

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav speciálně-pedagogických studií

**Problematika rodiny s jedincem  
postiženým dětskou mozkovou obrnou a  
jeho začleňováním do společnosti**

*Bakalářská práce*

Olomouc 2010

Vedoucí práce:  
Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Autor práce:  
Veronika Daňková

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a že jsem použil/a jen uvedené prameny a literatury.

*V Olomouci dne 12.4.2010*

.....  
*Veronika Daňková*

## **Poděkování**

Děkuji *Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D.* za její podněty a rady, které mi jako vedoucí mé bakalářské práce poskytovala při jejím zpracování. Dále bych ráda poděkovala členům občanského sdružení „*JSME TADY*“, kteří mi pomohli pojmout mnou zvolené téma i z jiné stránky, než jen z té teoretické.

# Obsah

<b>Uvedení do problematiky .....</b>	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>7</b>
<b>1 Dětská mozková obrna .....</b>	<b>7</b>
1.1 Pojem „dětská mozková obrna“ .....	7
1.2 Historie.....	7
1.3 Příznaky DMO.....	8
1.3.1 Přidružená postižení u DMO.....	8
1.4 Příčiny výskytu .....	12
1.5 Základní formy DMO .....	13
1.6 Prevence .....	14
1.7 Léčba .....	15
1.8 Canisterapie .....	16
1.8.1 Canisterapeut .....	16
1.8.2 Canisterapeutický pes.....	16
1.8.3 Zkušenost s canisterapií .....	17
1.9 Hipoterapie.....	17
1.9.1 Fyzioterapeut.....	17
1.10 Souvislost DMO s poruchy pohybového aparátu .....	18
1.10.1 Pomocné prostředky.....	18
<b>2 Výchova a vzdělání .....</b>	<b>20</b>
2.1 Historický přístup k osobám s postižením .....	20
2.2 Současné vnímání postižených.....	21
2.3 Rodina a postižené dítě.....	21
2.4 Výchova postiženého dítěte.....	22
2.5 Vzdělávání zdravotně postiženého dítěte .....	24
2.5.1 Speciální vzdělávací potřeby .....	24
2.6 Vyhlášky MŠMT ČR.....	25
<b>3 Integrace.....</b>	<b>33</b>
3.1 Pohled na problematiku integrace .....	33
3.2 Integrace do základní školy u dítěte s mentální retardací.....	33
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>41</b>
<b>4 Cíle a otázky výzkumného šetření .....</b>	<b>41</b>

<b>5 Výzkumný soubor .....</b>	<b>41</b>
5.1 Organizace poskytování ambulantních služeb.....	41
<b>6 Metody výzkumného šetření .....</b>	<b>42</b>
<b>7 Analýza začlenění chlapců trpících DMO do společnosti.....</b>	<b>43</b>
7.1 Kazuistická studie č. 1 .....	43
7.1.1 Vlastní pozorování.....	46
7.1.2 Závěr šetření.....	46
7.2 Kazuistická studie č. 2 .....	47
7.2.1 Vlastní pozorování.....	49
7.2.2 Závěr šetření.....	50
<b>8 Závěr.....</b>	<b>52</b>
<b>9 Použitá literatura .....</b>	<b>53</b>
<b>10 Seznam příloh .....</b>	<b>55</b>

**ANOTACE**

## **Uvedení do problematiky**

*„Každé poznání vychází ze srdce, každé vzdělání ze života.“  
Hebbel Christian Friedrich*

Ve své práci bych se ráda zabírala problematikou dětské mozkové obrny, neboť jsem nedávno zjistila, že o této (leč hojně vyskytované) poruše má pořád hodně lidí dost zkreslené představy. Tuto skutečnost jsem si uvědomila na jedné akci pořádané pro mentálně postižené děti a širokou veřejnost. Dost mě překvapil fakt, že málokdo ví, čím je toto postižení způsobeno, jak se projevuje a s jakými formami se může setkat. Dost lidí si také dětskou mozkovou obrnu (DMO) pletlo s polyomyelitidou<sup>1</sup> (známou též jako dětská obrna), která je nakažlivá. Také panují obavy z dědičnosti, které jsou však naprosto neopodstatněné, neboť dětská mozková obrna dědičná není.

Této problematice jsem se rozhodla věnovat i proto, že i v mé rodině se tato nemoc vyskytuje. Proto sama také pravděpodobně tuším, jaké problémy toto onemocnění přináší. A to nejen pro samotného touto nemocí znevýhodněného, ale také pro jeho rodinu. Málo lidí si dokáže představit jaký složitý životní úděl si takový člověk nese s sebou po celý život. Někteří lidé si to nedokáží představit, ale jiní se o to ani nepokoušejí. Což je obrovská chyba, protože žádný z nás neví, jestli jej jednou nepotká podobný osud. Stačí málo, stačí chybný krok, úraz a ze zdravého člověka se stane rázem postižený jedinec. Právě v takových chvílích si lidé uvědomují, že vidí to, co dřív neviděli – někteří právě ani vidět nechtěli.

Cílem této práce tedy není primárně pouze vypisovat různé definice, oproti tomu se pokusíme přiblížit dětskou mozkovou obrnu na životech dvou chlapců, kteří se s touto nemocí potýkají. Naším cílem také bude zmínit se zejména o problémech rodiny s takto postiženým dítětem týkající se nejen začleňování do společnosti, ale také dalších možností vzdělávání obou chlapců.

---

<sup>1</sup> Onemocnění, které nejčastěji postihovalo děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé a často velmi těžké následky v podobě ochrnutí svalů na končetinách, přičemž nedocházelo k poškození intelektu (Vítková, 1998).

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Dětská mozková obrna

### 1.1 Pojem „dětská mozková obrna“

Dětská mozková obrna (DMO) je neprogresivní<sup>2</sup> onemocnění, které je spojeno s řadou problémů týkajících se oblastí zdravotních, sociálních i pedagogických. Toto onemocnění má podobu poruchy vývojového typu. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadného držení trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických oblastí mozku (descendentní nervová vlákna mozkové kůry), v důsledku poškození nezralého mozku. Přičemž přibližně 2/3 dětí po prodělání DMO trpí mentální retardací, u zbytku se intelekt pohybuje v pásmu širší normy. Dříve se odborníci domnívali, že DMO vzniká někdy „okolo porodu“, proto ji nazvali perinatální encefalopatie (Lesný, 1959).

### 1.2 Historie

Raná dětská mozková obrna byla známa již ve středověku. Byli jí pravděpodobně postiženi i mnozí významní lidé jako např. římský císař *Claudius* (dyskinetická forma), anglický král *Richard III.*, popř. básník *Byron* (viz příloha č. 1). Tento slavný bojovník za svobodu utlačených národů trpěl diparetickou formou dětské mozkové obrny. Podle soudobé korespondence a různých pamětí se tento umělec narodil při těžkém porodu, pozdě a špatně se stavěl na nohy a měl vždy vadnou chůzi.

Dle Lesného (1959) nacházíme první zmínky o DMO u slavného italského anatoma *Giovanni Morgagniho* (1682-1771), přičemž se této otázce se věnoval i proslulý rakouský neurolog a psycholog *Sigmund Freud*, který roku 1897 shrnul tehdejší znalosti o dětské mozkové obrně v Nothnagelově učebnici.

V naší literatuře se poprvé o dětské mozkové obrně zmiňují *Heveroch* (Časopis lékařův český 1898) a *Haškovec* (Sbírka přednášek a rozprav 1899).

Nemalým problémem byla i nejednotná terminologie. V anglosaských zemích se vžil název „mozková obrna“ (cerebral palsy), v Německu „dětská mozková obrna“ (zerebrale Kinderlahmung ) a v některých zemích se začal užívat termín Littleova

---

<sup>2</sup> Neprogresivní znamená, že nedochází k dalšímu narůstání poškození (<http://jcu.chytrak.cz>).

nemoc a Littleův syndrom promiscue a to jednou pro formu diparetickou, jindy pro diparetickou a hemiparetickou a nebo pro všechny formy kromě extrapyramidové, jindy dokonce pro všechny tyto 4 formy.

Přesto nebo snad právě proto měl tento název ve světě jen velmi málo příznivců. Jedním z nich u nás byl dle Lesného i *Pitřha*.

V roce 1950 pak byla tato nemoc nazvána „perinatální encefalopatií“. Termínem encefalopatie bylo vyjadřováno, že se jedná o poškození mozku, zatímco perinatální, že k němu došlo v perinatálním období (tzv. „okolo porodu“). Později se však ukazuje, že perinatální encefalopatie může vzniknout v celé době těhotenství - tedy ne jen krátce před porodem (Lesný, 1959).

### **1.3 Příznaky DMO**

Příznaky se projevují u dětí v prvních měsících života. Děti se často opoždují ve všech nebo jen v některých vývojových složkách - pohybu, vnímání, kognitivních schopnostech, řeči aj. Postiženého jedince poznáme podle toho, že může mít problémy jak s jemnou (psaní), tak i s hrubou motorikou (chůze). Charakteristickým znakem je abnormální svalový tonus (svalové napětí). Je-li dítě postiženo **hypotonií** - snížený svalový tonus - stálé napětí, které se mění se ztrátou vědomí, ve spánku ... a mizí při přerušení nervových drah a po smrti (Opatřilová, 2003), působí ochablým nebo uvolněným dojmem. Toporné a neohybné dítě trpí **hypertonií** (zvýšeným svalovým napětím). Nemocné děti se mohou vyznačovat neobvyklou posturou (postavením), kdy mohou upřednostňovat jednu polovinu těla.

#### **1.3.1 Přidružená postižení u DMO**

##### **❖ Epilepsie**

Při epileptickém záchvatu dochází k prudkému zatížení nervové soustavy. Častým a závažným průběhem mohou být poškozeny rozumové funkce, nejčastěji doprovází formu hemiparetickou.

Ráz záchvatu závisí na stupni zralosti centrální nervové soustavy a na místě odkud výboj vychází. Rozlišujeme generalizované a parciální záchvaty. Záchvaty generalizované svědčí pro postižení obou hemisfér. Dítě je vždy v bezvědomí. Parciální záchvaty vznikají pouze v ohraničené části mozku. Porucha vědomí je definována jako neschopnost normální reakce na zevní podněty. Po záchvatu bývá dítě vyčerpané (Vítková, 1998).



Hlavní podíl léčby spočívá zejména v podávání antiepileptik. Je však také možné přistoupit k neurochirurgickému výkonu a to zejména u pacientů s hemiparetickou formou a devastující epilepsií (Kraus, 2005).

#### ❖ *Smyslová postižení*

Přibližně polovina dětí s DMO má nějakou vadu zraku (Jankovský, 2006), mohou trpět amblyopií, strabismem<sup>3</sup>, hemianopií – děti s hemiparézou. Jednou z příčin slabozrakosti až slepoty je retinopatie nedonošených – v důsledku nadměrného množství kyslíku. V období 0-5 let se jedná asi o 9,3 % dětí.

Poruchy sluchu se projevují častěji u formy dyskinetické (Jankovský, 2006). Stejně tak nejsou vzácné ani poruchy sluchu, které jsou většinou centrálního původu, tzn. že vznikají poškozením sluchové dráhy nebo přímo mozkové kůry spánkového laloku. Nejčastěji doprovází dyskinetickou formu (Vítková, 1998).

❖ *Omezení intelektových schopností* (1/3 s mentální retardací, 1/3 s poruchami učení, 1/3 normální intelekt)

**Mentální retardace** je nejzávažnější sdruženou vrozenou poruchou nemocných DMO. Vzniká poškozením centrální nervové soustavy a její vznik souvisí s vlivem dědičnosti i vlivem prostředí. Projevuje se poruchami řeči (typickými znaky jsou jazyková necitlivost a preference velmi krátkých, jednoznačných vět a pojmů), myšlení a učení. Mentální retardace je sice trvalá, ale během života může dojít díky správné terapii k určitému zlepšení.

Je rozdělena do několika stupňů a to jako:

#### Lehká mentální retardace – IQ: 50-70

Většina jedinců s lehkou mentální retardací dosáhne schopnosti řeči, přičemž projev je jednodušší – užívají kratší věty, chybí jim abstraktní myšlení, přesto jsou schopni učit se a v budoucnosti pod jistým dohledem i pracovat. Problémy se objevují při teoretické práci ve škole, u mnohých se vyskytují problémy se psaním a čtením. Jako zaměstnání je vhodná nekvalifikovaná nebo málo kvalifikovaná manuální práce.

---

<sup>3</sup> Porucha zrakové funkce, která se projevuje asymetrickým postavením očí – šilhání. V posledních desetiletích se stále více vžívá další název – heterotropie (Divišová, 1990).

Pokud jsou tito lidé navíc emočně a sociálně nezralí, mohou mít problémy s výchovou vlastních dětí a s řešením nejrůznějších životních problémů.

#### Středně těžká mentální retardace – IQ: 35-49

Uvažování a chápání jedince se středně těžkou mentální retardací je výrazně opožděno a omezeno stejně tak jako vývoj řeči. Rozvoj je zajištěn speciálními vzdělávacími programy – někteří žáci jsou schopni osvojit si trivium.

V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduché manuální práce, a však pod trvalým dohledem. Co se týče samostatného života, ten je možný jen zřídka kdy. Různá tělesná postižení se u této retardace vyskytují daleko častěji než je tomu u lehké mentální retardace.

#### Těžká mentální retardace – IQ: 20-34

Rozumové a chápací schopnosti jsou ještě více sníženy, většina osob užívá pouze několika generalizovaných slov, popř. nemluví vůbec a jsou závislí na péči jiných lidí. Dost často trpí poruchou motoriky a jinými přidruženými vadami.

Edukace spočívá zejména v kvalifikované rehabilitační, výchovné a vzdělávací činnosti.

#### Hluboká mentální retardace – IQ: 0-19.

Ve většině případů se jedná o kombinované postižení, kdy se běžně přidružují různá neurologická a tělesná postižení, poškození zraku a sluchu a nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch. Postižení dokáží maximálně projevit libost či nelibost. Většinou jsou imobilní a inkontinentní, jsou tak zcela závislí na péči druhých, bývají umístováni do ústavů sociální péči (Vágnerová, 2004, Švarcová, 2006).

#### **❖ *Obtížná emoční citlivost***

Obtížná emoční citlivost u mentálně retardovaných spočívá především v jejich proměnlivých a často i nevypočitatelných emocích, jež se snadno mění vlivem i naprosto nepatrného podnětu. Nebývají schopni své pocity a chování ovládat.

#### **❖ *Omezené zkušenosti***

U vrozeného postižení neměl jedinec možnost získat určité zkušenosti.

### ❖ **Poruchy řeči až u 75%**

Vývoj řeči u dětí postižených DMO bývá většinou omezený, v lepším případě opožděný. Nezřídka se u těchto dětí setkáváme s verbalismem – užívají slov, jejichž význam neznají.

Na vývoj řeči mají vliv jak faktory vnější, tak i faktory vnitřní. Vnější faktory plynou zejména z prostředí, jež dítě obklopuje. Mezi vnitřní faktory řadíme např. závažnost postižení centrální nervové soustavy, úroveň intelektu a funkčnost orofacionální motoriky.

Vývoj řeči může být narušen i kombinací s dalším postižením – závažné smyslové postižení, mentální retardace či epilepsie (Kraus, 2005).

Nejčastěji se setkáváme s poruchami artikulace, dýchání a fonace, síly, plynulosti a srozumitelnosti, popř. s dysartrií.<sup>4</sup>

**Dýchání** je u *spastické formy* mělké a křečovité, nepostačuje k vytváření delšího řečového projevu. U *hypotonické formy* se setkáváme s malou kapacitou dýchání, kdy rytmus dýchání i řeči je plynulý, ale je nepravidelný, neboť bývá narušován náhlými šubavými pohyby. U *dyskinetické formy* je dýchání neuspořádané, protože je narušováno mimovolnými pohyby dítěte, při kterých dochází k zadržování dechu a posléze k prudkému nekoordinovanému vydechnutí (Vítková, 1998).

Děti s DMO také mohou chybně **artikulovat**. Příčinou této chybné artikulace bývá nedokonalá koordinace pohybu jazyka, rtů a měkkého patra. Jejich počáteční slovní projev je tak často nepřiměřeně hlasitý, poté postupně přechází do šepotu (Kotagal, 1996).

**Slinotok** (hypersalivace) je dalším příznakem, který se vyskytuje u těžších stupňů všech forem DMO. Dle Lesného (1959) nemáme hledat příčinu v nadměrném vylučování slin ani v mentální retardaci. Je způsobena špatnou inervací polykacího traktu, kdy mají děti nedostatečnou kontrolu pohybů jazyka, polykacích a ústních svalů.

Zvýšený nebo nadměrný slinotok také souvisí s dýcháním. Děti trpící dětskou mozkovou obrnou mnohdy dýchají ústy, což se projevuje zvýšeným sliněním. Někdy dochází ke zmírnění slinivosti, jakmile se dítě naučí pořádně dýchat nosem.

### ❖ **Poruchy hybnosti**

„Nejčastější a většinou i nejzávažnější jsou u dětí s DMO poruchy hybnosti, a to pohybové i mluvní (Vítková, 1998, s. 28).“

<sup>4</sup> porucha artikulace jako celku, dýchání, tvorby hlasu (fonace) i modulace při organickém poškození mozku

Poruchy hybnosti se objevují u jednotlivých forem v různém stupni a kombinacích. U všech forem ale můžeme počítat s opožděným vývojem hybnosti.

- Spasticita – pohyby jsou omezovány až znemožňovány trvale zvýšeným napětím svalstva, centrálního původu.
- Hypotonie – stav sníženého svalového tonusu, kdy jsou snížené (až vyhaslé) reflexy a celkové držení končetin je ochablé.
- Dyskineze – projevuje se nepotlačitelnými mimovolnými pohyby.
- Syndrom hypokinetický – projevuje se nedostatkem mimiky. Obličej postiženého je bezvýrazný (smích, pláč, hněv – není doprovázeno obvyklými mimickými pohyby).
- Syndrom choreatický – typické jsou prudké, trhavé, neuspořádané pohyby malého rozsahu, ale značné intenzity, někdy i pohybovým neklidem.
- Syndrom balistický – projevuje se rychlými pohyby často celých končetin.
- Syndrom myoklonický – projevuje se drobnými trhavými záškuby svalstva (Vítková, 1998).

#### 1.4 Příčiny výskytu

Dětská mozková obrna vzniká z příčin předporodních, během porodu nebo poporodních, a to dle Bartošové a Novotného (1987) do dvou let věku dítěte:

**Mezi činitele předporodní** patří anoxie (neokysličenost tkání), infekce v časném těhotenství, nedonošenost a také zejména toxiinfekční okolnosti, přičemž své místo zde zaujímá toxoplazmóza. Jedná se o parazitární onemocnění člověka nebo zvířete, jejímž původcem je prvok *Toxoplasma gondii*. Další „problémovou“ infekcí jsou zarděnky, vůči kterým jsou však děti dnes již očkovány a to přibližně po patnáctém měsíci věku dítěte. Poté ještě dochází k přeočkování.

Avšak poškodit centrální nervovou soustavu plodu mohou i různá onemocnění gravidní matky a to zejména onemocnění virového původu.

Neméně vážným faktorem jsou i oběhové poruchy gravidních matek, popř. dědičnost či nedonošenost.

Hovoříme-li o **činitelích porodních**, máme na mysli např. různé porodní abnormality, které souvisí hlavně s nitrolebním krvácením během porodu. K tomuto krvácení dochází obvykle při různě komplikovaném porodu, ale může k němu dojít i během zcela normálně probíhajícího porodu. Neopomenutelnými příčinami vzniku DMO během porodu jsou také protahovaný porod, nadměrné užití anestetik, analgetik či předčasné odloučení placenty.

Problémem u **poporodních faktorů** jsou rané kojenecké infekce (meningitida, encefalitida, bronchopneumonie, gastroenteritidy) a všechny infekce, ke kterým dojde do konce jednoho roku věku dítěte. Dalším rizikovým faktorem jsou úrazy hlavy, novorozenecká žloutenka při RH inkompatibilitě či poruchy metabolismu.

## 1.5 Základní formy DMO

Můžeme se setkat s celou řadou klasifikací DMO, jak uvádí Schejbalová a Trč (1955). Ti popisují mimo jiné například klasifikace De Luca, která se skládá z anatomických a fyziologických typů:

### Anatomické typy:

- Hemiparéza,
- Diparéza,
- Kvadruparéza,
- Monoparéza,
- Paraparéza,
- Triparéza,
- Dvojitá hemiparéza.

### Fyziologické typy:

- Pyramidové – spasticita,
- Extrapyramidové,
- Smíšené.

Za nejpřehlednější a nejjasnější dělení můžeme považovat dělení dle Vágnerové (2004):

1) **Spastická forma** je nejčastější formou (tvoří asi 60-70% všech DMO), která se vyskytuje v podobě zvýšeného svalového napětí, které můžeme dále rozdělit na *Diparézu* (postižení dolních – častější, či horních končetin), *Hemiparézu* (jednostranné postižení horní a dolní končetiny, kdy bývá častěji více poškozena ruka), *Kvadruparézu* (postihuje horní i dolní části těla).

V této formě rozlišujeme:

- **děti, které jsou ohnuté** – jsou zcela schoulené,
- **napnuté děti** – jejich ústa jsou otevřená, sliní, mají problémy s jídlem a řečí (Vítková, 1998).

2) Další formou DMO je tzv. **dyskineticko-dystonická forma** (tvoří přibližně 20% všech DMO), která se projevuje mimovolními, pomalými a krouživými či záškubovitými pohyby. Rozlišují se (Kyllerman, 1983): *dyskinetická* (jež se projevuje nápadně neúčelnými a mimovolními pohyby) a *dystonická forma* (pro kterou jsou typické náhlé abnormální změny svalového tonu, např. v extenzorech trupu při emočních podnětech)

3) Poslední formou je **forma ataktická** (tvoří přibližně 5-10% všech DMO), která postihuje zejména pohybovou koordinaci, projevuje se např. špatným udržením rovnováhy a při rychlejším pohybu (Vágnerová, 2004).

## 1.6 Prevence

Vrozené DMO můžeme předejít zdravým životním stylem matky, pravidelnou prenatální péčí a pestrou stravou. Je také nezbytné, aby se matka v těhotenství vyvarovala kouření, pití alkoholu a užívání drog.

U získané DMO musíme zabránit různým poraněním hlavy dítěte a jakémukoliv možnému jeho týráni.

Můžeme ji také rozlišit jako *prevenci primární* a *prevenci sekundární*. Prevenci primární zajišťuje gynekolog, porodník a neonatolog v rámci jak perinatologických, tak

i neontologických programů, zatímco sekundární prevence spočívá především v předcházení komplikacím základního onemocnění v důsledku pozdní či chybné diagnostiky nebo nesprávně vedeného léčebného postupu.

Tato preventivní opatření jsou však omezená, protože i přes veškerou snahu a péči rodičů i lékařů, nelze vždy zaručit, že k onemocnění nedojde (<http://www.dmoinfo.cz>).

## 1.7 Léčba

DMO se bohužel zcela vyléčit nedá. Přesto se můžeme pokusit o jakési zmírnění důsledků této nemoci, což může vést k zlepšení jak fyzického stavu, tak i stavu psychického u postiženého jedince a to nejčastěji formou terapie, jejímž cílem by měl být zejména celkový rozvoj osobnosti a jejích dovedností tak, aby se dítě v budoucnu mohlo o sebe co nejlépe a v rámci svých možností postarat, popř. si osvojit jiná alternativní řešení určitých problémů. Důležité však je začít co nejdříve.

Musíme mít na paměti, že každé dítě je individualita se svými specifickými potřebami a podle toho s ním i jednat. Důležitým prvkem v léčbě je rodina dítěte. Ta je jakýmsi odrazovým můstkem, dále vzhledem k potřebám dítěte můžeme přizvat k terapii neurologa, fyzioterapeuta (sestavuje cvičební program pro zlepšení zbytkových motorických dovedností), logopeda (pečuje o dítě s poruchami řeči), speciálního pedagoga a sociálního pracovníka.

Nesmíme však ještě zapomenout na důležité postavení psychologa, jenž pomáhá nemocnému dítěti a jeho rodině vyrovnat se s postižením.

Z hlediska farmakoterapie můžeme počítat pouze s doplňkovou a podpůrnou léčbou. Existují léky na uvolnění svalových křečí (botulotoxin) nebo léky proti epilepsii (antiepileptika) aj. (Kraus, 2005).

Léčba DMO je v dnešní době hojně doplňována chirurgickou léčbou, která bývá doplňována specifickými postupy, mezi něž můžeme zařadit např. i **ADELI metodu**. Jedná se o rehabilitační léčebnou metodu pro lidi s postižením pohybového aparátu. Cílem těchto cvičení je posílení a relativně normalizování aferentních pulsací svalově kloubního aparátu. Pomocí léčby ADELI taktéž dochází k výraznému snížení patologických reflexů a k jejich nahrazení novými, skoro normálními fyziologickými pohybovými stereotypy. Při terapii je využíván speciální oblek, který vytváří virtuální svalový skelet, jenž stabilizuje držení těla a končetin pacienta. Zároveň zeslabuje projev patologických synergií a normalizuje průběh jeho pohybů. Oblek je tvořen podpůrnými

prvky, jež jsou tvořeny ramenními vycpávkami nebo vestou, širokým opaskem či sortkami, kolenními vycpávkami a botami (viz příloha č. 2).

Výhodou ADELI je nesporně to, že léčba bývá úspěšná v téměř 98 % případů a to i u těžších forem. A co je nejdůležitější – nemůže vést ke zhoršení stavu pacienta (<http://www.adeli-method.com/cz>).

Dalšími metodami, které mohou pomoci zmírnit následky DMO jsou také Canisterapie a Hipoterapie.

## **1.8 Canisterapie**

Z autorčiny osobní zkušenosti můžeme směle konstatovat, že děti postižené DMO mají velmi pozitivní vztah ke zvířatům všeobecně. Jejich přítomnost a teplo, které z nich sálá, do nich samotných vhání novou sílu (viz příloha č. 3).

Canisterapie je terapií, která využívá pozitivního působení psa na člověka. Důraz je zde kladen především na řešení problémů citových, psychologických, sociálně - integračních. Co se týče fyzického zdraví člověka, to je zde až druhotnou záležitostí.

### **1.8.1 Canisterapeut**

Canisterapeut by měl být člověkem empatickým. Se svým zvířetem a klientem tvoří tým. Terapeut by měl mít také určité vzdělání a to jak v oblasti týkající se klientů, tak i v oblasti zabývající se zvířaty (psychologie, fyziologie, biologie). Jedná se o dobrovolníky, kteří ve svém volném čase navštěvují různá zařízení, kde se nacházejí děti či dospělí s různými problémy. Může se jednat jak o klienty trpící z psychické stránky (opuštěnost – např. děti v dětských domovech), tak i o klienty somaticky postižené.

Díky kontaktu se zvířetem, většinou dochází k pozitivním změnám, kdy klienti začnou brát psa jako svého kamaráda, což jak již bylo uvedeno působí správným směrem na psychickou, potažmo fyzickou stránku člověka.

### **1.8.2 Canisterapeutický pes**

Canisterapeutický pes musí mít určité charakterové vlastnosti, které jsou nezbytné pro výkon této činnosti. Zda je pejsek vhodný poznáme již ve štěněčím období. Takový pes musí být především zdravý jak fyzicky, tak i psychicky. Musí žít od štěněte v sociálním prostředí, musí brát v rodině jako autoritu i to nejmenší dítě, musí být



klidný a vydržit i určité nepříjemné situace, které mohou být nechtěně vyvolány klientem, a to bez reakce (štěkání, kousání, ohánění se ...).

Takový pes také proto musí napřed složit zkoušky, během nichž se zjišťuje, zda je vyrovnaný a klidný a schopný práce s lidmi (<http://www.canisterapie.info/>).

### **1.8.3 Zkušenost s canisterapií**

Sama autorka byla přítomna několika takovým terapiím u dětí mentálně i fyzicky postižených. Nutno říct, že byla opravdu mile překvapena. Klienti oba psy, se kterými terapeut canisterapii prováděl, důvěrně znali a již dopředu věděli, jak asi celá terapie bude probíhat a opravdu upřímně se na ni těšili. Terapeut navíc, dalo by se říci, zkombinoval canisterapii s muzikoterapií. Což jako celek působilo velmi příjemně. Klienti si velmi užívali přítomnost obou psů a ačkoliv někteří pro své tělesné postižení nemohli, tak se stejně snažili na psy dosáhnout, aby je mohli hladit. Ba naopak se občas stalo, že je nechtěně zatahali za uši, popř. ocas, ale psi nehnuli brvou. Někdy se zase mohlo zdát, že váha psa ležícího na nich musí být klientům nepříjemná, což dle nich nebyla pravda.

## **1.9 Hipoterapie**

Je terapií, která využívá koně jako určitý terapeutický prostředek. Je při ní využíván jak pohyb koně, tak i teplo koňského hřbetu, které je přenášeno na klienta. Dochází při ní k pokusu o soulad koně a klienta, jehož pohyb by měl s pohybem koně naprosto splynout (viz příloha č. 4). Opět zde nacházíme osobu terapeuta, přičemž rehabilitaci by měli být přítomni dva až čtyři lidé – vycházíme z klientova fyzického handicapu.

### **1.9.1 Fyzioterapeut**

Fyzioterapeut musí absolvovat kurz pro hipoterapeuty a musí znát základy jezdeckví. Jeho úkolem je dovést klienta ke korektnímu sedu a ten dále korigovat a tak až dovést klienta k takovému souladu s koněm, jaký je jen možný. Jestliže je u klienta zjevné spastické držení těla, může fyzioterapeut přistoupit k polohování, aby došlo k jeho uvolnění (<http://www.os-svitani.cz>).

## 1.10 Souvislost DMO s poruchy pohybového aparátu

Zejména u spastické formy DMO se můžeme setkat se svalovou hypertonií, která může vést k postupnému zkracování svalů – tzv. kontraktuře. To vše může dojít až k fibrózní přeměně svalu. U některých svalů dochází k jejich postupnému přetažení a ztrátě aktivity. Co se týče spasticity, tu lze ovlivnit cvičením, oproti tomu kontraktura svalu je již trvalá. Důsledkem těchto změn a jakési svalové nerovnováhy může být znemožnění postoje a chůze postiženého (Schejbalová, Trč, 1955).

### 1.10.1 Pomocné prostředky

Jestliže se svalová nerovnováha do jisté míry podchytí, respektive díky cvičení (např. Vojtova metoda<sup>5</sup>) do jisté míry vylepší, mohou dítěti usnadnit život různé pomocné prostředky. Ty mají za úkol zejména profylaxi chybného držení a postavení, ovlivnění nežádoucího pohybu, popřípadě jeho zlepšení.

Mezi takové prostředky můžeme zařadit například různé druhy ortéz. Ortézy slouží zejména k stabilizaci a fixaci kloubů v žádané pozici. Rozlišujeme je takto: ortézy končetin, ortézy páteře a ortopedické vložky.

#### Ortézy končetin

Ty dělíme dle konstrukce na ortézy měkké, jednodlahové a dvoudlahové. Ortézy se vyrábí jak na míru dítěti, tak i v různých velikostech. Jsou doplněné suchým zipem, který umožňuje snadnější modelaci na končetiny (Schejbalová, Trč, 1955).

Další kapitolou jsou sádrové ortézy, ke kterým se sahá zejména v období pooperačním. Doba použití záleží na typu operačního výkonu, většinou se pohybuje od 3 týdnů do 3 měsíců. Po této době dochází u pacienta k polohování buď v ortézách, nebo v dlahách. V případě přikládání dlah, které mají za úkol jak fixaci, tak i korigování chodidla je třeba, opakovaně kontrolovat postavení nohy, aby nedošlo k otlaku. Kromě těchto polohovacích dlah jsou často používány Beckerovy dlahy. Jejich úkolem je nejčastěji ovlivňovat vnitřně rotační postavení dolních končetin. Skládají se z bederní objímky spojené s ohebnými tyčemi fixovanými k obuvi ze zevní strany (Kraus, 2005).

---

<sup>5</sup> Základní myšlenkou této terapie je, že určitý podnět vyvolá řadu reakcí, které jsou základem pro vývoj napřimování. Usiluje se o vytvoření určitého pohybového vzoru, který působí proti nedostatkům v držení a koordinaci těla (Vítková, 1998).

## **Ortézy páteře**

Ortézy páteře neboli korzety mají za úkol ovlivňovat deformity páteře zejména během dospívání. Ke korzetům se přistupuje v případě, že dochází ke zkřivení páteře nad 25 stupňů dle Cobba. Jejich úkolem je napřimování bederní lordózy. V bederním úseku dochází k působení přes svaly na příčné výběžky páteře, kdy je potřeba zabránit v posunu a prohnutí dopředu. K tomu všemu je však potřeba výkonné svalstvo trupu. (Kraus, 2005). Dosáhne-li toto zakřivení hodnoty nad 50-60 stupňů je korzet již neúčinný a na řadu přichází operace (Schejbalová, Trč, 1955).

## **Ortopedické vložky**

Jedná se o nejčastěji používanou pomůcku, jež pomáhá korigovat postavení nohy při desaxacích<sup>6</sup> chodidla. Stejně důležitá je však také správná volba obuvi (Schejbalová, Trč, 1955).

Ortopedické vložky rozdělujeme dle různých kritérií. Podle tvaru rozlišujeme vložky stélkové, tříčtvrteční a podpatěnky. Stélkové vložky pokrývají celou stélku (mohou být kovové, kryté kůží či z termoplastu), tříčtvrteční vložky dosahují k hlavičkám metatarzů<sup>7</sup> a podpatěnka končí v místech, kde končí podpatek.

Ortopedická vložka by měla být vyrobena podle zhotoveného sádrového odlitku, jež je snímám u sedícího pacienta. Ten musí nohu zatížit vahou bérce, přičemž je noha opřená do tuhající sádry (Kraus, 2005).

---

<sup>6</sup> desaxace – změna osy, vybočení

<sup>7</sup> metatarsus - nárt

## 2 Výchova a vzdělání

### 2.1 Historický přístup k osobám s postižením

Přístup společnosti k postiženým (či jinak znevýhodněným) osobám nám mj. ukazuje vyspělost společnosti, její priority a hodnotový systém.

Dle Michalíka a Valenty (2006) lze rozdělit tento přístup do několika stádií. Ve **stádiu represivním** docházelo k jejich vyvrhování ze společnosti. Znamé z tohoto období je zejména právo otce ve Spartě rozhodnout o životě a smrti svého postiženého dítěte.

**Ve stádiu zotročovacím** docházelo k otrockému vykořisťování postižených. Na přístup k postiženým osobám měly vliv i náboženské postoje a to zejména ve **stádiu charitativním**. Postižení žebrali u klášterů, až později pro ně byly zřizovány vývařovny a útulky. **Stádium socializační** je charakteristické rehabilitací za účelem sociálního a pracovního uplatnění.

Organizovaná péče byla až do 20. století zajišťována hlavně charitou a soukromou humanitou<sup>8</sup>. Do veřejnoprávní sféry se tato problematika promítla až díky zákonu č. 18 z roku 1862, který převáděl péči o postižené do působnosti obcí (Valenta, Michalík, 2006).

Vojtko (2005) rozlišil vývoj na základě vývoje institucionálního a to takto:

1. **Stadium předinstitucionální**
2. **Stadium institucionální**

- a) instituce prozatím nejsou rozčleněny podle cílových skupin, mají spíše azylový charakter,
- b) instituce již jsou rozčleněny podle cílových skupin, mají výchovný, popř. léčebný charakter,
- c) tendence k odklonu od speciálních institucí a podpoře žití postižených v neústavním prostředí.

---

<sup>8</sup> Vyšší společnost (zejména dámy) se starala o postižené, chudé lidi či sirotky dobrovolně – jednalo se i o prestiž.

## 2.2 Současné vnímání postižených

V současnosti můžeme pozorovat celkově větší toleranci těchto minorit, která se mimo jiné projevuje i větší podporou od společnosti. Lidé si postupně uvědomují, že všichni máme stejná práva – jako je právo na plnohodnotný život, právo na ochranu cti a lidské důstojnosti a mnoho dalších.

Můžeme se setkat s různými postoji k postiženým. Ty mívají často **ambivalentní charakter**<sup>9</sup> („je to chudák, ale dívat se na něj nemůžu“). Vyskytují se však i postoje negativní jakou jsou předsudky (boží trest, postižení jsou divní, zlí, závistiví), či dokonce i násilí a diskriminace. Nezřídka se setkáváme s tím, že se tito lidé stávají obětí nějakého trestného činu. Konkrétně u žen je daleko vyšší riziko zneužití.

Dalším neopomenutelným problémem je, že některé výrazy spojené s postižením člověka se staly výrazy slangovými, které vyjadřují pohrdání či nadávky.

Postižený zaujímá ve společnosti specifické postavení, které je ovlivňováno zejména jeho vzhledem. Ten, pokud je nějakým způsobem abnormální, může některé lidi děsit, vyvolávat v nich odpor, přivádět je do rozpaků nebo v nich vzbuzovat lítost. Dalšími důležitými faktory, jež ovlivňují sociální status jedince jsou také mimo jiné příčiny postižení a jeho ekonomická situace.

Někdy může být postoj negativně ovlivněn také tím, že zdravému člověku chybí informace o postižení a o tom, jak s postiženým jednat.

V dnešní době nedochází k segregaci jako za socialismu, naopak se poslední dobou neustále vyzdvihuje integrace postižených lidí do společnosti. Společnost se snaží rozvíjet jejich seberealizaci, kreativitu a hlavně nezávislost. Snaží se respektovat všechny složky osobnosti postiženého (Renotiérová, Ludvíková, 2003).

## 2.3 Rodina a postižené dítě

Nejdůležitějším faktorem však vždy byla a bude rodina postiženého dítěte. Jak se postaví k nové, většinou doposud nepoznané situaci a tím pádem i k samotnému dítěti. Každý rodič se těší na to, až se mu narodí zdravé a krásné dítě, je tedy zcela pochopitelné, že pokud nejsou na situaci připraveni, může u nich dojít k různým projevům, které se dají rozdělit do určitých fází (Matějček, 2000):

---

<sup>9</sup> obsahuje pozitivní i negativní citové hodnocení

#### 1. Fáze šoku a popření

Šok je reakce na subjektivně nepřijatelnou, traumatizující skutečnost, v tomto případě na skutečnost, že se nám narodilo postižené dítě. Tato fáze bývá často doprovázena otázkami typu: „Proč se to muselo stát zrovna nám?“ Popření je charakteristické zejména projevy: „To nemůže být pravda, to není možné!“

#### 2. Fáze bezmocnosti

Rodiče nevědí, co by měli dělat. Obzvláště pokud se nikdy s podobným problémem nesetkali, pak jej nedovedou řešit.

#### 3. Fáze postupné adaptace, vyrovnání se s problémem

Dochází k větší informovanosti rodičů o stavu jejich dítěte, o možnosti jeho dalšího vývoje (buť třeba jen omezeného). V této fázi hraje svou roli zralost rodičů, kvalita jejich vztahu a aktuální psychický, ale i somatický stav.

#### 4. Fáze smlouvání

Jedná se o přechodné období, kdy rodiče již akceptují skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale mají tendenci získat alespoň něco, malé zlepšení, když už není možné, aby se zcela uzdravilo.

#### 5. Fáze vyrovnání se s realitou

Většinou u rodičů dochází k přijetí stavu dítěte takového, jak je.

### **2.4 Výchova postiženého dítěte**

Problém s výchovou může nastat v souvislosti se sourozencem dítěte. V případě, že se rodině nejprve narodí postižené dítě, se doporučuje, aby si rodiče „pořídili“ v brzké době dítě další, neboť zdravé dítě přinese do rodiny radost a celková atmosféra se zde taklepší.

Pokud je postižené dítě dítětem druhorozeným, existuje zde riziko, že starší dítě bude utlačováno do pozadí a to postižené bude na jeho úkor rozmazlováno. Největší problém můžeme pozorovat u matek, které se na mladší a navíc postižené dítě přespřilíš upnou. Přičemž láska mezi oběma dětmi by měla být vždy v rovnováze, neboť později může dojít k situaci, kdy nepostižené dítě bude kvůli tomu svého sourozence nenávidět.

Pro nás je naopak důležité, aby starší dítě přijalo roli ochránce svého sourozence a aby jej postižené dítě milovalo a vidělo v něm oporu (Renotierová, 2002).

Někdy však není problémem samotné postižené dítě, nýbrž rodiče. Ti bývají často přecitlivělí a mohou tak i naprosto nevinnou poznámku či dotaz pochopit jako netaktnost. A však už jen ve svém vlastním zájmu i zájmu dítěte by si na podobné netaktní poznámky měli zvyknout a to zejména tehdy, je-li dítě vzhledově odlišné.

Pokud se s tímto rodiče nevyrovnají, mají tendenci umístit dítě do zařízení sociální péče, což sice lze lidsky pochopit, ale z hlediska dítěte se jedná o krok nesprávný. Každé dítě potřebuje mateřskou péči a citové zázemí, natožpak dítě postižené.

V rodinách, kde dítě odmítá jeden z rodičů (častěji jím bývá otec), většinou dochází k jejich rozpadu. Mezi faktory zapříčiňující rozpad manželství můžeme uvést věčnou nejistotu, přílišné psychické i fyzické vypětí a v některých případech i nedostatek zpětné vazby od dítěte v podobě malých pokroků. Zhoubné pro tato manželství jsou všelijaké výčitky či různá podezření. Musíme si uvědomit, že za daný stav jsou odpovědni oba rodiče. Ti by se proto měli vzájemně podporovat a snažit se chápat způsob, kterým se ten druhý s danou situací vyrovnává. Každý člověk je individualita a proto i způsob prožívání smutku se liší – někdo spíše pláče, jiný se raději zabere do práce, další může propadnout hluboké depresi. Chybou je, myslet si, že pokud některý z partnerů hledá spíše rozptýlení a nedává najevo tolik své pocity – např. nepláče – je necitlivý nebo že snad dokonce dítě nemá rád (Matějček, 2000).

Důležitou roli hraje také výše požadavků na péči a finanční zátěž rodiny, plynoucí z její realizace (Renotierová, 2002).

Z dřívějších pozorování můžeme určit další extrém ve výchově a tím je přespřílišná ochranná výchova, která spočívá v ochraně dítěte před vším zlem a to bohužel i za cenu izolace od veškeré společnosti. Někdy bývá spojena i s nízkými požadavky na dítě.

Dalším problémem je, pokud dítě rodina izoluje a soustřeďuje se pouze na uspokojování jeho základních biologických potřeb, přičemž si mnohdy rodiče neuvědomují, jak dítě sociálně a kulturně strádá.

Pravým opakem tzv. skleníkové výchovy je snaha dítě vychovat, vycvičit tak, aby se od ostatních lišilo co možná nejméně. To může vést až k jeho neurotizaci, pokud je to na jeho síly (Matějček, 2000).

Z těchto všech poznatků tak můžeme vyvodit, že nejideálnější je takový přístup, kdy bereme dítě takové, jaké je. K jeho celkovému poznání si však nemůžeme pomoci sami,

je třeba pomoc kvalifikovaných odborníků a to především lékařů, psychologů a speciálních pedagogů. Není nijak ponižující navštívit odborníka, rodina by se měla stydět jen tehdy, pokud neudělá vše potřebné (a možné dle jejich možností) pro to, aby jejich dítě bylo spokojené a šťastné po všech stránkách.

## **2.5 Vzdělávání zdravotně postiženého dítěte**

Vzdělávání je možné brát jako kompenzaci důsledků postižení. Souvisí také s pracovním uplatněním dítěte, proto by měli i rodiče postižených dětí dbát na dosažení co možného nejvyššího vzdělání, samozřejmě s ohledem na možnosti a schopnosti svého dítěte. Jak už bylo řečeno výše, určitě si musí dát pozor, aby na dítě nekladli větší nároky, než je dítě schopno splnit – mohlo by jej to psychicky poznamenat!

Po roce 1989 se lidé začali o problematiku vzdělávání zdravotně postižených opět zajímat. Začíná se preferovat jejich integrace a dochází k odklonu od izolace dítěte (Renotiérová, 2002).

Právní úpravou vzdělávání se zabývá například i Listina základních práv a svobod, dle níž má každý právo na vzdělání a musí absolvovat základní povinnou docházku.

Ve školském zákonu 561/2004 Sb. § 2 se zase dočteme, že je kladen důraz na rovnost vzdělání pro všechny a na odstranění překážek, které by tomu bránily. Dále že musíme respektovat zvláštní vzdělávací potřeby jednotlivců při vzdělávání.

### **2.5.1 Speciální vzdělávací potřeby**

Vycházíme-li ze zákona 561/2004 Sb., pak dle § 16 je dítětem se speciálními vzdělávacími potřebami osoba, která je:

- a) zdravotně postižená (mentální, tělesné),
- b) zdravotně znevýhodněná (lehčí poruchy učení, dlouhodobé onemocnění),
- c) sociálně znevýhodněná (nařízená ústavní výchova).

Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské poradenské zařízení.



Práva žáků se speciálními vzdělávacími potřebami dle zákona 561/2004 Sb., §16 :

- obsah, formy a metody vzdělávání odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem,
- vytvoření nezbytných podmínek, které vzdělávání umožní,
- poradenská pomoc školy a školského poradenského zařízení,
- při hodnocení se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění,
- ředitel školy může se souhlasem krajského úřadu zřídit funkci asistenta pedagoga,
- délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.

## **2.6 Vyhlášky MŠMT ČR**

V souvislosti s novým školským zákonem vstoupily v platnost také vyhlášky č. 72/2005 Sb. a č. 73/2005 Sb., které souvisejí se vzděláváním žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

***Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních:***

*„Poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních jsou poskytovány dětem, žákům, studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením“ (§ 1, odst. 1). Standardní poradenské služby jsou poskytovány uvedeným osobám bezplatně (§ 1, odst. 2).*

Obsahem poradenských služeb je dle § 2 mimo jiné činnost přispívající k:

- vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný, psychický a sociální vývoj žáků, pro rozvoj jejich osobnosti před zahájením vzdělávání a v průběhu vzdělávání,
- naplňování vzdělávacích potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmů před zahájením a v průběhu vzdělávání,
- vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů integrace žáků se zdravotním postižením,
- vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšího profesního uplatnění,

- rozvíjení pedagogicko-psychologických a speciálně pedagogických znalostí a profesních dovedností pedagogických pracovníků ve školách a školských zařízeních,
- zmírňování důsledků zdravotního postižení a prevence jeho vzniku.

***Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných:***

Dle této vyhlášky se vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami uskutečňuje s pomocí **podpůrných opatření**. Ta jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (§ 1, odst. 1).

Hovoříme – li o podpůrných prostředcích, máme na mysli využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních 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, oddělení nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka (§ 1, odst. 2).

Speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je zajišťováno:

- a) formou individuální integrace v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení,
- b) formou skupinové integrace 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,
- c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením,
- d) kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c) (§ 3).

Typy speciálních škol jsou uvedené v § 5 - pro *žáka s tělesným postižením* jsou to mateřská škola pro tělesně postižené, základní škola pro tělesně postižené, střední škola pro tělesně postižené (střední odborné učiliště pro tělesně postižené, odborné učiliště pro tělesně postižené, praktická škola pro tělesně postižené, gymnázium pro tělesně postižené, střední odborná škola pro tělesně postižené) a pro *žáka s mentální retardací*

mateřská škola speciální, základní škola praktická, základní škola speciální, odborné učiliště a praktická škola.

Organizaci speciálního vzdělávání řeší § 8. Ten říká, že žáci se zdravotním postižením, kteří se vzdělávají v základní škole nebo třídě základní školy samostatně určené pro tyto žáky, mohou mít na prvním stupni nejvýše 5 vyučovacích hodin v dopoledním vyučování a 5 vyučovacích hodin v odpoledním vyučování. Na druhém stupni nejvýše 6 vyučovacích hodin v dopoledním a 6 vyučovacích hodin v odpoledním vyučování (§ 8, odst. 4).

Dle § 8, odst. 5 mohou být ve třídách, odděleních a studijních skupinách zařazeni žáci 2 i více ročníků.

*„Třída, oddělení a studijní skupina pro žáky se zdravotním postižením a třída ve škole při zdravotnickém zařízení má nejméně 6 a nejvíce 14 žáků“ (§ 10, odst. 1).*

Dítě s tělesným postižením v období povinné školní docházky se může dle vyhlášky č. 73/2005 Sb. § 5 vzdělávat v těchto školských institucích:

- běžná základní škola,
- základní škola pro tělesně postižené,
- základní škola praktická,
- základní škola speciální ,
- základní škola při zdravotnickém zařízení,
- základní škola speciální při zdravotnickém zařízení.

### **Charakteristika vybraných typů škol**

#### ***Základní škola speciální***

Vzdělávají se zde žáci s mentálním postižením středního až těžkého stupně, žáci, kteří se pro své nedostatky rozumového vývoje nemohou vzdělávat podle vzdělávacích programů běžné základní školy, ale jsou schopni si osvojit základní vzdělání.

Cílem základní školy speciální je zejména rozvíjet psychické a fyzické schopnosti žáků s ohledem na jejich individuální zvláštnosti tak, aby žáci byli schopni zapojit se do běžného života v co možná nejvyšší míře (Švarcová, 2006).

Docházka je desetiletá, přičemž poslední – desátý – ročník je nepovinný. Organizačně se speciální škola člení na první stupeň, který tvoří 1. až 6. ročník a druhý stupeň, který tvoří 7. až 10. ročník. Od základní školy se odlišuje jak organizačními formami vzdělávání, tak i obsahovým zaměřením výuky. Vzdělávací požadavky se přizpůsobují zejména schopnostem a možnostem jednotlivých žáků (<http://www.vuppraha.cz>). Děti se zde učí triviu (základy čtení, psaní a počítání), sebeobsluže a různým pracovním dovednostem, jež mohou žáci uplatnit v různých chráněných dílnách nebo jiných přizpůsobených pracovištích. Hodnocení je slovní (Švarcová, 1997).

Děti s těžším postižením mají možnost navštěvovat přípravný ročník základní školy speciální. Délka této přípravy může být nanejvýš 3 roky (Švarcová, 2006). Pozornost je zde věnována zejména rozumové a smyslové výchově, ale také pracovní, výtvarné, tělesné a hudební výchově.

### **Vzdělávací oblasti pro vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením**

Vzdělávací obsah je rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí, které jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem či více obsahově blízkými vzdělávacími obory.

- Jazyková komunikace (Čtení, Psaní, Řečová výchova)
- Matematika a její aplikace
- Informační a komunikační technologie
- Člověk a jeho svět
- Člověk a společnost
- Člověk a příroda
- Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova)
- Člověk a zdraví (Výchova ke zdraví, Tělesná výchova)
- Člověk a svět práce

#### Jazyková komunikace

Jazyková komunikace rozvíjí u žáků osvojení a používání mluvené i písemné podoby jazyka. Jazykový rozvoj je úzce propojen s rozumovým a emocionálním zráním.

Obsahem vzdělávacího oboru **Čtení** je postupné osvojení písmen, slov a vět. Důležité je vzbudit u žáků zájem.

Obsahem vzdělávacího oboru **Psaní** je rozvíjení jemné motoriky a grafomotoriky u žáků, čímž se i stimuluje i jejich myšlení.

Vzdělávací obor **Řečová výchova** se zaměřuje zejména na osvojení a užívání mateřského jazyka.

### Matematika a její aplikace

Tato oblast je založena na praktických činnostech a dovednostech, které žáci nejvíce využijí v běžném životě. Žáci se v ní seznamují se základními matematickými pojmy, symboly, postupy a způsoby jejich užití.

Vzdělávací obsah vzdělávacího oboru **Matematika a její aplikace** je rozdělen na tematické okruhy:

*Řazení a třídění předmětů*

*Čísla a početní operace*

*Závislosti, vztahy a práce s daty*

*Základy geometrie*

### Informační a komunikační technologie

V této oblasti se žáci setkávají se základy práce na osobním počítači a vybraným základním programovým vybavením (textový editor, speciální výukové a vzdělávací programy)

### Člověk a jeho svět

Vzdělávací oblast **Člověk a jeho svět** rozvíjí základní poznatky žáků o okolním světě, životě společnosti, o živé a neživé přírodě. Žáci se učí správně pojmenovávat předměty, jevy a situace.

### Člověk a společnost

Tato oblast hraje významnou roli především pro přípravu na občanský život. Utváří a rozvíjí osobnost žáků po mravní stránce a pomáhá jim orientovat se v mezilidských vztazích.

### Člověk a příroda

Tato oblast je zaměřena na poskytnutí základních poznatků o přírodních zákonitostech žákům a vést je k jejich osvojení, tak aby je mohli případně uplatnit v praktickém životě.

### Umění a kultura

**Vzdělávací oblast umění a kultura** dává prostor pro uplatnění tvořivých schopností žáků a zprostředkovává jim zážitky prostřednictvím vlastní tvorby a recepce. Naplňuje tak jejich přirozenou potřebu projevit se.

### Člověk a zdraví

Tato oblast opět učí žáky základním poznatkům a dovednostem tentokrát souvisejícím se zdravím, které by měli využívat v každodenním životě.

### Člověk a svět práce

Vzdělávací oblast **Člověk a svět práce** zahrnuje širokou škálu pracovních činností, které vedou žáky k získání souboru vědomostí, základních pracovních dovedností a návyků v různých oblastech lidské činnosti. Cílem je systematické ovlivňování rozvíjení motorických schopností, manuálních dovedností a návyků žáků (<http://www.vuppraha.cz>).

### **Vzdělávací oblasti pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami**

Vzdělávací obsah základního vzdělávání žáků s nejtěžšími formami mentálního postižení je rozdělen do pěti vzdělávacích oblastí, které jsou pojaty odlišně, stejně jako metody práce i speciálně upravené podmínky. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem či více obsahově blízkými vzdělávacími obory.

- Člověk a komunikace (Rozumová výchova, Řečová výchova)
- Člověk a jeho svět (Smyslová výchova)
- Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova)
- Člověk a zdraví (Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova nebo rehabilitační tělesná výchova)

- Člověk a svět práce (Pracovní výchova)

### Člověk a komunikace

Vzdělávací oblast **Člověk a komunikace** umožňuje žákům najít a rozvíjet vhodnou formu komunikace s okolím. Prostředkem vzdělávání není psané slovo a často ani mluvená řeč.

Obsah vzdělávacího oboru **Rozumová výchova** je rozdělen na tematické okruhy:

- Rozvíjení poznávacích schopností
- Rozvíjení logického myšlení a paměti
- Rozvíjení grafických schopností

Vzdělávací obor **Řečová výchova** zahrnuje tematický okruh *Rozvíjení komunikačních dovedností*, jenž je nástrojem funkčního dorozumívání žáků. Vede žáky k rozvíjení slovní zásoby, řečových schopností, komunikačních dovedností.

### Člověk a jeho svět

Cílem této oblasti je pomáhat žákům poznávat své nejbližší okolí a utvářet si k němu citový vztah. Žáci si tak osvojují vhodné chování a jednání, učí se navzájem si pomáhat a spolupracovat.

Vzdělávací obor je členěn do tematických okruhů:

- Rozvíjení zrakového vnímání
- Rozvíjení sluchového vnímání
- Rozvíjení hmatového vnímání
- Prostorová a směrová orientace
- Rozvíjení čichového a chuťového vnímání

### Člověk a zdraví

Tato oblast rovnoměrně rozvíjí fyzické i psychické schopnosti, pohybové dovednosti i sociální adaptaci.

### Umění a kultura

Oblast **Umění a kultura** přispívá ke kultivaci osobnosti žáků, působí na jejich chování, posiluje jejich sebevědomí, rozvíjí estetické cítění tím, že dává prostor pro uplatnění tvořivých schopností a zprostředkování zážitků prostřednictvím vlastní tvorby a recepce.

### Člověk a svět práce

Zahrnuje pracovní činnosti, které vedou žáky k získání základních pracovních dovedností a návyků.

### ***Základní škola při zdravotnickém zařízení***

V základní škole při zdravotnickém zařízení se mohou vzdělávat žáci se zdravotním oslabením či žáci dlouhodobě nemocní, umístění v tomto zařízení, pokud to jejich zdravotní stav povoluje. Při zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce (73/2005 Sb.).

V základní škole při zdravotnickém zařízení se vyučuje každý den dle rozvrhu jeden z hlavních předmětů (český jazyk, matematika, cizí jazyk) a k němu se přiřazuje jeden v vedlejších předmětů. Na prvním stupni – prvouka, přírodověda, vlastivěda a na druhém stupni – přírodopis, fyzika, chemie, zeměpis a dějepis.

Vyučování probíhá buď v učebnách nebo přímo na nemocničním pokoji u pacienta. Žák je po celou dobu veden k samostatnému učení a obvykle se hodnotí pouze zvládnuté učivo. Pokud některé předměty žák z důvodu závažnosti choroby nezvládne za určité období, pak není „pro nemoc klasifikován“ (Vítková, 1998).



## **3 Integrace**

### **3.1 Pohled na problematiku integrace**

Rodiče jakkoliv znevýhodněných dětí stojí před důležitou otázkou a to: mají dát přednost integraci dítěte v běžné základní škole v místě bydliště nebo segregovanému vzdělávání v příslušné speciální škole pro daný typ postižení dítěte? V současné době volí mnozí rodiče možnost integrace svého postiženého dítěte do běžné školy před navštěvováním školy speciální. Při svém rozhodování by však měli vyžádat odbornou pomoc psychologů a speciálních pedagogů (Michalík, 2002).

Důležité je si uvědomit, že stěžejním faktorem pro přijetí, respektive nepřijetí dítěte do běžné školy, je zejména jeho stupeň mentálního postižení. Do běžných ZŠ jsou většinou integrováni žáci s IQ 85 – 70 a maximálně žáci s IQ 70 – 50 (lehká mentální retardace). Žáci s intelektem pod touto hranicí bývají povětšinou vzdělávání ve speciálních školách.

Nástup postiženého dítěte do běžné školy vyžaduje větší časový předstih, který umožní učitelům seznámit se jak s problematikou výchovy a vzdělávání postiženého dítěte, tak i se zásadami a metodami práce s ním. Taktéž je potřeba dostatek času k navázání kontaktu s rodiči dítěte a projednání spolupráce mezi nimi, která je základním pilířem úspěšné integrace (Michalík, 2002).

### **3.2 Integrace do základní školy u dítěte s mentální retardací**

Pro každého žáka je velmi důležité, aby měl stanovené cíle, kterých je schopen dosáhnout. U postiženého dítěte to platí dvojnásobně. Dle zákona 561/2004 Sb. §18, může ředitel školy s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálně vzdělávacími potřebami na žádost jeho zákonného zástupce (viz příloha č. 5) a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu.

Je však velmi důležité vytvořit takový individuální vzdělávací plán (dále jen IVP), který odpovídá schopnostem a možnostem daného dítěte.

Na sestavení IVP se podílí jak speciální pedagog, tak i rodiče dítěte. Spolupracují také se speciálně pedagogickými centry (SPC), popř. pedagogicko-psychologickými

poradnami (PPP). Jak již bylo řečeno výše, IVP schvaluje ředitel školy. V průběhu celého školního roku může být doplňován a upravován podle potřeby.

### **Doporučené náležitosti speciálně pedagogického a psychologického vyšetření dle MŠMT:**

1. Výsledek speciálně pedagogického a psychologického vyšetření žáka spolu s případným doporučením odborného lékaře je podkladem pro správní rozhodnutí, východiskem pro zpracování IVP, zajištění odpovídajících podmínek pro vzdělávání žáka včetně zajištění potřebné speciálně pedagogické a psychologické péče žákovi v průběhu jeho vzdělávání.

2. Pedagogicko-psychologická poradna provádí psychologické a speciálně pedagogické vyšetření a zajišťuje psychologickou a speciálně pedagogickou péči zpravidla žákům se specifickými poruchami učení nebo chování, speciálně pedagogické centrum provádí odborné vyšetření a zajišťuje speciálně pedagogickou a psychologickou péči žákům podle svého zaměření na konkrétní druh postižení.

3. Poradenské zařízení zpracovává na základě speciálně pedagogického a psychologického vyšetření žáka odborný posudek. V případě potřeby, doporučí zákonným zástupcům žáka požádat příslušného lékaře o výpis ze zdravotní dokumentace s uvedením informací a doporučení pro potřeby vzdělávání žáka.

4. Obsahem odborného posudku pro potřeby vzdělávání žáka a pro potřeby správního rozhodnutí je zejména:

a) informace o druhu a stupni zdravotního postižení žáka a závěr, zda závažnost postižení, jeho charakter a rozsah opravňuje žáka k zařazení do speciální školy nebo speciální mateřské školy,

b) výklad závěrů vyšetření pro potřeby vzdělávání, jednoznačný konkrétní popis vzdělávacích potřeb žáka včetně doporučených pedagogických postupů,

c) návrh organizační formy vzdělávání žáka, návrh na zařazení do speciální nebo specializované třídy, návrh na zařazení do speciální školy, návrh na zařazení žáka do speciální školy pro žáky s jiným druhem postižení, a to včetně zdůvodnění,

- d) návrh obsahu, rozsahu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi,
- e) návrh potřeby dalšího pedagogického pracovníka k výuce speciálních dovedností nebo pracovníka k zajištění nezbytné pomoci žákovi v průběhu vzdělávání včetně specifikace jeho činnosti a zdůvodnění potřeby,
- f) návrh potřebných kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic nebo učebních pomůcek pro výuku žáka nebo pro konání zkoušek,
- g) stanovení doby platnosti posudku pro účely vzdělávání žáka a správního rozhodnutí; doba platnosti vychází z prognózy vývoje zdravotního stavu žáka s ohledem na konkrétní případ a typ postižení,
- h) návrh na případné snížení počtu žáků ve třídě včetně zdůvodnění,

5. Pokud speciálně pedagogické a psychologické vyšetření žáka zpracovalo pracoviště klinické psychologie, klinické logopedie, odborný lékař, jiné odborné pracoviště zaměřené na danou problematiku, posoudí poradenské zařízení jeho náležitosti pro účely vzdělávání žáka a správního rozhodnutí. Jestliže vyšetření neobsahuje všechny výše uvedené náležitosti, vyžádá si poradenské zařízení doplnění vyšetření. Pokud potřebná dokumentace není jinak k dispozici, provede vlastní vyšetření.

6. Poradenské zařízení spolupracuje se školou při sestavování IVP a zajišťuje speciálně pedagogickou a psychologickou péči integrovaným žákům, u kterých provedlo speciálně pedagogické a psychologické vyšetření a vypracovalo posudek, pokud tuto péči nezajišťuje škola (<http://www.msmt.cz/>).

Individuální vzdělávací plán dle vyhlášky 73/2005 Sb. obsahuje:

- a) údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění,
- b) údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení, úpravu konání závěrečných zkoušek, maturitních zkoušek nebo absolutoria,

- c) vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a její rozsah; u žáka střední školy se sluchovým postižením a studenta vyšší odborné školy se sluchovým postižením se uvede potřebnost nezbytných tlumočnických služeb a jejich rozsah, případně další úprava organizace vzdělávání,
- d) seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek,
- e) jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka,
- f) návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává,
- g) předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu, kterou se stanoví členění krajských normativů, ukazatele rozhodné pro jejich stanovení, jednotky výkonu pro jednotlivé krajské normativy, vztah mezi ukazateli a jednotkami výkonu, ukazatele pro výpočet minimální úrovně krajských normativů a zásady pro zvýšení krajských normativů (vyhláška o krajských normativech),.
- h) závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření (viz příloha č. 6 – vzor IVP)

Důležité pro správnou integraci je také připravit jak spolužáky, tak i vyučující na určité nové situace, které mohou s nástupem postiženého dítěte do třídy nastat. Spolužáky je třeba seznámit s formami chování a způsoby komunikace s postiženým spolužákem, upozornit na jeho potřebu individuální pomoci učitele či třídního asistenta, při níž musí využívat speciálně pedagogické metody a odlišné techniky práce. Je třeba také upozornit na případné odlišné známkování u integrovaného žáka.

Učitel by měl umět vytvořit vztahy vzájemné tolerance, porozumění a pomoci. Je také potřeba, aby získal alespoň základní informace o specifice vývoje mentálně postižených dětí (sociální chování, řečové problémy aj.) a o metodice jejich výuky.

Pro integrovaného žáka by bylo vhodné, kdyby pro něj vedení školy vymezilo určitý prostor, kde by mohl pod dozorem zvolnit tempo výuky či dokonce relaxovat. Dozor by

měla zajišťovat osoba z tzv. výchovně-vzdělávacího týmu. Tuto osobu nazýváme asistentem pedagoga (73/2005 Sb. Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných).

Je potřeba si uvědomit rozdíly mezi osobním asistentem a asistentem učitele. Osobní asistent spadá pod rezort sociálních věcí a jeho práce nesouvisí s podporou při plnění školní docházky. Tu by měl poskytovat školský rezort a to právě v podobě asistenta učitele, jehož hlavními činnostmi dle 73/2005 Sb. Vyhlášky o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.

### **Faktory ovlivňující úspěšnost integrace dle Michalíka (2002)**

Je velmi obtížné pojmenovat všechny faktory mající vliv na integraci dítěte. Mezi ty základní patří zejména:

- **Rodina,**
- **Škola,**
- **Poradenství a diagnostika,**
- **Prostředky speciálně pedagogické podpory**
  - podpůrný učitel,
  - osobní asistent,
  - doprava dítěte,
  - rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky,
  - úprava vzdělávacích podmínek.
- **Další faktory:**
  - architektonické bariéry,
  - sociálně psychologické bariéry,
  - organizace zdravotně postižených.

Nesmíme však zapomenout ani na samotné dítě. To není faktorem, nýbrž aktérem integrace. Nemělo by být stresováno případnými obavami či nereálnými očekáváními rodičů. Dítě by mělo být připraveno účastnit se běžného života školy s ohledem na jeho

zdravotní postižení. Avšak integraci nechceme dosáhnout jakéhosi „znormalizování“, což je velmi důležité si uvědomit.

### Prostředky speciálně pedagogické podpory dle Michalíka (2002)

#### *Podpůrný učitel*

V právní úpravě nenalezneme zakotvení role tzv. podpůrného či druhého učitele ve třídě, v níž je integrován žák s postižením. Dle práva je jen možnost působení dvou učitelů pouze v artistické třídě či třídě hluchoslepých na speciálních školách.

#### *Doprava dítěte do školy*

Zprvu se může zdát, že tento problém se vzděláním dítěte nesouvisí, avšak vyřešení dopravy je přitom velmi důležitým činitelem a tak se stává, že některé speciální instituce poskytují větší komfort jak rodičům, tak i dětem a to prostřednictvím svozů dětí do zařízení.

#### *Rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky*

Ve smyslu ustanovení směrnice k integraci se předpokládá dvojí základní způsob jejich pořízení: buďto formou zápůjčky ze speciálně pedagogického centra, nebo formou nákupu z prostředků příplatku na zdravotní postižení. Další možností je využití osobních pomůcek žáka, které si donese z domova.

#### *Úprava vzdělávacích podmínek*

Nutností je individuální práce a přístup a taktéž časté skupinové vyučování. Stejně tak musíme myslet také na způsob rozesazení žáků ve třídě, úpravu lavic, prostor pro odpočinek atd. (Michalík, 2002).

### Další faktory

#### *Architektonické bariéry*

Většina základních škol v České republice je bariérových. Je to důsledek desetiletí neřešených otázek přístupnosti veřejných budov. Přesto můžeme pozorovat určité snahy obcí (pod které školy spadají) o nápravu. Ve větších městech mají rodiče možnost postupovat cestou výběru spádové a dostupné školy, na níž jsou (nebo

v nejbližší době budou) bezbariérové úpravy provedeny. Co se týče menších měst, zde jsou bariéry opravdovým problémem. Náhradní řešení můžeme nalézt např. ve schodolezích.

### *Sociálně psychologické bariéry*

Jedná se o souhrnné označení různých postojů, soudů, stanovisek, ale i opatření a řešení, která doprovázejí jak školskou integraci, tak obecně život lidí s postižením. Jak již bylo řečeno výše, v minulosti se postižení a jejich integrace setkávali spíše s negativním postojem, ale v posledních letech se setkáváme s přirozeným vztahem ke zdravotně postiženým, jejich potřebám a odlišnostem.

### *Organizace zdravotně postižených*

V ČR existuje Národní rada zdravotně postižených, která vykonává koordinační funkci pro všechny organizace zdravotně postižených. Má i přímé zastoupení ve Vládním výboru pro zdravotně postižené a podílela se na přípravě Národního plánu opatření, který se zabývá i integraci (Michalík, 2002).

Tabulka č. 2 **Žáci s postižením začlenění v tzv. běžných školách v minulých letech**  
(Michalík, 2002)

Druh postižení	1995/1996	1996/1997	1999	2000	2001
Mentální					
Sluchové	322	393	455	470	529
Zrakové	377	514	472	470	489
Řečové	656	794	592	641	795
Tělesné	877	1006	1012	1093	1204
Kombinované	976	852	624	844	950
<b>Celkem dětí s postižením</b>	<b>3 208</b>	<b>3 559</b>	<b>3 155</b>	<b>3 642</b>	<b>4 279</b>
Žáci se spec. vzděl. potřebami	27 237	35 247	45 097	48 227	52 694
<b>Celkem</b>	<b>30 445</b>	<b>38 761</b>	<b>48 252</b>	<b>51 869</b>	<b>56 973</b>



## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4 Cíle a otázky výzkumného šetření**

Bakalářská práce s názvem „Problematika rodiny s jedincem postiženým dětskou mozkovou obrnou a jeho začleňováním do společnosti“ je kvalitativního charakteru. Projekt byl uskutečněn v občanském sdružení Jsme tady v Přerově a jeho cílem je analyzovat možnosti integrace dvou chlapců postižených odlišnými formami dětské mozkové obrny.

### **5 Výzkumný soubor**

Občanské sdružení Jsme tady je nestátní nezisková organizace, která sídlí v Přerově na ulici Sokolská. Organizace poskytuje centrum denních služeb a to v ambulantní podobě. Její cílovou skupinou jsou osoby s kombinovaným postižením a to do věku 26 let. V současnosti denní centrum navštěvuje 8 stálých klientů, přičemž šetření se přímo dotýká dvou z nich.

Cílem pracovníků centra je pomoci strávit čas klientů užitečným způsobem, kdy se klienti učí novým věcem, rehabilitují, popř. pořádají různé společné akce, které směřují jak za zábavou, tak opět i za novým poznáním.

#### **5.1 Organizace poskytování ambulantních služeb**

Ambulantní služby jsou poskytovány od pondělí do pátku minimálně dvěma pracovníky centra a to ve velké společenské místnosti, které dominuje obrovský stůl, kolem něhož sedí klienti. Náplň práce s klienty se různí, záleží na mnoha faktorech, jakými jsou např. počet přítomných klientů, individuální potřeby každého klienta a nebo i počasí. Každý den je naplánován přibližně asi jen týden dopředu. Pevně jsou stanovené pouze canisterapie a muzikoterapie, jež probíhají pravidelně každý druhý čtvrtek a pátek.

#### Příklad režimu dne:

8:00	přivítání se
8:05	předem daná činnost
9:30	svačinka

10:00	vycházka
12:00	oběd
12:30	odpočinek + dobrovolná činnost
15:00	odchod do domovů

## 6 Metody výzkumného šetření

K jeho zpracování byly použity následující metody:

- analýza odborné literatury,
- analýza lékařských záznamů pozorovaných chlapců,
- nestandardizovaný rozhovor s rodiči chlapců,
- nestandardizovaný rozhovor s chlapci,
- přímé pozorování obou chlapců.

### *Analýza odborné literatury*

Analýza odborné literatury spočívá ve shromáždění literatury týkající se daného tématu a v jejím důkladném prostudování za účelem získání co možná nejpresnějších informací. V případě této práce bylo k dispozici dostatečné množství publikací.

### *Analýza lékařských záznamů pozorovaných chlapců*

Cílem analýzy lékařských záznamů je mít k dispozici přesné informace o zdravotním stavu zkoumané osoby. Není lehké je získat, neboť lékaři jsou vázáni mlčenlivostí. V případě této bakalářské práce to však díky rodičům obou chlapců nebyl problém.

### *Nestandardizovaný rozhovor*

Nestandardizovaný rozhovor je v podstatě běžný rozhovor, který se neřídí žádnými předem připravenými otázkami. V případě této práce se vycházelo z rozhovorů jak s rodiči, tak i se samotnými postiženými chlapci.

### *Přímé pozorování*

Přímé pozorování je založeno na bezprostředním pozorování. Docházelo k němu především v denním centru.

## 7 Analýza začlenění chlapců trpících DMO do společnosti

### 7.1 Kazuistická studie č. 1

Chlapec narozen v dubnu 1989 s diagnózou DMO, forma není jednoznačná. Oba rodiče (středoškolsky vzděláni) jsou zdraví stejně tak jako starší sestra (23 let), která je studentkou VŠ. Rodiče jsou rozvedeni, ale vztahy jsou i nadále dobré, bezkonfliktní. Z druhého otcova manželství má ještě mladší sestru (4 roky), taktéž zdravou.

#### **Sociální anamnéza:**

Chlapec bydlí s otcem, jeho druhou manželkou a poloviční sestrou v bytě v 1. patře a to v blízkosti centra. Chlapec vlastní průkaz ZTP/P, ale je zcela mobilní, proto nepotřebuje bezbariérové řešení bydlení. Je zbaven svéprávnosti. K dispozici má rodina auto zakoupené díky příspěvku, stejně tak dostávají i příspěvek na benzín.

Chlapec navštěvuje SŠ, ZŠ, MŠ DC 90, s.r.o. v Olomouci - Topolany, kde je přes týden na internátě. Na víkend si jej bere otec domů, přičemž chlapec je střídavě u otce a u matky (jeden víkend – otec, druhý – matka). Docházku ukončí v roce 2011.

Domů jezdí víceméně nerad, ve škole má spoustu kamarádů, zatímco doma se nudí a to i přes snahu svého okolí.

#### **Školní anamnéza:**

*Nástup do MŠ* - chlapec nastoupil do běžné MŠ v 5 letech, kde s ním větší problémy nebyly.

*Odklad šk. docházky* u speciální školy o 2 roky pro nezralost dítěte.

Poté chlapec absolvoval *přípravný ročník* ve věku 7 let, jež spadal pod danou speciální školu.

*Průběh studia* - chlapec tedy navštěvoval speciální mateřskou školu v Přerově, přípravný a 1. ročník speciální školy v Olomouci na Svatém Kopečku. Poté 1. ročník běžné základní školy Přerově – Předmostí (1. ročník byl 2x opakován) až do 9. třídy.

Hodnocen byl individuálně – dochází k postupnému zlepšování. Integrace v běžné základní škole probíhalo bez problémů.

*V současnosti* absoljuje dvouleté rozložené studium<sup>10</sup> SŠ, ZŠ, MŠ DC 90, s.r.o. v Olomouci – Topolany, kde je již hodnocen známkou a nemá individuální studijní plán. Prospěch je výborný.

### **Osobní anamnéza:**

*Gravidita* probíhala zcela normálně, bez jakýkoliv problémů. Chlapec se narodil jeden týden po předpokládaném termínu (48 cm / 3,45 kg). Porod byl komplikovaný – musel být vyvolán, dítě šlo na svět koncem pánevním. Poté bylo dle matky kříšeno.

*Do domácí péče* bylo propuštěno po 7 dnech po porodu.

*Prodělané dětské nemoci:* spalničky

*Sledování na ortopedii:* po 1. měsíci života následovala běžná kontrola na ortopedii, kde byla zjištěna vada kyčlí.

*Lázně nebo rehabilitační zařízení:* chlapec absolvoval pobyt v rehabilitačním zařízení již v 1. roce a to v Novém Jičíně po dobu 2 měsíců. V roce a půl následoval pobyt v rehabilitačním zařízení v Českém Těšíně, který se opakoval znovu ve dvou letech dítěte – pokaždé na 14 dní.

*Vada zraku* je zjevná: pravé oko 2,5+ / levé oko 2,5- => korekce brýlemi

**Hrubá motorika:** Chlapec začal *lézt* v roce a půl, *chodit* ve dvou a půl letech.

V dětství byla nutná rehabilitace za pomoci Vojtovy metody, pro již zmíněné obtíže s kyčlemi. V současnosti můžeme pozorovat jemné vychýlení pravé nohy do strany.

**Jemná motorika:** Jemná motorika je částečně vyvinutá, chlapec sice udrží silnější tužku, ne však po delší dobu. Jako problém se jeví např. navlékání menších korálků.

**Ergoterapie:** Nebyla cílená, většinou probíhala při běžné činnosti v rámci studia na speciálních školách.

**Sebeobsluha:** Při sebeobsluze potřebuje chlapec důsledné vedení. Je schopen se sám obsloužit v hygieně, avšak pod dozorem, dokáže se obléci, najíst, popř. si ohřát jídlo v mikrovlnné troubě.

---

<sup>10</sup> 1 rok studia je rozložen na 2 roky

**Neurologická vyšetření:** Neurologická vyšetření probíhala opakovaně, zejména CT hlavy. Poprvé ji chlapec podstoupil přibližně v prvním roce, poslední kontrola proběhla v 18 letech. V současné době by již byla dle lékařů jakákoliv neurologická vyšetření neefektivní – vývoj chlapce je již ukončen.

**Fyzioterapie:** Chlapec pravidelně 2x do týdne podstupuje rehabilitační vyšetření v rámci školy a to za pomoci rehabilitační sestry. Jejich cílem je zejména zpevnění zádového svalstva a zlepšení postavení pravé nohy.

**Psychologické vyšetření:** Od osmi let navštěvuje v pravidelných intervalech ordinaci klinické psychologie PhDr. Anity Petřů v Olomouci. U postiženého je diagnostikována těžká mentální retardace; IQ = 36. *V chování* je znatelná roztržitost a neschopnost dlouhodobého soustředění. Již od raného věku se vyskytovaly sklony k sebepoškozování. Nejprve k němu docházelo bezdůvodně, poté již byla znatelná účelovost – upozornění na nespokojenost s čímkoliv, popř. upoutání pozornosti. Agresivita vůči jiným se nevyskytuje.

*Zájmy:* ve věku 6 – 13 měl chlapec v oblibě stavebnice typu LEGO, ve 13 – 18 se objevila záliba v modelech automobilů, od 16 let si rád prohlíží (nečte) časopisy a také stráví hodně času na počítači.

**Řeč:** Chlapec začal mluvit až ve třech a půl letech, přičemž docházelo i díky návštěvám logopedie, které započaly s nástupem do MŠ ve věku 5 let, do určité doby k určitému zlepšení (cca do 15 let). Od té doby můžeme pozorovat stagnaci v řeči, někdy vedoucí až ke jejímu zhoršení. *Slovní zásoba* se rovná cca 20% nepostiženého člověka. *Srozumitelnost řeči* je v současnosti minimální. Důvodem je i patrně zbrklost chlapce a jeho nesoustředěnost při řeči. Omezuje se spíše jen na holé věty a jsou zde znatelné chyby v *artikulaci*. Pokud jej však v průběhu řeči přerušíme a trváme na zpomaleném zopakování, srozumitelnost se lepší.

**Sluch:** Sluch můžeme hodnotit jako dobrý.

**Čtení knih:** Knihy ani časopisy nečte, soustřeďuje se spíše na obrázky či fotografie.

**Kresba:** Kreslení se věnuje, maluje jen automobily a to propiskou či tužkou. Pastelky nepoužívá, ani obrázky nevymalovává. Kresby automobilů jsou zdařilé, jiné kresby (např. ve výtvarné výchově) již nezdařilé.

**Terapie:** V současnosti žádnou (kromě výše uvedených rehabilitací či logopedie) nepodstupuje.

### **7.1.1 Vlastní pozorování**

Pozorování chlapce probíhalo během jednoho měsíce v říjnu roku 2009, a to se souhlasem chlapcova poručníka. Cílem tohoto pozorování bylo stanovit určitou prognózu chlapcova sociálního vývoje a pracovního uplatnění.

Chlapec dochází do denního centra sám, jelikož je jako jediný z klientů zcela mobilní a má to blízko z domu. Vzhledem k faktu, že je zde sám mobilní, velmi se snaží ostatním klientům pomáhat tak, že jim přinese věci, které potřebují apod. Můžeme zpozorovat, že se promítá do jakési role „staršího sourozence“. Při jeho pozorování mimo tuto skupinu lidí, se chová spíše jako dítě, ale zde můžeme vidět razantní změnu v jeho chování – přejímá chování dospělých, stává se zodpovědnějším.

Velkým problémem je jemná motorika. Chlapci se špatně manipuluje s drobnějšími věcmi, nedokáže je pořádně uchopit, tužky musí mít spíše silnější. Při hlazení zvířete, např. psa při canisterapii, si můžeme povšimnout, že dlaní nedokáže „obejmout“ tělo pejska. Prsty zůstávají pořád napnuté.

S oblékáním ani se stravováním větší obtíže nejsou. Jednu dobu chlapec trpěl nechutenstvím, což vedlo až k jeho hospitalizaci v nemocnici.

V hygieně si vystačí sám, jen je potřebný dohled na tím, aby si umyl ruce, když jde ze záchodu a při sprchování.

Sociální chování je na dobré úrovni, pozdraví i poděkuje. Problémem je časté odmouvaní a stání si na svém za každou cenu. V takových situacích poslouchá nejvíce svého otce a cizí lidi – spíše muže. Patrně je má za daleko větší autoritu. Dále jsou velmi alarmující jeho sklony s sebepoškozování, které se jeví jako bezúčelné, ale i účelové a to právě zejména v situacích, kdy chce dosáhnout svého.

### **7.1.2 Závěr šetření**

V současné době tedy můžeme u chlapce pozorovat snížené tempo ve všech oblastech a jistou stagnaci ve vývoji. Péči rodiny můžeme označit za velmi dobrou, je

však i nadále potřeba potlačovat jeho nevhodné projevy chování, které spočívají především v odmlouvání a sebepoškozování. Tady by byla pravděpodobně potřeba dlouhodobá a intenzivnější péče psychologa., neboť takové chování je nebezpečné u nepostiženého člověka a je třeba si uvědomit, že chlapec se nachází v pásmu těžké mentální retardace, což ještě umocňuje veškerá rizika. V budoucnu bude problémem pracovní uplatnění chlapce, ale můžeme říci, že má jisté předpoklady pro výkon jednodušší manuální práce pod stálým dohledem.

V sociální oblasti můžeme konstatovat, že chlapec už v této době nemá problém s tím, že by neměl přátele. Má je jak mezi postiženými, tak i mezi nepostiženými. Jediný problém vidím v nadcházejícím stěhování rodiny z většího města na vesnici. Chlapec nebude mít kolem sebe své přátele a na tak malé vesničce si bude nově jen velmi těžce hledat. Proto mám obavy, zdali to nepovede k odmítání jezdit na víkendy ze školy k otci, popř. zdržování se pouze doma u počítače či dokonce ke stupňování projevů sebepoškozování. V této situaci by bylo asi nejvhodnější domluvit se s chlapcem na určitých pravidlech, týkajících se jeho návštěv. Vzhledem k relativní blízkosti vesnice k městu je ještě možné naučit chlapce jezdit autobusem – vypsát čas odjezdu a několikrát s ním trasu projet, ať ví, kudy autobus pojede a kde má vystoupit.

## **7.2 Kazuistická studie č. 2**

Chlapec narozen v květnu 1991 s diagnózou DMO, forma – kvadruspastická. Oba rodiče i mladší sourozenec jsou zdraví. Rodina je úplná – tvoří ji 4 členové - a zcela funkční.

### **Sociální anamnéza:**

Chlapec bydlí s matkou, otcem a mladším bratrem v bytě panelového domu v 6. patře – v centru města. Dům je vybaven schodišťovou plošinou, kterou chlapec využívá, neboť je zcela imobilní, vlastní průkaz ZTP/P a v současnosti probíhá řízení o zbavení způsobilosti. Rodina má k dispozici auto, které je zakoupeno díky příspěvku. Příspěvek na benzín je pravidelně vyplácen. Chlapec přes týden navštěvuje denní centrum Jsme tady, o.s.

### **Školní anamnéza:**

*Nástup do speciální MŠ* – chlapec nastoupil ve 3 letech do speciální MŠ v Přerově U Bečvy, kterou navštěvoval velmi rád, byl milý a společenský a v kolektivu oblíbený. Školní docházka byla *odložena o jeden rok* z důvodu nezralosti dítěte. Přípravný ročník absolvován nebyl.

*Průběh studia* – v roce 1998 chlapec nastoupil do ZŠ Mateřídouška Předmostí v roce, kde byl hodnocen slovně, i zde jsme mohli pozorovat kladný vztah ke spolužákům

### **Osobní anamnéza:**

*Gravidita* probíhala normálně, bez komplikací. Fyziologický porod proběhl v termínu (52 cm / 3,60 kg), byl protahovaný a nakonec došlo k vakuume xtrakci.

*Do domácí péče* bylo dítě propuštěno po 10 dnech po porodu.

*Prodělané dětské nemoci:* dětská žloutenka

Chlapec byl *sledován na ortopedii* od svých dvou let – byly zjištěny problémy s kyčlemi.

*Lázně nebo rehabilitační zařízení* – po zjištění výše uvedených problémů, byl chlapec odkázán do lázní Velké Losiny a posléze na 6 týdnů do Klimkovic a to za účelem rehabilitace.

*Vada zraku* je zjevná – jedná se o astigmatismus – dochází ke korekci brýlemi.

**Hrubá motorika:** Chlapec nebyl schopen lézt ani chodit, což přetrvává dodnes a chlapec je tak zcela imobilní. Od narození je chlapec rehabilitován metodou dr. Vojty.

**Jemná motorika:** Není vyvinuta, můžeme pozorovat častý svalový tonus. Chlapec není schopen nic po delší dobu udržet v ruce.

**Ergoterapie:** Částečně probíhá v denním centru v podobě domácích prací (mazání chleba), malování, popř. různých pracovních činností (vystřihování s dopomocí apod.)

**Sebeobsluha:** Sebeobsluha je zcela vyloučena. Chlapec potřebuje pomoc při hygieně, jídle, oblékání, i přesunu na vozík a pohybu na vozíku.

**Neurologická vyšetření:** K neurologickým vyšetřením dochází jednou ročně v Českém Těšíně, jinak pravidelné kontroly na Přerovské neurologii.



**Fyzioterapie:** Jednou do měsíce chlapec absolvuje rehabilitaci v Corpusu Olomouc, jinak pravidelně cvičí doma. V denním centru podstupuje každý druhý týden cca 1 hodinu canisterapie. Pohybuje se na mechanickém vozíku a to s dopomocí.

**Psychologické vyšetření:** Chlapec pravidelně navštěvuje ordinaci klinického psychologa PhDr. Martina Lečbycha, Ph.D. Dle jeho zprávy intelektový potenciál tohoto mladého muže odpovídá pásmu průměru a představuje jeho dispozici k logickému myšlení. Podprůměrné výkony můžeme zpozorovat v oblasti vzdělanosti, v oblasti zrakové diferenciacie a také se objevují vizuopercepční obtíže při čtení.

**Řeč:** Chlapec nemluví, pouze vydává zvuky, přičemž min. dva z nich jdou charakterizovat jako pokus o mluvu a můžeme jim porozumět – jedná se o NE a ANO.

**Sluch:** Sluch se zdá být dobrý.

**Čtení knih:** Čte spíše z internetu, je potřeba většího písma. Sám chlapec píše velmi zdařilé povídky.

**Kresba:** Kreslení se věnuje zejména v denním centru, kde maluje různé čáry, kruhy příliš nezvládá – ruka se musí přidržovat. Vymalovává s dopomocí – opět trhanými pohyby. Používá spíše tmavší barvy, při soustředění můžeme zpozorovat zvýšený slinotok. Je velmi snaživý a až příliš sebekritický.

**Terapie:** V současnosti žádnou (kromě výše uvedených rehabilitací) nepodstupuje.

### **7.2.1 Vlastní pozorování**

Pozorování chlapce probíhalo od listopadu roku 2009 doposud a to opět se souhlasem jak rodičů, tak i samotného chlapce. I u tohoto chlapce bylo hlavním záměrem zjistit, zda je schopen se uplatnit na trhu práce a stanovit prognózu dalšího vývoje v oblasti sociální.

Chlapce vozí do denního centra maminka, neboť on sám se na mechanickém vozíku pohybovat nedokáže. K dispozici mají auto, které užívají zejména při nevládnosti počasí.

Chlapec se nedokáže sám obléknout ani obout, potřebuje asistenci i při odkládání oděvů. Hrubá i jemná motorika jsou na velmi špatné úrovni. Pomocí rukou neudělá takřka nic. Navíc se zde objevuje svalový tonus.

Asistence je potřebná i při potřebě záchodu. I to je možná hlavním důvodem, proč chlapec velmi málo pije. Občas jsou na něm viditelné znaky dehydratace, ale on sám potřebu pít potlačuje, proto je někdy zcela nezbytné využít jakési autority. Avšak vzhledem k tomu, že chlapec je rozumově na dobré úrovni, většinou to až tak daleko nezachází. Pití je podáváno z hrníčku, který musí být přidrženo.

Stravování probíhá taktéž s dopomocí. Není schopen sám sníst ani nachytné jídlo, jako je např. rohlík – opět mu to nedovoluje hrubá a jemná motorika, proto bývá krmen. Svačinky do denního centra mu chystá maminka, většinou se jedná o zdravou, chutnou ale hlavně pestrou stravu. Chlapec není v jídle vybíravý, sní téměř vše, ale v dost malém množství.

Rozumové schopnosti jsou vzhledem k velmi těžkému hybnému postižení překvapivě dobré. Vše je založeno na chlapcově touze poznávat stále nové a nové věci., poctivě dělá zadané domácí úkoly.

### **7.2.2 Závěr šetření**

V současné době se dá říct, že emocionální vývoj je na svém vrcholu. Co se týče kognitivního vývoje, ten se snaží mladý muž, jeho rodina i pracovníci denního centra neustále rozvíjet. On sám má zájem učit se novým věcem, i když ne vždy je to zrovna snadné díky jeho omezeným možnostem. Do budoucna můžeme téměř vyloučit jakékoliv možné uplatnění v pracovním procesu. Na druhou stranu, vezmeme-li v úvahu málo porušený intelekt, dalo by se pracovat s ním. Bylo by však potřeba i nadále jej rozvíjet a neponechat stagnaci. Vzhledem k zálibě chlapce psaní krátkých povídek, mohla by být právě tato cesta tou správnou k jeho uplatnění.

V sociální oblasti má tento mladý muž nespornou nevýhodu jak v řečové oblasti, tak i v oblasti pohybové. Pro něj je velmi důležité, aby se našel někdo, kdo by byl ochoten navštěvovat místa, která zajímají právě tohoto našeho chlapce. Ten je k lidem velmi přátelský a snadno si je dokáže získat. Proto pokud mu bude k dispozici určitá možnost seznámit se s co možná nejvíce lidmi, jsem přesvědčená, že nebude mít problém navázat přátelské kontakty. Co se týče možnosti najít si partnerku pro život, zastávám názor, že v tomto případě je to teoreticky možné. Pomineme-li naprosto žádnou hybnost

a výrazný slinotok, pořád je zde dostatečně dobrý intelekt, který by patrně v tomto případě hrál tu největší potřebnou roli.

## 8 Závěr

Bakalářská práce se zabývá možnostmi edukace jedince postiženého dětskou mozkovou obrnou a problémy vyplývajícími z dané situace a to jak pro rodinu, tak i pro samotného postiženého.

Cílem teoretické části bylo definovat dětskou mozkovou obrnu jako onemocnění, popsat jednotlivé formy, příčiny možnosti jak výchovy, tak i vzdělávání. Cílem praktické části bylo analyzovat životy dvou chlapců s odlišnými formami dětské mozkové obrny a zjistit jejich možné uplatnění jak ve společnosti, tak i v pracovním procesu.

Proto se můžeme domnívat, že šetření bylo dokončeno úspěšně, a však musíme vzít v potaz, že dané téma je velmi rozsáhlé, k dispozici je široká škála odborných publikací zabývajících se touto problematikou a nebylo tak možné obsáhnout všechny možné informace. Proto jsme se soustředili zejména na etiologii dětské mozkové obrny, její formy a přidružené vady. Současně by měla tato práce poskytnout přehled o legislativních podmínkách vzdělávání takto postiženého žáka.

V samotném centru praktické části jsou dva mladí muži, z nichž jeden trpí těžkým hybným postižením, ale rozumově je na dobré úrovni, zatímco druhý je z pohybového hlediska téměř zdrav, oproti tomu trpí těžkou mentální retardací. Pomocí metod pro kvalitativní výzkum (analýza odborné literatury, analýza lékařských záznamů, nestandardizovaný rozhovor s rodiči chlapců, nestandardizovaný rozhovor s chlapci, přímé pozorování) jsme analyzovali možnosti jejich integrace.

Je těžké však soudit, zda jsou naše předpoklady o komplexním začlenění či nezačlenění ukáží jako správné či nikoliv. Jak již bylo několikrát výše řečeno, integrace je mnoho faktorový proces, jehož dílčí faktory jsou vzájemně propojeny. Navíc záleží i na nás – nepostižených – jak moc budeme či nebudeme postiženým jejich integraci usnadňovat.

## 9 Použitá literatura

BARTOŠOVÁ S., NOVOTNÝ M. *Mentální retardace*. Olomouc, 1987

BENDOVÁ, P. *Komprehenzivní rehabilitace dětí s dětskou mozkovou obrnou: sborník příspěvků z cyklu seminářů „Aspekty komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou v praxi“*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1561-5.

DIVIŠOVÁ, G. a kol. *Strabismus*. 2. upravené vyd. Praha: AVICENUM, 1990. ISBN 80-201-0037.

HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.

JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-488-4.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5

KOTAGAL, S. *Základy dětské neurologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 1996

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2005

LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 2. přeprac. vyd. Praha, 1885

LESNÝ, I. *Raná dětská obrna*. 1. vyd. Praha: SZdN, 1959

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: HaH, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MATĚJČEK, Z. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením*. 2. upravené vyd. Praha, 2000. ISBN 80-7071-147-7.

MICHALÍK J., *Škola pro všechny aneb: Integrace je když ...* vyd: Vsetín: ZŠ Integra, 2002. ISBN 80-238-9885-X

MICHALÍK J., VALENTA M. *Speciální pedagogika 7*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1215-2.

OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3242-1.

RENOTIÉROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 1. vydání. ISBN 80-244-0532-6.

RENOTIÉROVÁ M., LUDVÍKOVÁ L. a kol.: *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003.

SCHEJBALOVÁ A., TRČ T. *Ortopedická operační terapie dětské mozkové obrny*. 1. vyd. Praha 1955. ISBN 978-80-254-1286-2.

ŠVARCOVÁ, M. *Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy*. 2. přeprac. vyd. Praha: SEPTIMA, 1997. ISBN 80-7216-030-3.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělání, výchova, sociální péče*. 3. přepracované vydání. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

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

VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0.

**Prameny:**

ZÁKON 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

VYHLÁŠKA č. 72/2005, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

VYHLÁŠKA č. 73/2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. MŠMT ČR.

**Internetové zdroje:**

<http://www.adeli-method.com/cz/>

<http://www.canisterapie.info>

<http://www.msmt.cz>

<http://www.dmoinfo.cz>

<http://jk-krupka.blog.cz/0803/hypoterapie-lecba-konem>

<http://www.os-svitani.cz>

<http://www.pppnachod.cz/naf.php>

<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

<http://www.vuppraha.cz>

## **10 Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** G. G. Byron

**Příloha č. 2:** ADELI – oblek

**Příloha č. 3:** Canisterapie

**Příloha č. 4:** Hipoterapie

**Příloha č. 5:** Vzor žádosti o povolení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu

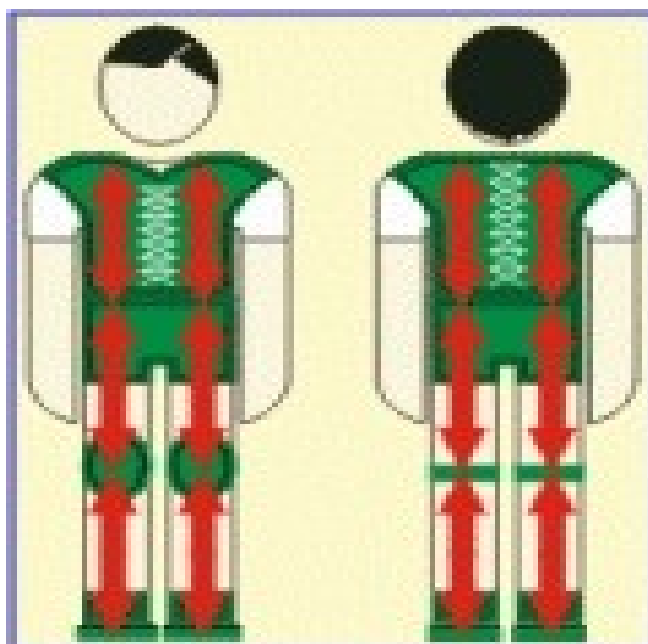
**Příloha č. 6:** Vzor individuálního vzdělávacího plánu



**Příloha č. 1: G.G. Byron**



**Příloha č. 2: ADELI - oblek**



### Příloha č. 3: Canisterapie



**Příloha č. 4:** Hypoterapie - tzv. asistovaný sed s fyzioterapeutem



**Příloha č. 5: Vzor žádosti o povolení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu**

Ředitelství ZŠ

.....  
(adresa)

V ..... (místo a datum sepsání žádosti)

**Žádost o povolení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu**

Vážená paní ředitelko/vážený pane řediteli,

V souladu s ustanovením § 18 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) si Vás dovoluujeme požádat o povolení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu pro našeho syna/naši dceru .... (jméno a příjmení, datum narození, bydliště).

Zdůvodnění:

..... (stručné zdůvodnění žádosti – např. Vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně byla zjištěna těžká forma specifické poruchy učení a následně doporučeno zařazení mezi integrované žáky se vzděláváním podle individuálního vzdělávacího plánu.)

K žádosti přikládáme ..... (jmenují se přiložené odborné posudky - např. doporučující odborný posudek pedagogicko-psychologické poradny/speciálně-pedagogického centra, odborného lékaře)

Děkujeme předem za kladné vyřízení žádosti

*Jméno a bydliště zákonných  
zástupců nezletilého žáka*

*Podpis*

## **Příloha č. 6: Vzor individuálního vzdělávacího plánu**

**Jméno žáka:**

**Datum narození:**

**Školní rok:**

**Závěr odborného vyšetření:**

*stručný výňatek z odborného posudku školského poradenského zařízení,  
případně odkaz na přiloženou kopii*

**Vzdělávací opatření:**

*cíle vzdělávání, časové a obsahové rozvržení učiva, úprava organizace výuky,  
způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení, pedagogické postupy apod.*

**Speciálně pedagogická péče:**

*rozsah poskytované speciálně pedagogické péče, její podrobné cíle a zaměření  
podle druhu zdravotního postižení, organizace a způsob zabezpečení*

**Kompenzační, rehabilitační a speciálně pedagogické pomůcky**

*seznam nezbytných kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních  
učebnic a didaktických materiálů pro běžnou výuku i speciálně pedagogickou péči*

**Snížení počtu žáků ve třídě, kde se žák vzdělává, včetně zdůvodnění:**

*uvádí se, je-li doporučeno školským poradenským zařízením*

**Potřeba dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se  
žákem:**

*uvádí se potřeba asistenta pedagoga, osobního asistenta, tlumočnicka znakového jazyka  
apod. a její rozsah, a to v případě, je-li doporučena školským poradenským zařízením*

**Předpoklad navýšení finančních prostředků:**

*uvádí se předpokládaná potřeba navýšení finančních prostředků určených pro zajištění  
integrační péče*

**Jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka:**

*většinou se uvádí jméno odborného pracovníka, který prováděl odborné vyšetření*

**Spolupráce se zákonnými zástupci, příp. podíl žáka na řešení problému**

*doporučené aktivity, domácí příprava, kontakty s pedagogy apod.*

*(Poznámka: není povinnou, ale doporučovanou součástí IVP)*

**Na vypracování IVP se podíleli:**

*jména zúčastněných*

**Datum:**

**Podpisy:**

*ředitel školy, zákonní zástupci, příp. třídní učitelka a odpovědný pracovník školského poradenského zařízení (<http://www.pppnachod.cz/naf.php>).*

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Veronika Daňková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálně-pedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Problematika rodiny s jedincem postiženým dětskou mozkovou obrnou a jeho začleňováním do společnosti
<b>Název v angličtině:</b>	Family issues to individuals affected by cerebral palsy children and their integration into society
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce „Problematika rodiny s jedincem postiženým dětskou mozkovou obrnou a jeho začleňováním do společnosti“ se zabývá problematikou výchovy a vzdělávání žáka postiženého dětskou mozkovou obrnou.</p> <p>Práce je rozdělena do 3 kapitol, z nichž dvě jsou teoreticky zaměřené a jedna prakticky.. První kapitola se věnuje vymezení DMO, druhá kapitola je věnována výchově a vzdělávání žáků s DMO a poslední kapitola se zabývá dvěma případovými studii.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	dětská mozková obrna, integrace
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>Beachelor theses „Problems of families with individual affected by cerebral palsy children and their integration into a society“ deals with education of a pupil of the affected cerebral palsy.</p> <p>The work is dividend into 3 chapters, of which two are theoretically oriented and one practical. The first chapter deals with the definition of cerebral palsy, the second chapter is devoted to the education of children with</p>



	cerebral palsy and the last chapter deals with two case studies.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	cerebral palsy, integration
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p><b>Příloha č. 1:</b> G.G. Byron</p> <p><b>Příloha č. 2:</b> ADELI - oblek</p> <p><b>Příloha č. 3:</b> Canisterapie</p> <p><b>Příloha č. 4:</b> Hypoterapie - tzv. asistovaný sed s fyzioterapeutem</p> <p><b>Příloha č. 5:</b> Vzor žádosti o povolení vzdělávání dle individuálního vzdělávacího plánu</p> <p><b>Příloha č. 6:</b> Vzor individuálního vzdělávacího plánu</p>
<b>Rozsah práce:</b>	56 s., 7 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Český