na péči se může rozhodnout, jestli využije sociální služby od **registrovaného poskytovatele sociálních služeb** (organizace), nebo od **osoby blízké** nebo od **asistenta sociální péče** (např. od známého, přítele, souseda, apod.). (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 16)

Pokud je pomoc poskytována **osobou blízkou** nebo **asistentem sociální péče**, musí být tato osoba zdravotně způsobilá (podle zákona č. 108/2006 Sb., § 29 odst. 1 písm. e) k poskytnutí této pomoci. Asistent musí být starší 18 let a je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci, která obsahuje označení smluvních stran, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci a výše úhrady za pomoc. (Jeřábková, K. et al., 2013; zákon č. 108/2006 Sb.)

V případě rozhodnutí pro **registrovaného poskytovatele sociálních služeb** se příjemce příspěvku může rozhodnout, jakou formou mu bude sociální služba poskytována a o druhu sociální služby. Za formu si vybírá terénní, ambulantní nebo pobytovou službu (více viz zákon č. 108/2006 Sb., § 33). Druh sociální služby volí na základě jejího charakteru, tj. zda se jedná o služby (Jeřábková, K. et al., 2013; zákon č. 108/2006 Sb.):

- Sociální péče – zajišťují osobám fyzickou a psychickou soběstačnost, cílem je maximální možné zapojení do běžného života, případně zabezpečit důstojné prostředí a zacházení. Jedná se např. o osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, odlehčovací služby, domovy pro osoby se zdravotním postižením, denní a týdenní stacionáře atd.
- Sociálního poradenství – rozlišuje se základní sociální poradenství poskytováno všemi registrovanými poskytovateli sociálních služeb, nebo odborné sociální poradenství.

- Sociální prevence – pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, napomáhají překonávat nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Jedná se např. o ranou péči, tlumočnické služby, domy na půl cesty, azylové domy, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitaci atd.

U většiny druhů sociálních služeb (více viz zákon č. 108/2006 Sb., § 91) uživatel a poskytovatel uzavírají smlouvu o poskytnutí sociální služby (v některých případech musí být v písemné podobě a někdy může být uzavřena ústní formou). Uživatel sociální služby má možnost uplatnit svobodnou vůli při sjednávání podmínek poskytování sociální služby. Obě strany podepisující smlouvu se musejí dohodnout na její konečné podobě. Zákon stanovuje, jaké náležitosti musí smlouva obsahovat. Na uživateli a poskytovateli dále závisí, jaká smlouva bude. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 16-17)

Zdrojem kvality sociálních služeb jsou, výše zmíněná, smlouva o poskytování sociálních služeb a také hlavně standardy kvality sociálních služeb (viz příloha D). Podle zákona (zákon č. 108/2006, § 99, odst. 1) jsou standardy „*souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami*“. Každý registrovaný poskytovatel sociálních služeb je povinen dodržovat tyto standardy. Plnění těchto standardů je potom hodnoceno inspekcí poskytování sociálních služeb, a to za pomoci systému bodů (viz vyhláška č. 505/2006 Sb., § 38). Pokud se zjistí vážné nedostatky, následují pro poskytovatele sankce, v nejhorším případě i odebrání registrace. (Jeřábková, K. et al., 2013; zákon č. 108/2006 Sb.)

Většina poskytovatelů sociálních služeb jsou nestátní neziskové organizace, kam patří např. obecně prospěšné společnosti, spolky, nadace a nadační fondy, aj. (Dostupné z: <http://www.isnno.cz/evidencennov10001/DesignPages/oevidenci.aspx>.) V nestátních neziskových organizacích, které se zabývají péčí o jedince se zdravotním postižením, je velmi cenný každodenní kontakt a účinná spolupráce s rodiči. Rodiče osob s kombinovaným postižením se stávají významnými členy multidisciplinárního týmu. (Jankovský, J., 2006, s. 97)

Ministerstvo práce a sociálních věcí u osob s kombinovaným postižením rozhoduje o pobírání invalidního důchodu, nároku na příspěvek na mobilitu, příspěvku na zvláštní pomůcku, na průkaz osoby se zdravotním postižením a na příspěvek na péči. Zabývá se problematikou zaměstnávání osob se zdravotním postižením, které mají právo na pracovní rehabilitaci, specializované rekvalifikační kurzy a být zaměstnání na chráněném pracovním místě. Tento resort také zajišťuje pro jedince s kombinovaným postižením sociální služby, které se mohou využít od organizace, osoby blízké nebo od asistenta sociální péče.

V textu jsou podány základní informace o resortní podpoře poskytované jedincům s kombinovaným postižením. Nejvíce informací bylo popsáno v sociálním resortu, který má na starosti hlavně sociální služby, dávky, příspěvky a podporu při zaměstnávání, která se u osob s kombinovaným postižením využívá minimálně. Dalšími subjekty poskytující sociální služby jsou nestátní neziskové organizace, kde je rodina důležitým členem multidisciplinárního týmu v péči o člena rodiny s kombinovaným postižením. O rodinné péči je napsáno v následující kapitole.

2.2. Rodinná péče a pomoc odborníků

Nejdůležitější a nejzákladnější péče a podpora vychází od rodiny. Jedinci s kombinovaným postižením potřebují soustavnou péči. Rodičům většinou nejdříve sděluje diagnózu jejich dítěte lékař, který je informuje o stavu a může jim předat kontakt na středisko rané péče. Postupně pod dohledem různých odborníků se rodiče učí poskytovat dítěti s kombinovaným postižením jeho specifické potřeby.

Hned při narození dítěte s kombinovaným postižením nastává veliký problém v jeho **vlastní rodině** (rodičů, sourozenců i dalších členů rodiny), a to ve vyrovnání se s narozením dítěte s kombinovaným postižením a jeho přijetím. Nelehký proces vyrovnávání se s postižením má charakteristický průběh několika fází, který uceleným způsobem popsala Elizabeth Kübler-Ross (viz např. Jankovský, J., 2006, s. 60-63). Akceptace (přijetí dítěte s postižením takového, jaké je) je spojena s reorganizací hodnotového systému rodiny, s vytvořením nových specifických interakčních dovedností ve vztahu k okolí a v dosažení celkové rovnováhy při vědomí, že přijetí dítěte s postižením je pro ně nejen výzvou, ale především úkolem, který je smysluplný. (Jankovský, J., 2006, s. 59-62)

Důležité je, aby lékař, který rodičům sděluje informaci o postižení jejich dítěte, řekl citlivě pravdu o aktuálním zdravotním stavu. Je velké množství informací, které by rodiče chtěli vědět, ale nelze je projít najednou. Lékař si s nimi může sjednat další schůzku nebo jim může předat kontakt na středisko rané péče, kde se následně potřebné informace dozvědí od poradce, který rodiče na jejich nesnadné cestě doprovází i po několik let.

Raná péče je terénní služba, popř. ambulantní služba, poskytována dítěti (zpravidla od narození do 3 let věku, max. do 7 let u dětí s kombinovaným postižením) a jeho rodičům, a to dítěti, které je zdravotně postižené či ohrožené vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí v raném věku. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby (zákon č. 108/2006 Sb., § 54, odst. 1). Služba se poskytuje především v rodinném prostředí. (Slezská Diakonie, 2006; Novosad, L., 2009)

Aby nedocházelo ke kompetenčním nejasnostem, tak se v rámci resortu školství hovoří o včasné intervenci a pojem raná péče patří do působnosti resortu zdravotnictví, resp. resortu práce a sociálních věcí. (Jankovský, J., 2006, s. 77)

Pod dohledem různých odborníků (poradců rané péče, terapeutů, speciálních pedagogů, ad.) se rodiče učí podobným způsobem pracovat se svým dítětem s kombinovaným postižením. (Jankovský, J., 2006, s. 79)

Rodiny, které nerezignují a nesvěří své dítě s postižením do trvalé nebo převážně trvalé pobytové péče (kojenecký ústav, dětské centrum, škola s internátem, atd.), jsou společensky nedoceny. Rodiče nemají žádné pracovní úlevy, v pracovní oblasti je alespoň jeden rodič omezen, tudíž je rodina ekonomicky oslabená. Častým problémem rodin s dětmi s postižením je jejich izolovanost, vysoké nároky na osobnost, psychickou stabilitu i fyzickou odolnost obou rodičů. Právě proto často dochází k rozvodům a dítě zůstává v péči jen jednoho z rodičů, nejčastěji matky. (Novosad, L., 2009, s. 34)

Domácí péče¹¹ o člena rodiny s kombinovaným postižením je časově velmi náročná. (Michalík, J., 2013, s. 41) Pro zefektivnění domácí péče je potřeba tyto rodiny podpořit ekonomicky, poskytnout jim odbornou zdravotnickou

¹¹ Podrobnější zkoumání domácí péče v rodinách o člena rodiny s těžším zdravotním postižením nebylo dosud provedeno. Ale byl proveden výzkum v letech 2007 a 2008 „Postoje uživatelů sociálních služeb k jejich novému způsobu poskytování“, kde byl např. zjišťován součet doby přímé péče a dohledu dle stupňů závislosti a porovnání s koupěschopností výše příspěvku v daném stupni. (Michalík, J., 2013, s. 41)

a speciálněpedagogickou péči, případně i psychologickou pomoc. K podpoře rodiny se připojují různé dávky a služby sociální péče (viz kapitola 2.1.3.). To znamená, že by odborníci (lékař, speciální pedagog, sociální pracovník, psycholog, atd.) měli pravidelně konzultovat s rodinou, případně do ní přímo docházet. Tato intenzita spolupráce rodiny s těmito odborníky je však závislá na stupni a druhu postižení dítěte, a kvalita této spolupráce rozhoduje mj. o připravenosti jedince s postižením na jeho nejúspěšnější socializaci a maximálně dosažitelnou soběstačností. (Novosad, L., 2009, s. 35)

Ve skutečnosti je nedostatečné zajištění podpůrných služeb „úlevné“ péče, které by doplnily pečující osobu (rodinu) v jejím úsilí a umožnili častější oddech a rehabilitaci. Existují sociální služby (např. osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, denní nebo týdenní stacionáře), které mohou být v domácí péči rodiny využity, ale problémem zůstává jejich teritoriální zajištění (jsou místa v ČR, kde příslušnou službu v dostupném okolí nelze sehnat). Problém nastává i ve finanční náročnosti péče zajištěné profesionálními poskytovateli. (Michalík, J., 2013, 39)

Příkladem systémového neřešení podpory pro pečující osoby je neexistující státem garantovaná zdravotní péče, ve které by pečující osoby, po určité době péče (např. po 5 až 10 letech), měli mít nárok na lázeňskou péči. O nízké podpoře domácí péče svědčí, po přechodu do důchodu, velmi nízký přiznaný důchod, protože osoba pečující o jedince s kombinovaným postižením se ve velké míře nemohla věnovat pracovní činnosti. Domácí péče v rodinách šetří státu peníze, je pro něj levnější než péče poskytovaná u registrovaných poskytovatelů. (Michalík, J., 2013, 39-40)

Jedinci s kombinovaným postižením zůstávají v rodinách i v dospělosti do doby, než se o ně rodiče nemohou již starat. Pokud mají sourozence, a on to bude chtít, mohou dále zůstat v jeho péči. Další variantou je umístit dospělé osoby s kombinovaným postižením do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Lidé, kteří v těchto domovech žijí, mohou navštěvovat svou rodinu a naopak rodina je může navštěvovat v domovech. Ve stáří mohou osoby s kombinovaným postižením zůstat v domovech pro osoby se zdravotním postižením, některé tyto domovy poskytují sociální služby i pro seniory, nebo mohou jít do domovů pro seniory, kde o ně bude postaráno stejně jako v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Rodina je základní jednotka, ve které se dítě s kombinovaným postižením narodí. Proto je podstatné, aby se rodina vyrovnala s postižením svého dítěte a akceptovala ho takového, jaký je. Protože jediné fungující rodina uspokojuje svému dítěti jeho základní

potřeby podstatné pro jeho správný vývoj a právě nedostatečná péče, hlavně zanedbaná péče, má svou špatnou stránku a své důsledky, které jsou zformulovány v kapitole 3.

2.3. Specifické podpůrné prostředky u osob s kombinovaným postižením

Existuje několik specifických metod a technik pomáhajících jedincům s kombinovaným postižením získat poznatky o okolním světě a o sobě samém. Tato kapitola se zaměřuje na psychomotoriku, snoezelen, masáže, muzikoterapii a bazální stimulaci. Všechny uvedené metody lze používat v edukaci jedinců s kombinovaným postižením.

Psychomotorika

O psychomotorice se hovoří jako o výchově pohybem, která je cílená, hravá, zábavná, soustřeďuje se na prožitkovou zkušenost, navozuje příjemné pocity, podporuje iniciativu, tvořivost a respektuje individuální zvláštnosti. (Opatřilová, D., 2005, s. 107)

U jedinců s kombinovaným postižením se často objevují projevy psychomotorického neklidu, který se projevuje zvýšením psychomotorického tempa, častými stereotypními úkony, tiky v situaci úzkosti a vnitřního napětí apod. (Opatřilová, D., 2005, s. 112)

Úkolem psychomotoriky je získat vnímáním a pohybem co nejvíce zkušeností ve třech oblastech: v oblasti vlastního těla a vlastního „já“; v oblasti věcí a předmětů; v oblasti společenské. Psychomotorické prostředky mohou být různého druhu, a to hry, rytmických cvičení, tance, pantomimi, jógy ad. (Opatřilová, D., 2005, s. 113)

Metody a postupy vycházejí z individuality každého jedince a zejména z principu získat jedince pro pohyb a neodradit jej případnými tělovýchovnými neúspěchy. Každý tělovýchovný proces začíná na individuálním stupni vývoje a na pozitivních pohybových schopnostech jedince. (Opatřilová, D., 2005, s. 114)

Snoezelen

Snoezelen je podpůrná metoda, která vznikla v Holandsku. Pojem vznikl spojením základů slov „snuffelen“, což znamená čichat, a „doezelen“, což znamená dřímat. (Opatřilová, D., 2005, s. 122) V českém jazyce není pro tento pojem odpovídající ekvivalent, proto se používá původní označení (Slabinová, I., 2000).

Jde o speciálně upravenou místnost, která slouží ke stimulaci smyslů a je vhodná pro aplikaci bazální stimulace, k relaxaci, k muzikoterapii atd. (Kunhartová, M., 2012) „*Snoezelen poskytuje širokou nabídku využití, a to jako náplň volného času, jako prostředek uvolnění, jako podpora seberealizace, jako respektování zájmů těžce postižených nebo využívá speciální podpůrné metody, jako je prenatální terapie¹² a senzomotorická terapie¹³.*“ (Opařilová, D., 2005, s. 123)

Pro osoby s kombinovaným postižením je velice vhodná. V místnosti se mohou používat různé vůně, různé druhy hudby a zvuků, různá světla a osvětlení místnosti, pomůcky a hračky pro hmatovou stimulaci, polohovací pomůcky vhodné k relaxaci, vodní lůžko, zavěšená síť, trampolína, pružinové desky, polštáře, deky, hudební nástroje, vibrační plošiny – záleží na cíli terapie. (Kunhartová, M., 2012; Opařilová, D., 2005)

Masáže

„*Masáž je sestava jemného a citlivého masírování lidského těla. Stimuluje a zlepšuje krevní oběh, což ovlivňuje činnost orgánů a rozvoj všech tkání, zlepšuje dýchání, celý organismus se dobře okysličuje, posilují se hrudní svaly a správné držení těla. ... Masážní techniky ovlivňují svalstvo, jeho zpevnění i uvolnění a koordinaci pohybů.*“ (Opařilová, D., 2005, s. 135)

V současné době existuje velké množství masáží. Některé masáže může provádět zaškolený speciální pedagog, ale některé spadají výhradně do kompetencí zdravotníků. Mezi nejznámější masáže patří klasická, rekondiční, relaxační, lymfatická, podvodní a další. (Opařilová, D., 2005, s. 135) Zde bude zmíněno jen o rekondiční a relaxační masáži a míčkové facilitaci.

Rekondiční a relaxační masáž je dokonalým doplňkem při komplexním působení na jedince. Působením této masáže dochází k prokrvení a prohřátí, které napomáhá k relaxaci masírovaných částí těla a zmírňuje jejich bolestivost, urychluje proces regenerace svalů po zátěži, odstraňuje jejich únavu a zvyšuje svalovou výkonnost. Pomáhá srovnat následky způsobené jednostrannou činností, přetěžováním a nesprávným držením těla. (Opařilová, D., 2005, s. 136)

¹² **Prenatální terapie** vede jedince do prenatálního stavu prostřednictvím muzikoterapie na vodním lůžku, ve kterém jsou zabudované reproduktory, jejichž pomocí se zvuk přenáší na hmatový vjem. (Opařilová, D., 2005, s. 130)

¹³ **Senzomotorická terapie** spočívá v možnosti podnětů jednotlivých vjemů optických, zvukových, hmatových čichových, ale i chuťových. Tato terapie se snaží překonávat bariéry vzniklé při vývoji dítěte s postižením. (Opařilová, D., 2005, s. 131)

Míčková facilitace, neboli „míčkování“ je pomocná fyzioterapeutická metoda, při níž se molitanovými míčky provádí masáž těla. Autorkou metody je česká fyzioterapeutka Zdena Jebavá. Masáž se provádí dvěma metodami – koulením a vytíráním. Při koulení se míček odvaluje dlaní, prsty a zápěstím. Během vytírání se posouvá míček držený v prstech tak, aby se neotáčel. (Dostupné z: www.mickovani.wz.cz.) Při míčkování nejde jen o stimulaci kůže, ale dochází k reflexnímu působení na vnitřní orgány. Při koulení nebo vytírání míčkem dochází k protažení a uvolnění masírovaných svalů. (Opatřilová, D., 2005, s. 137)

Muzikoterapie

Jedná se o léčebnou terapii pomocí hudby. Mezi základní stavební prvky muzikoterapie patří: melodie, harmonie, rytmus, zvuková barva, tempo, dynamika a druh taktu. Muzikoterapie má formu receptivní (poslechovou) a aktivní (hra na hudební nástroje, hra na tělo, pohybové aktivity, zpěv atd.). Obě formy mají u jedinců s kombinovaným postižením smysl. Muzikoterapie uvolňuje různé druhy napětí (psychické i tělesné), úzkost a strach, působí relaxačně, ale podle potřeby může při ní dojít i k vybití nahromaděné energie. (Müller, O., Valenta, M. et al., 2009, s. 135-136)

Dále přispívá k přirozenému rozvoji smyslu pro rytmus, melodii, napomáhá rozvoji komunikace, sociální interakce i k rozvoji pohybových dovedností, hlavně koordinaci pohybů. (Bendová, P., Zíkl, P., 2011, s. 108)

Metoda bazální stimulace

Pomocí bazální stimulace lze nabídnout jedincům s těžkým mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená základní nabídka realizovaná v nejjednodušší podobě. Stimulací se rozumí nabízené podněty pomáhající v rozvoji jedince. (Vítková, M., 2006, s. 203)

Tato metoda byla vyvinuta v 70. letech Andreasem Fröhlichem. Klade důraz na interdisciplinární přístup (týmovou práci). (Vítková, M., 2006, s. 203) Hlavní myšlenkou je potřeba celistvosti člověka. Lze ovlivňovat pouze celého člověka, nikoliv jen jeho tělesný nebo psychický stav, protože lidská bytost je nedělitelná (Fröhlich, A., 1990).

U jedinců s kombinovaným postižením jsou extrémně redukovány aktivity. Tyto aktivity jsou často omezeny na nejelementárnější životní výkony, které jsou často

spojeny jen s vlastním tělem, a svět kolem téměř neexistuje. Pomocí základních podnětů lze alespoň trochu otevřít individuální izolaci. (Vítková, M., 2006, s. 205)

Mezi **základní oblasti bazální stimulace** patří (Opatřilová, D., 2005; Vítková, M., 2006):

- *Somatické podněty* – pomocí těchto podnětů lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, základní tělesná zkušenost se vyvíjí dotykem. Jedinci se učí poznat a využívat povrch těla jako orgán vnímání, motoricky reagovat na podněty těla, lokalizovat podněty na vlastním těle, vytvářet předpoklady pro základní poznatky o vlastním těle.
- *Vibrační podněty* učí cítit vibrace v různých částech těla, vnímat chvění a směr odkud přichází apod. Při akusticko-vibrační stimulaci dochází k slyšení chvění v přímém tělesném kontaktu, když jsou např. hlavy komunikujících těsně vedle sebe (vodivost kostí), působí konejšivým a klidným dojmem.
- *Vestibulární podněty* zprostředkovávají člověku s kombinovaným postižením informace o poloze v prostoru a o pohybu celého těla v prostoru. Učí se vnímat různé směry (pohyb nahoru, dolů, dokola ad.). Přiměřený vestibulární podnět působí na stabilitu držení těla a normalizuje svalové napětí.

Tyto tři oblasti podnětů – somatické, vibrační a vestibulární se vztahují k nejranějším a nejzákladnějším formám vnímání. I pro nepostiženého člověka představují tyto tři oblasti v extrémních situacích důležité formy vnímání. Například při utěšování se rozrušený člověk vezme do náruče, ruce se sevrou na jeho zádech, hlava se opře o jeho, potichu se říkají utěšující slova, jejichž obsah nemusí nic znamenat, přitom se kolébá utěšovaným partnerem ze strany na stranu. Prostřednictvím tepla a dotyku dochází k somatickému podnětu, vibracemi se přenáší hlas a houpáním se zprostředkovává klidný vestibulární podnět. Tyto tři podněty dodávají klid, jistotu, bezpečí a vedou k psycho-fyzickému vyrovnání. (Vítková, M., 2006, s. 208)

Mezi **nadstavbové oblasti bazální stimulace** patří (Opatřilová, D., 2005; Vítková, M., 2006):

- *Orální podněty* aktivizují oblast úst. Je zde snaha používat ústa ke zkoumání vlastností (např. orální hry, koordinace ruka – ústa). Využívají se zde podněty čichové a chuťové. Jedinec se učí přiřadit vůně a chutě, poznat, že nos a ústa mohou zprostředkovat vjemy.

- *Akustické podněty* učí reagovat na podněty, které nejsou bezprostřední oblastí těla. Učí se, že tóny, šumy a zvuky přicházejí z různých směrů, mohou mít různý zdroj a různý informační charakter. Snahou je naučit, že hluk lze vyrobit a může ho jedinec produkovat sám.
- *Vizuální podněty* stimulují k fixování nejjednodušších podnětů. Jedná se o cvičení pohybů hlavy a pohyby očí za podnětem. Smyslem je naučit chápat lidi a předměty jako věci určené k pozorování.
- *Taktilně haptické podněty* – pomocí nich si jedinec uvědomí, že může rukama něco cítit, poznají se podle charakteru věci na omak. Cílem je vytvořit možnost něco uchopit, držet a věci vědomě pustit.
- *Komunikační a sociálně emocionální podněty* vznikají při interakci mezi lidmi. Všechny doteky a pohyby směřované k jedinci s kombinovaným postižením a jeho vnímání ústí do emotivního zbarvení těchto zkušeností, ze kterých vzniká sociální zkušenost. Lidský hlas, obličej, chování, dotek, pohyb jsou součástí společného jednání, jež se nemohou oddělit od ostatních aktivit.

Bazální stimulace má pro osoby s kombinovaným postižením nenahraditelný význam. Umožňuje jim osvojit si takové zkušenosti, vjemy a pocity, které by samy vzhledem ke svému zdravotnímu stavu těžko získaly.

Jedinci s kombinovaným postižením mají rozdílný pomalý vývoj, než jedinci zdraví. Ke svému rozvoji potřebují specifické metody a techniky, které jim umožňují získávat poznatky o sobě a napomáhají v interakci se svým okolím. Pokud jim stojí po boku nějaký partner, tak mohou žít, v rámci svých možností, svůj vlastní plnohodnotný život.

2.4. Edukace osob s kombinovaným postižením

Následující kapitola seznamuje s tématem edukace osob s kombinovaným postižením. Kam patří předškolní a školní vzdělávání, možnosti středního vzdělání. A samozřejmě celoživotní vzdělávání, protože edukace osob s kombinovaným postižením je celoživotní proces, je velmi náročný a obtížný, klade zvýšené nároky hlavně na čas a trpělivost osob, které pomáhají v rámci výchovy a vzdělávání.

Hned na začátku je potřeba vysvětlit pojem **edukace**, který vyjadřuje spojení tradičních termínů – výchova a vzdělávání. Průcha (2002) zmiňuje několik důvodů, proč je pojem edukace vhodnější:

- Edukace je pojem jednoslovný, tedy pružnější.
- V reálném prostředí se výchova a vzdělávání úzce prolínají, je možné o nich hovořit zároveň.
- Edukace má výhodnější mezinárodní uplatnění.

Primární odpovědnost za výchovu a vzdělávání dětí přebírá rodina do období započetí povinné školní docházky. Na rodičích záleží, zda dítě s kombinovaným postižením umístí do **mateřské školy** nebo **speciální mateřské školy**. V tomto rozhodnutí jim mohou pomáhat střediska rané péče, speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny. Většinou přichází v úvahu mateřská škola zaměřená na určitý typ postižení, kam se dítě zařadí podle dominujícího druhu postižení, např. mateřská škola pro zrakově postižené, mateřská škola speciální,... (Kunhartová, M., 2012).

V České republice existují také **rehabilitační stacionáře**, které jsou určeny pro děti i dospělé s kombinovaným postižením. Jedná se o zdravotnická zařízení, která mají různé spektrum klientů podle druhu postižení a věkového složení. Většinou jsou rehabilitační stacionáře zaměřené pro děti předškolního věku. V rehabilitačním stacionáři je dětem poskytována komplexní rehabilitační péče, a to týmem lékařů a odborníků: pediatrem, rehabilitačním lékařem, dětským neurologem, ortopedem, logopedem, psychologem, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, dětskými sestrami, ošetrovatelkami a speciálními pedagogy. (Kunhartová, M., 2012)

Dále se mohou rodiče rozhodnout o **integraci** svého dítěte do běžné mateřské školy, pokud to zdravotní stav dítěte dovolí. Popřípadě potom i o integraci do běžné základní školy, kde bude většinou potřebná pomoc asistenta pedagoga, eventuálně osobního asistenta. Hlavní činnosti asistenta pedagoga jsou uvedeny ve vyhlášce č. 73/2005 Sb. v § 7 a vymezení činnosti osobního asistenta je v zákoně č. 108/2005 Sb. v § 39. V praxi se obě role asistenta pedagoga a osobního asistenta stírají.

Děti s kombinovaným postižením mají většinou **odklad povinné školní docházky**, protože zákonní zástupci sami vznesou pochybnosti o zahájení povinné

školní docházky, popřípadě je vznesena učiteli základní školy. Rodičům je přesto doporučeno vyšetření školní zralosti ve školském poradenském zařízení. (Jeřábková, K. et al., 2013, s. 69) Rodiče však musí odklad povinné školní docházky doložit „*doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení, odborného lékaře nebo klinického psychologa*“ (školský zákon, § 37, odst. 1). Ředitel školy může odložit povinnou školní docházku nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku. (školský zákon, § 37, odst. 1)

Při odkladu povinné školní docházky je rodičům doporučeno ředitelem školy vzdělávání jejich dítěte v přípravném ročníku základní školy nebo posledním ročníku mateřské školy. (školský zákon, § 37, odst. 4)

Další možností edukace dítěte s kombinovaným postižením jsou **základní školy praktické**. Pokud je stupeň postižení těžší, je možné dítě vzdělávat v **základní škole pro určitý typ postižení**, kam jej opět řadíme podle dominujícího druhu postižení. (Kunhartová, M., 2012)

Základní školy speciální jsou určeny i žákům s těžkým kombinovaným postižením. Zde si žáci osvojují základní hygienické návyky, úkony spojené se sebeobsluhou, učí se orientovat v prostředí i ve vztazích a vytvářet pozitivní vztahy s okolím, komunikovat pomocí alternativních a augmentativních komunikačních systémů, rozvíjet pozornost, vnímat pomocí smyslů a poznávacích schopností. Základní školy speciální respektují speciální vzdělávací potřeby svých žáků a každý žák má svůj individuální vzdělávací plán. (Kunhartová, M., 2012; Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální (dále jen RVP ZŠS), 2008)

Edukace těchto žáků by měla být vždy realizována prostřednictvím individuálního vzdělávacího programu (IVP). IVP by měl vycházet z důkladné znalosti výchozího stavu, měl by přesně konkretizovat krátkodobé i dlouhodobé cíle, ale hlavně by měl obsahovat detailně specifikované speciální vzdělávací potřeby jedince a způsob jejich naplnění. (Ludíková, L., 2005, s. 13)

Podle Vítkové (2004) mají pedagogové uspokojovat u žáků s kombinovaným postižením tyto základní potřeby: potřebu zamezení hladu, žízní a bolesti, potřebu podnětů, změny a pohybu, potřebu jistoty, stability, pozitivních vztahů, potřebu něhy, uznání a sebeúcty, potřebu nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení.

Vzdělávání v základní škole speciální trvá deset ročníků, první stupeň je tvořen 1.-6. ročníkem a druhý stupeň 7.-10. ročníkem. Žáci s kombinovaným postižením,

vzdělávající se ve vzdělávacím programu základní školy speciální, mohou pokračovat v základním vzdělávání do dvacátého šestého roku věku. Žáci s kombinovaným postižením jsou vzdělávání podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. (RVP ZŠS, 2008, s. 7) Ukončením základního vzdělávání v základní škole speciální získá žák základy vzdělání. (školský zákon, § 45, odst. 2)

Stále dobíhá **Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy**, který se zaváděl jako alternativa ke vzdělávání na bývalých pomocných školách (dnešních základních škol speciálních). Jsou určeny pro žáky, kterým je diagnostikováno těžké a hluboké mentální postižení, tedy i pro žáky s kombinovaným postižením, pokud je jim diagnostikováno výše zmíněné postižení, pak mohou program využívat na základních školách speciálních. (Křížkovská, P., 2012)

Děti s hlubokým mentálním postižením mohou **plnit jiným způsobem povinnou školní docházku**, kterou zajišťuje krajský úřad, a to na základě vyjádření a doporučení školského poradenského zařízení a praktického lékaře. Krajský úřad pověřuje základní školu speciální nebo speciálně pedagogické centrum zajištěním metodické a pedagogické podpory při vzdělávání těchto žáků. Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením při jiném způsobu plnění povinné školní docházky se realizuje, pokud nepříznivý zdravotní nebo psychický stav dítěte nedovoluje docházku do školy (u žáka je přítomno kombinované postižení, závažné tělesné postižení, případně zásadní zdravotní obtíže). (Křížkovská, P., 2012)

Žáci s kombinovaným postižením mohou pokračovat ve vzdělávání na střední školu. A to na **praktickou školu** pro určitý typ postižení. Většinou jdou na praktickou školu, která je určena pro studenty s mentálním postižením. Praktická škola může být jednoletá nebo dvouletá. Jednoletá praktická škola je určena absolventům základní školy speciální. Vzdělávání na praktické škole je zaměřeno více na jednoduché činnosti v oblastech praktického života a tyto dovednosti dále využívají v dalším vzdělávání v rámci celoživotního učení. Dvouletá praktická škola je určena absolventům základní školy praktické (žákům s lehkým mentálním postižením v kombinaci s postižením jiným). Vzdělávání je rovněž zaměřeno na praktické činnosti s důrazem na rozšíření všeobecného vzdělání, získání základních pracovních návyků, přípravu na profesní uplatnění. Získané dovednosti mohou studenti využít v dalším vzdělávání. (Křížkovská,

P., 2012; Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola jednoletá, 2009; Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola dvouletá, 2009)

Další střední školou jsou **odborná učiliště**. Uchazeči o studium musí být alespoň částečně manuálně zruční a nesmí mít těžší mentální postižení. Odborná učiliště nejsou vhodná pro žáky s těžkým kombinovaným postižením. Jsou různě rozmístěná po celé České republice. V Praze je přímo Odborné učiliště pro žáky s více vadami (více na: <http://specou.cz/>). (Kunhartová, M., 2012)

Po povinné školní docházce se osoby s kombinovaným postižením vzdělávají v rámci **celoživotního vzdělávání**. Jednotná definice celoživotního učení nebo vzdělávání neexistuje. Podle Vychové (2008) je možné ho vymezit jako „*veškeré aktivity vedoucí k získávání, rozšiřování, obnovování a zdokonalování znalostí, dovedností, zvyšování kvalifikace a osvojování nejnovějších poznatků během celého života jedince bez ohledu na místo, způsob a průběh realizovaných činností*“.

Celoživotní vzdělávání probíhá různými způsoby a to: formálním vzděláváním, neformálním vzděláváním a informálním vzděláváním. Vědomosti, které člověk získává ve škole, patří do formálního vzdělávání, tzv. školského vzdělávání, jehož funkce, cíle, obsah a způsoby hodnocení jsou vymezeny zákonem. Neformálním vzděláváním se získávají znalosti a dovednosti mimo formální (školský) vzdělávací systém. Toto vzdělávání probíhá v rámci kurzů, přednášek, školení, volnočasových aktivit atd. Neformální vzdělávání nevede k získání oficiálního dokladu o ukončeném vzdělání. Tyto dva zmíněné způsoby osvojování a získání znalostí a dovedností lze označit za vědomé a záměrné vzdělávání. K informálnímu vzdělávání dochází při výkonu každodenních činností jedince, souvisejících s jeho prací, rodinou nebo trávením volného času. Toto vzdělávání není úmyslné. Člověk si neuvědomuje, že se vzdělává, např. při práci na internetu, poslouchání rádia, četbou knih, luštěním křížovek apod. Jde spíš o učení, které nemá žádnou organizovanou formu, je nesystematické a institucionálně nekoordinované. (Sayoud Solárová, K., 2011; Krejčířová O., 2013)

Celoživotní vzdělávání u dospělých jedinců s kombinovaným postižením se uskutečňuje převážně v neziskových organizacích v rámci sociálních služeb kam patří denní (týdenní) stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Tyto služby podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění, zajišťují pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně

nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (podrobnější informace o základních činnostech těchto služeb jsou ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Jejich úkolem je komplexně se o uživatele postarat a zároveň ho podporovat v rozvíjení jeho schopností, dovedností a sociálních kontaktů (Kunhartová, M., 2012). Uživatel buď přijede ráno a odpoledne odjede domů (denní stacionář), nebo tam tráví celý týden a domů jezdí na víkend (týdenní stacionář), případně je tam celý rok a jezdí domů jen některé dny v roce (domov pro osoby se zdravotním postižením).

Edukace dětí, žáků a studentů s kombinovaným postižením od mateřské školy po školu střední se řídí platnou legislativou. Ve vzdělávání dospělých osob s kombinovaným postižením není žádný ucelený systém institucí vzhledem k různorodosti této skupiny a individuálním cílům i potřebám každého jedince. Celoživotní vzdělávání u dospělých jedinců probíhá hlavně v neziskových organizacích nabízejících různé aktivity, které podporují získávání a osvojování schopností a dovedností, kam patří např. rozvoj sociálních dovedností. Výchova a vzdělávání patří do oblasti pedagogické rehabilitace, která je součástí ucelené rehabilitace a dále je popsána v následující kapitole.

2.5. Ucelená rehabilitace u osob s kombinovaným postižením

Pojmenování kapitoly ucelená rehabilitace je z důvodu použití v českých odborných literaturách a z důvodu mezinárodního využití. Dalšími výrazy pro ucelenou rehabilitaci se používají komprehenzivní (např. Jesenský) nebo komplexní (např. česká legislativa) rehabilitace. V několika zdrojích se uvádí, že pojem ucelená rehabilitace je překladem anglického termínu *comprehensive rehabilitation*. Výraz *comprehensive* se překládá jako úplný, ucelený nebo celkový. Tato kapitola je pojatá spíše z obecného hlediska o jednotlivých složkách ucelené rehabilitace a zmínkách o osobách s kombinovaným postižením v těchto oblastech.

„Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969 včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravot-

ním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.“ (Votava, J. et al., 2003, s. 14-15)

O ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, pokud důsledky nemoci nebo postižení nemohou být řešeny jen zdravotnickými prostředky a stav je dlouhodobý či trvalý, tedy nemoc nebo postižení nelze léčbou úplně odstranit. (Votava, J. et al., s. 14)

Novosad (2009, s. 91) říká, že do ucelené rehabilitace patří opomíjená habilitace jako proces „prvotváření“ schopností u osob s vrozeným nebo velmi časně získaným postižením. Podle něho bývá habilitace propojena s ranou péčí, např. ve Švédsku je raná péče vykonávána v regionálních habilitačních střediscích.

Jesenský (2000, s. 89) rozděluje komprehensivní rehabilitaci na léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou rehabilitaci.

Léčebná rehabilitace užívá léčebných metod a je zaměřena na stabilizaci stavu pacienta a na odstranění postižení a funkčních poruch. U osob s kombinovaným postižením se léčba zaměřuje na zmírnění zdravotních obtíží i projevů postižení pomocí operačních zákroků, medikace (farmakoterapie), fyzioterapie (nápravná cvičení, různé druhy masáží apod.), ergoterapie (návčik sebeobsluhy, procvičování motoriky a senzomotoriky atd.), zooterapie (hipoterapie, canisterapie), expresivní terapie (arteterapie, muzikoterapie), kompenzačních pomůcek (vozíky, chodítka, upravené přístroje aj.) a dalších možných léčebných prostředků. (Jakobová, A., 2007; Novosad, L., 2009)

Sociální rehabilitace navazuje na rehabilitaci léčebnou a bezprostředně na ni následuje pedagogická a pracovní rehabilitace. Sociální rehabilitace probíhá celoživotně a jejím cílem je dosáhnout maximální možné samostatnosti, soběstačnosti a nejvyššího stupně socializace. Zaměřuje se hlavně na překonání informačního deficitu, rozvoj samostatnosti a rozvoj společenského uplatnění. Uplatňuje metody reedukace¹⁴, kompenzace¹⁵ a akceptace vady. Více o sociální rehabilitaci v kapitole 4. (Jakobová, A., 2007; Novosad, L., 2009)

Pedagogická rehabilitace není zakotvená v žádném platném právním předpise, ale obsahem odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky. Jejím cílem je dosažení maximálně možného

¹⁴ **Reedukace** je rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností. (Jakobová, A., 2007, s. 39)

¹⁵ **Kompenzace** je náhrada postižené funkce jinou nepostiženou funkcí. (Jakobová, A., 2007, s. 39)

vzdělání jedinců, jejich samostatnosti a socializace. Zaměřuje se na oblast výchovy, vzdělávání, přípravy na život a povolání, rozvoj soběstačnosti, schopností i nadání jedince. Mezi její prostředky patří edukace, reedukace, kompenzace, stimulace, vytváření individuálních vzdělávacích plánů a jejich realizace, uskutečňování programů celoživotního vzdělávání pro dospělé atd. Osoby s kombinovaným postižením využívají v pedagogické rehabilitaci v době dětství a dospívání ve školách podpůrná opatření, kam patří např. předměty speciálně pedagogické péče (logopedická péče – komunikace pomocí alternativních a augmentativních systémů komunikace, práce s informačními technologiemi, prostorová orientace a samostatný pohyb, rehabilitační tělesná výchova, sebeobsluha,...), kompenzační pomůcky (vozík, upravené psací potřeby, využívání speciálně upraveného hardwaru a softwaru, atd.), architektonická úprava prostředí, snížení počtu žáků ve třídě, asistent pedagoga apod. Pedagogická rehabilitace u dospělých s kombinovaným postižením probíhá v rámci celoživotního vzdělávání, které se uskutečňuje v kurzech a rekvalifikacích, v neziskových organizacích pomocí sociálních služeb. (Jakobová, A., 2007; Novosad, L., 2009; Sayoud Solárová, K., 2011; Votava, J. et al., 2003)

Pracovní rehabilitace má za cíl uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce. Snaží se o obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost nebo jsou práce neschopni. Práce patří mezi základní potřeby člověka (potřeba aktivity), a pokud není tato potřeba uspokojena, tak dochází k frustraci, případně až ke stresové situaci. (Jankovský, J., 2006, s. 33) Pracovní rehabilitace podle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, v platném znění, (§ 69, odst. 2) *„je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené.“* Osoby s kombinovaným postižením se mohou pracovním uplatnit v tzv. chráněných pracovních dílnách, jejichž výrobní program je uzpůsobený zdravotnímu stavu a konkrétním pracovním možnostem, a upravený zvláštními předpisy a normami (např. práce za podpory asistenta). (Jankovský, J., 2006, s. 34) Pro osoby s těžkým kombinovaným postižením jsou uzpůsobeny sociálně terapeutické dílny, které patří do sociálních služeb. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jsou sociálně terapeutické dílny *„ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora*

zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.“ (§ 67, odst. 1) Chráněných pracovních dílen a sociálně terapeutických dílen je v České republice nedostatek i pro osoby s „jedním“ postižením natož pro jedince s kombinovaným postižením.

Novosad (2009) v ucelené rehabilitaci vyčleňuje kromě čtyř výše zmíněných složek rehabilitace dále rehabilitaci psychologickou, rodinnou a volnočasovou.

Psychologická rehabilitace usiluje o to, aby se člověk s postižením smířil se změnou zdravotního stavu, snažil se o změnu v sebehodnocení a životní orientaci. Může zahrnovat individuální i skupinovou psychoterapii, aplikovanou psychoterapii (muzikoterapii, arteterapii, atd.), nácvik komunikace s druhými, podporu při řešení problémů v mezilidských vztazích i sebepojetí člověka s postižením. (Novosad, J., 2009, s. 93-94) Tato rehabilitace bývá často součástí rehabilitace léčebné. Odborníci z řad psychologů a psychiatrů často vyšetřují jedince s kombinovaným postižením z důvodů medikace ovlivňující jejich chování (např. na zlepšení pozornosti a paměti, odstraňování snah o sebepoškozování, agresi apod.).

Novosad (2009, s. 95) poznamenává, že **rodinná rehabilitace** „*se zaměřuje na podporu, obnovu nebo nápravu rodinných vztahů postiženého, pomoc pečujícím rodinám, zajištění potřebných služeb apod.*“

Volnočasová rehabilitace u osob s kombinovaným postižením je zaměřená na využití volného času pomocí zájmů a „koníčků“, sportu, kulturních akcí apod. Může poskytovat příležitosti k různým zážitkům, k navozování nových kontaktů atd. (Novosad, L., 2009, s. 95) V rámci volnočasové rehabilitace si lidé zdokonalují své schopnosti (např. orientaci v prostředí, jemnou i hrubou motoriku), ale především rozvíjejí svou osobnost. Při smysluplném využívání volného času jedinci s kombinovaným postižením předcházejí negativním sklonům, např. k pasivitě. (Votava, J., 2003, s. 97-98)

Při provázání jednotlivých složek ucelené rehabilitace dochází ke správnému rozvoji osob s kombinovaným postižením a k získání, popřípadě znovuzískání, a upevnění co možná nejvyšší samostatnosti a soběstačnosti. Protože se na ucelené rehabilitaci podílí celá řada odborníků, tak mohou jedinci s kombinovaným postižením rozvíjet schopnosti a dovednosti po celý život. S pomocí fungující ucelené rehabilitace

získávají lidé s kombinovaným postižením vlastní roly ve společnosti a aktivně se podílejí na dění ve svém životě.

Druhá kapitola se zaměřila na podporu, edukaci a ucelenou rehabilitaci osob s kombinovaným postižením. V České republice není dosud legislativně řešena podpora, edukace a dílčí složky rehabilitace v rámci ucelené rehabilitace. Jednotlivé zákony řeší životní situaci osob s kombinovaným postižením jen dílčími nástroji a nekomplexně. Různí odborníci se proto musí snažit o provázanost a ucelené řešení kombinovaného postižení, které zasahuje do všech složek osobnosti člověka a jeho společenského uplatnění. Pokud je osobám s kombinovaným postižením věnována dlouhodobá péče ať už odborná, rodinná, případně legislativní podpora, tak je po delším časovém úseku vidět rozvoj a pokrok v jejich schopnostech a dovednostech.

3. Zanedbaná péče a možnosti řešení

Pojem zanedbávání je jakýkoliv nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu ve vývoji jedince a nebo ho ohrožuje. (Hadj-Mousová, Z., Provazníková, H., Vaničková, E., 1995, s. 35) Zanedbaná péče patří do syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte¹⁶. Zdravotnická organizace Rady Evropy označuje tento syndrom zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect). Formy a projevy syndromu CAN jsou uvedeny v tabulce v příloze E.

Dunovský (1995 a, s. 24) definuje syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako „*jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuj tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.*“

Zanedbávání má dlouhodobý charakter, který se projevuje v různých formách a podobách. Rozlišuje se (Hudecová, A., 2010; Vlčková, M., 2000):

- **zanedbání tělesné** – sem patří nedostatečná výživa, osobní hygiena (např. dítě se nenaučí běžným hygienickým návykům), zdravotní péče, nepřiměřené oblečení, dohled a ochrana před úrazy, nedostatky v bydlení atd.
- **zanedbání výchovy a vzdělání** – dítěti chybí nedostatek podnětů pro rozvoj jeho schopností a dovedností, rodiče se nezajímají o výchovu svého dítěte apod.
- **zanedbání emocionální** – nebo-li psychická deprivace, jde o neuspokojení psychických potřeb dítěte – potřeba lásky, jistoty a projevů náklonnosti ze strany rodičů. Dlouhodobé neuspokojování psychických potřeb se promítá do různých oblastí vývoje dítěte. Výrazné je opoždění vývoje řeči, sociální dovednosti a nerozvinutá citlivost.

Vedle zanedbávání určité oblasti života a potřeb dítěte existuje i úplné zanedbávání ve všech jeho základních sférách života. Jedinec žije v absolutně nevyhovujících podmínkách, často úplně izolovaně od okolního světa. Za takového předpokladu dítě trpí, jak tělesně, tak i duševně. (Vlčková, M., 2000, s. 87)

Zanedbanou péčí a psychickou deprivací jsou více ohroženy děti s postižením nebo s nemocí, děti psychomotoricky opožděné, neobratné, s odlišnou reaktivitou

¹⁶ Historický vývoj pojmu je dostatečně popsán v knize *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* od Jiřího Dukovského et al. na s. 15-19.

v útlém věku – děti dráždivé, plačtivé, neklidné, ale i děti pasivní nebo děti s tzv. „obtížným temperamentem“ (hyperaktivní, impulzivní, málo přizpůsobivé atd.). (Matoušek, O., 1997; Krejčířová, D., Říčan, P. et al., 2006)

Zanedbávání patří do pasivního přístupu rodičů k dítěti, nezájmu a nedostatku starostlivosti o něj. Zabezpečování potřeb dítěte je ovlivněné tím, jaké jsou požadavky a normy společnosti jako celku, ale i požadavky a normy užšího společenství (náboženského, etnického), ke kterému se společnost nebo etnikum hlásí, a které hodnoty uznává. Pokud jsou normy a hodnoty užší společnosti v rozporu se zájmy dítěte, pak v případech ohrožení dítěte jsou uznávány prioritní hodnoty a normy společnosti jako celku. (Hudecová, A., 2010, s. 247-248)

Kapitola se dále zabývá legislativou zaměřenou na problematiku zanedbané péče a tresty za její vykonání, charakteristickými projevy u osob po zanedbané péči a důsledky tělesného, výchovného a vzdělávacího i emocionálního zanedbání. V závěru kapitoly jsou představeny možnosti řešení zanedbané péče.

3.1. Legislativní vymezení

Text v této kapitole je zaměřen na legislativu vztahující se k zanedbané péči. Nejvíce se jí zabývá trestní zákoník, který zajišťuje ochranu jedincům před týráním svěřené osoby, ohrožením výchovy, omezením nebo zbavením osobní svobody a zanedbání povinné výživy. Vymezuje i trestný čin nepřekážení trestného činu a neoznámení trestného činu. Rodinné právo souvisí se zanedbanou péčí v souvislosti s rodičovskou zodpovědností, jmenováním opatrovníka dítěti a ústavní výchovou. Dále se text zabývá omezením svéprávnosti podle občanského zákoníku, pokud zanedbaným jedincem je osoba, která se v dospělosti nedokáže postarat sama o sebe z důvodu mentálního postižení.

V roce 1991 přijala Česko-slovenská federativní republika Úmluvu o právech dítěte, kterou se zavázala respektovat a zabezpečit práva každého dítěte. Touto Úmluvou jsme neustále vázáni.

Ochranu rodiny a všech osob v České republice zakotvuje Listina základních práv a svobod. Podle článku 32 odst. 1 je rodičovství a rodina pod ochranou zákona, přičemž je zaručena zvláštní ochrana dětí a mladistvých.

Konkrétní ochranu jedinců před vážnými negativními vlivy a zásahy, včetně právního zajištění dítěte s CAN poskytuje trestní zákon (Sovák, Z., 1995, s. 185). Podle

zákona č. 40/2009 Sb., § 13 odst. 2 (dále jen trestní zákoník) je „*k trestní odpovědnosti za trestný čin třeba úmyslného zavinění, nestanoví-li trestní zákon výslovně, že postačí zavinění z nedbalosti*“.

Ochranu nezletilých dětí před **týráním svěřené osoby** zajišťuje trestní zákoník v § 198. Pachatel, který týrá osobu svěřenou v jeho péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let. Odnětím svobody na dva roky až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin zvláště surovým nebo trýznivým způsobem; způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví; spáchá-li čin na více osobách; nebo pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu. Jinak pachatel bude potrestán odnětím svobody na pět až dvanáct let, způsobí-li týráním těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob, nebo smrt. Zpřísnění trestního postihu lze u trestného činu vraždy podle § 140 trestního zákoníku, kdy pachatel úmyslně usmrtil osobu mladší než patnáct let (opodstatňuje § 140 odst. 3 písm. c), i uložení výjimečného trestu, včetně maximálního trestu odnětí svobody na doživotí (trestní zákoník, § 54, odst. 1 a 3).

Ze samotného znění trestního zákona plyne, že ochrana před týráním svěřené osoby se poskytuje nejen nezletilým dětem, ale i osobám zletilým, které jsou z jakéhokoliv důvodu odkázány na péči jiných osob. Důvodem může být nemoc, stáří, zdravotní postižení atd. Pachateli uvedeného deliktu mohou být nejen rodiče, ale i učitelé, vychovatelé, ošetřovatelé, přátelé či známí rodičů, ale i jiné osoby, jejichž vztah k týranému je zcela náhodný. (Sovák, Z., 1995, s. 186)

Vymezení samotného pojmu „*týráním*“ pro účely trestního práva „*je zlé nakládání se svěřenou osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti i bezcitnosti a určitou trvalostí, která tato osoba pociťuje jako těžké příkoří*“ (Drašík, A., Hasch, K., 2011, s. 466-467). Trvalost pachatelova jednání se posuzuje v závislosti na intenzitě zlého nakládání, a přitom nemusí být toto jednání soustavné. Soudy ve své rozhodovací činnosti odůvodňují, že týráním svěřené osoby ve smyslu znaků trestného činu podle § 198 trestního zákoníku se může stát opomenutí povinné péče (více trestní zákoník, § 112), k níž byl pachatel povinen, jestliže například jemu svěřená osoba nebyla vzhledem ke svému věku schopna postarat se sama o sebe. Viník zanedbal osobní hygienu dítěte, zdravotní péči, neposkytl přiměřenou stravu apod. (Drašík, A., Hasch, K., 2011, s. 467)

Osoba, která se dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin týrání svěřené osoby podle § 198 trestního zákoníku, a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, může být potrestána odnětím svobody až na tři roky podle § 367 odst. 1 trestního zákoníku za trestný čin **nepřekazení trestného činu**. Pokud osoba nemohla trestný čin týrání svěřené osoby překazít bez značných nesnází nebo aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedla v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, jiné závažné újmy nebo trestního stíhání, tak není trestně stíhaná (trestní zákoník, § 367, odst. 2).

Stejně podmínky ve výše zmíněném odstavci platí i za trestný čin **neoznámení trestného činu** podle § 368 trestního zákoníku, pokud se dozví, že jiný spáchal trestný čin týrání svěřené osoby a bezodkladně to neoznámí státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu.

Za **osobu blízkou** se podle § 125 trestního zákoníku rozumí „*příbuzný v pokolení přímém, osvojitel, osvojenec, sourozenec, manžel a partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké jen tehdy, kdyby újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní.*“

Dalším souvisejícím paragrafem se zanedbanou péčí v trestním zákoníku je § 201 **ohrožování výchovy dítěte**. Osoba, která, byť i z nedbalosti, ohrozí rozumový, citový nebo mravní vývoj dítěte tím, že závažným způsobem poruší svou povinnost o ně pečovat nebo jinou svou důležitou povinnost vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, bude potrestána odnětím svobody až na dva roky. Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude osoba potrestána, pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu, nebo spáchá-li takový čin opětovně, či získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.

Soud může nařídit jako nezbytné opatření **ústavní výchovu**, je-li výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav vážně ohrožen nebo narušen. Soud přistoupí k tomuto kroku jen tehdy, pokud předchozí opatření nevedla k nápravě. (zákon č. 89/2012 Sb., § 971, odst. 1) Ústavní výchova lze nařídit nejdéle na tři roky. Po uplynutí tří let lze ústavní výchovu prodloužit, jestliže důvody pro její nařízení stále trvají. Ústavní výchovu lze opakovaně prodloužovat vždy nejdéle na dobu tří let. (zákon č. 89/2012 Sb., § 972, odst. 1) „*Z důležitých důvodů může soud ústavní výchovu prodloužit až o jeden rok po dosažení zletilosti*“ (zákon č. 89/2012 Sb., § 974).

Pokud je jedinec se zanedbanou péčí částečně nebo úplně izolovaný od okolního světa, pachatel je trestně odpovědný za trestní čin **omezení osobní svobody** (trestní zákoník, § 171) nebo **zbavení osobní svobody** (trestní zákoník, § 170). Potrestání odnětím svobody se různí podle stupně závažnosti spáchaných u obou trestních činů.

Se zanedbanou péčí souvisí § 196 **zanedbání povinné výživy** (trestní zákoník). Podle trestního zákoníku se rozumí nejen neplnění výživného poskytovaného v penězích, ale i neplnění povinnosti vyživovat v naturální formě a povinnosti zaopatřovat dítě. Sem patří neposkytovat dítěti stravu, oblečení, bydlení, pečovat o jeho zdraví a čistotu, vykonávat nad ním dohled a opatřovat další prostředky potřebné pro jeho všestranný rozvoj. (Draštík, A., Hasch, K., 2011, s. 565)

Trvale nepříznivé následky neplněním povinné výživy nelze napravit nebo odstranit ani dodatečným zaplacením dlužného výživného, jedná-li se zpravidla o poškození tělesného nebo duševního zdraví oprávněné osoby (Draštík, A., Hasch, K., 2011, s. 566-567).

„Vyživovací povinnost a právo na výživné nejsou součástí rodičovské odpovědnosti; jejich trvání nezávisí na nabytí zletilosti ani svéprávnosti“ dítěte (zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění, § 859).

Podle rodinného práva, druhé části občanského zákoníku, oběma rodičům náleží **rodičovská odpovědnost** za dítě (zákon č. 89/2012 Sb., § 865). Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, patří sem péče o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, ochrana dítěte, udržování osobního styku s dítětem, zajišťování jeho výchovy a vzdělání, určení místa jeho bydliště, jeho zastupování a spravování jeho jmění. Rodičovská odpovědnost vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit pouze soud. (zákon č. 89/2012 Sb., § 858)

Pokud soud rozhodne o omezení rodičovské odpovědnosti, tak před rozhodnutím soud vždy posoudí, zda je vzhledem k zájmu dítěte nezbytné omezit právo rodiče osobně se stýkat s dítětem (zákon č. 89/2012 Sb., § 872).

„Je-li rodičovská odpovědnost rodičů omezena nebo je-li omezen její výkon, jmenuje soud dítěti opatrovníka.“ (zákon č. 89/2012 Sb., § 878, odst. 3)

V případě že soud jmenuje **opatrovníka**, uvede zejména, proč je opatrovník jmenován, zda a jak je omezena doba, po níž má funkci vykonávat, jaká jsou jeho práva

a povinnosti, i ve vztahu k dalším osobám, zda k některému právnímu jednání potřebuje souhlas soudu, zda a jak podává zprávy soudu, zda má právo na náhradu všech nebo některých nákladů a právo na odměnu (zákon č. 89/2012 Sb., § 945). Jestliže opatrovník spravuje jmění dítěte, odpovídá za řádné plnění své funkce soudu a podléhá jeho stálému dozoru (zákon č. 89/2012 Sb., § 950, odst. 1). Soudu musí podávat pravidelně zprávy o dítěti a jeho vývoji a předkládat účty ze správy jeho jmění, a to nejméně jednou za rok, neurčí-li soud období kratší (zákon č. 89/2012 Sb., § 934, odst. 2).

Pokud je jedinec zanedbáván z důvodu mentálního postižení a v dospělosti není schopen se sám o sebe postarat, tak pouze soud může **omezit svéprávnost** člověka (zákon č. 89/2012 Sb., § 56, odst. 1). K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka a jen v případě, že by mu jinak hrozila újma. Musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti. (zákon č. 89/2012 Sb., § 55) Soud jasně vymezí rozsah omezení schopností právně jednat u člověka s dlouhodobou duševní poruchou (zákon č. 89/2012 Sb., § 57, odst. 1). Současně soud při rozhodnutí o omezení svéprávnosti jmenuje jedinci opatrovníka (zákon č. 89/2012 Sb., § 62). Omezení svéprávnosti nezabavuje člověka samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života (zákon č. 89/2012 Sb., § 64).

Soud omezí svéprávnost člověka jen na určitou dobu, nejdéle na tři roky. Po uplynutí doby se člověku vrací plná svéprávnost. Pokud před skončením této doby dá někdo podnět k prodloužení doby omezení svéprávnosti, omezení nezaniká, ale soud věc znovu projedná a rozhodne, jak to bude dál. Vydání nového rozhodnutí nesmí trvat déle než jeden rok. (zákon č. 89/2012 Sb., § 59)

Z pohledu trestního zákoníku lze najít další související paragrafy se zanedbanou péčí, ale ty nejdůležitější zde byly sepsány. Celý problém zanedbané péče je podstatně hlubší a komplikovanější a cesty k jeho řešení by měly vést i mimo trestněprávní oblast, například formou prevence zaměřenou na celou rodinu. V souvislosti s praktickou částí bylo důležité vymezit pojmy uvedené v této kapitole.

3.2. Charakteristické projevy u osob po zanedbané péči

Problematika v této kapitole vymezuje charakteristické projevy u osob po zanedbané péči. Nejdříve je popsán rozdíl mezi zanedbávaným a týraným dítětem, dále posttraumatická stresová porucha způsobená prožitým traumatem ze zanedbané péče. Poté jsou objasněny důsledky tělesného, výchovného, vzdělávacího a emocionálního zanedbání.

Podle Matouška (1997, s. 98) zanedbávané děti prosperují hůře než děti, které jsou fyzicky týrané. Protože u zanedbávání nedochází k žádné interakci mezi rodičem a dítětem, rodiče si nevšímají ani základních potřeb svého dítěte. Zato agresivní rodič je sice schopen způsobit dítěti vážný úraz, ale pořád ještě na dítě reaguje. Dítě se může od rodiče něčemu naučit a přijímat ho za vzor. Týrané děti mohou se svými vrstevníky držet krok ve vývoji rozumových schopností. (Matoušek, O., 1997, s. 98)

V případě že malé dítě pro rodiče jakoby neexistuje, je jeho stav srovnatelný s pozicí vězně na samotce. Zanedbávané dítě nemá dostatek příležitostí, aby se naučilo základní společenské dovednosti. Nemá dost podnětů, aby mohlo rozvíjet svůj intelekt. *„Mluví-li s ním rodič málo, dítě se opoždí ve vývoji řeči. Zanedbávané děti jsou hůře živeny a jsou nemocnější než jejich přiměřeně vychovávaní vrstevníci. Trpí pohybovými automatismy, které jim mají vynahradit chybějící podněty. Vůči okolí projevují málo zájmu, špatně navozují kontakty s cizími lidmi. Hůře se soustřeďují. Stav apatie je u nich někdy střídán stavem náhlého oživení (skáčou, křičí, do něčeho buší), jenž nemá dlouhé trvání a přechází zase do stavu apatie. Zanedbávané děti mají nedostatečný soucit s bližními, necítí vinu při přestupku proti obecným zásadám morálky. ... Na neúspěch či frustraci reagují většinou agresivně. Tyto popisy odpovídají dětem extrémně zanedbávaným.“* (Matoušek, O., 1997, s. 98)

Když rodiče zanedbávají dítě jen v určité oblasti života a potřebách, potom je následné zpoždění dětského vývoje méně výrazné a jeho znevýhodnění ve srovnání s vrstevníky mohou být snadněji přehlédnuty. Matějček pro zanedbávání dítěte v určité oblasti života a potřebách označuje termínem *subdeprivace*. (Matoušek, O., 1997, s. 98)

Subdeprivace je mírnější variantou deprivacních zkušeností, která je v současné společnosti mnohem častější. Je obtížněji identifikovatelná a zanedbávanému dítěti se nedostane potřebné pomoci. Částečně dysfunkční rodiny, které plní nějaké své

povinnosti velmi dobře, nebývají navenek nápadné. Například mají děti dobré materiální zabezpečení, zajištěné dobré vzdělání, ale strádají v citové oblasti. (Vágnerová, M., 2008, s. 603)

U zanedbávaného dítěte se může objevit **posttraumatická stresová porucha**, která vzniká následkem po prožitém traumatu. Tato porucha je uvedena v mezinárodní klasifikaci nemocí v kapitole F pod číslem 43.1. Obtíže spojené s touto poruchou mají vliv na chování dítěte, jeho školní přizpůsobivost, sociálního chování i mezilidských vztahů. (Dunovský, J., Spilková, J., 1995, s. 55) „*Mezi kritéria této poruchy patří: stále se vracející sny o traumatu, halucinace, iluze, psychogenní amnézie¹⁷, náhlá ztráta zájmu o cokoli, ztráta určitých dovedností, neschopnost cítit lásku, pesimistické vidění budoucnosti, příznaky, které se nevyskytovaly před úrazem – nadměrná ostražitost, nespavost, špatná koncentrace, zvýšená přecitlivělost na nepatrné podněty (pocení, třes, palpitace¹⁸, slzy)*“ (Famularo, R., 1994).

Zanedbání tělesné

Tělesné zanedbávání, nebo-li tělesné týrání pasivního charakteru, je nedostatečné uspokojování alespoň těch nejdůležitějších tělesných potřeb jedince, a to i v návaznosti na psychické a sociální potřeby (Dunovský, J., 1995 c, s. 59).

Nedostatečná výživa se projevuje ve výrazné podváze a v nejtěžších případech i v zástavě růstu. Může způsobit různá onemocnění, např. dystrofii¹⁹ či atrofii²⁰. (Dunovský, J., 1995 c, s. 59) Nedostatek výživy často provázejí kareční stavy (Dunovský, J., 1995 c, s. 59), což jsou chorobné stavy organismu vyvolané nedostatkem některých ve výživě nezbytných látek, jako jsou vitamíny a bílkoviny (Kraus, J., Petráčková, V. et al., 2001, s. 374).

Odmítání lékařské zdravotní péče je v České republice výjimečné. Méně vzácně se objevuje odpírání preventivní péče, včetně očkování, i když je u nás povinné. Nevědomé odmítání zdravotní péče je záležitostí spíše nepochopení a neporozumění případné vážnosti stavu dítěte. Jiné situace vyplývají tam, kde rodiče či jiné osoby

¹⁷ **Psychogenní amnézie** je ztráta paměti způsobená duševním stresem. (Kraus, J., Petráčková, V. et al., 2001, s. 47 a 633)

¹⁸ **Palpitace** neboli bušení srdce. (Kraus, J., Petráčková, V. et al., 2001, s. 559)

¹⁹ **Dystrofie** je „*chorobný stav způsobený poruchou výživy tkání, poruchou látkové výměny se změnami vzhledu a činnosti buněk*“. (Kraus, J., Petráčková, V. et al., 2001, s. 183)

²⁰ **Atrofie** je zmenšení normálně vyvinutého orgánu, tkáně, buňky. „*Vzniká z hladovění při nedostatku potravin nebo proto, že potrava nemůže být přijímána a zužitkována, z omezeného přívodu krve, či z nečinnosti některého orgánu.*“ (Sovák, M. et al., 2000, s. 38)

způsobili dítěti nějakou újmu na zdraví, bojí se právních následků svého činu, a proto s ním nejdu k lékaři. Doufají ve spontánní uzdravení dítěte, i když mu nejsou schopni poskytnout první pomoc. Sem patří i situace, kde rodiče nezabezpečují dítěti kvalitní hygienickou péči, dostatek ochrany, něhy a lásky, která je rozhodující hlavně v časném období po narození a na níž je existence dítěte i závislá. (Dunovský, J., 1995 c, s. 61-62)

Nedostatečná ochrana a dohled rodičů spočívá v tom, že dítě opakovaně padá ze schodů, polyká škodlivé látky, dítě se musí starat o jiné dítě, nebo je necháváno samo doma, v autě, na ulici (Dunovský, J., Spilková, J., 1995, s. 55).

Do nedostatků v domácnosti patří zdravotně závadné podmínky (lidské, zvířecí výkaly, odpadky), nedostatečné vytápění, nebezpečí ohně, místo na spaní je chladné, špinavé atd. Oblečení dítěte neodpovídá momentálnímu počasí. (Dunovský, J., Spilková, J., 1995, s. 55)

Nejhorší situace vyplývá z kombinace nedostatků péče o dítě v oblasti fyzické s nedostatky psychickými a sociálními. Bezprostřední důsledky takových spojení mohou neobyčejně těžce postihnout dítě či dokonce způsobit smrt. (Dunovský, J., 1995 c, s. 61)

Zanedbání výchovy a vzdělání

V důsledku nedostatečné stimulace a málo příležitostí k učení se může opozdit celkový psychický vývoj dítěte, především v oblasti rozumových schopností a socializace. Pokud je dítě výrazně zanedbávané, nemá možnost se přiměřeně rozvíjet a může se jevit jako mentálně postižené. Stav zanedbaného dítěte lze zlepšit, jestliže se dostane do podnětějšího prostředí, kde by se mohlo učit a rozvíjet. Možnost korekce závisí na věku, vrozených dispozicích dítěte, jeho celkovému zdravotnímu stavu i na době, po kterou žilo v takovém prostředí. (Vágnerová, M., 2008, s. 608)

Vágnerová (2008, s. 608) píše, že obecně platí „*čím déle bylo dítě od raného věku zanedbáváno, tím větší bude stupeň opoždění jeho vývoje*“.

U výchovně zanedbávaných dětí bývá opožděný vývoj řeči. Slovní zásobu mívají chudší i v pozdějším věku, neumějí správně používat osobní zájmena, hlavě zájmeno já (Vágnerová, M., 2008, s. 600). Mnoha sdělením ani dobře nerozumí a nenaučily se přiměřeně verbálně komunikovat. U těchto dětí se zastavuje rozvoj myšlení z důvodu neznalosti potřebných pojmů a nezkušenosti s různými způsoby řešení problémů. (Vágnerová, M., 2008, s. 608)

Další oblastí, ve které bývají zanedbávané děti opožděné, je socializace. Jejich chování je s ohledem na společenský standard nápadné. Jsou spontánní a neřídí se běžnými normami chování, protože neměly příležitost si je osvojit. Problémy mají i s rozlišováním sociálních rolí. S některými modely lidského chování se nesetkaly, a tudíž s ní nemají žádnou zkušenost. (Vágnerová, M., 2008, s. 608-609)

Chování výchovně zanedbávaných dětí je hodně motivováno snahou uspokojit aktuální potřeby. Pod vlivem zanedbávání se obvykle nerozvíjejí ani samotné potřeby, a tak v závažnějších případech jde o zastavení na úrovni přirozené sebezáchovy. Dítě si zafixuje způsoby chování, které jsou účelné a vedou k uspokojení jeho potřeb, ale z hlediska společnosti mohou být posuzované jako nežádoucí. Např. mezi nepřijatelné sociální způsoby patří krádež jídla nebo jeho vyžebření. (Vágnerová, M., 2008, s. 609)

Sociální deprivace může být kombinována i s emočním strádáním. Tyto děti mohou odmítat jakýkoliv kontakt s cizími lidmi, bývají apatičtí a používají autostimulaci nejrůznějšího druhu (např. kývání). Mohou používat jako svou obranu agresivní výbuchy, kterými reagují na situaci, s níž si nevědí rady. (Vágnerová, M., 2008, s. 610)

„Důsledky výchovného zanedbávání se projevují i v dospělosti, tyto lidé nemají dostatečně rozvinuté všechny potřebné kompetence, mají nízké vzdělání a z toho vyplývající různé sociálněadaptační potíže. Často nejsou schopni zvládnout přijatelným způsobem ani jednu ze základních sociálních rolí.“ (Vágnerová, M., 2008, s. 610)

Nízké vzdělání způsobuje, že tyto jedinci získají nejhůře placenou práci nebo jsou nezaměstnaní. Svoji nízkou ekonomickou úroveň nejsou schopni zlepšit. Mají tendence k sociální izolaci a udržování se v minoritní sociokulturní vrstvě. Obvykle si volí a akceptují partnera, který je na podobné úrovni jako oni. Jejich životní styl je velmi zjednodušený, hlavním cílem je primitivní způsob uspokojování vlastních potřeb. Většinou nedokáží plnit rodičovskou roli a pro své děti neumí nevytvořit kvalitní výchovné prostředí. Proto je pravděpodobné, že své děti budou zanedbávat, čímž se zvýší riziko, že podobný typ chování se přenesení na další generace. (Vágnerová, M., 2008, s. 610)

Zanedbání emocionální

Pokud není potřeba citové jistoty a bezpečí uspokojována v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu, vzniká tím citová deprivace (Langmeier, J., Matějček, Z.,

1974 b). Deprivace neboli strádání v důsledku nedostatečného uspokojování významných potřeb může zásadním způsobem poškodit další vývoj osobnosti jedince (Vágnerová, M., 2008, s. 597). Citová deprivace je součástí **psychické deprivace**, která je definována jako „stav, kdy člověk nemá dlouhodobě dostatečnou příležitost k uspokojení některé ze svých základních psychických potřeb“ (Langmeier, J., Matějček, Z., 1974 a). Což nejčastěji zahrnuje potřeby citového přijetí, lásky a bezpečí, potřeby stimulace, potřeby sociálních společenských vztahů a potvrzení vlastního sociálního významu (Krejčířová, D., Říčan, P. et al., 2006; Hadj-Mousová, Z., Provazníková, H., Vaníčková, E., 1995).

Citová deprivace je způsobena nedostatkem specifických emočních podnětů, absencí stabilního a spolehlivého vztahu s mateřskou osobou a z toho vyplývající narušení jistoty a bezpečí. Tato deprivace nepříznivě ovlivňuje další vývoj osobnosti jedince a projevuje se změnami v jeho prožívání, uvažování a chování. Působí na různé osoby odlišně, podle toho, jaké mají genetické dispozice, primární zkušenost a možnost získat nějaký náhradní zdroj citové podpory. Tito jedinci nedokáží porozumět významu vlastního chování a často i chování jiných lidí. Mívají primitivní a povrchní vztahy k lidem, nízkou frustrační toleranci. Bývají citově otupělí, nedůvěřiví, někdy i nepřátelští a agresivní. Jsou dráždivější, výbušnější, mají tendenci reagovat zlostně. Obtížně se orientují ve vlastních pocitech. Postrádají empatii ve vztahu k sobě i k ostatními lidem, protože nezažili žádnou empatickou reakci respektující jejich pocity a potřeby. (Vágnerová, M., 2008, s. 597-599)

Citově deprivovaní jedinci nedokáží dobře rozlišovat různé projevy lidského chování a naučit se, co je pro konkrétní situaci nebo roli vhodné. Mají sníženou schopnost chovat se žádoucím způsobem a společnost na ně reaguje negativně. Jejich problémy v sociální interakci snižuje nepochybně pozitivní přijetí jiným člověkem a tím i možnost úpravy jejich negativní zkušenosti. (Vágnerová, M., 2008, s. 599)

Mezi nejčastější projevy chování a sociálních vztahů citově deprivovaných dětí patří (Krejčířová, D., Říčan, P. et al., 2006, s. 288-289):

- Sociální hyperaktivita – tyto děti velmi snadno a rychle navazují kontakt s dospělými a aktivně se dožadují jejich pozornosti, chybí jim strach z cizích lidí. Jejich vztahy zůstávají povrchní, u starších dětí jsou obvykle nápadné i velmi špatné vztahy k vrstevníkům, mnohokrát se přidružují poruchy chování. Tento

typ chování je zařazen i do mezinárodní klasifikace nemocí jako „desinhibovaná příchyllost v dětství“ (F94.2).

- Sociální provokace – část deprivovaných dětí se od batolecího věku domáhá pozornosti dospělých záměrnou provokací, běžné jsou agresivní projevy vůči druhým dětem i dospělým, destruktivní chování atd. Tyto děti bývají zvýšeně úzkostné a velmi nezralé.
- Útlumový typ – tyto děti jsou pasivní až apatické, typický je nedostatek jakékoliv iniciativy. Obvyklé bývá náhradní uspokojování citových a sociálních potřeb, nejčastěji nadměrným zaměřením na uspokojení potřeb biologických (jídlo, pohybové stereotypy apod.).

Emocionální zanedbávání nejvýrazněji zasahuje oblast sebepojetí a sebehodnocení (Hadj-Moussová, Z., Provazníková, H., Vaníčková, E., 1995, s. 27). V sebehodnocení se objevují dva extrémy: nerealistické „vytahování“, které je důsledkem přehnané aktivní obrany, a výrazné sebedoceňování spojené s nejistotou a obavami. Nízké sebehodnocení se projevuje sníženou sebedůvěrou a nedostatečnou sebeúctou, které vedou k hledání nějaké opory v silnější bytosti, ve vůdci nebo členství ve skupině, posilující jeho sebevědomí pomocí sdílené identity. (Vágnerová, M., 2008, s. 600)

Děti, které v dětství trpěly psychickou deprivací, mají v dospělosti časté potíže v navazování citových vztahů, nejednou vykazují závažné poruchy chování, asociální chování, mnohdy se nacházejí mezi drogově závislými jedinci. (Hadj-Moussová, Z., Provazníková, H., Vaníčková, E., 1995, s. 27)

Každý zanedbaný jedinec má různé projevy chování, prožívání a vlastní sebehodnocení. Závisí to na tom, zda byl zanedbáván jen v určité oblasti života a potřeb nebo měl ohrožen vývoj ve všech základních sférách života. Čím horší a delší bylo zanedbání, tím více bude mít jedinec opožděný vývoj. Důsledky této péče si jedinec nese po celý život a může přestat vnímat svět jako bezpečné místo. Jen z části lze přiblížit, jaký dopad zanedbaná péče způsobila u obou žen v praktické části bakalářské práce.

3.3. Možnosti řešení zanedbané péče

Možností jak řešit zanedbávanou péči je několik. Tato kapitola obecně popisuje různé způsoby řešení zanedbané péče u dětí se syndromem CAN a pouze jeden odstavec se snaží přiblížit východiska zanedbané péče u jedinců s postižením. Níže napsaný text se věnuje i důležité prevenci, tedy předcházení vzniku syndromu CAN.

Možnostmi řešení zanedbané péče se např. zabývá zákon o sociálně-právní ochraně dětí, zákon o rodině, občanský soudní řád, občanský zákoník, zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ad.

Odebrání dítěte z rodiny znamená velmi závažný zásah do rodinného života. Proto by mu měla předcházet kvalitní a intenzivní sociální práce zaměřená na podporu zachování rodiny, která směřuje k odvrácení odebrání dítěte z rodiny, případně napomáhá k jeho navrácení zpět rodičům. Výše zmíněnou sociální práci rodině poskytuje sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále orgán SPOD) nebo sociální pracovník centra pro sanaci rodiny²¹ (dále též CSR). (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011)

Odhalení a zjištění zanedbané péče u jedince probíhá především na základě oznámení nebo cíleného vyhledávání především prostřednictvím orgánů SPOD. Hlásit podezření na zanedbávání by měli také jednotlivci (např. sousedé, blízcí příbuzní, atd.), kteří jsou svědci špatného zacházení s dítětem, i další instituce (např. zdravotnická a školská zařízení, apod.). (Špeciánová, Š., 2003)

Po obdržení oznámení navazuje diagnostika, zjišťování a posuzování všech okolností v daném případě špatného zacházení s dítětem. Sociální pracovník orgánu SPOD provádí šetření v rodině, v místě bydliště dítěte, ve škole a ve školském zařízení, ve zdravotnickém zařízení nebo v jiném prostředí, kde se dítě zdržuje. Toto šetření se týká i rodičů či jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte a péči o něj. (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění, §52, odst. 1) Ze získaných informací a poznatků se vypracovává komplexní sociální, rodinná i osobní

²¹ **Sanace rodiny** neboli podpora rodiny. Cílem je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku. V sanaci rodiny pomáhají orgány sociálně-právní ochrany dětí, sociální služby a další opatření a programy, které se snaží směřovat k odvrácení možnosti odebrání dítěte mimo rodinu, k realizaci kontaktů dítěte s rodinou v průběhu jeho umístění do určitého zařízení nebo k umožnění jeho bezpečného návratu zpět domů. (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011, s. 18)

anamnéza, ve které je zjištěn současný stav i míra ohrožení dítěte. V této fázi je potřeba spolupracovat s orgány činnými v trestním řízení. (Špeciánová, Š., 2003, s. 127)

Dále se buď vyloučí nebo potvrdí zanedbaná péče u jedince. Pokud je syndrom CAN potvrzen, zahájí se intenzivní odborná práce s rodinou a dítětem. Vytvoří se multidisciplinární tým, který spolu spolupracuje, hledají a navrhnou optimální řešení konkrétní situace rodiny. (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011) V případě akutního problému u jedince následuje krizová intervence, která se zaměřuje na stabilizaci jeho zdravotního stavu po tělesné i psychické stránce. Zde je významná hned na začátku spolupráce sociálního pracovníka s lékařem i psychologem, který může poskytnout dítěti nutnou podporu, ale může též v budoucnu pracovat s celou rodinou, ve které se vyskytla některá forma zanedbané péče. (Špeciánová, Š., 2003, s. 125)

Mezi první řešení zanedbávané péče patří konzultace se sociálními pracovníky SPOD nebo CSR, kteří doporučí nejlepší možné řešení dané situace. Nejčastěji se případ řeší formou psychoterapie, nejvhodnější je rodinná terapie umožňující nejenom práci s dítětem, ale i s rodinou, jeho sociálním okolím. Tato terapie směřuje k rozvoji nových sociálních vzorců chování u dítěte i u rodičů, jenž umožňuje změnu jejich vzájemného vztahu. Cílem terapie je zamezení působení negativního vlivu na dítě a obnovení narušených funkcí rodiny. (Špeciánová, Š., 2003, s. 128-129) Trvání této pomoci bývá různě dlouhé, v závažnějších případech vždy několikaměsíční. Během nebo po terapii následuje dlouhodobé sledování dítěte a jeho rodiny. Podpora vychází ze snahy definitivně upravit narušené základní vztahy mezi členy rodiny. (Dunovský, J., 1995 b, s. 218)

Jestliže rodiče nechtějí spolupracovat se sociálními pracovníky i jinými odborníky z multidisciplinárního týmu, nesnaží se nijak zlepšovat ve své péči o dítě a pokračují v jeho zanedbávání, tak je velká pravděpodobnost, že jim bude dítě odebráno z jejich péče. Soud může nařídit předběžné opatření, na základě kterého je dítě v případech, kdy je vážně ohrožena jeho výchova, zdraví nebo život, odejmuto z péče rodičů. Dítě může být tímto rozhodnutím umístěno v rámci širší rodiny, do pěstounské péče na přechodnou dobu nebo do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Předběžné opatření je považováno za krajní řešení vážné situace dítěte. Toto opatření trvá po dobu 3 měsíců. Pokud před uplynutím této lhůty bylo zahájeno řízení ve věci péče o dítě, trvá

dokud, soud v této věci pravomocně nerozhodne. (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011, s. 116)

Moment oddělení dítěte od rodiny bývá často prvním okamžikem, kdy si rodič začne uvědomovat závažnost situace a kdy je možné začít pracovat s jeho motivací ke změně. Následně začínají rodiče spolupracovat s pracovníkem SPOD a je snaha o úpravu podmínek v rodině a přípravu návratu dítěte zpět domů. (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011, s. 117)

Po odebrání dítěte z rodiny rodiče o něho zájem buď nejeví nebo se naopak snaží o jeho navrácení. Nicméně bez následného pokusu změnit chování k dítěti jim přesto může soud omezit, pozastavit nebo zbavit rodičovskou odpovědnost²². Dále soud rozhoduje a hledá optimální formu náhradní výchovy²³: svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče, pěstounská péče, poručenství, osvojení (neboli adopce), ústavní výchova (dětské domovy pro děti do 3 let věku, dětský domov, dětský diagnostický ústav, výchovný ústav, domov pro osoby se zdravotním postižením, apod.).

Stejně se postupuje i u dětí s postižením, které jsou zanedbávané. U dospělých osob s postižením, které jsou z důvodu postižení odkázány na péči jiných osob, plyne podle zákona ochrana před týráním svěřené osoby. Většinou se pečující osoby nezvládají starat o dospělé jedince s postižením a z tohoto důvodu může docházet k jejich zanedbávání. I v této situaci se snaží sociální pracovníci dosáhnout spravedlnosti a vyřešit zanedbanou péči výše popsanými východiskami. Nejčastěji dochází k odebrání dospělého jedince s postižením od pečující osoby a z nařízení soudu jeho umístění do domova pro osoby se zdravotním postižením.

Účinnost prevence zanedbávání péče o dítě v rodině obvykle záleží na tom, v jaké fázi rodičovství a v jakém věku dítěte se podaří rodině nabídnout podporu a pomoc. Různé výsledky dokazují, že pokud je rizikovým²⁴ rodinám poskytnuta podpora, v době před narozením dítěte nebo krátce po něm a podpora v případě potřeby,

²² Při omezení rodičovské zodpovědnosti je dítěti ustanoven opatrovník a při pozastavení nebo zbavení rodičovské odpovědnosti je dítěti ustanoven poručník. Ve všech případech zůstává rodičům vyživovací povinnost k dítěti. (Fejt, V., Novotná, V., 2009, s. 70)

²³ Více informací o formách náhradní výchovy je v knihách: *Sociálně-právní ochrana dětí, Osvojení a pěstounská péče, Dítě v náhradní rodině potřebuje i vaši pomoc!, Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*, ad.

²⁴ Mezi **rizikové rodiny** lze považovat, např. pokud rodiče (nebo jeden z rodičů) žili v dětství v dysfunkční rodině, část života prožili v zařízení pro výkon ústavní výchovy, některé z dětí mají odebrané mimo rodinu, u některého z dříve narozených dětí dali souhlas k adopci, zneužívali drogy, alkohol atd. (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011, s. 19).

trvá i v raném věku dítěte, nemusí dojít k odebrání dítěte z rodiny z důvodů zanedbané péče. (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011, s. 103) Významnou úlohu při prevenci, detekci a následné péči o zanedbávané jedince mají též neziskové organizace působící na mnoha úrovních poskytování pomoci dětem a rodinám. (Špeciánová, Š., 2003, s. 138)

Předcházet vzniku zanedbávané péče znamená, aby vůbec k tomuto jevu nedocházelo. Proto má být prevence nejdříve zaměřená působením na širokou veřejnost, na rodiče a vychovatele i budoucí, na odborné pracovníky. (Matějček, Z., 1995, s. 103-104) Pokud již dojde k zanedbávané péči, je důležité navázat s rodinou kontakt a podporovat ji v přebudování vzájemných vztahů a vytvoření optimálních podmínek pro správnou péči svého dítěte. Tato podpora vychází z multidisciplinárního týmu, který může být sestaven ze sociálního pracovníka SPOD, sociálního pracovníka CSR, lékaře, psychologa, učitele, speciálního pedagoga, právníka, soudce atd. Nesmí se zapomenout ani na samotné dítě, kterému je potřeba nabídnout pomoc při orientaci v nastalé situaci. Dítě potřebuje vycítit emocionální podporu a porozumět danému problému.

Třetí kapitola vymezila zanedbanou péči a možnosti jejího řešení. Legislativně určila, kam zanedbaná péče patří a kolik trestních činů s ní může souviset. Jednou z nich je neoznámení nebo nezabránění trestnému činu týrání svěřené osoby. Pokud kdokoli zjistí, že dochází k týrání svěřené osoby, tak tuto skutečnost má za povinnost podat Policii České republiky nebo příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dítěte podle místa trvalého bydliště dítěte, jinak může být trestně stíhán. Odborná literatura oznamuje, že zanedbávaná osoba může mít ohrožen vývoj jak tělesný, tak i psychický, sociální a emocionální. Zanedbávaný jedince je tedy ohrožen nejen na zdraví, ale i na důstojnosti.

4. Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením

Zdravotní postižení, tedy i kombinované postižení, negativně ovlivňuje schopnosti uspokojovat základní životní potřeby a zvládnání s nimi souvisejících činností; dotýká se sociálních způsobilostí, které jsou předpokladem socializace a vstupu do mezilidských vztahů; postihuje schopnost vzdělávat se a rozvíjet kulturní a zájmové činnosti; a samozřejmě ovlivňuje pracovní schopnosti. (Jesenský, J., 1995 b, s. 52)

Proto sociální rehabilitace u osoby s kombinovaným postižením pomáhá rozvíjet schopnosti a existovat v různých společenských situacích tak, aby byly uspokojeny její potřeby a práva i maximálně možná účast na společenském životě. (Rissanen, P., 1983) Sociální rehabilitace se prolíná s léčebnou, pedagogickou a pracovní rehabilitací. Tyto jednotlivé složky ucelené rehabilitace se vzájemně doplňují, ale i ovlivňují.

Sociální rehabilitace je sociální služba, která patří do služby sociální prevence (viz kapitola 2.1.3.). Sociální rehabilitace podle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, *„je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajících zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“*

Základní činnosti sociální rehabilitace poskytované formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto úkony (§ 70 odst. 2, zákona č. 108/2006 Sb.):

- a) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování;
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Další základní činnosti sociální rehabilitace poskytované formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních vedle základních činností, obsažených v § 70 odst. 2, zákona č. 108/2006 Sb., obsahuje:

- a) poskytnutí ubytování;
- b) poskytnutí stravy;
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Služba sociální rehabilitace je poskytována bez úhrady nákladů, kromě základních činností poskytovaných formou pobytových služeb. (§ 72 zákona č. 108/2006 Sb.)

Výše uvedené základní činnosti jsou více rozpracované v § 35 ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Poskytovatelem sociální rehabilitace je právnická nebo fyzická osoba (např. sociální pracovník, speciální pedagog), která má k této činnosti oprávnění podle výše uvedeného zákona. Poskytovatelem sociální rehabilitace nejsou rodinní příslušníci nebo jiné osoby, které pečují o své blízké nebo jiné osoby v domácím prostředí. (Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf)

Na sociální rehabilitaci je možné pohlížet jako na systém, ve kterém se odehrává celá strategie rehabilitační práce k dosažení vytyčených cílů a úkolů (více viz příloha F).

Tato kapitola se dále zabývá sociální rehabilitací u osob se zrakovým postižením, mentálním postižením a kombinovaným postižením, tedy zrakovým postižením v kombinaci s mentálním postižením.

4.1. Sociální rehabilitace u osob se zrakovým postižením

Sociální rehabilitace u osob se zrakovým postižením pomáhá v rozvoji schopností, které jsou potlačené při poškození zraku. Podporuje aktivní a samostatný život u osob, u nichž poškození zraku ovlivňuje zvládání běžných každodenních činností (Dostupné z: www.kafira.cz), jako např. samostatná chůze, orientace v prostoru, péče o domácnost atd. Sociální rehabilitace směřuje k nácviku dovedností vedoucí k větší samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti.

Efektivita sociální rehabilitace závisí na vnějších činitelích tvořící okolí jejího systému a sami jedinci se zrakovým postižením, kteří se musí aktivně podílet

na sociální rehabilitaci formou spolupráce s pracovníky v pomáhajících profesích. (Nováková, Z., 2004, s. 242)

Podle Jesenského (1992) je specifickým problémem osob se zrakovým postižením vysoká míra informačního deficitu, komplikace v prostorové orientaci a v nebezpečnosti pohybu, značné problémy v sebeobsluze a v samostatnosti při zařizování svých věcí a ve vystupování na veřejnosti. Komplikace způsobuje i nepoměr mezi rozumovými a smyslovými schopnostmi, tedy v rovnováze mezi používáním zbytků vidění a kompenzací zraku. Dalším problémem bývá i proměnlivá míra závislosti na pomoci druhých osob, technických pomůckách a citlivost na změny a úpravy v prostředí. (Nováková, Z., 2004, s. 242)

Z hlediska sociální rehabilitace lze uvést dvě skupiny osob se zrakovým postižením a to (Růžičková, K., 2015, s. 69):

1. Jedinci bez předchozí bezchybné zrakové zkušenosti s vrozenou nebo časně získanou zrakovou vadou. Sem patří osoby nevidomé, které využívají kompenzační smysly a prostředky k získávání informací z okolí, a osoby slabozraké, které se v průběhu života naučí nějakým způsobem využívat svůj částečný zrakový potenciál a parciální zrakové zkušenosti a představy k získávání informací.
2. Jedinci s předchozí zrakovou zkušeností, tedy se získanou zrakovou vadou, dovedou využívat uchované zrakové představy. I v této skupině jsou osoby slabozraké (svou částečnou zrakovou schopnost mohou nadále využívat) a osoby nevidomé (spoléhají na součinnost dříve osvojených zrakových představ, paměti a kompenzačních činitelů k získávání informací).

Z výše uvedeného plyne, že obě skupiny jsou odlišné a každá potřebuje speciální přístupy v sociální rehabilitaci. V prvním případě jsou nedostatky spíše v míře reálných představ, ze kterých vyplývají chyby v jednání. Ve druhé situaci je základní potřebou se naučit využívat kompenzační činitele při řešení běžných úkolů a dosahování vlastních cílů. (Růžičková, K., 2015, s. 69-70)

Programy sociální rehabilitace pro jedince se zrakovým postižením se zaměřují zejména na tři hlavní oblasti (Nováková, Z., 2004; Růžičková, K., 2015):

- informace – snižování informačního deficitu pomocí výuky alternativních možností získávání informací a využívání příslušných pomůcek a informačních systémů;
- samostatnost – zvyšování samostatnosti a soběstačnosti zejména při sebeobsluze, v pohybu, orientaci v prostředí, apod.;
- společenské uplatnění – podpora při zapojení do společnosti pomocí komunikačních a sociálních dovedností, pracovních návyků a osobnostních kvalit.

Do sociální rehabilitace u osob se zrakovým postižením patří i sociální poradenství, které se týká pomoci při vyřizování důchodů, sociálních dávek, mimořádných výhod, možnost zapůjčení pomůcek, podpora pracovního uplatnění (pomoc při hledání volného pracovního místa, poradenství s úpravou pracoviště, individuální práce zaměřená na podporu pracovních návyků,...). (Finková, D., 2011, s. 106)

Následně jsou popsány činnosti sociální rehabilitace podle toho, jaké osoby se zrakovým postižením je využívají, tedy buď osoby se slabozrakostí, osoby se zbytky zraku nebo osoby nevidomé.

Sociální rehabilitace u osoby se slabozrakostí se hlavně zaměřuje na rozvíjení zrakových funkcí (reedukace zraku), jejímž cílem je dosáhnout přijatelné kvality života i v situaci snížených zrakových schopností a pokud možno předcházet zhoršení funkční zrakové výkonnosti (Růžičková, K., 2015, s. 161). Do reedukace zraku patří výběr speciálních optických pomůcek (SOP)²⁵, zaškolení při používání SOP v běžných podmínkách a situacích, podání informací o údržbě pomůcky a základních principech zrakové hygieny a hygieny práce se SOP (Růžičková, K., 2015, s. 86). Výcvik a trénink zrakových dovedností a alternativního zvládnání zrakových úkolů v problémových oblastech patří ke stěžejním úkolům reedukace zraku²⁶ (Růžičková, K., 2015, s. 175).

²⁵ SOP vyžadují speciálně pedagogickou intervenci a jsou to tedy pomůcky s větším zvětšením. Sem patří hyperokuláry, lupy a elektronické zvětšovací pomůcky (Růžičková, K., 2015, s. 127-131).

²⁶ Více viz Růžičková, K., 2015, s. 173-178.

Dále sem náleží oblast optimalizace prostředí, která se dělí na (Jesenský, J., 1995 b; Růžičková, K., 2015):

- osvětlení (intenzita osvětlení, barva světla, směr dopadajícího světla, vzdálenost, reflexivní vlastnosti objektu);
- vizualizaci (zjednodušení, zvětšení, využití barev a jejich kontrastu, rozlišování tvarů, vnímání a porozumění obrázkům, nácvik čtení a psaní, nácvik práce na počítači,...);
- úpravy prostředí (vzdálenost a velikost objektů, vhodný nábytek a jeho rozmístění, informační, orientační, signalizační a navigační systémy aj.).

Sociální rehabilitace u osob se slabozrakostí se zaměřuje také na sociální komunikaci, prostorovou orientaci a pohyb, kompenzaci zraku, sebeobsahu a výcvik speciálních dovedností potřebných k obsluze PC.

V sociální komunikaci mají slabozrací jedinci problém v rozeznávání tváře komunikačního partnera a v kontrolování mimoverbálních projevů. Tito jedinci se učí zaujmout vhodnou pozici vůči komunikačnímu partnerovi tak, aby viděli, co nejlépe. Tedy zjistit si např. vhodnou vzdálenost a nejlepší směr přicházejícího světla. (Růžičková, K., 2015, s. 200) Pokud jim to nejde, dále se učí nastavení optimálního pohledového úhlu, který umožní jedinci nejkvalitnější zrakový vjem. Důležité je u neznámého komunikačního partnera zaujmout přirozený komunikační postoj s normální pozicí hlavy a očí. Při neschopnosti navázat oční kontakt je vhodné nacvičit simulační pozici pro přirozený průběh komunikace. (Cerha, J., 1985) Slabozraká osoba se může zaměřit na větší pohyby a gesta, případně na verbální složku komunikace a může sledovat hlasitost, barvu hlasu, rychlost, používaný slovník aj. (Růžičková, K., 2015, s. 201)

Při prostorové orientaci a samostatném pohybu osoby se slabozrakostí využívají zrak, sluch, hmat a vnímání vlastní polohy a pohybu v prostředí. Učí se odhadovat vzdálenost objektu, určit strukturu povrchu (výčnělky, prohlubně,...), velikost objektu, vyhledat orientační body a linie ad. Někteří slabozrací jedinci používají během pohybu, hlavně v otevřených (venkovních) prostorech, bílou hůl. Tím mohou odpoutat zrak od prostoru bezprostředně před sebou a efektivně ho využít ke zjištění celkové prostorové orientaci. Musí se tedy naučit vnímat vjemy zprostředkované holí (sluchové, hmatové a vibrační). Během prostorové orientaci a samostatného pohybu mohou jedinci se slabozrakostí používat optické pomůcky (dalekohledy), filtrové brýle, bílou hůl,

vodícího psa, aj. (Růžičková, K., 2015, s. 201-204) V orientaci ve své domácnosti si osoby se slabozrakostí mohou upravovat prostředí, vytyčit si orientační body, použít barevné kontrasty a osvětlení (Schindlerová, O., et al., 2007, s. 9).

Využívání kompenzace zraku se nejčastěji uplatňuje při práci s informacemi a překonávání informačních bariér, v orientaci a pohybu (vč. překonávání architektonických a orientačních bariér) a při komunikaci. Např. u jedinců se slabozrakostí jim hmat umožňuje ověřit si informace a správný úsudek o daném předmětu ohmatáním charakteristických znaků. (Růžičková, K., 2015, s 206-207)

Do sebeobsluhy u osob se slabozrakostí lze zařadit nácvik péče o osobní hygienu, používání kosmetiky, sladění oblečení a doplňků, optimální uspořádání bytového zařízení, úklid domácnosti, techniky přípravy jídel a nápojů, zvládání stolování, manipulace s přístroji v domácnosti, zvládání sebeobslužných činností v neznámém prostředí, péče o dítě a jiného člena domácnosti, přijímání návštěv, techniky při pořizování nákupů, dovednosti zařizování na úradech a používání zdravotnických služeb, ad. (Jesenský, J., 1995 b, s. 102-103)

Slabozrací jedinci se učí k získávání a zaznamenávání informací používat počítače. Učí se psát na klávesnici bez kontroly zraku, pracovat s počítačem pomocí speciálních programů pro zvětšení obrazu, nastavení správné barevnosti obrazovky, apod. U osob se slabozrakostí počítače slouží i ke komunikaci, ke smysluplnému trávení volného času a k případnému pracovnímu uplatnění. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 41-42).

Osoby nevidomé mají nejvíce propracované programy sociální rehabilitace. Ve všech činnostech využívají kompenzační smysly, nejvíce sluch a hmat. Čich se používá při orientaci ve venkovním prostředí, kdy jsou cítit specifické vůně pro danou oblast, v rozpoznání osoby podle vůně a nejvíce při vaření spolu s chutí.

Pro orientaci a samostatný pohyb používají většinou osoby nevidomé bílou hůl. S pomůckou se naučí pracovat v rámci kurzu prostorové orientace a samostatného pohybu (POSP), kterou poskytuje Tyfloservis, o.p.s. Učí se pracovat s orientační, signalizační, případně s opěrnou bílou holí. V rámci kurzu se nacvičuje chůze s bílou holí, bez pomůcky, s průvodcem, s vodícím psem, výběr vhodných tras, schopnost využívat dopravní prostředky, apod. V prostorové orientaci pomáhají lidem nevidomým

různé pomůcky – povelové vysílače²⁷, orientační majáčky²⁸, navigační jednotka²⁹, ultrazvukové vyhledávače překážek³⁰ aj. Schopnost vhodného používání bílé hole v různých situacích navazuje na řadu dalších orientačních dovedností a návyků poskytované sluchem a hmatem, které vytváří dohromady jeden celek. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002; Finková, D., 2011)

Velkou oblastí, kterou se zabývá sociální rehabilitace u osob nevidomých, je sebeobsluha. Byt je první prostředí, ve kterém se člověk nevidomý musí naučit samostatně žít, proto je vhodné nechat si poradit s vhodnou úpravou domácího prostředí, čeho se vyvarovat a dávat pozor, co lze označit pro lepší orientaci atd. (Schindlerová, O., et al., 2007, s. 16-17) Do sebeobsluhy patří kompenzační techniky osobní hygieny, kosmetické úpravy, holení chlupů, pilování nehtů, oblékání a sladění doplňků, nácvik vaření, pečení, smažení, dušení, nalévání nápojů, nákup potravin, správné stolování, uklízení, praní, žehlení,... Existuje podstatně více činností, které by se daly zařadit do sebeobsluhy. Nejvyšším dosaženým stupněm u osob nevidomých je zvládnutí sebeobslužných činností v neznámém prostředí, např. na dovolené a na cestách, a péče o děti nebo další členy domácnosti. I v sebeobsluze využívají osoby nevidomé různé pomůcky v kuchyni (oddělovač žloutku, držák na cibuli, indikátor hladiny, čtečky hlasových etiket³¹, kuchyňská váha s hlasovým výstupem, odměrka s hmatovými značkami,...), v domácnosti (hmatové hodinky, hlasové budíky, teploměry a osobní váhy s hlasovým výstupem, rozlišovače³², zásobníky na léky, půlič tablet), pro ruční práce (skládací metr hmatový, svinovací pásmo s hlasovým výstupem, akustická vodováha, navlékač jehel,...), na psaní (podpisová šablona, šablona na psaní adresy,

²⁷ **Povelové vysílače** slouží k dálkovému ovládnutí orientačních majáčků prostřednictvím rádiového signálu. Existují dva vysílače, první je více používán jedinci se slabozrakostí, tvoří ji krabička do ruky s šesti tlačítky. Druhý vysílač využívají lidé nevidomí, který je zabudovaný těsně pod rukojeť hole, se třemi tlačítky. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 70)

²⁸ **Orientační majáčky** poskytují důležité zvukové a hlasové informace. Umisťují se nad vstup do veřejných budov, škol, na pracoviště nebo si jej může nevidomý pořídit nad vchod svého domu. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 72)

²⁹ **Navigační jednotka** slouží k určení polohy člověka nevidomého v terénu. Součástí jednotky je GPS přijímač, který posílá informace o poloze nevidomého do Navigačního centra SONS. Komunikace s centrem probíhá prostřednictvím mobilního telefonu nebo samotné navigační jednotky, pokud má zabudovanou SIM kartu. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 72)

³⁰ **Ultrazvukové vyhledávače překážek** upozorňují na překážku vibračním nebo zvukovým signálem, které se vyskytují od výše pasu směrem nahoru (nejsou vykryty holí) a slouží jako doplněk hole. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 73).

³¹ **Čtečky hlasových etiket** umožňují nahrát hlasové komentáře k samolepicím etiketám nebo plastovým čipům. Jsou vhodné i do mrazničky, protože plastové čipy jsou vodě odolné. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 90).

³² **Rozlišovače** napomáhají od sebe rozeznat podobné předměty, např. klíče, ponožky, bankovky apod. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 91).

Pichtův psací stroj, dymokleště³³,...) ad. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002; Jesenský, 1995 b; Schindlerová, O., et al., 2007)

Dále patří do sociální rehabilitace nácvik čtení a psaní Braillova bodového písma (na Pichtově psacím stroji, na tabulce), nácvik vlastnoručního podpisu, rozvoj představ a tyflografického výcviku (nácvik samostatného zhotovování reliéfních vyobrazení a rozvoj schopností tato vyobrazení vnímat), nácvik sociálních dovedností (chování v různých společenských situacích a způsob kontaktu s lidmi). (Finková, D., 2011, s. 105) Tyto činnosti poskytuje Tyfloservis v rámci kurzů sociální rehabilitace.

V sociální rehabilitaci probíhá individuální nácvik psaní na klávesnici počítače bez zrakové kontroly a výcvik speciálních dovedností potřebných k obsluze počítače se speciální výbavou pro nevidomé (Finková, D., 2011, s. 105-106). Pro nevidomé jsou informace z počítače zpřístupněné pomocí výstupu hlasového i hmatového (braillským řádkem³⁴). Tito lidé obsluhují PC a veškeré programy výhradně z klávesnice pomocí klávesových povelů (zkratek). Nejsou schopni pracovat přímo s obrázky a grafy umístěnými v textu, protože odečítače obrazovky zpřístupňují pouze informace v textové podobě. Obrázky a grafy si mohou nevidomí prohlédnout pomocí tyflografiky. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 41-42)

U osob nevidomých je sociální rehabilitace zaměřená i na volný čas. V rámci organizací se pořádají kurzy cizího jazyka, různé sportovní programy (jízda na dvojkole, kuželky,...), výlety, kreativní dílny (práce s hlinou, keramikou), společenské posezení, ad.

Osoby se zbytky zraku využívají činnosti sociální rehabilitace, které jsou určené jak pro osoby nevidomé, tak pro osoby se slabozrakostí. Patří sem program reedukace zraku, nácvik čtení a psaní Braillova bodového písma, rozvoj představ a tyflografický výcvik, využívání sluchu jako prostředek získávání informací a používání zvukového záznamu, nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu, sebeobsluha a péče o domácnost a rodinu, nácvik chování v různých společenských situacích a vystupování na veřejnosti ad. (Jesenský, 1995 b, s. 99-102) Mohou využívat techniky kompenzační (typické pro nevidomé), zrakové nebo kombinaci obou (Schindlerová, O.,

³³ **Dymokleště** se používají k vytváření popisků v Braillově písmu (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 79).

³⁴ **Braillský řádek** umožňuje zobrazení textových formací z počítače pomocí Braillova bodového písma. Obsahuje řadu ovládacích tlačítek, která slouží např. k posunu zobrazovaného textu na řádku a k dalším činnostem, aniž by nevidomý musel přesunovat ruce z braillského řádku na klávesnici PC a zpět. (Bubeníčková, H., Karásek, P., Pavlíček, R., 2002, s. 50)

et al., 2007, s. 9). Např. v orientaci v otevřeném prostoru si většinou musí pomáhat orientační bílou holí, ale jízdní řád si mohou s pomocí optických pomůcek přečíst. Musí dodržovat ještě přísnější zásady zrakové hygieny než osoby slabozraké.

Sociální rehabilitace u osob se zrakovým postižením je zajišťována převážně nestátními neziskovými organizacemi. Mezi nejznámější poskytovatele sociální rehabilitace u osob se zrakovým postižením patří Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky, o. s. (SONS), Středisko výcviku vodičích psů, Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o. p. s., KAFIRA o.p.s., střediska TyfloCentra, o.p.s. a Tyfloservisu, o.p.s.

Každý poskytovatel sociální rehabilitaci poskytuje odlišným způsobem, v různém měřítku a jinými činnostmi. V této kapitole byl napsán přehled činností sociální rehabilitace, které si lze představit u osob se zrakovým postižením.

Sociální rehabilitace u osob se zrakovým postižením je zaměřená hlavně na zlepšování schopností a dovedností, které jsou ovlivněné v důsledku zrakové vady a vedou k co možná nejsamostatnějšímu životu. Rychlost rozvoje schopností a dovedností, které vedou k samostatnému a nezávislému životu, ovlivňuje i přítomnost dalšího zdravotního postižení, např. kombinace zrakového a mentálního postižení. Následující kapitola seznámí se sociální rehabilitací u osob s mentálním postižením.

4.2. Sociální rehabilitace u osob s mentálním postižením

Posláním sociální rehabilitace u osob s mentálním postižením je podpořit zachované schopnosti, rozvíjet jejich specifické schopnosti a dovednosti a umožnit jim žít v budoucnu samostatnějším životem, aby mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí. (Opatová, A., 2008, s. 121)

K tomu, aby se lidé s mentálním postižením začlenili do společnosti, potřebují od pomáhajících profesionálů odpovídající podporu a individuální přístup, bez ohledu na stupeň mentální retardace. (Opatová, A., 2008, s. 118)

Všechny sociální služby poskytované jedincům s mentálním postižením napomáhají zvládat běžné každodenní dovednosti a úkony, podporují soběstačnost a rozvoj schopností žít samostatně, případně s pomocí někoho jiného. (Kodymová, P., Koláčková, J., 2010, s. 95) Sociální služby nemají řídit život těchto jedinců, ale pomoci

jim, aby byli na službě co nejméně závislý (Hrušková, H., Landischová, E., Matoušek, O., 2010, s. 113).

Podle definice Americké asociace pro mentálně retardované mají tyto osoby omezení v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce. Z toho vyplývá, že jedinci s mentálním postižením mají obtíže v širokém rozsahu a práce s každým se liší. (Hrušková, H., Landischová, E., Matoušek, O., 2010, s. 111)

Definice vytvořená sebeobhájci, tedy dospělými lidmi s mentálním postižením, kteří se snaží prosazovat svoje názory a zájmy i v České republice, má podobnou tendenci jako výše zmíněná americká definice. Podle jejich znění jde o lidi, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci. (Hrušková, H., Landischová, E., Matoušek, O., 2010, s. 111)

Sebeobhájci, tedy většinou lidé s lehkou až středně těžkou mentální retardací, se učí mluvit sami za sebe, vyjadřovat vlastní názory a přání, vystupovat sami za sebe i za skupinu, dokázat si nechat poradit, převzít zodpovědnost za svůj život, chápat své povinnosti a hájit svá práva (Kozáková, Z., 2009, s. 238-239). Baví se o tématech, které je zajímají. Tímto způsobem se stávají nezávislejšími na svém okolí a sociální rehabilitaci mohou využívat jako podpůrnou službu.

Sociální rehabilitace u osob s mentální retardací se zabývá i sociálním poradenstvím, do kterého patří zjišťování spokojenosti s poskytovanými službami v zařízení, např. formou rozhovorů; vysvětlování na co mají právo – na osobní svobodu, svobodu pohybu, na ochranu soukromí, na svobodné rozhodování atd.; pomáhání při vyřizování různých záležitostí na úřadech, při vyplňování žádostí, při hledání vhodného bydlení, zaměstnání či vzdělání. Dále zde bude zaměřena pozornost na sociální rehabilitaci u osob podle stupně mentální retardace.

Osoby s lehkou mentální retardací se dokáží naučit a pochopit svá práva a povinnosti v rámci společnosti. V dospělosti se dokáží bez problému domluvit a říci v čem potřebují pomoci. Většina těchto jedinců dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických a domácích dovednostech, ale neustále potřebují podporu a vedení v sociálně náročnějších situacích (Češková, E., Kučerová, H., Svoboda, M., 2012, s. 269-270). Sociální rehabilitace se u těchto osob zaměřuje na rozvoj schopností

a dovedností potřebných k samostatnému bydlení (např. nácvik obsluhy běžných spotřebičů a zařízení, péče o domácnost, rozvoj schopností hospodařit s penězi včetně vytvoření měsíčního rozpočtu, plánování a uspořádání pracovních, domácích a volnočasových aktivit, apod.), na kterou navazují další sociální služby – chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení. Sociální rehabilitace připravuje jedince s lehkou mentální retardací na pracovní uplatnění tím, že podporuje získávání dovedností potřebných pro vyhledávání zaměstnání. Jedinci se učí, jak mají prozkoumat trh s pracovními příležitostmi, vypracovat dokumenty potřebné k žádosti o práci (životopis, motivační dopis,...), připravovat na pohovor se zaměstnavatelem (výběr oblečení, vystupování, zkoušení modelových situací pohovoru,...), aj.

Některé **osoby se středně těžkou mentální retardací** se umí v jednoduchých větech domluvit se svým okolím a říci co potřebují. Zatímco jiní se stěží domlouvají nebo se nikdy nenaučí mluvit, ale mohou se naučit jiné formy nonverbální komunikace. (Švarcová, I., 2006, s. 35) Samostatnost v sebeobsluze je pouze částečná, potřebují neustále pomoc a podporu ostatních lidí. Protože jsou emocionálně nestabilní, tak mají velmi omezenou schopnost samostatně řešit náročnější situace (např. organizace svého času, nakupování a manipulace s penězi,...). Rádi se podílí na jednoduchých sociálních aktivitách – ručních prací, zájmových exkurzí a výletů, různých terapií (muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie,...). Sociální rehabilitace pomáhá těmto jedincům v rozvoji schopností a dovedností potřebných k co nejsamostatnějšímu bydlení, aby mohli využívat sociální službu chráněné bydlení. Při posilování pracovních dovedností dokáží vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled v chráněných dílnách (Češková, E., Kučerová, H., Svoboda, M., 2012; Švarcová, I., 2006).

U osob s těžkou mentální retardací dochází k minimálnímu rozvoji komunikativních dovedností. Řeč je buď omezena na jednoduchá slova, nebo se nerozvíjí vůbec. Většinou jedinci nedokáží říci, co potřebují, co chtějí dělat, co nemají rádi atd. Proto se učí alternativní způsoby komunikace, které přispívají k lepší kvalitě života. Po celý život potřebují podporu a pomoc ostatních lidí. Dlouhodobým nácvikem si tito jedinci mohou osvojit určité sebeobslužné činnosti, rozvíjet motoriku, zrakové, sluchové, hmatové, čichové a chuťové vnímání. Někteří nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti a v některých případech je omezena možnost přijímat

potravu běžným způsobem (Procházková, 1998). Tyto osoby dokáží poznat své blízké hlavně podle hlasu, případně i podle vůně.

Osoby s hlubokou mentální retardací nejsou schopni komunikovat ani neverbálními způsoby komunikace. U některých jedinců lze dosáhnout porozumění jednoduchých požadavků. Většina těchto osob je imobilních nebo výrazně omezená v pohybu. Nejsou schopni udržet tělesnou čistotu, mají problémy s přijímáním stravy běžným způsobem. Nedožívají se tolik vysokého věku (Procházková, 1998). Při vhodném dohledu a vedení se tito jedinci mohou podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech a lze je naučit nejzákladnější zřetelně prostorové orientační dovednosti (Švarcová, I., 2006, s. 36). Nicméně všichni potřebují soustavnou pomoc a stálý dohled.

Pokud jsou jedincům s těžkou a hlubokou mentální retardací včasné poskytovány specifické podpůrné prostředky, mohou významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života (Švarcová, I., 2006, s. 35). Při dostatku stimulace a podnětů dochází u těchto jedinců k rozvoji vyšších psychických funkcí, tedy i k malému zlepšení mentální retardace. I takto postižení mají právo, na uspokojování svých základních potřeb – bezpečí, lásky, sociální interakce,...; na vyjádření své nejzákladnější primární potřeby: pocitu hladu, žízně, bolesti, radosti, uspokojení aj. Právě proto vznikly různé metody práce s lidmi s těžkým a hlubokým postižením, které vycházejí z jejich možností, schopností a snaží se respektovat jejich zájmy. U těchto lidí se vychází z toho, že při vnímání a poznávání svého okolí jsou odkázáni na primární smyslové vjemy a doprovodné pocity a pohyby, k tomu jim napomáhá bazální stimulace, snoezelen (viz kapitola 2.3.), ad. Rozvíjejí se i technické prostředky, které usnadňují osobám s nejtěžšími formami postižení jejich životní situaci a stimulují jejich další rozvoj, např. vertikalizační pomůcky, vozíky, chodítka atd. Při všech činnostech je důležité navázat a udržet mezilidský kontakt s člověkem s těžkou nebo hlubokou mentální retardací (Švarcová, I., 2006, s. 123-131)

Sociální rehabilitace napomáhá zlepšovat sociální dovednosti a postavení osob s mentálním postižením (Hejzlar, P., 2010, s. 121), aby mohli žít v běžných životních podmínkách, vykonávat obvyklé sociální a osobní role a fungovat co nejvíce samostatně (Antony W. A., Cohen M., Farkas M., Cagne Ch., 2002). Nejlépe se tím dosáhne, pokud

je dostatečně hustá a dostupná síť sociálních služeb pomáhajících osobám s mentálním postižením v jejich bytě, městě či vesnici, a koordinované propojení různých odborných nástrojů pomoci. Jedná se o celý komplex sociálních služeb od pobytových zařízení, přes denní stacionáře, chráněná bydlení, sociálně terapeutické dílny až po terénní služby, které podporují aktivní zapojení jedince s mentálním postižením do všech běžných denních činností i s pomocí jeho blízkých. (Hejzlar, P., 2010, s. 121)

Každý poskytovatel sociální rehabilitaci poskytuje různým způsobem a jinými programy. Mezi významné neziskové organizace, které poskytují sociální rehabilitaci u osob s mentálním postižením, patří Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením (SPMP) v České republice a Rytmus, o.p.s.

Sociální rehabilitace u osob s mentálním postižením se snaží pomáhat rozvíjet schopnosti a dovednosti potřebné pro samostatný a nezávislý život. Přispívá u těchto osob k seberealizaci, ke zlepšování kvality života, k možnosti pracovního uplatnění a samostatného bydlení. Pro osoby s mentálním postižením je důležité, aby věděli, na koho se mohou obrátit se svým problémem, kdo jim pomáhá a podporuje je. Pokud se k mentálnímu postižení připojí jiné postižení, což je dost častý případ, tak je práce s těmito jedinci o dost těžší a jakékoliv malé pokroky v rozvoji schopnosti a dovedností hodně potěší.

4.3. Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením

Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením je velmi obtížná, protože každý jedinec je individuální a u každého je potřeba stimulovat a rozvíjet různé schopnosti a dovednosti potřebné k zlepšování kvality života. Proto se tato kapitola zaměří jen na osoby se zrakovým postižením v kombinaci s mentálním postižením, dále jen osoby s kombinovaným postižením.

Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením znamená ucelenou nabídku činností ve všech směrech možného rozvoje osobnosti. Pro dosažení tohoto cíle se využívají různé metody stimulace a specifické podpůrné prostředky (viz kapitola 2.3.), které napomáhají k získávání poznatků o okolním světě a o sobě samém. Následně se kapitola zabývá komunikací, nácvikem sebeobsluhy, orientace v prostoru a čase, hrubé a jemné motoriky i senzomotoriky. Potom se zaobírá rozvojem hmatového,

sluchového i zrakového vnímání. Nakonec jsou sepsány zásady, které umožňují těmto jedincům poměrně vysokou míru nezávislosti a samostatnosti, pokud jsou dodržovány.

U osob s kombinovaným postižením často dochází k narušení **komunikačního procesu**, a to buď již ve fázi iniciální – ve fázi percepce (při příjmu informace prostřednictvím zrakového kanálu), nebo ve fázi mediální, tj. ve fázi zpracování, uchování a znovuvybavení informace (omezeny zejména mentální úrovní komunikujícího), ale často až ve fázi finální – při expresivním vyjádření vlastního sdělení. (Vašek, Š., 2003 a) Proto jsou u těchto osob využívány náhradní a podpůrné způsoby komunikace, tzv. systémy alternativní a augmentativní komunikace (viz kapitola 1.6.)

Komunikace u osob s kombinovaným postižením se rozvíjí na úrovni verbální i neverbální. Přestože rozvoj řeči zůstává na velmi nízké úrovni, podporuje se u jedinců broukání, žvatlání a vyluzování významových zvuků. Na jedince se mluví častou změnou hlasové intonace a akcentu, používají se jednoduché výrazy, výrazná mimika a gestikulace. Jedinci se zrakovým postižením nemají přesnou zrakovou kontrolu při rozvíjení verbální komunikace, proto se mohou využívat různé logopedické cviky, např. ohmatávání vibrací na nosu, krku, hrudi, položení dlaně na ústa během mluvení, činnosti na rozvoj dýchání, u jedinců se slabozrakostí se mohou použít zrcadla k odezírání a nápodobě, atd. (Opatřilová, D., 2005, s. 95-96)

Taktilní podněty jsou v komunikaci také důležité. Tělo a kůže u jedinců s kombinovaným postižením je prvním orgánem pro příjem řeči a její podporu v raném věku, kdy nejdříve přichází na řadu taktilní, potom sluchové a nakonec případně vizuální oblasti. Čím je jedinec starší, mění se i toto pořadí. Dotýkání, hlazení, mazlení, chování apod. jedinec může pociťovat jako pocit bezpečí a jistoty, a vytváří se tím základ pro různorodou komunikaci. (Opatřilová, D., 2005, s. 96-97)

Proniknout do způsobů vnímání a prožívání lidí s kombinovaným postižením je velmi složité, protože i tito lidé, přes svá omezení, jsou stejně jedineční jako každý jiný člověk. Člověk s těžkým kombinovaným postižením zpravidla nemůže zpřístupnit svůj svět a zkušenosti verbálně. Není schopný sdělit slovy, jak se cítí a jak pociťuje přítomnost blízkých i cizích lidí. Tělesnými reakcemi, jako je mimika obličeje či doteky (řeč těla), se někdy pokouší ostatním cosi sdělit. Ne všichni dokáží tato sdělení dešifrovat. (Švarcová, I., 2006, s. 127-128)

Hlavním cílem při **nácviku sebeobsluhy** je u osob s kombinovaným postižením dosáhnout co největšího stupně soběstačnosti v oblasti motorických dovedností, senzomotoriky a sociálního učení. Při podpoře a stimulaci se zaměřuje na oblast příjmu potravy, oblékání, vysvlékání a oblast hygienických návyků. (Opatřilová, D., 2005, s. 90)

Příjem potravy může být pro některé osoby s kombinovaným postižením činností velmi náročnou. Důležité je vnímat, co který jedinec potřebuje, na co reaguje podrážděně a co mu nejvíce vyhovuje. Správná poloha v sedě zlepšuje polykání. Pozornost jedince se upoutá sluchem nebo dotekem (lžící se zatuká o talíř, dotkne se hřbetu ruky apod.). Má-li jedinec převážně skloněnou hlavu na prsa, nesmí se hlava nutit, aby se vzpřímila tím, že se tlačí pod bradou, to problém jen zhoršuje, ale lehce se podepře hlava rukou pod šíjí (těsně pod hlavou) nebo se zpevňuje a ovládá hlava v ohnuté paži s rukou položenou jemně pod bradou³⁵. Při krmení a nácviku stolování se využívají různé pomůcky např. speciálně upravené lžice, popř. příbor, aby vyhovoval úchopu jedince. Sleduje se, kterým jídlům dává jedinec přednost a v jaké správné konzistenci mají být potraviny. Důležité je i příjemné prostředí ke stolování, nepodceňuje se výzdoba, různé podložky a barevné nádoby, které mají i motivační charakter. (Opatřilová, D., 2005, s. 90-93) V žádném případě se nespěchá na jedince během jídla, musí mít pocit, že má na jídlo dost času a klid. Sám si řekne, kdy chce další sousto, případně lze vyzorovat, jestliže již nemá nic v ústech.

Při nácviku oblékání a svlékání je potřeba navozovat aktivní motorický kontakt, tzn. aby se jedinec snažil nastavovat ruce a nohy. Všechny činnosti se komentují, a pokud to lze, tak se jedinec učí činnosti sledovat zrakem. Obecně je pro jedince snazší stahovat, sundávat a zouvat jednoduché části oblečení, postupně se přechází na opačný způsob práce. Rozepínání suchých zipů, knoflíků, zipů, rozvazování šňůrky a naopak se nacvičuje jak na pomocných modelech tak i na sobě. (Opatřilová, D., 2005, s. 93)

V oblasti rozvoje hygienických návyků je snaha vyvolat aktivní spolupráci při mytí rukou, odbourává se strach z tekoucí vody zařazováním her s vodou (kropení, namáčení, stříkání apod.). Upozorňuje se na funkci barevně odlišených kohoutků (teplá a studená voda), ne všichni to pochopí. Nabízí se různé možnosti sušení rukou, např. ručníkem, horkým vzduchem, papírovým ubrouskem atd. Většina jedinců s kombinovaným postižením se nenaučí udržovat čistotu a během dne je potřeba je

³⁵ Více informací v oblasti hledání vhodné polohy pro krmení, pokyny a zásady během příjmu potravy je popsáno v knize *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami* od PhDr. Dagmar Opatřilové, Ph.D.

několikrát omývat. Učí se nebránit při koupání a sprchování, neustále se jim popisují činnosti, co se teď děje a co bude potom. Totéž platí i u čištění zubů, mytí vlasů a stříhání nehtů. Při čištění zubů je snaha zapojovat jedince, sám drží kartáček spolu s asistentem³⁶, nacvičuje se vyplachování úst, aby jedinec nepolykal vodu, což je velmi obtížné u osob s těžkou a hlubokou mentální retardací v kombinaci se zrakovým postižením. Vysvětlit to tak, aby to jedinec pochopil a dělal to pouze v koupelně při čištění zubů a ne během dne při pití nápoje. Nácvik udržování osobní čistoty při těžkém mentálním postižení v kombinaci se zrakovým postižením bývá prakticky nulový. Pokud má jedinec středně těžkou mentální retardaci, tak se učí ohlásit potřebu, používat záchod pravidelným vysazováním, popř. se učí naznačit vykonání potřeby do plen apod. V oblasti hygieny se nezapomíná i na používání kapesníků, různých krémů a deodorantů atd. pro příjemný pocit jedince s kombinovaným postižením. (Opatřilová, D., 2005, s. 93-94)

Při nácviku a rozvíjení sebeobslužných činností je potřeba postupovat od nejjednoduššího ke složitějšímu. Návyky se budují na osvojených dovednostech, činnosti se realizují v souvislosti s uspokojováním individuálních potřeb s aktivní účastí jedince. Aktivita by se měly realizovat v přirozeném prostředí a v optimálním čase. Důležité je respektovat právo na soukromí a neponižující způsob realizace. Záměrem je postupný přechod od asistovaných činností k samostatnosti. (Vančová, A., 2010, s. 105)

Orientace v prostoru a čase je vázána na celkové schopnosti a dovednosti každého jedince. Důležité je, aby se obvyklé činnosti prováděly na obvyklých místech, např. jí se u stolu, umývá se v koupelně, hraje se na zemi apod. Učí se orientovat v prostoru pomocí různých místností pro relaxaci a učení, na procházkách, při cestě domů i v domácím prostředí. Orientace v čase je náročnou oblastí. Lze naučit pomocí pravidelného denního režimu prostřednictvím konkrétních předmětů nebo obrázků, změna činnosti se může zvýraznit např. zvukovým signálem: rolnička ohlašuje svačinu, zvoneček oběd, relaxační hudba odpočinek, gong večeři apod. Působí se tak na více smyslů a jedinci se tím usnadňuje orientace v tom, co již skončilo a co bude následovat. (Opatřilová, D., 2005, s. 94)

³⁶ Asistentem se zde míní jakýkoli člověk, který pomáhá jedinci s kombinovaným postižením v prováděné činnosti, může to být např. rodič, sociální pracovník, speciální pedagog, pracovník v sociálních službách atd.

V oblasti hrubé motoriky je důležitá motivace jedince k pohybu, vhodně upravené prostředí a dostatek prostoru. Pohyb se může stimulovat např. kopnutím do míče, otáčením se za zvukem apod. Další motivací k motorické aktivitě mohou být houpací sítě, trampolíny, velké talíře, balanční plošiny, u kterých si mohou jedinci vybit energii, cvičí se rovnováha, stabilita a dochází i k pohybovému experimentování. Velké gymnastické míče se mohou využívat k jemnému pohupování a šetrnému vychylování těžiště, a tím dochází ke cvičení rovnováhy, kondice a hlubokého stabilizačního systému. Důležité je vyvarovat se na míči prudkým pohybům, které vedou k obranné reakci a ke zvýšené spasticitě. Cvičení na míči dobře působí i na dýchání a zažívání. (Opatřilová, D., 2005, s. 77-79)

U **výcviku jemné motoriky** se klade mimořádný význam na rozvoj pohybu ruky, protože jedině tak se správně formuje funkce opěrná, odtahovací, uchopovací a ukazovací, které tvoří pohybový základ manipulační činnosti. Základním pravidlem při cvičení jemné motoriky: pokud je spasticita – uvolňuje se, pokud je hypotonie – posiluje se. Uvolňuje se např. jednoduchými masážemi, které se provádí převážně pasivní formou. Masíruje se buď prsty nebo masážními míčky od zápěstí ke konečkům prstů, hladí se hřbet ruky, dělají se jemné poklepy nebo krouživé pohyby atd. Posiluje se pomocí uchopovacího reflexu, který způsobuje, že dítě pevně sevře prsty kolem předmětu, jenž se mu vloží do ruky. Sleduje se, zda má stejně silný uchopovací reflex v obou rukou. (Opatřilová, D., 2005, s. 83-84)

Senzomotorika znamená souhru receptorů a smyslového vnímání s oblastí motoriky. Podněty, které jsou vnímané receptory, vyvolávají motorický pohyb. Stimulovat se může pomocí zvukových hraček, které motivují k motorické aktivitě, k natahování se po předmětu ve směru zvuku a k vytvoření zvuku. Pokud je jedinec slabozraký nebo částečně vidí, tak se v jeho bezprostřední blízkosti může pohybovat jasně barevnými předměty a snaha je, aby předměty sledoval, natahoval se po nich, uchopoval je atd. Při pasivní stimulaci úchopu se podávají předměty nejprve do jedné a pak do druhé ruky, aby se jedinec naučil používat obě ruce najednou, a mírným tlakem se můžou jeho ruce sevřít. Navozuje se úchop podáváním a vkládáním předmětů dobře uchopitelných, které způsobují, že se palec staví do opozice k ostatním prstům. Stimuluje se k uchopování předmětu oběma rukama současně, později buď jednou nebo druhou rukou. Potom se dávají jedinci dva předměty, do každé ruky jeden, a ukáže se

mu, jak s nimi může o sebe bouchat, aby si uvědomil pohyb obou rukou. Při manipulaci s předměty se vede jedinec k ohmatávání předmětů, učí se s nimi tlouct o sebe a třást s nimi. Stimulace koordinace oko – ruka je pomocí pohybujících se předmětů v dostatečné blízkosti, které motivují jedince k jejich uchopování, a tím se učí koordinovat oči a ruce. Když se jedinec naučí uchopovat předmět, začne ho zkoumat různým způsobem – převrací ho, ohmatává, tluče s ním a třese. Pro úchop celou dlaní se nabízí míčky, houbičky, které může jedinec pořádně sevřít. Navozování klešťového úchopu lze docílit menšími předměty a hračky, aby jedinec uchopoval mezi palec a ukazovák. Dále různé tvarovací (modelovací) hmoty, aby jedinec mohl poznávat tvárné možnosti, mohl experimentovat a využívat klešťový úchop. Krabice, dózy a různé nádoby také rozvíjejí klešťový úchop, pokud je jedinec plní různými předměty a pak je zase vyprazdňuje. Při výběru menších hraček platí pravidlo pěsti, které by neměly být menší než jeho pěst, aby je nemohl spolknout nebo se jimi neudusil. (Opatřilová, D., 2005, s. 84-86)

Z výše napsaného textu vyplývá, že během různých stimulací dochází i k rozvoji zrakového, sluchového, hmatového, čichového i chuťového vnímání.

Rozvoj zrakového vnímání u těchto osob je velmi důležitý, je potřeba při každé příležitosti zkoušet reálné zrakové možnosti. Protože pro jedince s mentálním postižením je proces zobecňování konkrétních informací za účelem vytvoření správné představy o prostředí nesmírně náročný. (Rucká, R, Wiener, P, 2006, s. 56) Proto tento rozvoj probíhá již od okamžiku zjištění zrakového postižení, většinou od raného věku, prostřednictvím zrakové stimulace. Během zrakové stimulace se usiluje o maximální rozvoj zbylých zrakových funkcí, které vedou k jejich používání v životě. Zraková stimulace se vede formou hry s přiměřeností podnětů, aby nedošlo k přestimulování a jedinec nebyl zmatený a neorientoval se v činnosti. Zraková stimulace má několik etap, během kterých se jedinec učí zaměřit pozornost na předmět na místě a v pohybu, přenášet pozornost z předmětu na předmět, sahat po předmětu, nacvičuje se orientace v prostoru a na ploše, rozlišují se tvary na obrázcích, ad.³⁷ Při rozvoji zrakového vnímání se používají různě barevné předměty, světelné pomůcky, např. optická vlákna, vodní světelný sloup, light box, apod. (Květoňová-Švecová, L., 2004)

³⁷ Více o zrakové stimulaci a jejích etapách se lze dočíst např. v knize *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*.

Rozvoj sluchového vnímání má smysl i u osob s kombinovaným postižením, protože jedinci s mentálním postižením potřebují komentovat činnosti a popisovat prostředí, aby se cítili v klidu a bezpečí, a jedinci se zrakovým postižením získávají jistotu při orientaci a samostatném pohybu. Sluchové vnímání je důležité i v oblasti komunikace, kdy se jedince snaží napodobovat řeč, nebo si jen pro sebe broukat. Při rozvoji sluchového vnímání se využívají různé zvukové hračky, motivují i říkanky a písničky. Cílem rozvoje sluchového vnímání je, že si jedinec uvědomí zvuky ve svém okolí, rozpozná různé zvuky, lokalizuje zdroj zvuku, pozná známé osoby podle hlasu, pozná činnosti podle charakteristického zvuku, atd. (Keblová, A., 1999)

Hmatové vnímání umožňuje získávat informace o věcech v bezprostředním okolí. Hmat zprostředkovává dotykové i pohybové vnímání, při kterém se jedinci s kombinovaným postižením učí vnímat své části těla a poznávat své okolní prostředí formou hmatu. Při rozvoji hmatového vnímání se poskytuje příležitost k různým hmatovým vjemům, které může probíhat prostřednictvím různých masáží, hmatově zajímavě nabízených předmětů – měkkých, tvrdých, hebkých, drsných, teplých, chladivých apod. Využívají se hmatové předměty z různých materiálů, např. sáčky naplněné čočkou, fazolemi, těstovinami, kaštany atd. (Opatřilová, D., 2005, s. 86).

Čichové a chuťové vnímání podává dokreslující informaci o daném prostředí, předmětu nebo osobě (např. podle vůně se může poznat známá osoba, podle chuti jedinec zjistí, že mu jídlo chutná,...). Čich a chuť má pro jedince především funkci kontrolní.

Wiener a Rucká (2006, s. 56-57) poznamenali, že je možné i osobám s poměrně těžkým mentálním postižením v kombinaci se zrakovým postižením umožnit poměrně vysokou míru nezávislosti a samostatnosti, při individuální péči a respektování následujících zásad:

- je třeba dbát na **pravidelnost** prováděných činností (každé narušení tohoto pravidla vyvolává u jedince zbytečný zmatek a nervozitu);
- vše musí být **konkrétní, jasné a názorné**;
- je nutno počítat s **krátkou dobou soustředění**;
- proto je důležité všechno **často opakovat** – ale trpělivě a zřetelně (v hlase nesmí být cítit netrpělivost, nervozita či spěch – to je sice těžké, ale nutné);
- značně pomáhat i **střídat činnosti** – tím se soustředění přenáší na různé činnosti a celková délka práce se prodlužuje;

- autoritu – právě tak, jako podporu a sympatie – je třeba **zřetelně vyjádřit v hlase**;
- plnit instrukce se **musí vyplatit** (pocit jistoty a bezpečí);
- **akceptovat „hesla“** (echolálie), ale mluvit i normálně – tedy respektovat běžný styl mluvy klienta, ale stále se snažit i o posun do složitějších, i větných spojení (a to je možné častěji, než se zdá – jen je to dost namáhavé);
- vždy vysvětlit **následnost jednotlivých činností** (teď – potom – později);
- **stimulace** musí být **konkrétní** (kontakt), ale rovněž slovní – pokud je např. třeba zahrnout vpravo, dotknu se pravého ramena klienta, ale současně tuto informaci i vyslovím. Postupem času stačí pouze informace slovní.
- pomoci klientovi **vyjádřit jeho vnitřní pocity** – pokud se to podaří, významně se snižuje vnitřní tenze, u jedinců mentálně postižených tak obvyklá;
- většinou je třeba objasnit rozdíly: **jít x běžet, pomalu x rychle, vlevo x vpravo, vepředu x vzadu, nahoře x dole**;
- umožnit vydat fyzickou energii **v klidu a bez stresu**.

Při důsledném respektování těchto zásad Wiener a Rucká (2006, s. 57) říkají, že byli i jedinci s velmi těžkým mentálním postižením (plně nevidomí) během několika dnů schopni plně spolupracovat a pohybovat se v klidnějším venkovním prostoru zcela samostatně, pouze podle popisu.

Sociální rehabilitaci u osob s kombinovaným postižením poskytují hlavně nestátní neziskové organizace, kterých také není mnoho. Každý poskytovatel sociální rehabilitaci umožňuje jiným způsobem a zaměřuje se na různé činnosti, které pomáhají v rozvoji jedince s kombinovaným postižením. Mezi poskytovatele sociální rehabilitace, jak pro osoby se zrakovým i mentálním postižením, tak i pro osoby s kombinovaným postižením patří např. Apropo Jičín, o.p.s., Helppes – Centrum výcviku psů pro postižené o.p.s., Sdružení „Piafa“ ve Vyškově, STROOM DUB o.p.s.

Práce s lidmi s kombinovaným postižením je nesmírně náročná a nikdy nikde nebude patrně popsána dostatečně dokonale a zcela vyčerpávajícím způsobem, protože díky neuvěřitelné variabilitě a individualitě těchto osob to ani nelze. (Rucká, R., Wiener, P., 2006, s. 58)

Činností, které jsou poskytovány v rámci sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením, je celá řada. Každý jedinec je jiný, a proto je potřeba obsáhnout všechny oblasti v sociální rehabilitaci různé úrovně. Někteří jedinci s lehkým kombinovaným postižením zvládnou více činností samostatně než osoby s těžkým kombinovaným postižením. Cílem této kapitoly bylo popsat všechny oblasti sociální rehabilitace, které byly použity v praktické části bakalářské práce.

Tato kapitola přiblížila problematiku sociální rehabilitace z pohledu zrakového, mentálního a kombinovaného postižení. Každé postižení potřebuje pomoci v jiných oblastech života a některé poskytované činnosti v sociální rehabilitaci jsou stejně definované, ale musejí se realizovat vzhledem ke specifickým potřebám daného postižení jinak. Pro praktickou část práce je důležitá sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením, kde jsou sepsány oblasti, které byly rozvíjeny u vybrané skupiny sledovaných osob.

V teoretické části práce se nesmí zapomenout zmínit problematika sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením a dlouhodobě zanedbávanou péčí. Sociální rehabilitace u těchto osob by měla být zaměřená stejným způsobem, tedy využít při práci s nimi různé metody stimulace a specifické podpůrné prostředky, které by jim pomohly v rozvoji jejich osobnosti, v poznávání sebe sama a zkoumání svého okolí. Dlouhodobě zanedbávaná péče poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a neumožňuje jedinci žádný vývoj, pokud se jedná o úplné zanedbávání ve všech základních sférách života. Jestliže má jedinec mentální retardaci a k tomu je ještě zanedbáván, tak správně nemůže nerozvíjet své rozumové schopnosti a může klesnout ve stupni mentální retardace. Zanedbaná péče přináší u jedince s kombinovaným postižením další specifické postupy, jak se k jedinci chovat a přistupovat. Bývají citově deprivováni, což se projevuje změnami v prožívání, uvažování a chování. Mohou používat agresivní výbuchy jako svou obranu před situací, se kterou si nevědí rady (Vágnerová, M., 2008, s. 610). Sociální interakce se u nich zlepšuje, v případě, že je pozitivně přijme jiný člověk, a tím vzniká možnost upravit jejich negativní zkušenosti (Vágnerová, M., 2008, s. 599). Důsledky zanedbané péče si jedinec nese po celý život, ale při jakékoliv budoucí snaze uspokojit jejich základní životní potřeby lze dosáhnout alespoň malého pokroku v rozvoji jejich osobnosti, schopností a dovedností.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Vymezení cílů a výzkumných otázek

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit konkrétní podmínky a prostředky sociální rehabilitace u dvou dospělých osob s kombinovaným postižením, které byly v dlouhodobě zanedbávané péči.

V závislosti na kvalitativním výzkumném šetření byl výzkumný problém formulován do jedné základní výzkumné otázky a třech dílčích výzkumných úkolů.

Základní výzkumná otázka (ZVO):

Jaké podmínky a prostředky sociální rehabilitace mají ke svému rozvoji osoby s kombinovaným postižením po dlouhodobě zanedbané péči?

Operacionalizace základní otázky na dílčí výzkumné úkoly (DVÚ):

1. zjistit terénním šetřením, jaké podmínky sociální rehabilitace byly přínosné pro rozvoj 2 osob s kombinovaným postižením;
2. zjistit, které prostředky sociální rehabilitace napomáhají rozvoji u 2 osob s kombinovaným postižením;
3. zjistit míru přínosu uplatňovaných prostředků sociální rehabilitace u 2 osob s kombinovaným postižením.

6. Metodika výzkumu

Následující text je věnován výběru výzkumného vzorku, charakteristice místa výzkumného šetření, plánu realizace a použitým metodám ve výzkumu. Místo výzkumného šetření probíhalo v domově pro osoby se zdravotním postižením. Z důvodu ochrany osobních údajů u zkoumaných osob a podepsané dohody o mlčenlivosti se zde nebude psát o konkrétním zařízení, ale jako název dané organizace je v následujícím textu zmiňován Domov pro osoby se zdravotním postižením s velkým písmenem D.

6.1. Stručná charakteristika výběrového souboru

Do výzkumného vzorku byly vybrány dvě ženy s kombinovaným postižením. Klíčem k výběru bylo splnění čtyř podmínek:

1. stejná věková kategorie zvolená 20 – 25 let věku,
2. obě ženy mají zrakové postižení v kombinaci s mentálním postižením,
3. obě ženy (sestry) vyrůstaly ve stejném rodinném prostředí v dlouhodobě zanedbávané péči,
4. obě ženy jsou umístěné v Domově pro osoby se zdravotním postižením.

U obou žen byla potřebná sociální rehabilitace pro rozvoj chybějících nenaucených dovedností (např. hygienické návyky, správné požívání jídla, oblékání a svlékání, aj.) a pro zjištění činností, které by je bavily během jejich volného času.

6.2. Charakteristika místa výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Pardubickém kraji. V tomto Domově je sociální služba poskytována dětem (od tří let věku) i dospělým osobám bez rozdílu pohlaví, které mají mentální postižení, mentální postižení s přidruženým postižením tělesným nebo smyslovým. V důsledku zdravotního stavu se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, a při provedení úkonů běžného denního života není možné podporu trvale zajistit prostřednictvím rodiny ani terénních či ambulantních sociálních služeb.

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž

situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Veškeré základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v § 14 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Metoda pozorování byla použita ve dvou místnostech (místnost určená k relaxaci a místnost určená k edukaci), v jedné bytové jednotce v Domově pro osoby se zdravotním postižením a během výletů.

6.3. Plán realizace výzkumného šetření

Hned na začátku je důležité odkázat na 4. kapitolu, ve které se říká, kdo může poskytovat sociální rehabilitaci. Autorka práce nemůže vykonávat sociální rehabilitaci, pouze jako dobrovolník rozvíjel osoby s kombinovaným postižením prostřednictvím procvičování, které bylo konzultováno a kontrolováno.

Dále je potřeba vysvětlit pojem asistent používaný v kasuistických studiích. Nejedná se pouze o osobního asistenta, ale i jiné pracovníky, kteří nácvik různých činností provádějí a prováděli. Patří sem pracovníci Domova pro osoby se zdravotním postižením, TyfloCentra, Tyfloservisu a základní školy speciální Svítání a dobrovolník TyfloCentra.

Odborníci, kteří se podílejí na rozvoji těchto dvou žen, jsou Tyfloservis Hradec Králové, o. p. s., TyfloCentrum Pardubice, o. p. s., Základní škola a Praktická škola Svítání a samozřejmě Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Tyfloservis, o. p. s. poskytoval sociální službu v rámci sociálně rehabilitačního kurzu oběma pozorovaným ženám od března 2014. Nadále poskytuje ženě B kurz rehabilitace zraku a ženě A poskytoval do ledna 2015 kurz sebeobslužných dovedností.

Do základní školy speciální začaly chodit ve školním roce 2014/2015 a byly zařazeny do 7. ročníku. Plní školní docházku jiným způsobem v pobytovém zařízení, kam za nimi dojíždějí speciální pedagogové ze základní školy speciální Svítání. Vzdělávají se podle rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy prostřednictvím na nich stavěných individuálních vzdělávacích plánů. Hlavním cílem rehabilitačního programu je rozvoj motoriky, smyslového vnímání, komunikačních schopností a hygienických návyků.

Oběma ženám bylo umožněno orientační logopedické vyšetření, které poskytla škola Svítání. Zatím se nenašel stálý logoped, který by pomáhal v rozvoji mluvidel a řečových funkcí. V září 2014 byly vyšetřené zrakovou terapeutkou a oftalmologem

v pražské nemocnici. Bylo zjištěno, že obě dvě ženy mají retinopatii nedonošených. Každá v různém stupni poškození zraku. Z podrobných výsledků nelze vyčíst, zda mají nějaké výpadky zraku v zorném poli, za jakých podmínek vidí nejlépe, atd.

TyfloCentrum Pardubice oběma ženám poskytuje sociální rehabilitaci (viz příloha G). Nejdříve bylo TyfloCentru nabídnuto, aby naučil personál, Domova pro osoby se zdravotním postižením, v rámci zážitkového semináře, jak se mají chovat k lidem se zrakovým postižením. Protože obě ženy celý den seděly a „nic nedělaly“. Aktivně se nezapojovaly do žádných činností a vše přijímaly pasivně. Dalším úkolem TyfloCentra bylo testování různých materiálů (např. dřevo, plast, kov,...), které by těmto ženám nevadily v používání během činností podporujících jejich rozvoj. Poté začalo shánění sponzora pro nakoupení kompenzačních pomůcek a edukačních hraček. Sponzor se našel a stále spolupracuje s TyfloCentrem. Nakonec bylo dohodnuto s Domovem pro osoby se zdravotním postižením a TyfloCentrem Pardubice o ukončení poskytování sociální rehabilitace ze strany pracovníků TyfloCentra, které probíhalo od března 2014 do dubna 2015. Sociální rehabilitaci nahradil dobrovolník TyfloCentra, který s oběma ženami rozvíjí a procvičuje schopnosti a dovednosti.

Časový harmonogram výzkumu byl následný:

- **červen 2014** – kontaktování TyfloCentra Pardubice pro dobrovolnickou činnost;
- **červen 2014** – podepsání smlouvy o výkonu dlouhodobé dobrovolnické služby a dohody o mlčenlivosti;
- **červenec – září 2014** – příprava na vlastní výzkum;
- **srpen 2014** – podepsání dohody s Domovem pro osoby se zdravotním postižením;
- **srpen 2014 – srpen 2015** – studium literatury a odborných zdrojů;
- **září 2014** – kontaktování opatrovníka;
- **září 2014 – srpen 2015** – provedení pozorování a průběžné vyhodnocení získaných dat;
- **březen – září 2015** – kompletace textu práce, příprava kasuistických studií a interpretace výsledků;
- **říjen 2015** – finální interpretace získaných dat.

Jak už bylo výše zmíněno, byla potřeba kontaktovat opatrovníka obou žen, aby mi byl umožněn přístup k některým informacím o těchto ženách. Dle zákona o ochraně

osobních údajů opatrovník neposkytl souhlas k přístupu jakýmkoli informacím, ani k nahlédnutí osobní nebo zdravotní dokumentace. Od opatrovníka nebyly získány ani všeobecné informace, které by nijak neprozrazovaly jejich totožnost, např. diagnóza a přibližný věk. Jako dobrovolníkovi mi byla ze začátku neznámá jejich přesná diagnóza. Věděla jsem pouze, že mají zrakové a mentální postižení, a proto jsem rozvíjela jejich dovednosti metodou pokusu a omylu.

Vzhledem k etickému kodexu pracovníků v pomáhajících profesích, který chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení, jsem vázána dohodou o mlčenlivosti. Pokud mi byly poskytnuty některé konkrétní údaje o ženách, musela jsem je zevšeobecnit a některé vynechat, aby nevedly k identifikaci obou žen.

6.4. Použité metody ve výzkumu

Práce je pojatá jako **kvalitativní výzkum** s následujícími metodami. Je to **studium literatury a odborných zdrojů** vztahující se k teoretické části práce. V praktické části je ve výzkumu použita metoda **pozorování, rozhovor a kasuistická studie**.

Kasuistická studie

Kasuistická studie, jinak řečeno případová studie, je výzkumná metoda zaměřená na podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málu případů. Badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí, které mu pomáhá při porovnávání s podobnými případy, díky podrobné analýze všech dat, která jsou o jedinci nashromážděna. (Sedláček, M., 2007, s. 97-98)

V obou kasuistických studiích, které jsou uvedeny v kapitole 7.2., je napsán přibližný věk, diagnóza, vzdělání, vlastní pozorování a rozvoj v jednotlivých oblastech sociální rehabilitace.

Rozhovor

Rozhovor je podle Švaříčka (2007, s. 159) nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. V bakalářské práci byly použity polostrukturované rozhovory s pracovníky TyfloCentra a sociální pracovníci Domova pro osoby se zdravotním postižením. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připravených otázek a seznamu témat (Švaříček, R. et al., 2007 a, s. 160). Otázky se nemusí klást postupně tak, jak byly připravené. Mohou se doplňovat v průběhu rozhovoru dalšími

a přizpůsobovat je dané situaci. Rozhovory s pracovníky probíhaly na předem domluveném místě a čase. Rozhovory byly vedené za účelem zjištění jejich názoru na rozvoj schopností a dovedností obou uživatelů v rámci sociální rehabilitace a zjistit informace o jejich výchozím stavu před započítím sociální rehabilitace.

Pozorování

Pozorování je jednou z nejnámějších a nejtěžších metod získávání informací o daném jedinci a jeho okolí.

Při výzkumu bylo použito pozorování dlouhodobé, zúčastněné a přímé, jak uvádí Švaříček (2007 b, s. 143-145) zúčastněné pozorování je dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit, přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a zprostředkovat sociální život. Dochází k interakci mezi výzkumníkem a pozorovanými účastníky. Dále uvádí, že u přímého pozorování se badatel účastní při pozorování určitého jevu a je jeho součástí.

V rámci pozorování se zjišťovaly konkrétní podmínky a prostředky sociální rehabilitace, které lze přímo pozorovat (např. nálada, únava, práce s pomůckami atd.). Získané poznatky pozorování byly zaznamenávány v podobě terénních poznámek, které byly následně zapsány do elektronické podoby ve formě deníku.

7. Interpretace a vyhodnocení dat

V této části bakalářské práce jsou představeny konkrétní podmínky sociální rehabilitace, kasuistické studie obou žen s jednotlivými oblastmi sociální rehabilitace ve výchozím a konečném stavu, a s použitými prostředky během jednotlivých okruhů sociální rehabilitace. Na konci této kapitoly jsou vyhodnoceny výsledky výzkumného šetření a diskuze.

7.1. Podmínky sociální rehabilitace

Existuje několik podmínek sociální rehabilitace. Obecně jsou sepsány v publikaci *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených* od Jesenského. Zde jsou sepsány pouze konkrétní podmínky sociální rehabilitace, které působily na obě ženy.

Sociální rehabilitace má své vnitřní a vnější podmínky, které ovlivňují zkoumaného jedince. Do vnitřních podmínek patří sám jedinec s kombinovaným postižením se svou genetickou výbavou, osobními vlastnostmi, schopnostmi, dovednostmi i zájmy. Než se začne s rozvojem a stimulací, tak je důležité, aby měl jedinec naplněné všechny základní životní potřeby (např. byl najedený, odpočatý, nepotřeboval na záchod, atd.) Dále záleží na denní době (př. ráno je čilejší, odpoledne je více unavitelný), únavě, náladě, zdravotním stavu jedince (apatický pro začínající nemoc), na působnosti léků apod.

Do prospěšných vnitřních podmínek u obou pozorovaných žen spadá dobrá psychická pohoda, spočívající v naplněných všech základních potřeb. Osobní vlastnosti a zájmy, které napomáhají v rozvoji dovedností a schopností (např. zvědavost, vytrvalost, bystrost, vnímavost, atd.). Rozvíjení během dopoledne, kdy jsou vnímavější, čilejší a odpočatější.

K vnějším podmínkám sociální rehabilitace patří prostředí, ve kterém zkoumaný jedinec žije. Obě ženy byly umístěny ze soudního nařízení z důvodu nedostatečné rodinné péče do Domova pro osoby se zdravotním postižením. Do vnějších podmínek, které měly k dispozici během rozvoje obě zkoumané ženy, patří počasí (výkyvy teploty, sluneční erupce, atmosférický tlak apod.), teplo a chlad v místnostech, úprava prostředí (odstranění architektonických bariér, prostory pro možný rozvoj, orientační body pomáhající orientaci v prostoru,...), legislativní opatření (zákony, vyhlášky, národní

plány,...), příspěvek na péči a invalidní důchod (napomohou k zajištění potřeb, k platbě sociálních služeb, atd.), personální a společenské podmínky. Personální podmínky jsou zajištěné sociálními pracovníky, pracovníky v sociálních službách, speciálními pedagogy, kteří se podílejí na sociální rehabilitaci. V bytové jednotce jsou po celý den přítomni minimálně dva pracovníci v sociálních službách, kteří zajišťují službu 12 uživatelům. Při individuální práci s uživateli je potřeba tří a více pracovníků. Ideální stav by byl jeden uživatel na jednoho pracovníka. Do společenských podmínek spadá kontakt s lidmi, péče a láska věnovaná oběma ženám.

Do příznivých vnějších podmínek u obou pozorovaných žen lze zařadit lidi, kteří se jim věnují, snaží se je rozvíjet, stimulovat a osobnostně posunout dál. Péče, láska a pocit bezpečí prospívá oběma ženám v psychické pohodě. Člověk, který se věnuje oběma ženám, může pozitivně ovlivnit jejich prožívání, uvažování a chování. Dále významně ovlivňuje jejich život v Domově úprava prostředí, správná teplota v místnostech, příspěvek na péči i invalidní důchod.

Všechny výše zmíněné vnější a vnitřní podmínky ovlivňovaly průběh sociální rehabilitace a kvalitu pokroku ve schopnostech a dovednostech u obou pozorovaných žen.

7.2. Kasuistické studie

Kasuistické studie obou žen jsou vypracovány hlavně na základě vlastního pozorování a z ústního sdělení od pracovníků TyfloCentra Pardubice, o. p. s. a pracovníků Domova pro osoby se zdravotním postižením. Služba sociální rehabilitace je oběma ženám poskytována od března 2014.

Kasuistická studie – žena A

Ženě A je sociální služba v Domově pro osoby se zdravotním postižením poskytována od druhé poloviny roku 2013. Umístění do tohoto domova bylo uděleno soudním příkazem z důvodu nedostatečné rodinné péče. V létě 2014 se u ženy A objevila porucha chování, proto jí byla pozměněna léčba pomocí psychofarmakoterapie.

Věková kategorie: 20 – 25 let.

Diagnóza: na obou očích retinopatie nedonošených ve stádiu nevidomosti, s šancí správné světelné projekce a v periferní části možnost v některé oblasti vidět, jiná mentální retardace (podle MKN-10. revize).

Vzdělání:

Od září 2014 plní povinnou školní docházku v Domově pro osoby se zdravotním postižením, kam dojíždějí speciální pedagogové ze Základní školy speciální Svítání. Ve školním roce 2014/2015 byla zařazena do 7. ročníku a edukace probíhá podle individuálního vzdělávacího plánu.

Vlastní pozorování:

Žena A je malého vzrůstu s velmi štíhlou postavou. Při pohledu na ženu A nejdříve upoutá pozornost její atypické pohybové stereotypy (vytrvalé otáčení hlavy), avšak při dostatku podnětů hlavou otáčet přestává a soustředí se na hru, příp. činnost, kterou je zaujata. Její zraková vada jí neumožňuje přijímat žádné vizuální informace, ale několikrát se již stalo, že si sama přesto našla předmět, o kterém předem nebyla informována. Například se za asistence usadila k jídelnímu stolu, protože byl čas svačiny, a sama si z prostředku stolu vzala hrníček s pitím, který tam běžně položený není. Nebo si hrála s míčem, který se jí odkutálel, následně se okamžitě postavila, sáhla po míči a vzala si ho zpět na klín.

Objevuje se u ní emoční labilita, která se projevuje střídáním protikladných emocí, což někdy vede k záchvatům vzteku a autoagresivnímu chování (kouše se do rukou, bouchá se do hlavy pěstmi případně rukama do uší). Ke zklidnění občas postačí odvedení pozornosti (např. mluvení, zpívání, říkání říkanek), případně je nutné počkat, až agrese skončí. Pokud má při činnosti nedostatek podnětů nebo se jí něco nelíbí, dá to najevo kousáním okolních lidí do rukou. Aby se porucha chování zmírnila, byly jí naordinovány léky, které jí však neutlumují. Nicméně v současnosti se již tolik nezajímá o věci kolem sebe jako dřív. Předtím byla plná energie, spontánní a rozpustilá. Někdy je opravdu obtížné s ní pracovat, nebo navázat s ní jakýkoli kontakt, aby vnímala, vnější podmínky, včetně požadavků.

Když má dobrou náladu je velmi společenská, zvědavá, neustále se usmívá a ráda se něco nového učí. Miluje chůzi a nejraději by pořád někam chodila. Když má špatnou náladu nic, ji nebaví a chtěla by jen chodit, často hlasitě křičí a brečí. Odstrkuje od sebe lidi, pokud se jí něco nelíbí nebo zrovna nemá náladu na navrhnutou činnost.

Na svoje jméno reaguje kladně. Po oslovení natáhne ruku před sebe a čeká na podání ruky a sdělení, co se bude dělat. Případně se po oslovení zvedne a jde přímo k osobě, která ji zavolala.

Sebeobsluha

Výchozí stav

Ze sebeobsluhy neuměla žena A žádné dovednosti. Jedla všechny pokrmy rukou. U pití se jí muselo pomáhat, asistent jí přidržoval hrneček a ona se napila. Nebyla vůbec v jídle vybíravá, snědla všechno, co se jí předložilo, a nic nezbylo. Oblékat a svlékat se neuměla, neměla tendenci pomáhat, protože nevěděla k čemu to je dobré. Neměla vybudované žádné hygienické návyky – vykonat potřebu na toaletě, umýt si ruce, vyčistit si zuby, aj. Stejně na tom byla i s úklidem věcí po sobě (např. úklid hraček, oblečení, kartáčku na zuby,...).

Prostředky pro sebeobsluhu

Sem patří předměty denní potřeby (např. mýdlo, kartáček na zuby, lžice, oblečení, atd.), speciálně upravené pomůcky (vidlička). Specifická ergoterapie zaměřená na obnovu a posílení ztracených schopností a dovedností v rámci sebeobsluhy.

Rozvoj sebeobsluhy probíhá individuálně podle strukturovaného času – vytvořením vizualizovaného denního programu pomocí konkrétních předmětů (např. kartáček na zuby – budou se čistit zuby, lžice – bude jídlo, boty – bude procházka, apod.).

Konečný stav

Žena A potřebuje pomoc ve všech oblastech sebeobsluhy. Je velmi šikovná, rychle se naučila a pochopila denní režim. Pochopila, že se jídlo nabírá lžící a dává se do úst. Potřebuje, aby jí někdo na vidličku, případně na lžici, nabral jídlo, protože se špatně orientuje po talíři či v misce a jídlo hledá. Všechna jídla musí mít předem nakrájená a potřebuje neustálý dozor. Protože nenajde-li lžici s připraveným soustem, tak má tendenci hledat jídlo rukou. Nedokáže říci, že už jí jídlo stačilo a je přecpaná. Jí, dokud se z přecpání nepozvrací. Pít dokáže sama z plastového hrníčku s uchem. Hrneček si drží oběma rukama a postupně ho naklání. Žena A je precizní a nikam nespěchá.

Oblékání i svlékání probíhá s dopomocí, snaží se pomáhat – vsunout ruku do rukávu, rozepnout zip, sundat čepici, rukavice. Umí si sama obouvat a zouvat boty, ale nedokáže si zavázat tkaničky, ani zadělat na nich suchý zip.

Při hygieně je nutná neustálá pomoc. Umývat ruce jí nevádí, ale musí jí asistent pomáhat s mytím i s mýdlem. Zuby čistí asistent, ale žena A bez problémů spolupracuje. Nechápe vyplachování pasty z úst. Pokud se jí nabídne hrneček s vodou, tak vodu spolkně i s pastou. Nemá ráda sprchování, jak dopadá voda na tělo. Koupání ve vaně jí nevádí, má ráda více vody pohromadě a ráda cáká. Nemá ráda teplou vodu, ale spíše vlažnou. Mytí vlasů, stříhání vlasů a nehtů jí nevádí, když se jí vysvětluje, co se děje. Celý den nosí pleny a je pravidelně přebalovaná.

S úklidem věcí je problém kvůli zrakové vadě. Ráda věci rabuje a rozhazuje. V úklidu hraček pokročila, dokáže vrátit zpět do krabice, do pytlíčku a na poličku různé předměty, když jí je asistent podá. Sama od sebe nic nevrátí, ale po vyzvání a motivaci ano.

Rozvoj motoriky

Hrubá motorika:

Výchozí stav

Na začátku spolupráce byla celková motorika na špatné úrovni. Žena A chodila pouze s pomocí chodítka a to krátké trasy. Brzy se hned unavila. Držení chodítka bylo chabé a křečovitě. Měla jen malou sílu v rukách. Z důvodu chůze po špičkách i stání na nich, byla rovnováha špatná. Vždy se potřebovala něčeho držet, aby nespadla. Nechtěla dávat ruce od těla (zvedat je nahoru, případně do stran). Po schodech nahoru a dolů neuměla střídát nohy, nebyla si jistá a potřebovala neustále své chodítko. Proto se s ní po budově jezdilo hlavně výtahem. Ze začátku nechtěla natahovat ruce po předmětech, neměla k tomu žádnou motivaci a nevěděla, že tím může něco získat.

Prostředky pro hrubou motoriku

Pro chůzi bylo využito chodítko, schody, různé trasy i cesty v přírodě, lavičky pro odpočinek. Pro rozcvičování, uvolňování a posilování svalů se používaly písničky a říkanky s pohybem, síť na hračky, masáže (nohou, s míčkem, pomocí chlupatých ponožek), uvolňovací pohyby (protřepávání), navození správné atmosféry, klidu a bezpečí, gymnastický míč s rolničkami, plavání v bazénu s kruhem, fyzioterapeutické cviky. (viz. Příloha H, obrázek 2, 3, 4, 5, 6)

Konečný stav

Žena A má chabé držení těla, je neustále ohnutá dopředu. I na posteli se choulí do klubička. Pohybuje se nekoordinovanou, nejistou chůzí po špičkách. Neumí

došlapovat na paty, buď má zkrácené šlachy, nebo by to mohla být forma obrny. Při chůzi většinou potřebuje nějakou oporu (chůze s chodítkem, chůze podél zábradlí, chůze za ruku). Když není unavená, tak zvládá chodit po místnosti sama, bez drže, ale chodí bokem napřed. Při chůzi za ruku je jistější, když se jednou rukou drží asistenta a druhou zábradlí. Dostává se tak více do pohody a je si více jistá. V případě, že se bojí, celé tělo jí ztuhne a je napjatá. Fyziologicky je pro ni nejlepší chodit s chodítkem, protože má při chůzi krásně vzpřímenou postavu a chodí dopředu. Pouze při chůzi za jednu ruku se snaží trup otáčet směrem k asistentovi a to již není fyziologicky správné. Umí vyjít i sejít schody s podporou asistenta, který ji jistí a pomáhá ji držením za ruku. Zvládne střídat nohy po schodech nahoru, ale je to pro ni náročné. Vytahuje se velkou silou pomocí zábradlí a je to pro ni fyzicky náročné. Po schodech dolů chodí nejdříve jednou nohou a druhou přinožuje, nicméně ta ji velmi vyčerpává. Je celá napjatá a v křeči, protože se musí hodně soustředit, hlavně na udržení rovnováhy. Takto zvládá jen krátké úseky chůze, čím víc se procvičuje, tím více zvládá delší trasy. Ve vzpřímené poloze stojí na špičkách a špatně se jí udržuje rovnováha, proto se raději něčeho neustále přidržuje. Chvilí zvládne sama stát, ale musí na místě přešlapovat. Je to pro ni velmi vyčerpávající a raději chodí. Pokud je hodně vyčerpaná a chce se posadit, tak svojí nelibost vybíjí agresivitou (kousáním nebo zabořením nehtů do ruky) na člověku, se kterým jde.

Po dlouhé chůzi si ráda sedne na oblíbené křeslo v bytové jednotce. Má různé polohy sezení, v poslední době si nejvíce oblíbila dávání nohy přes nohu jako dáma. Na oblíbeném křesle sedí s nohama v různé poloze. Pokud sedí ve vaku, tak má nohy ve správné poloze.

Pro natahování rukou po předmětech je potřebná motivace. V této činnosti nebyvala moc aktivní, většinou si počkala, až jí asistent podal nějaký předmět, který se jí buď zalíbil, nebo ne. Proto byla snaha k nacvičení aktivního vyhledávání. Pokud má dobrou náladu, tak vsedě aktivně šmátrá rukama kolem sebe a hledá předměty na hraní. Dokáže si přitáhnout k sobě síťku na hračky, natáhnout se až na dno a vytáhnout si hračku, která ji zaujme. Při špatné náladě nemá zájem vůbec dělat některé činnosti. Hledání předmětů ve stoje je namáhavé, protože se musí něčeho držet jednou rukou a druhou hledat. Obtížná je i manipulace s předměty ve stoje, lze to pouze za předpokladu, že jí asistent drží zezadu a tím pádem má volné obě ruce.

Odtahování rukou od těla za účelem protáhnutí, procvičení nejde hned. Napřed se musí navodit klidná a bezpečná atmosféra, při které se pro uvolnění nejdříve hladí

a proklepají celé ruce a nohy. Potom lze pomalu a nenásilně odtahovat ruce od těla. Ve stoje se jí líbí napodobování letadélka a děláni vln. Když sedí, má ráda napodobování šlapání na kole. Pro zlepšování a udržení rovnováhy se používá gymnastický míč. Žena A ho používá jen s asistentem. Má problémy sedět chvíli na míči a nespadnout na jednu stranu. Zatím se míč používá jen na nejzákladnější cviky (houpání do stran, skákání vsedě na míči, posilování rukou – tlačení míče od sebe, ad.) Pro zlepšení hrubé motoriky se zkusilo plavání v bazénu s pomocí kruhu. Sice plavat neumí, ale stačí, když ve vodě kolem sebe cáká a kope nohama.

Jemná motorika:

Výchozí stav

Síla v rukách byla jen malá, úchop nebyl pořádně naučený. Vypadal ochablý a měkce. Odstrkovala hračky pryč bez jasného motivu.

Prostředky pro jemnou motoriku

Pro rozvoj jemné motoriky se používají předměty denní potřeby, edukační hračky a jemná optická vlákna. Pro uvolnění a zahřátí rukou se používá masírování pomocí míčků, chlupatých ponožek nebo jen pouhé hlazení. Ve škole se využívají pomůcky na rozvoj grafomotoriky. Důležité jsou také přestávky mezi jednotlivými činnostmi, které napomáhají k odpočinku a ke klidu. (viz. Příloha H, obrázek 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16)

Konečný stav

Hlavním cílem byl nácvik úchopu a procvičování drobných svalů ruky pro získání síly v úchopu. Dnes již udrží různé předměty v ruce a dokáže je i přenášet na kratší vzdálenost. Nejraději všechno mačká. Už má pořádnou sílu a stisk ruky. Při různých činnostech používá většinou nejdříve pravou, a pak levou ruku, případně obě najednou. Zvládne vyšroubovat víčko z plastové flašky, rozdělat různé krabice (s rozdělavacím víčkem, s vysouvacím víčkem). V jemné motorice se jedná o hmatový prožitek, o vytvoření zvuku, než o grafomotorické cvičení. Pokud má něco tvořit rukama, tak jí to nebaví, nic jí to nedává, asistent jí musí vést ruku a to jí vadí. Výsledek práce nevidí, pouze ho může ohmatat, pokud je trojrozměrný. V současné době se učí hlazení pomocí jemných optických vláken. Účelem hlazení je, aby nebyla tolik agresivní vůči svému okolí a sama sebe dokázala pochválit, když se jí něco povede.

Orientace v prostoru a čase:

Výchozí stav

V prostoru a čase se žena A neuměla vůbec orientovat. Ze začátku jí vadilo jezdit autem. Aby neztratila rovnováhu, tak se křečovitě držela sedadla a madla.

Prostředky pro orientaci v prostoru a čase

Jak již bylo výše zmíněno (viz. prostředky pro sebeobsluhu), strukturalizace času probíhá prostřednictvím denního programu pomocí konkrétních předmětů. Do orientace v prostoru patří chodítko, úprava vnitřních prostorů budovy (např. bezbariérový přístup, žádné koberečky na hladkých plochách, žádné zavěšené předměty v prostoru, orientační body pomáhající orientaci v prostoru – rádio, hodiny, atd.).

Konečný stav

Vzhledem ke zrakové vadě ženy A je orientace ve venkovním prostředí nemožná (chodí s chodítkem, drží se kočáru nebo za ruku), nemá jak si zjistit, kde se nachází. Ve vnitřním prostoru, v budově, se bez problémů orientuje ve svém pokoji. Dokáže si najít svoji postel a dveře. V bytové jednotce se také dobře orientuje, najde si křeslo, jídelní stůl, dostane se do koupelny, případně navštíví jiný pokoj. Jinak po celé budově Domova pro osoby se zdravotním postižením se neorientuje a je potřeba ji neustále doprovázet a vše slovně komentovat. Pokud má chuť se projít po bytové jednotce, tak chodí podél stěn a různého nábytku nebo se sune po zemi (sedí na zemi a posouvá se dopředu či dozadu).

Cestování autem jí nevadí. Ruce má uvolněně položené na nohou a jen při prudké zatáčce se chytá sedadla, případně madla. Nejvíce v klidu je, pokud vedle ní někdo sedí, drží ji za ruku a povídá si s ní.

Žena A se orientovat v čase neumí, pouze v různých souvislostech chápe, jaké činnosti navazují na další. Pomocí rutiny si pamatuje, že po spánku se jde do koupelny, kde se vykoupe a převlékne, ve vedlejší koupelně si vyčistí zuby a potom nastupuje snídane. Všechny tyto činnosti, jak jdou postupně za sebou, se učila podle konkrétních předmětů denní potřeby.

Komunikace a sociální interakce

Komunikace:

Výchozí stav

Žena A vůbec nekomunikovala, jen dávala najevo emoce prostřednictvím pláče, křiku, úsměvu a smíchu. Ze začátku nerozuměla všem pokynům, neměla konkrétní slova zařazená ke konkrétní činnosti. Ale některým slovním výrazům již rozuměla.

Prostředky pro komunikaci

Důležitým prostředkem pro rozvoj komunikace je mluvení na ženu A. Ať už formou zpíváním, říkáním říkanek, broukáním a vyluzování různých zvuků. Neustále se jí vysvětlují konkrétní činnosti a situace, aby nebyla vyvedená z míry. Není důležité, zda chápe všechno, co se jí říká, ale přítomnost někoho druhého, kdo se jí věnuje. Aby pochopila význam jednoduchých slov, je potřeba neustálého opakování.

Konečný stav

Žena A verbálně nekomunikuje, umí vyjádřit libé (smíchem) nebo nelibé pocity (pláčem, křikem). Spokojenost vyjadřuje úsměvem. V současné době se občas snaží o broukání a žvatlání. Rozumí mluvené řeči jen pomocí jednoduchých slov a slovních výrazů. Na pokyn podá ruku, vezme si a vrátí předmět, položí předmět vedle sebe. Když něco nechce nebo se jí předmět nelíbí, odstrčí to. Má vytvořenou velkou pasivní slovní zásobu. Různým slovům rozumí jen v rámci dané činnosti a v denní hodině.

Sociální interakce:

Výchozí stav

Okamžitě žena A ráda spolupracovala a objevovala něco nového. Všechno si chtěla vyzkoušet, byla zvědavá. Málokdy vyhledávala společnost ostatních lidí.

Prostředky pro sociální interakci

Patří sem společnost, prostor k sociálnímu kontaktu. Lidi, kteří o ni pečují, starají se o ni, rozvíjejí její schopnosti a dovednosti. Čas, který s ní člověk stráví, je jedno, jestli o samotě nebo ve společnosti více lidí. Důležité je, že se jí věnuje.

Konečný stav

Žena A je velmi společenská; vyžaduje fyzický kontakt; ráda se mazlí; má absolutní důvěru v cizí lidi, protože je na ostatních závislá. Ráda si k někomu sedá na klín, cítí se tak v bezpečí, a je pro ni příjemné pohupování v klíně a natřásání. Dříve

ráda spolupracovala, chtěla všechno vyzkoušet. Pak měla období, kdy se jí měnila medikace, a od té doby méně spolupracuje a je unavenější. Muselo se zvolnit a dnes je vybíravá, jak v jídle a hračkách, tak i v činnostech, které chce dělat.

Nemá potřebu si hrát s ostatními uživateli ve stejné bytové jednotce, případně s nimi jen pobýt. Výjimkou je její sestra. Když chce být se svou sestrou, tak ji kdykoliv najde. Jakoby s ní byla napojená. Pokud má špatnou náladu, nejdříve to odnese její sestra, kterou kouše, štípe a škrábe do rukou. Jinak vyhledává sociální kontakt u dospělých. Ty co jí padli více do oka, s těmi se chce mazlit a požaduje, aby se jí věnovali.

Rozvoj zrakového vnímání

Výchozí stav

Žena A nevyužívala vůbec zrak. Byla pokládána za úplně nevidomou.

Prostředky pro rozvoj zrakového vnímání

Byl použit snoezelen, pro vytvoření klidné atmosféry pro relaxaci a možnosti zrakového rozvoje prostřednictvím světelného zdroje (baterky, vodního válce, optických vláken, atd.). (viz. Příloha H, obrázek 18, 21)

Konečný stav

Jak už bylo výše napsáno, v září 2014 byla na vyšetření zraku v pražské nemocnici. Z výsledků se člověk nedozví, jestli něco vidí nebo ne. Odborné medicínské zkratky neříkají, zda lze zrakové vnímání nějakým způsobem stimulovat a jak. Pouze se může spekulovat na základě pozorování ženy A během činností. Z pozorování je možné usoudit, že může mít zachovalé zbytky zraku v určité části zorného pole. Z důvodu nedostatečných informací a nechtěného používání zraku od ženy A, která si navykla zavírat nebo přivírat oči během činností, není možný rozvoj zrakového vnímání. Rozvoj zrakového vnímání lze pouze za předpokladu, že sama žena A má náladu a chce něco vidět.

Rozvoj sluchového vnímání

Výchozí stav

Ze začátku žena A nepoužívala sluch k orientaci v prostředí ani k rozpoznávání předmětů podle zvuku.

Prostředky pro rozvoj sluchového vnímání

Rozvoj sluchového vnímání se konal prostřednictvím zvukových předmětů (plyšová kostka s rolničkou, pískající chobotnice, zvukové pexeso,...), muzikoterapie, hudebních nástrojů a orientace za hlasem. (viz. Příloha H, obrázek 24, 25, 26, 27, 28)

Konečný stav

Pro výcvik sluchu se žena A učila uvědomit si zvuk a z čeho vychází (např. slyšet hlas a najít člověka), lokalizovat zdroj zvuku a rozeznat zvuky, které pomáhají při orientaci v prostoru (asistent klepe na předměty a žena A si uvědomí překážku, blízkost věci,...). Různé zvuky z okolního prostředí se jí komentovaly. Sama si ťukala a bouchala do různých materiálů a předmětů.

Známé lidi pozná podle hlasu a dokáže za nimi sama přijít.

Rozvoj hmatového vnímání

Výchozí stav

Hmat žena A využívala jen minimálně. Nepoužívala ho jako aktivní smyslový orgán k zjišťování překážek, v orientaci, ke zkoumání předmětů, k ničemu. Nejdříve se začalo s testováním různých materiálů, které jsou pro ni příjemné, aby se následně mohly zakoupit kompenzační pomůcky a edukační hračky. Zpočátku neměla ráda nic kovového. Obecně je známo, že lidé s autismem nemají rádi kov. Proto byla obava, aby nebyla přidružená další vada.

Prostředky pro rozvoj hmatového vnímání

Rozvoj hmatového vnímání probíhal prostřednictvím různých hmatových pomůcek (hmatové pytlíky, masážní míčky, hmatové kostky,...), přírodních materiálů (např. šišky, listy, stromy, kamínky,...), vnímáním vlastního těla a různého prostředí domácího i venkovního z hlediska hmatu. (viz. Příloha H, obrázek 30, 31, 32, 34)

Konečný stav

Naštěstí obava z toho, že by mohla mít žena A autismus nebylo potvrzeno a dnes jí nic kovového nevadí. Nemá ráda moc velké teplo, přestává se soustředit a nic jí nebaví. Teplou vodu také nemusí, spíše vlažnou. Chlad jí nevadí. Někdy jí zajímají chladné předměty jako je topení v létě nebo studený parapet v zimě.

Při prvním kroku v rozvoji hmatu bylo zapotřebí naučit ji brát různé předměty do ruky a správně je uchopit. Když se naučila držet předměty v ruce, tak si začala sama

prohlížet předměty prostřednictvím hmatu. Tím se začala zajímat, co dokáže jednotlivý předmět. K zlepšování hmatové a manipulační dovednosti se využívalo zvukových hraček a pomůcek, které motivovaly k aktivitě a k vytvoření zvuku. Dále pomohlo k hmatové aktivitě manipulace s klikou u dveří, otvírání krabic s hračkami, šroubování plastové láhve, lokalizování předmětů hmatem na ploše a v prostoru.

Rozvoj čichového a chuťového vnímání

Výchozí stav

Ze začátku žena A jedla všechny pokrmy rukou, které jí byly předloženy. K učení se něčeho nového nepoužívala žádný smyslový orgán. Ale k získávání informací, např. k vyhledání sestry účelně využila svůj čich.

Prostředky pro rozvoj čichového a chuťového vnímání

Patří sem rozlišování dobrého a špatného jídla, rozlišování různých vůní (příjemných/nepříjemných), aromaterapie v rámci aromatické inhalace, která uklidňuje nebo dodá novou energii.

Ergoterapie specifická zaměřená na obnovu a posílení ztracených schopností a dovedností v rámci správného stolování.

Konečný stav

Postupem času žena A začala být v jídle vybíravá, začala dávat přednost některým jídlům a naučila se jíst lžící a speciálně upravenou vidličkou. Prostřednictvím chuti a čichu zjišťovala informace i z různých předmětů. Pro příklad: zkoušela z různých dvou dřevěných předmětů zjistit, zda chutnají a voní stejně. V současné době preferuje sluchové a hmatové vnímání před vnímáním čichovým a chuťovým. Ale stále využívá čich k nalezení své sestry.

Shrnutí

Ženě A sociální rehabilitace pomohla v rozvoji všech zmíněných oblastí, kromě zrakového vnímání a v sebeobsluze neustálá potřeba plen při vylučování a vyměšování. Správně použité prostředky sociální rehabilitace napomohly v rozvoji schopností a dovedností potřebné v každodenním životě. Je stále závislá na svém okolí a neustále potřebuje pomoc asistenta ve všech oblastech sociální rehabilitace.

Kasuistická studie – žena B

Ženě B je sociální služba v Domově pro osoby se zdravotním postižením poskytována od druhé poloviny roku 2013. Umístění do tohoto domova bylo uděleno soudním příkazem z důvodu nedostatečné rodinné péče. Dostává léky na zklidnění hyperaktivity a udržení pozornosti.

Věková kategorie: 20 – 25 let.

Diagnóza: na pravém oku retinopatie nedonošených ve stádiu slabozrakosti
a strabismus,
levé oko je nevyvinuté,
jiná mentální retardace (podle MKN-10. revize).

Vzdělání:

Od září 2014 plní povinnou školní docházku v Domově pro osoby se zdravotním postižením, kam dojíždějí speciální pedagogové ze Základní školy speciální Svítání. Ve školním roce 2014/2015 byla zařazena do 7. ročníku a edukace probíhá podle individuálního vzdělávacího plánu.

Vlastní pozorování:

Žena B je malého vzrůstu s velmi štíhlou postavou, v dnešní době až vychrtlou postavou. Důvodem je nechut' k jídlu. Do jídla se nesmí nijak nutit, jinak všechno zpátky vyzvrací. Musí mít pocit, že má na jídlo dostatek času. Pokud žena B sedí, nejdříve upoutá pozornost ostatních svým atypickým pohybovým stereotypem (neustálé pohupování tělem dopředu a dozadu). Ráda si brouká a pozoruje své ruce, jak se otáčí, co dělají prsty při pokrčení atd. Když nemá co dělat, tak si často cucá prsty, kouše kloub palce u ruky (většinou pravý) a čichá k nim, jak voní. Do jejích závislostí by se dalo zařadit kroucení vlasů, cucání prstů a kousání nehtů. Není to časté, ale pokud se to u ní objeví, je potřeba hned zaujmout na jinou činnost.

Někdy se u ní rychle střídají emoce (smutek, radost). Je hyperaktivní, čilá a energická, zbrklá i introvertní. Také u ní probíhá medikace, zřejmě na útlum její hyperaktivity, což u ní často vyvolává uzavřenost ve svém světě a od svého okolí. Vypadá to například tak, že si sedí, kýve se, brouká si pro sebe a pozoruje své ruce. Svou velkou radost, případně rozčilení, dává najevo třepotáním rukama kolem těla, což

je nebezpečné, pokud něco drží v ruce, někdy ta věc vylétne různými směry, nebo pokud je v blízkosti různých věcí, do kterých se může rukama bouchat.

Když má dobrou náladu neustále se usmívá, je zvědavá, ráda se učí něco nového a snaží se napodobovat činnost ostatních (např. bubnovat do dřevěné krabice). Pokud nemá náladu na společnost je uzavřená do sebe, nic ji nebaví, předměty od sebe odstrkuje. Většinou má špatnou náladu kvůli své sestře, která je na ní agresivní. Kouše jí do rukou a zarývá do ní nehty. To potom se jí člověk snaží uklidnit, zajistit, aby měla pocit bezpečí a přivést jí na jiné myšlenky.

Na svoje jméno reaguje kladně. Jestliže sedí, tak se usměje a buď jde k osobě, která ji zavolala, nebo zůstane sedět a usmívá se dál. Potom nastává chvíle, kdy k ní člověk musí natáhnout ruku a říci k jejímu jménu – pojď, a ona se zvedne. Když si sama vyjde na procházku dál od asistenta, tak na ní stačí zavolat jménem a ona se vrátí zpět. Někdy se zavolání musí opakovat vícekrát.

Rozvoj ženy B v jednotlivých oblastech sociální rehabilitace

Sebeobsluha

Výchozí stav

Žena B neuměla žádné dovednosti ze sebeobsluhy. Všechno jídlo jedla rukama. Pít z hrníčku sama neuměla, musel jí pomáhat asistent. V jídle nebyla vůbec vybíravá, všechno snědla do posledního drobečku. Oblékat a svlékat se neuměla a ani se nesnažila pomáhat, protože nevěděla, proč se má oblékat a svlékat. Žádné hygienické návyky neměla naučené – vykonat potřebu na toaletě, umýt si ruce, tělo, vyčistit si zuby, aj. Ani cokoliv uklízet neuměla. Se vším musel pomáhat asistent.

Prostředky pro sebeobsluhu

Do prostředků pro sebeobsluhu patří předměty denní potřeby (např. mýdlo, kartáček na zuby, lžice, oblečení, atd.), speciálně upravené pomůcky (vidlička). Specifická ergoterapie zaměřená na obnovu a posílení ztracených schopností a dovedností v rámci sebeobsluhy.

Rozvoj sebeobsluhy probíhá individuálně podle strukturovaného času – vytvořením vizualizovaného denního programu pomocí konkrétních předmětů (např. kartáček na zuby – budou se čistit zuby, lžice – bude jídlo, boty – bude procházka, apod.).

Konečný stav

Žena B potřebuje pomoci ve všech oblastech sebeobsluhy. Je velmi šikovná, rychle se učí a po častém opakování denního režimu pochopila, jak jdou činnosti v režimu za sebou. Už chápe, že se jídlo nabírá příborem a dává se do úst. Občas mívá problém, že zapomene použít lžici a jídlo nabere rukou. Pokud má na lžici nabrané jídlo, tak na vyzvání LŽÍCE, případně poklepání na rameno si sama navede lžici do úst. Všechno jídlo musí mít předem nakrájené. Poslední dobou nechce moc jíst snídaně, svačiny a večeře. Když odstrčí talíř, tak tím říká, že už dál jíst nebude a je pořádně najedená. Pít dokáže sama z plastového hrníčku, který si drží oběma rukama. Musí se kontrolovat, aby nezačala pít moc rychle, jinak se poleje. Je totiž hyperaktivní a energická.

Při oblékání a svlékání se jí musí pomáhat, sama to nezvládne. Ale snaží se spolupracovat – vsunout ruku do rukávu, stát klidně apod. Sama si umí obouvat a zouvat boty a snaží se i rozdělovat suchý zip.

Při hygieně je nutná pomoc od asistenta. Na pokyn si umýt ruce neumí, ale stačí s ní zajít k umyvadlu, naznačit co má dělat a sama si dá ruce pod vodu a začne si je oplachovat. Mýdlo do ruky musí dát asistent a namydlit si ruce zvládne sama. Umí si otřít pouze dlaně, hřbety rukou dodělává asistent. Zuby jí čistí asistent, ale tuto činnost žena B nesnáší. Nespolupracuje a neotvírá pusy. Nechápe vyplachování pasty z úst, vodu s pastou polyká. Ráda si hraje v umyvadle s vodou. Nemá ráda sprchování a koupání v bazénu, protože nesnáší, když se jí voda dostane na hlavu. Může se koupat jen ve vaně za stálého vysvětlování, co se děje. Hodně jí vadí mytí vlasů, protože jí voda teče do očí. Nemá moc ráda, když se jí někdo dotýká v obličeji. Stříhání vlasů a nehtů jí nevádí, pokud se jí vše vysvětluje. Celý den nosí pleny a je pravidelně přebalovaná. Zkoušelo se u ní vysazování na toaletu, ale nechápe, co tam má dělat a jen na záchodě sedí.

Po vyzvání dokáže uklízet věci, pokud se jí chce a má na to náladu. Umí uklízet hračky do krabice, pytlíčku, na poličku. Dokáže barevně kontrastní předměty sbírat ze země. Předměty denní potřeby umí uklidit do košíku, problém je se strefením do správného košíku.

Rozvoj motoriky

Hrubá motorika:

Výchozí stav

Na začátku spolupráce nebyla motorika na dobré úrovni. Žena B se neustále hrbila, a pokud si sedla, tak dávala bradu až na prsa. Při chůzi se hodně kolíbala, byla nejistá, držela se za ruku asistenta, aby do něčeho nebo někoho nenarazila. Po schodech nahoru a dolů neuměla střídat nohy. Měla chabý stisk ruky a asistent jí musel držet pevně. Nechtěla dávat ruce od těla (zvedat je nad hlavu, případně upažit), natahovat se po předmětech. Neměla k tomu žádnou motivaci a nevěděla, že tím může něco získat.

Prostředky pro hrubou motoriku

Během chůze se používaly schody, různé trasy ve městě i v přírodě, lavičky pro odpočinek po dlouhé chůzi. Pro rozcvičování, uvolňování a posilování svalů se používaly písničky a říkanky s pohybem, masáže (s míčkem, pomocí chlupatých ponožek), uvolňovací pohyby (protřepávání), navození správné atmosféry klidu a bezpečí, gymnastický míč s rolničkami a muzikoterapie. (viz. Příloha H, obrázek 4, 5, 6)

Konečný stav

Žena B své držení těla vylepšila, ale stále chodí mírně ohnutá dopředu. Již se pohybuje rychle a samostatně. Umí chodit vedle asistenta samostatně, někdy si sama vyžádá, aby jí asistent držel za ruku. Když si lehne a nespí, tak neustále pohybuje tělem ze strany na stranu. Umí vyjít i sejít schody sama, ale lepší je, když se drží za ruku asistenta, aby náhodou nespadla. Je totiž velmi čilá a neposedná. Po schodech nahoru zvládne střídat nohy, ale po schodech dolů je to těžší a chodí nejdříve jednou nohou a druhou přinožuje.

V bytové jednotce si ráda sedá na oblíbené křeslo, kde sedí buď s nohama na křesle nebo s nohama ve správné poloze. Při hraní si moc často nechce sedat na zem, důležitá je motivace. Pro různé předměty se natahuje, pokud jí zaujmou zrakem. Dříve se natahovat po předmětech nechtěla, většinou si počkala, až jí je asistent podal. Když je aktivní, je velmi neposedná, u ničeho dlouho nevydrží a chodí sem a tam. Umí napodobovat přelézání překážek. Manipulovat předměty ve stoje ji nečiní žádný problém.

Žena B moc nechce odtahovat ruce od těla. Musí mít na to náladu a cítit se v bezpečí. Nejdříve se uvolňují svaly hlazením a proklepáváním, aby nebyly napnuté a v křeči. Potom lze pomalu a nenásilně odtahovat ruce od těla. Pro procvičení dolních končetin je snaha naučit jí kopat do míče. Moc jí to nejde a spíše míč překračuje jako překážku.

Na zlepšení a udržení rovnováhy se u ženy B používá gymnastický míč. Používá ho jen s asistentem, který má eliminovat nebezpečí úrazu. Zatím se míč používá jen na nezákladnější cviky (houpání do všech stran, skákání vsedě na míči, posilování rukou – držení míče ve vzduchu, apod.).

Jemná motorika:

Výchozí stav

Žena B měla malou sílu v rukách, úchop nebyl pořádně naučený. Vypadal ochablý a měkký. Hračky od sebe odstrkovala bez jasného motivu.

Prostředky pro jemnou motoriku

Pro rozvoj jemné motoriky se používají předměty denní potřeby, edukační hračky a optická vlákna. Pro uvolnění a zahřátí rukou se používá masírování pomocí míčků, chlupatých ponožek nebo jen pouhé hlazení. Ve škole se využívají pomůcky na rozvoj grafomotoriky. Sem patří i přestávky mezi jednotlivými činnostmi, které napomáhají k odpočinku a ke zklidnění. (viz. Příloha H, obrázek 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17)

Konečný stav

U ženy B byl důležitý nácvik úchopu a procvičování drobných svalů ruky pro získání síly v úchopu. Již umí držet různé předměty v ruce i docela těžké. Většinou těžké předměty drží chvíli a z výšky je pouští k zemi. Líbí se jí, když udělají pořádný rachot. Lehké předměty dokáže přenášet na kratší vzdálenost. Ráda měkké předměty mačká, se zvukovými hrká, barevné si prohlíží a různě je otáčí před obličejem. Umí přendávat předmět z ruky do ruky. Většinou používá nejdříve levou ruku, protože si někdy potřebuje pravou rukou stínit oko před světlem. Jinak dokáže manipulovat s předměty i pravou rukou, větší věci bere oběma rukama najednou. Zvládne vyšroubovat víčko z plastové flašky, rozdělat krabice s různými víčky a vyndat předměty z nich. Začíná napodobovat činnosti po asistentovi (např. bubnování na dřevěnou krabici). Grafomotorická cvičení jí moc nebaví, ale hrát si s modelínou jí

nevadí. Sice nic konkrétního netvoří, ale procvičuje si drobné svaly ruky a koordinaci oko-ruka.

Orientace v prostoru a čase:

Výchozí stav

V prostoru a čase se žena B neuměla vůbec orientovat. Ze začátku jí vadilo jezdit v autě. Byla křečovitá, a aby odvedla pozornost od cestování, tak si broukala, mačkala ruce a kývala se dopředu a dozadu v rytmu broukání.

Prostředky pro orientaci v prostoru a čase

Organizování času probíhá prostřednictvím denního programu pomocí konkrétních předmětů. Do orientace v prostoru patří úprava vnitřních prostorů budovy (např. bezbariérový přístup, žádné koberečky na hladkých plochách, nebezpečné jsou napůl otevřené dveře, správné osvětlení místností, vizuální orientační body pomáhající při orientaci v prostoru,...).

Konečný stav

Vzhledem ke zrakové vadě ženy B je orientace ve venkovním prostředí obtížná. Neustále potřebuje průvodce, který se orientuje za ní a vede ji nejbezpečnější cestou. Venku by se sama ztratila. Poznává jen známé trasy, které se chodí velmi často. V Domově pro osoby se zdravotním postižením se bez problémů orientuje ve svém pokoji a v bytové jednotce. Po celé budově je potřeba ji neustále doprovázet, aby se jí něco nestalo a neztratila se, vše se jí slovně komentuje. Částečně si pamatuje úseky cesty do třídy, kde se učí, a do místností, kde ji rozvíjí a stimuluje dobrovolník TyfloCentra.

Cestování v autě je již lepší, ale stále je napnutá a hraje si s rukama. Je lepší, pokud vedle ní sedí asistent a snaží se odvést pozornost od jízdy v autě.

Žena B se orientovat v čase neumí, pouze v různých souvislostech chápe, jaké činnosti navazují na další. Například si pamatuje, jak to ráno probíhá. Když je vzbuzená, sama se odkryje deku, zasune postranice dolů, přehoupne nohy dolů z postele a zamíří do koupelny, kde se vykoupe a převlékne za asistence, ve vedlejší koupelně si spolu s asistentem čistí zuby, a potom ví, že následuje snídaneň, proto zamíří ke stolu. Všechny tyto činnosti, jak jdou postupně za sebou, se učila podle konkrétních předmětů denní potřeby.

Komunikace a sociální interakce

Komunikace:

Výchozí stav

Žena B vůbec nekomunikovala, jen dávala najevo emoce prostřednictvím pláče, křiku, úsměvu a smíchu. Z počátku nerozuměla všem pokynům, neměla konkrétní slova zařazená, ke konkrétní činnosti. Ale některým slovním výrazům již rozuměla.

Prostředky pro komunikaci

Důležitým prostředkem pro rozvoj komunikace je mluvení na ženu B, vysvětlování konkrétních činností a situací (např. při koupání se vysvětluje, co se právě odehrává). Zařazuje se sem experimentace se zvuky, napodobují se různé hlasy, zvířata, zvuky z okolí. Využívá se rytmizace říkanek, zpívání písniček, broukání, napodobování a opakování všech zvukových projevů, které žena B vydává. Aby pochopila význam jednoduchých slov, je potřeba neustálého opakování.

Konečný stav

Žena B verbálně nekomunikuje. Umí vyjádřit libé (smíchem) nebo nelibé pocity (pláčem, křikem). Pokud se jí nelíbí blízkost nějaké osoby, odstrčí ji. Činnosti, které nechce dělat, tak na ně nereaguje. Nechtěné předměty umí od sebe odstrčit. Konverzace probíhá tím způsobem, že asistent na ženu B mluví, případně říká některá citoslovce, a žena B brouká a snaží se žvatlat. Má vytvořenou velkou pasivní slovní zásobu. Rozumí mluvené řeči a různé slova chápe jen v rámci dané činnosti a v denní hodině. Na pokyn si umí vzít předmět a vrátit ho, položit předmět vedle sebe apod. Pokud se jí chce, zvládne na pokyn podat ruce.

Sociální interakce:

Výchozí stav

Žena B ze začátku ráda spolupracovala a objevovala něco nového. Všechno si chtěla vyzkoušet, protože byla zvědavá.

Prostředky pro sociální interakci

Důležitá je společnost, lidé v jejím okolí a prostor k sociálnímu kontaktu. Pro ženu B je důležité, že se jí někdo věnuje, vytváří klidnou atmosféru, do ničeho jí nenutí.

Konečný stav

Žena B je introvertní, nevyhledává sama společnost. Někdy vypadá, že si žije ve vlastním světě a své okolí nevnímá. Fyzický kontakt nevyžaduje, musí mít na něj náladu, jinak od sebe lidi odstrkuje. Nejvíce vnímá pokyny a spolupracuje, pokud na ni mluví jen jedna osoba. V jednom období se po ní chtělo, aby se najednou naučila spoustu věcí (v hygieně, v jídle, ve smyslovém rozvoji,...). Nechtěla moc spolupracovat, protože byla přetížena a unavená. Některé činnosti se musely vynechat a u ostatních se na ní netlačilo a nespěchalo. V současnosti je vybíravá, jak v jídle a hračkách, tak i v činnostech, které chce dělat.

S ostatními uživateli ve stejné bytové jednotce si nehraje a nevyžaduje s nimi kontakt. Pokud má její sestra dobrou náladu, tak se jí snaží pomáhat v přemísťování ve vnitřních prostorách Domova pro osoby se zdravotním postižením. Žena A se ženy B zezadu chytne za tričko a žena B přesune ženu A například ke křeslu, nebo se jen tak spolu prochází.

Rozvoj zrakového vnímání

Výchozí stav

Žena B nepoužívala zrak ke zjišťování jakýchkoliv informací. Nebylo jisté, jakou má zrakovou vadu. Neustále se hrbila, a pokud si sedla, tak dávala bradu až na prsa. Neměla tendenci pozorovat okolní prostředí.

Prostředky pro rozvoj zrakového vnímání

Patří sem zraková stimulace, snoezelen pro rozvoj zrakového vnímání v klidné atmosféře, výrazně barevné edukační hračky, nasvícení předmětu, předměty zajímavé zvukově nebo hmatově, které se následně spojí se zrakovým vjemem. Ve všech každodenních činnostech, ve kterých se může rozvíjet zrakové vnímání, je zapotřebí zrakové kontroly. Ale i pozorování asistenta, co dělá a napodobování jeho činnosti. Důležité jsou také přestávky mezi jednotlivými činnostmi, které napomáhají ke zrakovému odpočinku. (viz. Příloha H, obrázek 18, 19, 20, 21, 22, 23)

Konečný stav

Žena B byla v září 2014 na vyšetření zraku v pražské nemocnici. Zraková terapeutka ji hezky rozkoukala, a od té doby začala neustále ve všech činnostech

používat zrak. Velký podíl na rozvoji zraku má i Tyfloservis Hradec Králové, o. p. s., který každý měsíc jezdil za ženou B a prováděl zrakovou stimulaci.

Nejdříve se realizovala fixace předmětu, a to nasvícením předmětu. Předmět nejlépe vydával sluchový vjem, který aktivoval motivaci k zafixování předmětu. Žena B většinou natáčí hlavu tak, aby nejlépe viděla. Pravé oko jí šilhá na levou stranu, tudíž musí vyvinout velkou námahu, aby se podívala na pravou stranu bez otočení hlavy. Již dokáže pozorovat předmět v pohybu, přenášet pozornost z předmětu na předmět a vybírat si hračku, se kterou si chce hrát. Umí pracovat na ploše, ale tuto činnost zvládá jen chvíli a s menším množstvím předmětů.

Dává přednost výrazně barevným, většinou jednobarevným, předmětům než předmětům barevně nevýrazným. Neustále si prohlíží svoje ruce, jak vypadají, ohýbají se a pracují. Z jednoho metru dokáže vnímat mimiku asistenta a reagovat na ni. Libovolné předměty prohlíží nejradši zblízka, kde na ně nejlépe vidí. Vsedě a ve stoje dokáže pozorovat okolní prostředí. Ale během chůze nedokáže tolik vnímat své okolí, a když nedává pozor, tak by bez asistenta dokázala do něčeho vrazit.

Rozvoj sluchového vnímání

Výchozí stav

Žena B nepoužívala sluch k vnímání a orientaci v prostředí ani k rozpoznávání předmětů podle zvuku.

Prostředky pro rozvoj sluchového vnímání

Rozvoj sluchového vnímání se konal prostřednictvím zvukových předmětů (plyšová kostka s rolničkou, zvukové pexeso, barevné kostky s korálky...), muzikoterapie, hudebních nástrojů a orientace za hlasem. (viz. Příloha H, obrázek 24, 25, 26, 28)

Konečný stav

Pro výcvik sluchového vnímání se žena B učila uvědomit si zvuk, z čeho vychází, lokalizovat zdroj zvuku, rozeznat různé zvuky a sama ho vytvořit pomocí různých materiálů a předmětů. Různé zvuky z okolního prostředí se jí komentovaly. Známé lidi dokáže poznat podle hlasu.

Rozvoj hmatového vnímání

Výchozí stav

Žena B využívala hmat minimálně. Nepoužívala ho jako aktivní smyslový orgán ke zkoumání předmětů a svého bezprostředního okolí. Nejdříve se začalo s testováním různých materiálů, které jsou pro ni příjemné, aby se následně mohly zakoupit kompenzační pomůcky a edukační hračky. Ze začátku neměla ráda nic kovového. Obecně je známo, že lidé s autismem nemají rádi kov. Proto byla obava, aby nebyla přidružená další vada.

Prostředky pro rozvoj hmatového vnímání

Rozvoj hmatového vnímání probíhal prostřednictvím různých hmatových pomůcek (hmatové pytlíky, masážní míčky,...), přírodních materiálů (např. šišky, listy, stromy, kamínky,...), vnímáním vlastního těla a různého prostředí domácího i venkovního z hlediska hmatu. (viz. Příloha H, obrázek 29, 30, 32, 33)

Konečný stav

Naštěstí nebylo potvrzeno, že by žena B mohla mít autismus a dnes jí nic kovového nevadí. Nerada se koupe v teplé vodě, nejlepší je pro ni vlažná voda. Nedokáže si říci, jestli je jí teplo nebo zima. Pokud je jí teplo, vyhrnuje si tepláky ke kolenům.

Při rozvoji hmatového vnímání bylo nejdříve zapotřebí naučit ji brát různé předměty do ruky a správně je uchopit. Když se naučila držet předměty v ruce, tak si začala sama prohlížet předměty prostřednictvím hmatu. Po vyšetření zraku v pražské nemocnici si začala prohlížet předměty hlavně zrakem a od té doby nebylo potřebné více rozvíjet hmat. Hmatové vnímání používá během manipulace s hračkami a pomůckami.

Rozvoj čichového a chuťového vnímání

Výchozí stav

Všechny pokrmy žena B jedla rukou. Nevybírala si podle chutě a všechno snědla. Účelně nevyužívala ani čich ani chuť.

Prostředky pro rozvoj čichového a chuťového vnímání

Patří sem rozlišování dobrého a špatného jídla, rozlišování různých vůní (příjemných/nepříjemných), aromaterapie v rámci aromatické inhalace, která uklidňuje nebo dodá novou energii.

Ergoterapie specifická zaměřená na obnovu a posílení ztracených schopností a dovedností v rámci správného stolování.

Konečný stav

Postupem času začala být žena B v jídle vybíravá, začala dávat přednost některým jídlům a naučila se jíst lžící a speciálně upravenou vidličkou. V současnosti se jí vůbec nechce jíst a pít. Musí ji asistent neustále přesvědčovat a motivovat k jídlu. Dobrovolně sní pouze oběd, nejvíce má oblíbenou polévku.

Dále zjišťuje z předmětů, jestli voní, například ji napadlo přivonět si ke svíčke. Někdy si k některým předmětům přivoní a strčí kousek do pusy. Takto například zjistila u hmatového pytlíčku, že jí chutná syrová vrtule. Jinak si neustále ke svým rukám čichá a ocucává je.

Shrnutí

Ženě B pomohla sociální rehabilitace v rozvoji všech zmíněných oblastí, kromě dovednosti chodit na toaletu a nepoužívat pleny. Již ve všem nepotřebuje neustálý dohled, některé snadné věci dokáže udělat sama, např. pohybovat se po bytové jednotce, přijít na zavolání, obléknout si a sundat boty apod. Jednotlivě uvedené prostředky napomohly v sociální rehabilitaci k rozvoji schopností a dovedností potřebné pro samostatný život. Z celkového pohledu je, ale žena B stále závislá na svém okolí a neustále potřebuje pomoc, případně dopomoc, asistenta v jednotlivých oblastech sociální rehabilitace.

7.3. Výsledky a diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit konkrétní podmínky a prostředky sociální rehabilitace u dvou dospělých osob s kombinovaným postižením, které byly v dlouhodobě zanedbávané péči. Hlavní cíl byl formulován do **ZVO**: *Jaké podmínky a prostředky sociální rehabilitace mají ke svému rozvoji osoby s kombinovaným postižením po dlouhodobě zanedbávané péči?*

Konkrétní podmínky a použité prostředky sociální rehabilitace jsou sepsané v 7. kapitole. Hlavního cíle výzkumného šetření bylo dosaženo skrze dílčí výzkumné úkoly.

DVÚ 1. *zjistit terénním šetřením, jaké podmínky sociální rehabilitace byly přínosné pro rozvoj 2 osob s kombinovaným postižením.*

Přínosné vnitřní i vnější podmínky sociální rehabilitace jsou sepsané v kapitole 7.1. U obou pozorovaných žen je důležité, aby měly naplněné všechny základní potřeby, tedy hlavně fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a sounáležitosti. Tím se dostávají do dobré psychické pohody, dokáží spolupracovat a rozvíjet se. Záleží též na denní době, kdy jsou více vnímavější, čilejší a odpočatější během dopoledne. Musí se příjemně vyspat a být odpočaté, jinak mají špatnou náladu a nechce se jim nic dělat. Dále je důležité pro rozvoj obou žen přítomnost člověka, který se jim věnuje, snaží se je rozvíjet, stimulovat a osobnostně posouvat dál. V pozadí hraje významnou roli úprava prostředí, počasí i legislativní opatření.

DVÚ 2. *zjistit, které prostředky sociální rehabilitace napomáhají rozvoji u 2 osob s kombinovaným postižením.*

V obou kasuistikách (kapitola 7.2.) jsou popsány jednotlivé oblasti sociální rehabilitace s jejich počátečními a konečnými stavy a použitými prostředky. Do významných prostředků patří různé speciální pomůcky (např. upravená vidlička, chodítka), hračky zajímavé zrakově, zvukově a hmatově; vizualizovaný denní program pomocí konkrétních předmětů; muzikoterapie; masáže; písničky, říkanky a hlavně komunikace.

Obě pozorované ženy vyžadují specifický přístup a organizaci práce. Žena A se ráda tulí, jsou jí příjemné různé dotyky i formou pochvaly. Naproti tomu žena B

si většinou od ostatních nechává odstup, nerada se často mazlí a sama si řekne, kdy chce lidský dotek. U ženy B se převážně chválí slovně spolu s kladným gestem.

U ženy A je těžší ji motivovat k jakékoliv činnosti z důvodu její nevidomosti. Správně motivující předmět musí být u ženy A sluchově a hmatově zajímavý. Tyto předměty ji rozvíjejí nejvíce. Zato podněcovat k činnosti ženu B není tak těžké. Stačí, když je předmět nějakým způsobem zrakově zajímavý (např. barevný, svítící, tvarově pozoruhodný, atd.) a hned s ním pracuje, resp. ho nejdříve zdlouhavě pozoruje. V této fázi je těžké ženu B přimět s předmětem dělat i jiné věci než ho jen sledovat. Tady u obou žen pomáhají říkanky a písničky, které je motivují nejen k práci s předmětem, ale i k pohybové aktivitě.

Obě ženy nedokáží dlouho udržet pozornost u jedné činnosti, musí se neustále jednotlivé aktivity střídát, nejlépe po pěti až deseti minutách. Je důležité mít připravenou různou škálu činností a podle nálady obou žen je vybírat, kombinovat a případně je nechat, aby si samy vybraly, co chtějí dělat.

Dále se např. u obou pozorovaných žen aplikovaly různé předměty, které měly za účel naučit obě ženy posloupnost denního režimu, resp. upevnit si pořadí činností, které se neustále opakují každý den. Tím se žena B naučila ranní rituál, když jí někdo vzbudí. Už ví, co má následovat – sama si odkryje deku, zasune postranici u postele dolů, sleze z postele a zamíří do koupelny atd.

DVŮ 3. *zjistit míru přínosu uplatňovaných prostředků sociální rehabilitace u 2 osob s kombinovaným postižením.*

Na základě tohoto úkolu byla vytvořena tabulka s počátečními a konečnými stavy jednotlivých oblastí sociální rehabilitace, kde byla použita stupnice od 0 do 3, přičemž 0 je žádný pokrok, 1 je malý pokrok, 2 je pokrok, 3 je velký pokrok. Tabulka byla sestavena podle kasuistických studií a zobrazuje, jaký rozvoj (pokrok) udělaly obě ženy během sociální rehabilitace v sebeobsluze, motorice, komunikaci a sociální interakci, zrakovém, sluchovém, hmatovém, čichovém a chuťovém vnímání. Zkoumané období sociální rehabilitace probíhalo od března 2014 do srpna 2015.

V následujících tabulkách je znázorněno, jaké pokroky udělala žena A a žena B v jednotlivých oblastech sociální rehabilitace.

Tab. 1: Výsledky pokroku jednotlivých oblastí sociální rehabilitace ženy A

Oblasti sociální rehabilitace	Počáteční stav (březen 2014)	Konečný stav (srpen 2015)
Sebeobsluha		
jídlo a stolování	1	2
oblékání	0	2
svlékání	0	3
hygienické návyky	0	2
toaleta	0	0
úklid	0	1
Rozvoj motoriky		
chůze	1	3
rovnováha	0	1
úchop	0	3
manipulace s předměty	0	2
orientace v prostoru	0	1
orientace v čase	0	1
Komunikace a sociální interakce		
neverbální komunikace	0	1
pasivní slovní zásoba	1	2
spolupráce	1	2
vyhledání společnosti	1	2
Rozvoj zrakového vnímání		
vnímání světla/tmy	0	0
fixace předmětu	0	0
pozorování předmětu v pohybu	0	0
přenášení pozornosti z předmětu na předmět	0	0
senzomotorická koordinace (oko-ruka)	0	0
orientace na ploše	0	0
Rozvoj sluchového vnímání		
uvědomění si zvuku	0	3
rozeznání zvuku	0	1
lokalizace zdroje zvuku	0	3

Oblasti sociální rehabilitace	Počáteční stav (březen 2014)	Konečný stav (srpen 2015)
Rozvoj hmatového vnímání		
hmatové prohlížení předmětů	0	2
manipulační dovednost	0	2
vnímání vlastního těla (tělesné schéma)	0	1
Rozvoj čichového a chuťového vnímání		
vyhledávání podle čichu	1	2
preferenze chuťových podnětů	0	2

Zdroj: Vlastní zpracování.

Tab. 2: Výsledky pokroku jednotlivých oblastí sociální rehabilitace ženy B

Oblasti sociální rehabilitace	Počáteční stav (březen 2014)	Konečný stav (srpen 2015)
Sebeobsluha		
jídlo a stolování	1	2
oblékání	0	2
svlékání	0	3
hygienické návyky	0	2
toaleta	0	0
úklid	0	2
Rozvoj motoriky		
chůze	1	3
rovnováha	0	2
úchop	0	3
manipulace s předměty	0	3
orientace v prostoru	0	2
orientace v čase	0	1
Komunikace a sociální interakce		
neverbální komunikace	0	2
pasivní slovní zásoba	1	2
spolupráce	1	2
vyhledání společnosti	0	1

Oblasti sociální rehabilitace	Počáteční stav (březen 2014)	Konečný stav (srpen 2015)
Rozvoj zrakového vnímání		
vnímání světla/tmy	1	3
fixace předmětu	0	3
pozorování předmětu v pohybu	0	2
přenášení pozornosti z předmětu na předmět	0	2
senzomotorická koordinace (oko-ruka)	0	3
orientace na ploše	0	2
Rozvoj sluchového vnímání		
uvědomění si zvuku	0	3
rozeznání zvuku	0	1
lokalizace zdroje zvuku	0	3
Rozvoj hmatového vnímání		
hmatové prohlížení předmětů	0	1
manipulační dovednost	0	3
vnímání vlastního těla (tělesné schéma)	0	1
Rozvoj čichového a chuťového vnímání		
vyhledávání podle čichu	0	1
preferenze chuťových podnětů	0	2

Zdroj: Vlastní zpracování.

V uvedených tabulkách je zaznamenán posun v jednotlivých zkoumaných oblastech. Z tabulek vyplývá, že u obou žen ve většině případů došlo k mírnému anebo většímu zlepšení ve schopnostech a dovednostech potřebných k samostatnému životu. U obou žen zůstává stav rozvoje beze změny v sebeobsluze, a to v dovednosti chodit na toaletu a nepoužívat 24 hodin pleny. Beze změny zůstává u ženy A i rozvoj zrakového vnímání, kde se neví, zda je úplně nevidomá nebo má zachovalé zbytky zraku v určité části zorného pole.

Žena B má menší zrakovou vadu, a proto lépe zvládá úklid, manipulaci s předměty (dokáže napodobovat některé činnosti), orientuje se lépe v budově i venkovním prostředí, má lepší stabilitu a rovnováhu, je si jistější v chůzi a může chodit sama bez podpírání a za ruku. Do jednoho metru dokáže rozpoznat detailně obličej

a mimiku asistenta, snaží se napodobovat řeč žvatláním. Samozřejmě v rozvoji zrakového vnímání dosahovala lepších výsledků než žena A.

Naproti tomu žena A ráda vyhledává společnost a ráda se mazlí. Více se u ní rozvinulo hmatové vnímání, které potřebuje ke zkoumání předmětů a svého nejbližšího okolí. Již od začátku vynikala ve vyhledávání osoby podle čichu, konkrétně ženy B.

Při práci s oběma ženami musí člověk počítat s jejich rychlou změnou nálady (např. smutek, veselost). Pokud má žena A špatnou náladu, není jí dobře nebo je unavená, vybíjí si to na ostatních i na sobě agresivitou. Když je hodně agresivní nelze ji učit něco nového, protože se asistent musí zaměřit na zvládnání její agresivity a podněcovat ji k aktivitě, která ji baví, případně její agresivitu proměnit v něco jiného (např. vyřádit se tleskáním, boucháním do měkkých věcí, apod.). Jestliže si svou špatnou náladu chce na někom vybit, tak je to většinou žena B, kterou vyhledá a pokouše nebo poškrábe. Špatná nálada se přenesla na ženu B a ta se uzavře do sebe a většinou tiše pláče. Takže to většinou vypadá, že když má žena A dobrou náladu, chce se jí spolupracovat a dělat různé činnosti, potom žena B má špatnou náladu, je uzavřená do sebe a nic se jí dělat nechce. Platí to i obráceně.

Mezi společné atributy obou žen patří vybíravost ohledně jednotlivých činností, které chtějí dělat. Teď když se již naučily několik věcí, začaly být vybíravé a sami si určovaly a vytvořily vlastní názor na to, co chtějí dělat. Dalším společným znakem je u obou klesající zájem o své okolí. Důvodem může být medikace, která utlumuje jejich dřívější čilejší charakterové vlastnosti, mezi které patří zvědavost, čilost a snaha spolupracovat. Důležité je zvážit, zda je vhodnější medikace utlumující zájem o okolí, před nasloucháním jejich potřeb a vytvoření empatické komunikace.

Ještě by zde autorka práce chtěla zmínit vztah mezi ženou A a ženou B. Když má žena A špatnou náladu, něco se jí nelíbí apod., její reakcí není okamžitá afektovaná odpověď na kohokoli poblíž, ale systematicky vyhledává svoji setru, kterou pokouše či poškrábe, čímž dává najevo svoji nevoli vůči pro ni negativnímu podnětu. Žena B je z této situace obvykle velmi rozrušená a pláče. Nicméně tento vztah je pravděpodobně jednostranný, neboť žena B doposud nebyla viděna, že by svou sestru aktivně sama vyhledávala. Na druhou stranu je žena B své setře ochotna pomoci, například pokud potřebuje někam převést.

Na základě pozorování obou dospělých žen z výzkumu vyplývá, že obě potřebují neustále svého osobního asistenta, který by jim pomáhal se vším, co nevládnou sami.

Každá vyžaduje individuální přístup, trpělivost, pravidelnost a opakování již nabytých schopností a dovedností. Nelze u nich striktně dodržovat předem promyšlený program a organizaci práce. Je nutné přizpůsobit práci momentálním náladám obou žen. Nelze je nutit do ničeho, co sami dělat nechtějí. Může to mít za následek projevení agrese nebo ještě větší uzavření do sebe od okolního světa. Dobré je mít připraveny v zásobě různé programy a plány práce, protože obě ženy nedokáží vydržet s pozorností u jedné činnosti dlouhou dobu. Minimálně každých pět minut je potřeba měnit skladbu práce. Důležité je přizpůsobit se danému jedinci, zjistit a rozpoznat, jaké situace ho vyvádějí z míry, co ho naopak dokáže uklidnit, za jakých okolností se cítí v bezpečí apod.

I přes závažnost jejich postižení a po dlouhodobě zanedbávané péči jsou v kasuistických studiích v jednotlivých oblastech sociální rehabilitace zřejmé pokroky. Ze získaných dat vyplývá, že obě ženy mají ke svému rozvoji několik přírodních podmínek a prostředků sociální rehabilitace, které se navzájem prolínají, slučují a jeden bez druhého nemohou fungovat. Například je to zřejmé v úpravě prostředí v rozvoji sebeobsluhy, motoriky a dalších oblastí, kde prostředí hraje důležitou roli v umožnění pracovat s oběma ženami v prostorové orientaci a samostatném pohybu s vytvořenými prostředky – orientačními body zvukovými i zrakovými. Dále bez věnujícího se člověka oběma ženám by nefungovala sociální rehabilitace ani žádný rozvoj jejich schopností a dovedností.

Diskuze

Sociální rehabilitace u osob s kombinovaným postižením po zanedbané péči má svůj význam a opodstatnění, protože umožňuje jedincům se rozvíjet, zvládat některé jednoduché činnosti samostatně bez pomoci ostatních a žít plnohodnotnější život. U osob s kombinovaným postižením není důležitá jen sociální rehabilitace, ale ucelenost celého systému péče o tyto osoby. A právě bez lidí s plnou kvalifikací a „láskou ke své práci“, by se nedalo hovořit o ucelené rehabilitaci, protože bez nich by provázanost mezi různými obory nefungovala.

Ideální by bylo, kdyby si Domov pro osoby se zdravotním postižením směl dovolit více sociálních pracovníků, speciálních pedagogů a asistentů, kteří by se větší měrou mohli individuálně věnovat každému uživateli zvlášť, a tím zlepšit provázanost mezi různými institucemi, u uživatelů více pracovat na rozvoji schopností a dovedností potřebných k samostatnějšímu životu a k seberealizaci. Tento problém spočívá hlavně

v ekonomické oblasti, kdy tito pracovníci nejsou odpovídajícím způsobem finančně ohodnoceni a ani stát nedokáže dotacemi pokrýt tuto oblast.

Během výzkumu autorku práce překvapilo, že opatrovník nechtěl poskytnout žádné informace o obou ženách, ani žádné všeobecné informace, které by nijak neprozradily jejich totožnost. I když byla podepsána dohoda o mlčenlivosti. Bylo neustále přetřásáno, jaké je to citlivé téma, které se momentálně řeší. Domlouvání s opatrovníkem šlo pouze přes e-maily, protože byl velmi zaneprázdněný. V prvním e-mailu se odkazoval na zákon o ochraně osobních údajů a v druhém e-mailu již říkal, že z důvodu nařízení ze strany vedení nemůže poskytnout žádné informace. Je velká škoda, že těm, co se snaží pomáhat lidem se zdravotním postižením, jsou tímto způsobem „házeny klacky pod nohy“. Právě minulost zkoumaných osob řekne další doplňující informace ke správné ucelené péči o ně. Získá se komplexní pohled na celou věc a může se případně navázat na předchozí rozvoj schopností a dovedností, u osob s kombinovaným postižením po zanedbané péči, tedy pokud nějaký předchozí rozvoj byl.

V průběhu jednoho roku dobrovolnictví, byl překvapivý rychlý rozvoj schopností a dovedností u obou zkoumaných žen. Zřejmě za to může spolupráce více organizací, které se podílely na pokroku ve schopnostech a dovednostech obou žen. Ne nadarmo se říká, že ucelená spolupráce odborníků z více oborů pomáhá v komplexní péči o jedince s jakýmkoliv zdravotním postižením i o jedince s nějakým problémem.

Pro studenty speciální pedagogiky a pro všechny, kdo se o tuto problematiku zajímají, bych jako autor práce doporučila, aby si sami vyzkoušeli strávit nějaký čas mezi lidmi s kombinovaným postižením. Jako např. stát se dobrovolníkem v některé organizaci. Neboť se domnívám, že osobní zkušenost je zcela nedoceníitelná a zůstává v paměti navždy, jako velmi kvalitní odrazový můstek pro další praxi, ale i pro uvědomění si skutečných životních hodnot. I v tomto oboru platí, že odborná literatura a studium ve škole rozhodně patří k dobrým základům a jsou vhodným začátkem na cestě k pomoci postiženým osobám, nicméně práce s lidmi je vždy velmi individuální, specifická a emotivní a nelze ji tak podrobně sepsat do univerzálních tabulek a odborných postupů.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala sociální rehabilitaci u osob s kombinovaným postižením. Sociální rehabilitace u těchto osob je celoživotní a náročný proces, který vyžaduje profesionálně kvalifikované pracovníky, jež využívají k rozvoji zmíněných osob různé metody stimulace a specifické podpůrné prostředky.

Teoretická část práce měla za cíl vymezit kombinované postižení a charakterizovat jedince se zrakovým postižením v kombinaci s mentálním postižením. Popsat podporu, edukaci a ucelenou rehabilitaci, které jedinec potřebuje ve svém životě pro rozvoj svých schopností a dovedností. V neposlední řadě se zabývala zanedbávanou péčí a možnosti řešení této péče, a věnovala se již zmíněné sociální rehabilitaci u osob s kombinovaným postižením.

Cílem praktické části bylo zjistit, jaké podmínky a prostředky sociální rehabilitace mají ke svému rozvoji osoby s kombinovaným postižením po dlouhodobě zanedbávané péči. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na určení přínosných podmínek a prostředků napomáhajících rozvoji dvou osob s kombinovaným postižením. I přes závažnost jejich postižení a po dlouhodobě zanedbávané péči jsou v kasuistických studiích v jednotlivých oblastech sociální rehabilitace zřejmé pokroky. Tyto pokroky v jednotlivých oblastech sociální rehabilitace byly zaznamenány v tabulkách, ve kterých je vidět rozvoj od začátku poskytované sociální rehabilitace do konce realizovaného výzkumu. Nejvíce se obě ženy zlepšily v oblasti sebeobsluhy ve svlékání, v rozvoji motoriky v chůzi, úchopu a manipulaci s předměty a v rozvoji sluchového vnímání v uvědomění si zvuku a lokalizaci zdroje zvuku. Dále se žena B výrazně zlepšila v rozvoji zrakového vnímání v celé šíři pozorovaných aktivit. Naopak beze změny zůstal stav u obou žen v sebeobsluze v dovednosti chodit na toaletu a nepoužívat 24 hodin pleny. Beze změny zůstal u ženy A i rozvoj zrakového vnímání, kde je předpoklad, že je úplně nevidomá, s možností správné světelné projekce a v periferní části v některé oblasti vidět.

Ze získaných dat vyplývá, že osoby s kombinovaným postižením po dlouhodobě zanedbávané péči mají ke svému rozvoji několik přínosných podmínek a prostředků sociální rehabilitace. Mezi prospěšné podmínky patří naplnění všech základních potřeb a psychická pohoda osob s kombinovaným postižením, denní doba, odpočatost, dobrá nálada, člověk věnující se těmto jedincům, hezké počasí, vyhovující upravené prostředí, podporující legislativní opatření (příspěvek na péči, invalidní důchod). Do významných

prostředků patří speciální pomůcky (např. upravená vidlička, chodítko), specifická ergoterapie, vizualizovaný denní program pomocí konkrétních předmětů, masáže, muzikoterapie, fyzioterapeutické cviky, aromaterapie inhalací, přestávky mezi činnostmi, snoezelen, zraková stimulace, edukační hračky zajímavé zrakově, zvukově a hmatově, písničky, říkanky a hlavně komunikace.

Výzkum v této práci by šel udělat více způsoby a jinou formou, pokud by byly k dispozici jiné podmínky a prostředky sociální rehabilitace. Například by mohl být výzkum zaměřen na jedince s kombinovaným postižením v domácím prostředí i na kombinaci domácího prostředí s pobytovým zařízením. Ve skutečnosti je velmi obtížné najít více jedinců s podobným kombinovaným postižením a obdobným výchovným prostředím.

Během výzkumu autorka získala nové zkušenosti o organizování a plánování práce a času jedincům s kombinovaným postižením. Podle autorky si každý člověk zasluhuje žít důstojný, plnohodnotný a kvalitní život. Kombinované postižení nebo zanedbaná péče je jen jeden znak z mnoha jiných, které daného jedince charakterizují. Efektivní edukace a rehabilitace je podmíněna schopností pracovníků a asistentů vnímat možnosti rozvoje a specifické potřeby jedinců s kombinovaným postižením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní publikace:

- ANTONY W. A., COHEN, M., FARKAS M., CAGNE CH. 2002 In: *Na cestě ke komunitní psychiatrii...: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, 2010. 120-130 s. ISBN 978-80-904009-6-2.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava, BAZALOVÁ, Barbora, PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 978-807-3151-614.
- BAZALOVÁ, Barbora. 2006. In: *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2. dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 154 s. ISBN 978-807-4353-338.
- BECHYŇOVÁ, Věra, KONVIČKOVÁ, Marta. *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
- BENDO VÁ, Petra. Komunikace osob s kombinovanými vadami. In: *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. Kapitola 2, s. 15-24. ISBN 80-244-1154-7.
- BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 150 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4738-536.
- BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 140 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.
- BUBENÍČKOVÁ, Hana, KARÁSEK Petr, PAVLÍČEK, Radek. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno, o.p.s., 2012. 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3.
- CERHA, Josef. 1985. In: *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 353 s. ISBN 978-80-7435-383-3.
- ČERNÁ, Marie. 2008. In: *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2. dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 154 s. ISBN 978-807-4353-338.

- ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana, SVOBODA, Mojmir. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 320 s. ISBN 978-80-262-0216-5.
- DLOUHÁ, Jana et al. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2. dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 154 s. ISBN 978-807-4353-338.
- DOLEJŠÍ, Mormír. 1973. In: *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 978-807-3151-614.
- DRAŠTÍK, Antonín, HASCH, Karel. *Souhrnný rejstřík Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek Nejvyššího soudu ve věcech trestních 1962-2010*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 733 s. ISBN 978-80-7357-696-7.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Co je to syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. In: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995 a. Kapitola 1, s. 15-24. ISBN 80-716-9192-5.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Léčba dětí postižených syndromem CAN. In: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995 b. Kapitola 20, s. 215-218. ISBN 80-716-9192-5.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Tělesné týrání pasivního charakteru. In: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995 c. Kapitola 5, s. 59-64. ISBN 80-716-9192-5.
- DUNOVSKÝ, Jiří, SPILKOVÁ, Jana. Tělesné týrání dítěte aktivní povahy. In: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. Kapitola 4, s. 41-58. ISBN 80-716-9192-5.
- FAMULARO, R. 1994. In: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 245 s., [8] s. obrazových příloh. ISBN 80-716-9192-5.
- FEJT Vladimír, NOVOTNÁ, Věra. *Sociálně-právní ochrana dětí*. 1 vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009. 254 s. ISBN 978-80-86723-77-8.
- FINKOVÁ, Dita, LUDÍKOVÁ, Libuše, RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 158 s. ISBN 978-802-4418-575.
- FINKOVÁ, Dita. *Rozvoj balticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 119 s. ISBN 978-80-244-2742-3.

- FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. 2008. In: *Komplexní péče o člověka s postižením či znevýhodněním*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 102 s. ISBN 978-80-244-3733-0.
- FRÖHLICH, Andreas. 1990. In: *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-731-5134-0.
- HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, PROVAZNÍKOVÁ, Hana, VANÍČKOVÁ, Eva. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 64 s. ISBN 80-718-4008-4.
- HALLEY, 1983, NELSON, 1985. In: *Oftalmopsychologie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 182 s., 4 s. obr. příloh. ISBN 80-718-4053-X.
- HEJZLAR, Petr. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. In: *Na cestě ke komunitní psychiatrii...: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, 2010. 120-130 s. ISBN 978-80-904009-6-2.
- HRUŠKOVÁ, Hedvika, LANDISCHOVÁ, Erika, MATOUŠEK Oldřich. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. Kapitola 7, s. 111-132. ISBN 978-80-7367-818-0.
- HUDECOVÁ, Anna. Týranie, zneužívanie a zanedbávanie detí – syndrom CAN. In: *Sociální patologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.
- JAKOBOVÁ, Anna. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 101 s. ISBN 978-807-3684-884.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-725-4730-5.
- JESENSKÝ, Ján. 1992. In: *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. s. 237-251. ISBN 80-7315-071-9.
- JESENSKÝ, Ján. 1995 a. In: *Komplexní péče o člověka s postižením či znevýhodněním*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 102 s. ISBN 978-80-244-3733-0.
- JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995 b. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.

- JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-704-1196-1.
- JEŘÁBKOVÁ, Kateřina et al. *Komplexní péče o člověka s postižením či znevýhodněním*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 102 s. ISBN 978-80-244-3733-0.
- KEBLOVÁ, Alena. *Sluchové vnímání u zrakově postižených*. 1. vyd. Praha: Septima, 1999. 30 s. ISBN 80-7216-080-X.
- KODYMOVÁ Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. Kapitola 6, s. 89-110. ISBN 978-80-7367-818-0.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Problematika kombinovaných vad z pohledu psychopedie. In: *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. Kapitola 3, s. 25-52. ISBN 80-244-1154-7.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Sebeobhajování osob s mentálním postižením. In: *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. s. 238-239. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-807-3201-371.
- KRAUS Jiří, PETRÁČKOVÁ, Věra et al. *Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]*. 1. vyd. dotisk. Praha: Academia, 2001, 834 s. ISBN 80-200-0982-5.
- KREJČÍŘOVÁ Dana, ŘÍČAN, Pavel et al. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In: *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-1475-9.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Speciálněpedagogická andragogika – teorie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 99 s. ISBN 978-80-244-3690-6.
- KUBOVÁ. 1996. In: *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 150 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4738-536.
- KUČEROVÁ, Anna. Raný a předškolní věk dítěte s postižením nebo znevýhodněním, raná péče. In: *Komplexní péče o člověka s postižením či znevýhodněním*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Kapitola 4, s. 49-64. ISBN 978-80-244-3733-0.

- KUDELOVÁ, Ivana, KVĚTOŇOVÁ Lea. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku: raná péče o dítě se zrakovým a kombinovaným postižením*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1996. 41 s. ISBN 80-859-3124-9.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. 1998. In: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002. 127 s. ISBN 80-238-8729-7.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea (ed.). *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
- KYSUČAN, Jaroslav. 1982. In: *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- LANGER, Jiří. Problematika péče o osoby s kombinovaným postižením. In: *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. s. 69-77. ISBN 80-244-1479-1.
- LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. 1974 a. In: *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. 1974 b. In: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- LAUDOVÁ, Lucie. 2003. In: *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. Tyflopédie. In: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002. s. 49-55. ISBN 80-238-8729-7.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. 2003. In: *Vybrané texty ze speciální pedagogiky I: východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 87 s. ISBN 978-807-4350-993.
- LUDÍKOVÁ, Libuše et al. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- LUDÍKOVÁ Libuše. Problematika osob s vícenásobným postižením. In: *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006 a. s. 303-306. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-1475-9.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. Speciální pedagogika osob s postižením zraku. In: *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006 b. s. 191-208. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-1475-9.

- MADLENER, Ingrid. Rehabilitace a podpůrná opatření u multihandicapovaných dětí. In: *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1999. Kapitola 4, s. 44-72. ISBN 80-859-3175-3.
- MATĚJČEK, Zdeněk. Předcházet je lépe než léčit. In: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. Kapitola 10, s. 103-112. ISBN 80-716-9192-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.
- MICHALÍK, Jan. Rodina se zdravotně postiženým členem. In: *Komplexní péče o člověka s postižením či znevýhodněním*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Kapitola 3, s. 35-48. ISBN 978-80-244-3733-0.
- MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 203 s., 9 s. obr. příl. ISBN 80-725-4476-4.
- MÜLLER Oldřich, VALENTA Milan. 2003. In: *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 101 s. ISBN 978-807-3684-884.
- MÜLLER, Oldřich, VALENTA, Milan. Terapeutické přístupy v péči o osoby s mentálním postižením. In: *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. s. 125-149. ISBN 978-807-3201-371.
- NOVÁKOVÁ, Zita. Speciálně pedagogické poradenství pro zrakově postižené. In: *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. s. 237-251. ISBN 80-7315-071-9.
- NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-807-3675-097.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
- OPATOVÁ Alena. Sociální práce s člověkem s mentálním postižením. In: *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Kapitola 11.3., s. 116-125. ISBN 978-802-4721-385.
- PECHÁČKOVÁ, Y. In: *Pedagogický a speciálně pedagogický slovník: [terminologický slovník zaměřený na primární a preprimární vzdělávání]*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 101 s. ISBN 978-80-247-3855-0.

- PLETICHOVÁ, B., STARÁ, M. Víme co je integrace? *Děti a my*, II/2003, s. 44-45.
In: *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. Kapitola 2, s. 13-18. ISBN 80-244-1479-1.
- PROCHÁZKOVÁ, M. 1998. In: *Úvod do psychopedii: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2. dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 154 s. ISBN 978-807-4353-338.
- PRŮCHA, Jan. 2002. In: *Pedagogický a speciálně pedagogický slovník: [terminologický slovník zaměřený na primární a preprimární vzdělávání]*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 101 s. ISBN 978-80-247-3855-0.
- RUCKÁ, Renata, WIENER, Pavel. *Terapie zrakového handicapu*. 1. vyd. Praha: [Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS], 2006. 94 s. ISBN 80-239-6774-6.
- RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Vybrané texty ze speciální pedagogiky I: východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 87 s. ISBN 978-807-4350-993.
- RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 353 s. ISBN 978-80-7435-383-3.
- RŮŽIČKOVÁ, Veronika. Soudobé trendy v péči o osoby se specifickými potřebami. In: *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. Kapitola 2, s. 13-18. ISBN 80-244-1479-1.
- RISSANEN, P. 1983. In: *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- SAYOUD SOLÁROVÁ, Kateřina. Analýza současných legislativních opatření zabývajících se podmínkami a realizací vzdělávání dospělých osob se zdravotním postižením v České republice. In: *Inkluzivní vzdělávání se zřetelem na věkové skupiny a druhy postižení: Inclusive education – provisions for different age groups and disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. s. 35-48. ISBN 978-802-1057-319.
- SEDLÁČEK, Martin. Případová studie. In: *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. s. 96-112. ISBN 978-80-7367-313-0.
- SCHINDLEROVÁ, Olga et al. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. 1. vyd. Praha: Tyfloservis, 2007. 96 s. ISBN 978-80-239-8822-2.

- SLABINOVÁ, Iva. 2000. In: *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
- SMÝKAL, Josef. *Výchova nevidomého dítěte předškolního věku*. Praha: Svaz invalidů v ČSR, 1986. 105 s.
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 231 s. ISBN 14-072-86.
- SOVÁK Miloš et al. *Defektologický slovník*. 3. uprav. vyd. Jinočany: H & H, 2000. 418 s. ISBN 80-860-2276-5.
- SOVÁK, Zdeněk. Právní zajištění dítěte s CAN. In: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. Kapitola 16, s. 185-198. ISBN 80-716-9192-5.
- STOKLASOVÁ, Veronika. Problematika kombinovaných vad z pohledu tyflopédie. In: *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. Kapitola 5, s. 67-80. ISBN 80-244-1154-7.
- ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003. 156 s. ISBN 80-86131-44-0.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 198 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7060-7.
- ŠVARŤÍČEK, Roman. Hlubkový rozhovor. In: *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007 a. 159-184. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ŠVARŤÍČEK, Roman. Zúčastněné pozorování. In: *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007 b. s. 142-159. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 182 s., 4 s. obr. příloh. ISBN 80-718-4053-X.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 978-802-4609-560.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VANČOVÁ, Alica. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: KKT, o.z. a Pedagogická fakulta UK, 2010. 172 s. ISBN 978-80-970228-1-5.
- VALENTA, Milan. Osoby s mentálním postižením. In: *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009 a. s. 35-40. ISBN 978-807-3201-371.

- VALENTA, Milan. Terminologie v psychopedii. In: *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009 b. s. 7-16. ISBN 978-807-3201-371.
- VAŠEK, Štefan. 1994 a. In: *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- VAŠEK, Štefan. 1994 b. In: *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2. dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 154 s. ISBN 978-807-4353-338.
- VAŠEK, Štefan et al. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapiencia, 1999. 282 s. ISBN 80-967180-4-5.
- VAŠEK, Štefan. 2003 a. In: *Specifika komunikace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. Kapitola 5, s. 43-48. ISBN 978-80-244-1935-0.
- VAŠEK, Štefan. *Základy špeciálnej pedagogiky*. 1. vyd. Bratislava: Sapiencia, 2003 b. 210 s. ISBN 80-968797-0-7.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-731-5134-0.
- VLČKOVÁ, Mária. Týranie, zneužívanie a zanedbávanie detí. In: *Sociálna patológia*. 1. vyd. Bratislava: VEDA, 2000. 270 s. ISBN 80-224-0616-3.
- VOTAVA, Jiří et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- VYCHOVÁ, Helena. 2008. In: *Inkluzivní vzdělávání se zřetelem na věkové skupiny a druhy postižení: Inclusive education – provisions for different age groups and disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. s. 35-48. ISBN 978-802-1057-319.
- ZVOLSKÝ, Petr. 1996. In: *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. s. 35-40. ISBN 978-807-3201-371.

Legislativní dokumenty:

- Vyhláška č. 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 20. [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>.
- Vyhláška č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 20. [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73>.
- Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164. [online]. [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
- Ústavní zákon č. 2 ze dne 16. prosince 1992 o usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1. [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.
- Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11. [online]. [cit. 2015-07-23]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>.
- Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16. [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>.
- Zákon č. 82 ze dne 19. března 2015, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2015, částka 37. [online]. [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-82/zneni-20160901>.
- Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012 občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33. [online]. [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.

- Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. [online]. [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>.
- Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>.
- Zákon č. 359 ze dne 9. prosince 1999 o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111. [online]. [cit. 2015-10-26]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>.
- Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143. [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>.
- Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190. [online]. [cit. 2015-08-02]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>.

Internetové zdroje:

- BRYCHNÁČOVÁ, Eva et al. 2009. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola jednoletá: RVP PRŠ I.* [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 51 s. [cit. 2015-05-11]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/rvp-pro-obor-vzdelani-prakticka-skola-jednoleta-a-dvouleta>.
- BRYCHNÁČOVÁ, Eva et al. 2009. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola dvouletá: RVP PRŠ II.* [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 53 s. [cit. 2015-05-11]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/rvp-pro-obor-vzdelani-prakticka-skola-jednoleta-a-dvouleta>.
- BRYCHNÁČOVÁ, Eva et al. 2008. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální: RVP ZŠS* [online]. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 110 s. [cit. 2015-05-09]. ISBN 978-80-87000-25-0. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-obor-vzdelani-zakladni-skola>.
- Evidence nestátních neziskových organizací. *Informační systémy nestátních neziskových organizací* [online]. © 2013 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://www.isnno.cz/evidencennov10001/DesignPages/oevidenci.aspx>.
- Integrovaný portál MPSV* [online]. [2015] [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/>.
- KŘÍŽKOVSKÁ, Petra. Vzdělávání dětí s mentálním postižením. In: *Šance Dětem* [online]. 20. 12. 2012, 10. 11. 2013 [cit. 2015-05-11]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-mentalnim-postizenim.shtml>.
- KUNHARTOVÁ, Monika. Rodina dítěte s kombinovaným postižením. In: *Šance Dětem* [online]. 31. 1. 2013, 9. 4. 2014 [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-kombinovanym-postizenim/rodina-ditete-s-kombinovanym-postizenim.shtml>.

- KUNHARTOVÁ, Monika. Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením. In: *Šance dětem* [online]. 1. 11. 2012, 29. 12. 2012 [cit. 2015-05-03]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-kombinovanym-postizenim.shtml>.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 4. 2014* [online]. Praha, 2013. s. 874 [cit. 2015-03-01]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn>.
- Míčkování* [online]. 1995 [cit. 2015-08-13]. Dostupné z: <http://www.mickovani.wz.cz/>
- Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2007. 27 s. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/brozura-navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi-v-roce_837_871_1.html.
- Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf.
- Seznamy ŠPZ v krajích ČR. *Národní ústav pro vzdělávání: školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků* [online]. © 2011 – 2015 [cit. 2015-06-08]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/ramps/seznamy-spz-v-krajich-cr>.
- SLEZSKÁ DIAKONIE. *Manuál o rané péči v Moravskoslezském kraji* [online]. 1. vyd. Ostrava: Agentura API s. r. o., 2006. 8 s. [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/publikace.html>.
- Sociální rehabilitace. *Kafira* [online]. © 2015, 10. října 2014 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: http://kafira.cz/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=136.
- STRAKOVÁ, Martina a Kristýna ČERMÁKOVÁ. *Standardy kvality sociálních služeb - příručka pro uživatele* [online]. 1. vyd. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. [cit. 2015-06-08]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf.

VÍTKOVÁ, Marie. 2004. In: *Šance dětem* [online]. 1. 11. 2012, 29. 12. 2012 [cit. 2015-05-03]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-kombinovanim-postizenim.shtml>.

ZKOLA: Informační a vzdělávací portál zlínského kraje. DUDA, Michal. *Metodika MŠMT k novele školského zákona č. 82/2015 Sb. a jeho úplné znění* [online]. 15. 5. 2015 [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/management/prehledpredpisu/Stranky/novela.aspx>.

Zdroje příloh:

DUNOVSKÝ, Jiří. Co je to syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

In: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995 a. Kapitola 1, s. 15-24. ISBN 80-716-9192-5.

Integrovaný portál MPSV [online]. [2015] [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/>.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995 b. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 4. 2014 [online]. Praha, 2013. s. 874 [cit. 2015-03-01]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn>.

Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf.

Seznamy ŠPZ v krajích ČR. *Národní ústav pro vzdělávání: školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků* [online]. © 2011 – 2015 [cit. 2015-06-08]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/ramps/seznamy-spz-v-krajich-cr>.

Služby TyfloCentra Pardubice, o.p.s.: sociální rehabilitace. *TyfloCentrum Pardubice, o.p.s.* [online]. 2012 [cit. 2015-12-01]. Dostupné z: <http://www.tcpce.cz/dokumenty/socrehab.pdf>.

STRAKOVÁ, Martina a Kristýna ČERMÁKOVÁ. *Standardy kvality sociálních služeb - příručka pro uživatele* [online]. 1. vyd. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. [cit. 2015-06-08]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf.

Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. [online]. [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
CAN	Child Abuse and Neglect (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)
CNS	centrální nervová soustava
CSR	centrum pro sanaci rodiny
CVI	Cortical Visual Impairment (centrální porucha zraku)
DMO	dětská mozková obrna
DR	diabetická retinopatie
GPS	Global Positioning System (celosvětový systém k určení pozice)
IQ	Intelligence Quotient (intelligenční kvocient)
IVP	individuální vzdělávací plán
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	mentální retardace
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PC	Personál Computer (osobní počítač)
POSP	prostorová orientace a samostatný pohyb
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
RVP	rámcový vzdělávací program
SIM	Subscriber Identity Module (účastnická identifikační karta)
SONS	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
SOP	speciální optické pomůcky
SPC	speciálně pedagogické centrum
SPMP	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením
SPOD	orgán sociálně-právní ochrany dětí
ŠVP	školní vzdělávací program
TP	těžké postižení
VOKS	výměnný obrázkový komunikační systém
VPMD	věkem podmíněná makulární degenerace
ZŠS	základní škola speciální

ZTP	zvlášť těžce postižený
ZTP/P	zvlášť těžce postižený s průvodcem

SEZNAM TABULEK

TAB. 1: VÝSLEDKY POKROKU JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ SOCIÁLNÍ REHABILITACE ŽENY A	133
TAB. 2: VÝSLEDKY POKROKU JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ SOCIÁLNÍ REHABILITACE ŽENY B	134
TAB. 3: FORMY A PROJEVY SYNDROMU CAN	169

SEZNAM A PŮVOD OBRÁZKŮ

OBR. 1: SCHÉMA HLAVNÍCH PRVKŮ A ALGORITMU SYSTÉMU SOCIÁLNÍ REHABILITACE .	170
Převzato z: JESENSKÝ, J., 1995 b, s. 50.	
OBR. 2: CHODÍTKO.....	176
Převzato z: www.tercio.cz/choditko-se-tremi-kolecky-dietz-dgw-ergo-1148.html .	
OBR. 3: PLAVECKÝ KRUH.....	176
Převzato z: www.teno.cz/sport-hracky/leto/plavecke-potreby/plavecke-kruhy-kola/nafukovaci-kruh-wehncke-55-cm .	
OBR. 4: SÍŤ NA HRAČKY	176
Převzato z: www.ikea.com/PIAimages/51713_PE151822_S4.jpg .	
OBR. 5: GYMNASTICKÝ MÍČ S ROLNÍČKAMI	176
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 6: CHLUPATÉ PONOŽKY.....	176
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 7: KRABICE S VÍČKEM 1	176
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 8: KRABICE S VÍČKEM 2	176
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 9: KRABICE S POSUVNÝM VÍČKEM.....	176
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 10: MASÁŽNÍ A ZVUKOVÝ MÍČEK, OVERBALL A ZVUKOVÁ PLYŠOVÁ KOSTKA.....	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 11: PÍSKAJÍCÍ CHOBTNICE A SLON	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 12: LAMPA S OPTICKÝMI VLÁKNY.....	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 13: PRUŽINA, POČÍTADLO A MOTORICKÝ LABYRINT.....	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 14: MOZAIKA S BAREVNÝMI KNOFLÍKY	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 15: BAREVNÁ VKLÁDAČKA A ZVUKOVÝ BUDÍK.....	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 16: PŘEDMĚTY PRO ROZVOJ MOTORIKY	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 17: NAVLÉKACÍ KROUŽKY A PŮLENÉ MAGNETICKÉ NAVLÉKACÍ KROUŽKY	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	

OBR. 18: SVÍTÍCÍ OPTICKÁ VLÁKNA	177
Převzato z: www.snoezelen.sk/cz/opticka-vlakna/ .	
OBR. 19: DOTEKOVÁ SVÍTÍCÍ LAMPA.....	177
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 20: SVÍTÍCÍ KAMENY VE TMĚ.....	177
Převzato z: www.vykupto.cz/zbozi/36141-dekoracni-svitici-kameny-na-zahradu .	
OBR. 21: VODNÍ SVĚTELNÝ SLOUP	178
Převzato z: www.sayph.cz/pages/vodnC38D-vC381lce.php .	
OBR. 22: DŘEVĚNÉ SMYSLOVÉ KOSTKY	178
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 23: BAREVNÉ KOSTKY S KULIČKAMI	178
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 24: HUDEBNÍ NÁSTROJE	178
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 25: DŘEVĚNÉ HUDEBNÍ NÁSTROJE.....	178
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 26: ZVUKOVÉ PEXESO	178
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 27: ZVUKOVÉ A HMATOVÉ HRAČKY	178
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 28: HRKAČKY	178
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 29: SPOJOVACÍ KOSTKY, SUCHÝ ZIP, ROZDÍLNÉ POVRCHY	179
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 30: HMATOVÉ PYTLÍKY	179
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 31: LIŠTY S RŮZNÝMI POVRCHY	179
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 32: KOSTKY S RŮZNÝMI I STEJNÝMI POVRCHY	179
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 33: TAKTILNÍ DISKY PRO RUCE A NOHY	179
Převzato z: Vlastní zpracování.	
OBR. 34: HMATOVÝ CHODNÍK	179
Převzato z: Vlastní zpracování.	

PŘÍLOHY

Příloha A: Klasifikace podle MKN 10. revize – Nemoci oka a očních adnex (H00-H59)

Příloha B: Seznam SPC pro osoby s kombinovaným postižením v celé České republice

Příloha C: Podrobnější informace o některých dávkách pro osoby se zdravotním
postižením

Příloha D: Standardy kvality sociálních služeb

Příloha E: Formy a projevy syndromu CAN

Příloha F: Systém sociální rehabilitace podle Jesenského

Příloha G: Sociální rehabilitace podle TyfloCentra

Příloha A:

Klasifikace podle MKN 10. revize – Nemoci oka a očních adnex (H00-H59)

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize rozlišuje zrakové vady podle narušené části zrakového analyzátoru na (Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn>):

H00 – H06 nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice;

H10 – H13 onemocnění spojivky;

H15 – H22 nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa;

H25 – H28 onemocnění čočky;

H30 – H36 nemoci cévnatky a sítnice;

H40 – H42 glaukom;

H43 – H45 nemoci sklivce a očního bulbu;

H46 – H48 nemoci zrakového nervu a zrakových drah;

H49 – H52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce;

H53 – H54 poruchy vidění a slepota;

H55 – H59 jiné nemoci oka a očních adnex.

S touto klasifikací se může speciální pedagog setkat v lékařských zprávách a doporučeních, a proto je potřebná jejich dostatečná znalost

Příloha B:

Seznam SPC pro osoby s kombinovaným postižením v celé České republice

(Dostupné z: <http://www.nuv.cz/ramps/seznamy-spz-v-krajich-cr>)

Jihomoravský kraj:

SPC pro Kombinované vady: Žižkova 27/1919, 678 01 Blansko, www.spc.blansko.net.

Karlovarský kraj:

SPC Karlovy Vary: Vančurova 83, 360 17 Karlovy Vary, <http://www.specskoly.cz>.

Odloučená pracoviště SPC Karlovy Vary:

- Pracoviště Sokolov: K. H. Máchy 1267, 356 01 Sokolov, www.specskoly.cz.
- Pracoviště Cheb: Hradební 17, 350 02 Cheb, www.specskoly.cz.
- Pracoviště Mariánské lázně:
 - Na Třešňovce 603, 353 01 Mariánské Lázně, www.specskoly.cz.
 - Vítězství 29, 353 01 Mariánské Lázně, www.specskoly.cz.
- Pracoviště Aš: Studentská 13, 352 01 Aš, www.specskoly.cz.

Kraj Vysočina:

SPC Březejc: U Tržiště 2191/3, 594 01 Velké Meziříčí, www.skoly-brezejc.cz.

SPC Jihlava: Demlova 28, 586 01 Jihlava, www.msdemlova.cz.

Moravskoslezský kraj:

SPC Nový Jičín: Komenského 64, 741 01 Nový Jičín, www.specskolanj.cz.

Olomoucký kraj:

SPC pro žáky s více vadami: Masarykova 4, 789 85 Mohelnice, www.zsams-mohelnice.cz.

Pardubický kraj:

SPC Kamínek: Lázeňská 206, 562 01 Ústí nad Orlicí,

<http://www.spckaminek.websnadno.cz/>.

SPC Svítání: Komenského 432, 530 03 Pardubice, www.svitani.cz.

SPC v Bystré: Náměstí Na podkově 68, 569 92 Bystré, www.szsbystre.cz.

SPC Skuteč: Rubešova 531, 539 73 Skuteč, www.spzs-skutec.cz.

Praha:

SPC: Štíbrova 1691/20, 182 00 Praha 8, spc.stibrova.cz.

SPC při ZŠ speciální: Starostrašnická 45, 100 00 Praha 10, www.starostrasnicka.cz.

SPC při Fakultní mateřské škole se speciální péčí: Arabská 681/20, 160 00 Praha 6,
www.skolka.org/spc.html.

Středočeský kraj:

SPC Mladá Boleslav: Na Celně 2, 293 01 Mladá Boleslav, www.skolanacelne.cz.

SPC Kolín: Kutnohorská 179, 280 02 Kolín, www.zskolin.cz.

SPC Rakovník: Františka Diepolta 1576, 269 01 Rakovník,
<http://www.zsrako.cz/Oskole7.aspx>.

SPC Kladno: Pařížská 2249, 272 01 Kladno, www.spckladno.estranky.cz.

SPC Příbram: Pod Šachtami 335, 261 01 Příbram IV, <http://ouu.pb.cz/spc/>.

Ústecký kraj:

SPC Litoměřice: Dalimilova 2, 412 01 Litoměřice, www.zssaldova.cz.

SPC Teplice: Trnovanská 1331, 415 01 Teplice, www.spcteplice.cz/.

Zlínský kraj:

SPC Kroměříž: F. Vančury 3695, 767 01 Kroměříž, www.msazskm.cz.

Odloučené pracoviště SPC Kroměříž:

- SPC Valašské Meziříčí: Křižná 782, 757 01 Valašské Meziříčí,
www.msazskm.cz.

Příloha C:

Podrobnější informace o některých dávkách pro osoby se zdravotním postižením

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku a rozdělení do tří skupin pomůcek je takto (zákon č. 329/2011 Sb., § 10):

- Pomůcka v ceně do 24 000 Kč – příspěvek se poskytne, je-li příjem žadatele a osob společně posuzovaných nižší než 8násobek životního minima, ve výjimečných případech i jindy. Spoluúčast žadatele je 10 %, minimálně však 1 000 Kč.
- Pomůcka v ceně nad 24 000 Kč – spoluúčast žadatele je 10 % z ceny pomůcky, ale může být stanovena i nižší (vzhledem k nízkým příjmům, sociálním a majetkovým poměrům), minimálně však 1 000 Kč. Maximální výše příspěvku činí 350 000 Kč a 400 000 Kč v případě příspěvku na pořízení schodišťové plošiny.
- Motorové vozidlo – výše příspěvku se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy, k příjmu osoby a příjmu osoby s ní společně posuzovaných a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům. Maximální výše příspěvku činí 200 000 Kč.

Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč nebo 850 000 Kč, jestliže v této době byl poskytnut příspěvek na pořízení schodišťové plošiny. (zákon č. 329/2011 Sb., § 10)

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Existují tři různé průkazy osob se zdravotním postižením a to (zákon č. 329/2011 Sb., § 34):

- **Průkaz TP** náleží osobám se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti je stav, kdy je osoba schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením je stav, kdy je osoba schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.

- **Průkaz ZTP** náleží osobám s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Těžkým funkčním postižením pohyblivosti je stav, kdy je osoba schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Těžkým funkčním postižením orientace je stav, kdy je osoba schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže.
- **Průkaz ZTP/P** náleží osobám se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Zvláště těžkým funkčním postižením a úplným postižením pohyblivosti je stav, kdy je osoba schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, případně není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku. Zvláště těžkým funkčním postižením a úplným postižením orientace je stav, kdy osoba není schopna samostatné orientace v exteriéru.

Většina osob s kombinovaným postižením obdrží průkaz ZTP/P. V příloze č. 4 vyhlášky č. 388/2011 Sb. je stanoveno, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením.

Držiteli průkazu přináší průkaz osoby se zdravotním postižením určité výhody (zákon č. 329/2011 Sb., § 36):

- **Držitel průkazu TP** má nárok na – vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích, s výjimkou dopravních prostředků, kde je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky; přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména státní (nepatří sem nákupy v obchodech, obstarávání placených služeb, ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních).
- **Držitel průkazu ZTP** má nárok na – výhody TP; bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem); slevu 75 % jízdného ve 2. vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

- **Držitel průkazu ZTP/P** má nárok na – výhody TP a ZTP; bezplatnou dopravu průvodce nebo vodícího psa, v případě úplně nebo prakticky nevidomé osoby, veřejnými hromadnými dopravními prostředky.

Držiteli průkazu ZTP nebo ZTP/P a jeho průvodci může být poskytnuta sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní akce. Tyto benefity jsou nenárokové. Další nároky pro držitele průkazu TP, ZTP, ZTP/P upravují jiné právní předpisy (např. zákon o daních z příjmů, zákon o dani z nemovitosti, zákon o pozemních komunikacích, atd.). (Dostupné z: portal.mpsv.cz/soc/dzp/prukaz.)

Příspěvek na péči

Stupně závislosti na péči a výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc je následující (zákon č. 108/2006 Sb., § 8 a § 11):

- **Stupeň I (lehká závislost):**
 - do 18 let – osoba není schopna zvládat 3 základní životní potřeby, výše příspěvku 3 000 Kč;
 - nad 18 let – osoba není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby, výše příspěvku 800 Kč.
- **Stupeň II (středně těžká závislost):**
 - do 18 let – osoba není schopna zvládat 4 nebo 5 základních životních potřeb, výše příspěvku 6 000 Kč;
 - nad 18 let – osoba není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb, výše příspěvku 4 000 Kč.
- **Stupeň III (těžká závislost):**
 - do 18 let – osoba není schopna zvládat 6 nebo 7 základních životních potřeb, výše příspěvku 9 000 Kč;
 - nad 18 let – osoba není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb, výše příspěvku 8 000 Kč.
- **Stupeň IV (těžká závislost):**
 - do 18 let – osoba není schopna zvládat 8 nebo 9 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby, výše příspěvku 12 000 Kč;

- nad 18 let – osoba není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby, výše příspěvku 12 000 Kč.

Příspěvek na péči lze zvýšit o 2 000 Kč za kalendářní měsíc podle § 12 zákona č. 108/2006 Sb.

Příloha D:

Standardy kvality sociálních služeb

Kontrola úrovně poskytovaných sociálních služeb je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, pojmenována inspekce poskytování sociálních služeb. Tuto inspekci uskutečňují krajské úřady a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Předmětem inspekce je plnění podmínek pro registraci, plnění povinností poskytovatelů a kvalita poskytování sociálních služeb. (Čermáková, K., Straková, M., 2008)

„Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.“ (Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf.)

Do vztahů mezi uživatelem a poskytovatelem patří tyto standardy (Čermáková, K., Straková, M., 2008):

- *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb* – každý poskytovatel sociální služby je povinen nabízenou službu jasně popsat: jaké služby poskytuje, kdy a kde lze službu čerpat, komu je služba určena, za jakých podmínek a pravidel je poskytována a s jakým cílem.
- *Ochrana práv osob* – poskytovatel sleduje a zajišťuje dodržování lidských práv uživatele služby.
- *Jednání se zájemcem o sociální službu* – poskytovatel sděluje informace tak, aby jim zájemce rozuměl, poskytovatel je povinen sdělit důvody odmítnutí zájemce o službu a informovat ho o jiných sociálních službách, které by využil.
- *Smlouva o poskytování sociální služby* – poskytovatel uzavře se zájemcem smlouvu, kterou chce využívat. Smlouva lze v průběhu služby měnit, vychází z toho, co si uživatel přeje a potřebuje. Neplněním smlouvy řeší občanský soud.
- *Individuální plánování průběhu sociální služby* – služba vychází z potřeb uživatele, stanoví prostředky a cíle k jejich naplnění. Způsob provedení závisí na schopnostech, možnostech a zdravotním stavu uživatele, tak i na možnostech poskytovatele.
- *Dokumentace o poskytování sociální služby* – poskytovatel vyžaduje konkrétní informace nezbytně nutné pro bezpečné, odborné a kvalitní poskytování služby,

kteřé dále zpracovává a eviduje. Uživatel do dokumentace může kdykoli nahlédnout.

- *Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby* – uživatel má možnost podat stížnost na kvalitu nebo způsob poskytování služby, jakým způsobem má být podána stížnost informuje poskytovatel.
- *Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje* – poskytovatel zprostředkovává kontakty se společenským prostředím, dále sjednává pro uživatele služby jiných organizací nebo osob, uživatel má možnost využívat běžné služby (např. obchody, MHD, banky, kina,...).

Do oblasti personální patří standardy *Personální a organizační zajištění sociální služby a Profesní rozvoj zaměstnanců*. Zde je důležitá odbornost. Uživatelé jsou seznámeni s pracovníky, kteří s nimi budou pracovat, s jejich zkušenostmi, dovednostmi, povinnostmi, odborném vzdělání či průběžném vzdělávání. Poskytovatel se zaručuje, že všichni jeho noví pracovníci i dobrovolníci budou zaškoleni. (Čermáková, K., Straková, M., 2008)

Standardy kvality sociálních služeb, které patří do oblasti provozního zabezpečení jsou (Čermáková, K., Straková, M., 2008):

- *Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby* – poskytovatel určuje dobu a místo služby, ale odpovídá potřebám uživatele, např. bezbariérovost, soukromí.
- *Informovanost o poskytované sociální službě* – poskytovatel srozumitelně informuje o své službě pro všechny osoby.
- *Prostředí a podmínky* – prostředí poskytované služby je důstojné, materiálně, technicky a hygienicky zajištěné.
- *Nouzové a havarijní situace* – poskytovatel stanovuje postupy v situacích, ke kterým by nepředvídaně mohlo dojít (např. požár, náhlé zdravotní obtíže uživatele,...), uživatelé i pracovníci jsou s nimi seznámeni.
- *Zvyšování kvality sociální služby* – poskytovatel zjišťuje, jak jsou uživatelé se službou spokojeni, a také získává hodnocení služby od pracovníků.

Výše zmíněné standardy kvality sociálních služeb se hodnotí podle stupně splnění jednotlivých kritérií systémem bodového hodnocení, které je sepsáno v § 38 ve vyhlášce č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

Příloha E:**Formy a projevy syndromu CAN**

Tab. 3: Formy a projevy syndromu CAN

	<i>aktivní</i>	<i>pasivní</i>
<i>Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
<i>Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	nadávký, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
<i>Sexuální zneužívání</i>	sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
<i>Zvláštní formy: Münchhausenův syndrom v zastoupení</i> systemové týrání a zneužívání organizované týrání a zneužívání rituální týrání a zneužívání		

Zdroj: Dunovský J., 1995 a, s. 19



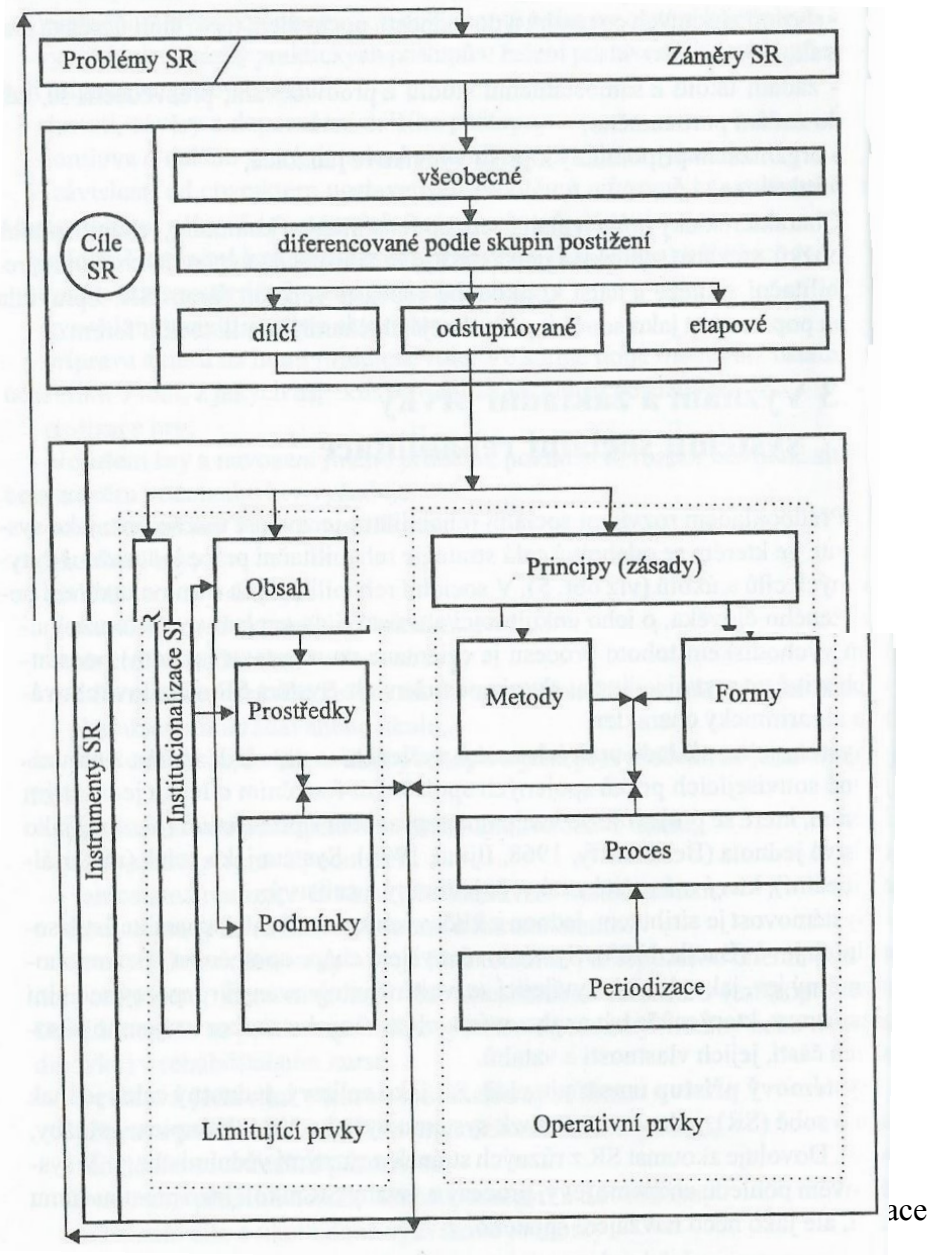
týrání



zanedbávání

Příloha F:

System sociální rehabilitace podle Jesenského (1995, s. 50)



Všeobecný cíl sociální rehabilitace je všestranný rozvoj osoby se zdravotním postižením na základě rozvinutí všech jeho reedukačních a kompenzačních schopností; začlenění se do subkultury postižených a podle individuálních schopností později i do majoritní kultury intaktních (zdravých); akceptace vady, dosažení životní pohody a spokojenosti; vytvoření vnitřních podmínek a motivací pro pracovní rehabilitaci a pracovní uplatnění u zdravotně postižených v pracovní produktivním věku; u schopných jedinců se integrovat do společnosti zdravých spoluobčanů. (Jesenský, J., 1995 b, s. 54)

Diferencované cíle sociální rehabilitace se rozdělují podle jednotlivých skupin zdravotně postižených. Např. diferenciovaným cílem pro zrakově postižené je rozvoj schopností reedukace a kompenzace zraku a pro mentálně postižené to je rozvoj rozumových a manuálních schopností. (Jesenský, J., 1995 b, s. 54-55)

Dílčí cíle sociální rehabilitace se rozdělují podle hlavních problémů jednotlivých skupin zdravotně postižených a podle potřeb různých seskupení (podle věku, pohlaví, profesních a jiných zájmů) uvnitř těchto skupin. Např. nácvik prostorové orientace u nevidomých, rozvoj poznávacích schopností u mentálně postižených. (Jesenský, J., 1995 b, s. 54-55)

Etapové cíle sociální rehabilitace poskytují možnost rozložit určité cíle v delším časovém období, např. rozložení cíle nácviku sebeobsluhy na etapy vypracování jednotlivých částí sebeobsluhy. (Jesenský, J., 1995 b, s. 55)

Obsah sociální rehabilitace představuje konkretizování cílů a úkolů. Cíle sociální rehabilitace se detailněji konkretizují v rehabilitačních plánech a osnovách, které vytvářejí programy sociální rehabilitace. (Jesenský, J., 1995 b, s. 55)

Prostředky mohou mít materiálně technický, slovně komunikační a informační, pohybově aktivizující, řídicí, organizačně pořádající, umělecko-estetický, kreativně pracovní nebo i jiný charakter. Mohou se používat v různem seskupení a rozsahu v několika metodách nebo i samostatně. (Jesenský, J., 1995 b, s. 70) Další prostředky rozvíjení sociální rehabilitace jsou (Jesenský, J., 1995 b, s. 59-60,):

- *pedagogické* (individuální učení; programové učení; názornost, audiovizuální a didaktické techniky; přímý výcvik v používání kompenzačních a reedukačních pomůcek; pozitivní stimulace aktivity cestou drobných kroků atd.)
- *enkulturační a osvětové* (využívání různých informačních médií, rozvoj pohybových aktivit, rozvoj společenských vztahů ve formálních a neformálních skupinách atd.)
- *rehabilitačního inženýringu* (výcvik dovedností a návyků používat rehabilitační pomůcky, přístroje a zařízení; výcvik v odstraňování i překonávání technických bariér atd.)
- *psychologické* (meditace, přesvědčování, posilování volního úsilí, psychosymnastika, zaměření na rozvoj sebevědomí, psychické pohody a aktivity atd.)
- *korekce* (odstraňování negativního působení různých vnějších činitelů (rodiny, přátel, veřejnosti, atd.), různých druhů nejistot atd.)

- *relaxace* (formy krátkodobého i dlouhodobého oddechu, aktivní oddech střídáním různých technik sociální rehabilitace i využíváním uměleckých, hudebních, pracovních a jiných pozitivně působících aktivit atd.)
- *pomocné* (prostředky psychoterapie, kineziterapie, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie – aplikaci těchto prostředků vykonává odborný zdravotnický nebo psychologický personál)
- *podpůrné prostředky* (zpětné působení pracovní rehabilitace a pracovního uplatnění)
- *depistáže, diagnostiky a kontroly efektivity* sociálně rehabilitačního působení

Podmínky sociální rehabilitace se rozdělují na vnitřní a vnější. K vnitřním podmínkám patří člověk se zdravotním postižením s celým svým geneticky založeným i vývojově rozvinutým potencionálem. K vnějším podmínkám patří prostředí, ve kterém člověk se zdravotním postižením žije. V užším pojetí k podmínkám rozvíjení sociální rehabilitace patří organizace a řízení rozvoje sociální rehabilitace, personální podmínky, materiálně technické podmínky (úprava prostředí, odstranění fyzikálních překážek atd.), společenské podmínky, ekologické podmínky, legislativní opatření. (Jesenský, J., 1995 b, s. 60-61)

Principy (zásady) jsou vedoucími požadavky procesu sociální rehabilitace a nejobecnějšími pravidly jeho usměrňování. V sociální rehabilitaci se rozlišují tyto zásady: zásada aktivizace postižených jako subjektů sociální rehabilitace; zásada těsného sepětí všech složek rehabilitace; zásada uplatnění reedukačních a kompenzačních postupů; zásada rozvíjení technických podmínek sociální rehabilitace; zásada skupinového působení; zásada diferencovaného přístupu a individuálního působení. (Jesenský, J., 1995 b, s. 69-70)

Metoda je promyšlený způsob působení a postupu, který se usiluje o dosažení stanovených cílů nebo velkých souborů úkolů. V metodě se smysluplně uplatňuje celá řada různých prvků (prostředků a technik), které prohlubují její použitelnost a efektivitu. Do metod sociální rehabilitace se řadí metoda reedukace, kompenzace a akceptace vady. (Jesenský, J., 1995 b, s. 70-71)

Formy sociální rehabilitace představují seskupení prostředků, metod a technik, vytvářejících charakteristický obsahový a organizační celek umožňující účinné řešení rehabilitačních cílů a úkonů. Formy se rozdělují na velké a malé podle charakteru větší

či menší organizační a materiálně technické přípravy i dlouhodobý či krátkodobý charakter působení dané formy. (Jesenský, J., 1995 b, s. 70,74)

Proces (průběh) sociální rehabilitace lze vidět jako rozvoj různých schopností, vlastností, postojů, motivací, jednání a dalších rehabilitačních jevů, které se odvíjejí v čase. Časová dimenze a rozčleňování do menších vývojových úseků i úkolů je charakteristická pro průběh a realizaci sociální rehabilitace. (Jesenský, J., 1995 b, s. 42)

Periodizace umožňuje v pravidelných odstupech se vracet k řešení problémů sociální rehabilitace, které si to vzhledem ke své dynamičnosti vyžadují. Periodizace např. představuje rozdělení výcvikové činnosti z hlediska střídání zátěže i relaxace, druhu i velikosti zátěže do časových úseků i jejich opakovatelnost podle určitých pravidel s cílem vyvolat potřebnou adaptaci směřující k plnění cílů sociální rehabilitace. (Jesenský, J., 1995 b, s. 79)

Příloha G:

Sociální rehabilitace podle TyfloCentra (www.tcpce.cz)

Veřejný závazek služby sociální rehabilitace (definice poslání, cíle a zásady poskytované služby)

Definice poslání TyfloCentra Pardubice, o.p.s.

Posláním společnosti je poskytovat sociální služby osobám s těžkým zrakovým postižením – nevidomé a slabozraké, a osobám s kombinovaným (zrakovým a jiným) postižením, které vedou k jejich integraci do společnosti, k jejich osobnímu rozvoji a větší míře seberealizace.

Druh služby

Sociální rehabilitace.

Poslání poskytované služby

Sociální rehabilitace je službou, která zvyšuje samostatnost osob se zrakovým postižením ve věku od 16 let v Pardubickém kraji. Vzděláváním a tréninkem dochází k rozvoji a upevňování dovedností těchto lidí tak, aby mohli žít běžným způsobem života svých vrstevníků.

Cílová skupina

Služby TyfloCentra Pardubice, o.p.s. jsou určeny všem osobám s těžkým zrakovým nebo kombinovaným (zrakovým a jiným) zdravotním postižením, žijícím nebo působícím na území Pardubického kraje ve věkové struktuře 16 let a výše, které mají zájem řešit svou nepříznivou sociální situaci.

Cíle poskytované služby

Cílem služby sociální rehabilitace pro osoby s těžkým zrakovým postižením je:

- nabízet takové aktivity (např. týkající se sebeobsluhy, prostorové orientace, péče o vlastní osobu, péče o domácnost apod.), při kterých vzděláváním a tréninkem získají a upevní ty z dovedností, které jim umožní kompenzovat zrakové postižení a zvýší jejich samostatnost v běžném životě,
- rozvíjet komunikační dovednosti, které osobám se zrakovým postižením pomohou minimalizovat důsledky zrakového postižení v běžném životě (schopnost samostatného rozhodování a jednání, posílení sebevědomí, sebevyjádření a seberealizace apod.),

- zprostředkovat nácvik se speciálními pomůckami, díky kterým mohou osoby se zrakovým postižením žít běžným způsobem života svých vrstevníků.

Principy poskytované služby sociální rehabilitace:

- respektování života uživatele,
- důraz je kladen na přání a potřeby uživatele služby,
- vždy je uplatňován individuální přístup k uživateli služby,
- služba je poskytována na základech tolerance, důvěry a bezpečí,
- služba je poskytována s ohledem na respektování lidské důstojnosti, lidských práv a svobod,
- poskytování služby sociální rehabilitace je v souladu s Etickým kodexem pracovníků TyfloCentra Pardubice, o.p.s.,
- při poskytování služby je postupováno v souladu s vnitřními pravidly na ochranu práv uživatele,
- naplňování zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, dle kterého je tato služba poskytována bezplatně.

V Pardubicích dne 3. 1. 2012

Mgr. Dana Stoklasová
ředitelka TyfloCentra Pardubice, o.p.s.

Příloha H:

Obrázky použitých prostředků sociální rehabilitace

Rozvoj hrubé motoriky:



Obr. 2: Chodítko



Obr. 3: Plavecký kruh



Obr. 4: Síť na hračky



Obr. 5: Gymnastický míč s rolničkami



Obr. 6: Chlupaté ponožky

Rozvoj jemné motoriky:



Obr. 7: Krabice
s víčkem 1



Obr. 8: Krabice
s víčkem 2



Obr. 9: Krabice s posuvným
víčkem



Obr. 10: Masážní a zvukový míček, overball a zvuková plyšová kostka



Obr. 11: Pískající chobotnice a slon



Obr. 12: Lampa s optickými vlákny



Obr. 13: Pružina, počítadlo a motorický labyrint



Obr. 14: Mozaika s barevnými knoflíky



Obr. 15: Barevná vkládačka a zvukový budík

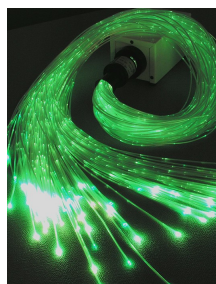


Obr. 16: Předměty pro rozvoj motoriky



Obr. 17: Navlékací kroužky a půlené magnetické navlékací kroužky

Rozvoj zrakového vnímání:



Obr. 18: Svítící optická vlákna



Obr. 19: Doteková svítící lampa



Obr. 20: Svítící kameny ve tmě



Obr. 21: Vodní světelný sloup



Obr. 22: Dřevěné smyslové kostky



Obr. 23: Barevné kostky s kuličkami

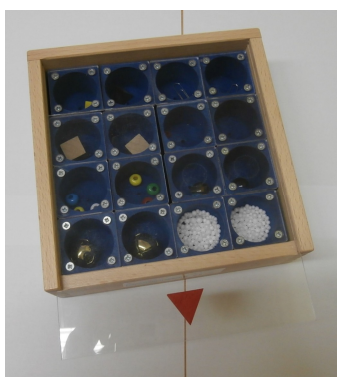
Rozvoj sluchového vnímání:



Obr. 24: Hudební nástroje



Obr. 25: Dřevěné hudební nástroje



Obr. 26: Zvukové pexeso



Obr. 27: Zvukové a hmatové hračky



Obr. 28: Hřkačky

Rozvoj hmatového vnímání:



Obr. 29: Spojovací kostky, suchý zip, rozdílné povrchy



Obr. 30: Hmatové pytlíky



Obr. 31: Lišty s různými povrchy



Obr. 32: Kostky s různými i stejnými povrchy



Obr. 33: Taktilní disky pro ruce a nohy



Obr. 34: Hmatový chodník