

# **System péče o osoby se speciálními potřebami a jejich integrace**

Radoslava Úředníčková

---

Bakalářská práce  
2009

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

**Fakulta humanitních studií**

**Ústav pedagogických věd**

**akademický rok: 2008/2009**

# **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

**Jméno a příjmení: Radoslava ÚŘEDNÍČKOVÁ**

**Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice**

**Studijní obor: Sociální pedagogika**

**Téma práce: Systém péče o osoby se speciálními potřebami  
a jejich integrace**

**Zásady pro vypracování:**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek pro praktickou část práce.**

**Příprava metodologického výzkumu.**

**Zpracování výzkumu včetně výzkumných technik.**

**Provedení výzkumu a vyhodnocení výsledků výzkumu.**

**Shrnutí výsledků výzkumu a stanovení odpovídajících závěrů.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BARTOŇOVÁ, M.,BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. Psychopedie. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.**

**LANG, G., BERBERICHOVÁ, CH. Každé dítě potřebuje speciální přístup. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-144-4.**

**MUSILOVÁ, M. Případová studie jako součást pedagogické praxe. 2.vyd. Olomouc:UP, 2003. ISBN 80-244-0749-3.**

**ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2001 ISBN 80-7178-506-7.**

**VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5.**

**VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. Psychopedie. Praha: Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. PaedDr. Marcela Musilová, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**18. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**15. května 2009**

Ve Zlíně dne 18. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

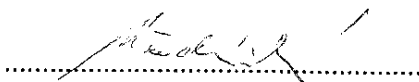
Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně ..... 13. 5. 2009

.....  


*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může se zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá systémem péče o zdravotně postižené a jejich integrací do společnosti. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola vymezuje pojem mentálního postižení, psychické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením a kvalitu jejich života. Druhá kapitola se zabývá sociálními službami pro zdravotně postižené, legislativou ale především poradenskými službami v rámci vzdělávání a profesních služeb. Ve třetí kapitole je definován pojem integrace a inkluze a možnosti vzdělávání a praktického uplatnění zdravotně postižených. Čtvrtá kapitola je věnována významu rodiny pro postiženého jedince a vztahům se zdravými spoluobčany. Praktická část je zaměřena na vlastní výzkum. Jedná se o kvalitativní výzkum s využitím kazuistik. Cílem práce je shromáždit dostupné teoretické poznatky včetně legislativy a zjistit význam integrace postižených do společnosti u vybraných jedinců prostřednictvím kazuistik.

**Klíčová slova: zdravotně postižení, mentální postižení, sociální péče, integrace,**

## **ABSTRACT**

This Bachelor's work deals with the system of care for the disabled people and their integration into the society. The theoretical part is divided into four chapters. The first chapter defines the concept/term of mental handicap, psychical particularities of the individuals with mental handicap and quality of their life. The second chapter refers to social services for the disabled, legislation for the disabled, and especially the counselling services within the frame of education and professional services. The third chapter defines the concept/term of integration and inclusion as well as possibilities of education and practical involvement of the disabled in the society. The fourth chapter considers the importance of a family for the disabled person and relationship with the able fellow citizens. The practical part is focused on my own research. It concerns the qualitative research with the use of casuistries. The objective of my work is to compile theoretical knowledge available including the legislation and find out the significance of integration of the disabled into the society on the examples of some selected individuals with help of casuistries.

**Key words: the disabled, mental handicap, social care, integration**

*„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován, jaký je.“*

Sestra Michele Pascale Duriezová (in Švarcová, 2006, s. 161)

Poděkování

Děkuji paní doc. PaedDr. Marcele Musilové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování této bakalářské práce.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Ve Zlíně, 10. dubna 2009



## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU.....	14
1.2 DEFINICE POSTIŽENÍ .....	14
1.3 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH JEDINCŮ .....	17
1.4 KVALITA ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	18
<b>2 PÉČE O OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>19</b>
2.1 KONCEPCE STÁTNÍ POLITIKY PRO OBČANY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V RÁMCI INTEGRACE.....	19
2.1.1 Sociální zabezpečení občanů se zdravotním postižením v ČR .....	19
2.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY, DOSTUPNOST, KVALITA.....	22
2.3.1 Poskytování poradenských služeb v rámci vzdělávání.....	24
2.3.2 Poskytování profesních poradenských služeb.....	26
<b>3 INTEGRACE A INKLUZE .....</b>	<b>27</b>
3.1 VYMEZENÍ POJMU INTEGRACE A INKLUZE.....	27
3.2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	28
3.3 MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	30
3.3.1 Chráněná pracovní dílna, chráněné pracovní místo .....	31
3.3.2 Podporované zaměstnávání.....	32
<b>4 RODINA SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM.....</b>	<b>33</b>
4.1 RODINA S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM .....	33
4.2 VZTAH OKOLÍ KE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM .....	35
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>5 INTEGRACE V PRAXI .....</b>	<b>38</b>
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU .....	38
5.2 KAZUISTIKY POSTIŽENÝCH DÍVEK (1. ČÁST) .....	40
5.2.1 Kazuistika 1. Jana.....	41
5.2.2 Kazuistika 2 Pavla .....	43
5.3 KAZUISTIKY POSTIŽENÝCH DÍVEK (2. ČÁST) .....	47
5.3.1 Kazuistika 3 Anna .....	48
5.3.2 Kazuistika 4 Eliška .....	51
5.4 SHRNUÍ .....	55
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ .....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>61</b>

## ÚVOD

V bakalářské práci jsem se zamýšlela nad problematikou postižených lidí v naší společnosti a možností jejich integrace do společnosti. Zdravotní postižení je velmi obecný a široký pojem. Jedná se o osoby tělesně i mentálně postižené nejen od narození, ale i po úrazech nebo získané v průběhu života. Zaměřila jsem se hlavně na zdravotně postižené děti. Na jejich výchovu v rodině, mezilidské vztahy, etiku a vzdělávání, které je tím nejdůležitějším aspektem jejich začlenění do společnosti.

Cílem práce je shromáždit dostupné teoretické poznatky včetně legislativy a zjistit význam integrace postižených do společnosti u vybraných jedinců prostřednictvím kazuistik.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou částí. První, teoretická část je rozčleněna do čtyř kapitol. První kapitolu jsem věnovala mentálně postiženým lidem, neboť tvoří velmi specifickou a početně největší skupinu zdravotně postižených. Rovněž péče o ně vyžaduje svá specifika, je i velký rozdíl v jejich výchově a vzdělávání. Vymezuji zde pojem mentálního postižení, uvádím klasifikaci mentální retardace a psychické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením. Významnou otázkou je i kvalita života lidí se zdravotním postižením.

Ve druhé kapitole se zabývám problematikou sociální péče o osoby se zdravotním postižením, legislativou a koncepcí státní politiky pro postižené občany v rámci jejich integrace. S tím souvisí i sociální služby, jejich dostupnost a kvalita. Nedílnou součástí sociálních služeb je poskytování poradenství. Ve své práci jsem se zaměřila jen na určitou část poradenství, která je spojená s integrací postižených lidí do společnosti. Jedná se o poskytování poradenských služeb v rámci vzdělávání a profesních poradenských služeb.

Ve třetí kapitole definuji pojmy integrace a inkluze, které úzce souvisí s problematikou zdravotně postižených a významně ovlivňují jejich život. Uvádím možnosti vzdělávání a další uplatnění v praktickém životě. Vzhledem k tomu, že uplatnění postižených osob je velmi problematické, zajímala jsem se o provoz chráněných dílen, zřizování chráněných pracovních míst a podporovaného zaměstnávání.

Čtvrtou kapitolu jsem věnovala významu rodiny pro zdravotně postižené lidi a to nejen péči rodičů, ale i pomoci příbuzných. Zde jsem se zaměřila speciálně na rodinu s mentálně postiženým dítětem, neboť péče o tyto děti často znamená pro rodiče velké psychické i fyzické vypětí. V této části se zamýšlím i nad vztahem zdravých lidí k postiženým,

možnostmi zlepšení vzájemného soužití obou skupin v naší společnosti. S tím úzce souvisí integrace postižených lidí do společnosti a tou se zabývám v praktické části.

Cílem druhé, praktické části bakalářské práce je přiblížit význam integrace pro postižené lidi v jejich životě. Jako příklad uvádím čtyři kazuistiky dětí s dětskou mozkovou obrnou. Zajímala jsem se o současné možnosti integrace, podmínky a faktory ovlivňující její úspěšnost, ale hlavně přístup rodičů, pedagogů a institucí. Na základě srovnání prvních dvou kazuistik jsem chtěla ukázat rozdílný přístup rodičů k začlenění svých mentálně postižených dětí do kolektivu vrstevníků. Ve dvou dalších kazuistikách uvádím průběh integrace dvou dívek s dětskou mozkovou obrnou do kolektivu zdravých dětí na ZŠ, postoj jejich rodičů, spolužáků a pedagogů k průběhu integrace. Zajímala mě nejen pozitivní stránka integrace, ale i ta negativní. Zkušenosti získané v rámci integrace s sebou přináší další otázky k zamyšlení a nové podněty ke zlepšení práce s těmito dětmi. Závěrem se zabývám tím, co samotná integrace přináší postiženým a jejich rodinám a současně jaký má význam pro naši společnost.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Každá nemoc nebo postižení člověka jsou neoddělitelnou součástí lidského života. Je to velká nespravedlnost, která lidstvo provází už od doby vzniku života na zemi. Archeologické výzkumy nám poskytují důkazy o tom, že už v prvních společnostech žili nemocní a postižení, kteří by bez pomoci jiných neměli šanci přežít. Existovala určitá pravidla soužití a spolupráce mezi zdravými a nemocnými ve společnosti.

Duševní choroba byla z pohledu náboženství považována za trest boží. V období renesance byla snaha o definování duševní choroby pomocí vědy, hlavně filozofie a lékařství. Pohled na duševně nemocné se však nezměnil a stále byli vyčleňováni ze společnosti. Jak uvádí Bartoňová (2007) izolující společenskou funkci zabezpečovaly tzv. lodě bláznů. Až počátkem 18. století se dá mluvit o humanizování péče ve velkých špitálech, o kterou se zasloužil Philipp Pinel. Péče se stala organizovanou, měla řád a byla vyžadována kázeň. Otevřel tak cestu k novému pohledu na nemocného člověka. Významnou osobností organizované ústavní péče u nás byl lékař Karel Slavoj Amerling, který založil v Praze na Hradčanech Ernestinum, první ústav pro mentálně postižené děti u nás. Zde děti vyučoval a snažil se rozvíjet především jejich manuální zručnost. Zajímalo ho prostředí, ze kterého děti pocházejí a jaký vliv má na ně dědičnost. Dalším známým pedagogem a psychologem byl František Čáda, který se zasloužil o založení Sdružení pro výzkum dítěte. Zajímal se o handicapovanou mládež a s tím souvisí i jeho charitativní práce. Na základě svého výzkumu dítěte, prosazoval využití moderních výchovných metod. Zasloužil se o vznik škol pro mentálně postižené děti. Péče o mentálně postižené, výchova a jejich vzdělávání procházely během let velkým vývojem. V současné době je kladen důraz na osobnost postiženého jedince a na možnost jeho integrace do společnosti zdravých osob.

Každá země by měla mít povinnost vytvořit takový systém zákonů, který by zajišťoval všem postiženým lidem jejich práva. Ve vyspělých zemích se zaměřují na handicapované lidi na jejich důstojný a plnohodnotně prožitý život. Ve většině států jsou práva postižených osob zahrnuta v jejich legislativě a v mezinárodních dokumentech.

Bartoňová (2007, s. 40) uvádí: „Každá společnost si vytváří vlastní filozofii a systém intervencí v oblasti zabezpečení životních potřeb svých členů. Budují se na historickém dědictví a národních tradicích společnosti, na jeho aktuálním hospodářském a politickém uspořádání, životních zkušenostech, potřebách a morální vyspělosti jeho členů.“

## 1.1 Vymezení pojmu

Švarcová (2001, s. 24) popisuje mentální postižení následovně: „*Za mentálně postižené (retardované) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých osobních vlastností a u nichž se projevují obtíže v navazování sociálních kontaktů.*“

V 80 letech bylo charakteristické separovat postižené jedince do ústraní. O postižených se nemluvalo, neboť každý handicap byl tabu. V této době hluboké totality bylo důležité nelišit se. Postižení lidé byli tak často izolováni v rodině nebo v ústavu. Neexistovala žádná osvěta, poradenství, jiné sociální služby než státní. Ústavní péče se zaměřovala především na uspokojování biologických potřeb postižených lidí. V současné době se snaží naše společnost tuto situaci změnit. Zajímá se o potřeby postižených lidí, vytváří novou legislativu a rozvíjí síť sociálních služeb. Nově vznikají např. nestátní neziskové organizace, které poskytují komplexnější nabídku služeb včetně poradenství.

Specifickou a nejpočetnější skupinu mezi postiženými občany tvoří osoby s mentální retardací. Zde jsou vidět velké rozdíly v úrovni postižení. Lidé s menší formou mentální retardace často dokončí školu a vyučí se. Jsou však jedinci s hlubokým postižením a právě tito jsou odkázáni na něčí pomoc. Nejsou schopni se o sebe postarat, najíst se, dodržovat hygienické návyky. Jsou často inkontinentní, nepohybliví a nekomunikují s okolím.

## 1.2 Definice postižení

„*Termín **mentální retardace** znamená opožděnost rozumového vývoje, je odvozen z latinského slova **mens**, 2. p. **mentis** – mysl, rozum a retardace z latinského **retardio** – zdržet, zaostávat, opožďovat. Problémy se stanovením definice mentální retardace jsou od vzniku tohoto termínu“ (Bartoňová, 2007, s. 13).*

Bartoňová (2007) uvádí, že až po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 začal termín mentální retardace zahrnovat dříve užívané pojmy duševní postižení, rozumová zaostalost, slabomyslnost, mentální opožďování, duševní úchylnost, abnormalita. Mentálně postižený člověk bývá často ve svém okolí vystaven různým posměškům a mnoho pojmů se tak stalo nadávkami např. debil, idiot. Aby se zabránilo těmto hanlivým a urážlivým označením, přestaly se v psychopedické terminologii používat a doporučuje se označení „osoba s mentálním postižením“.

„Počátky tohoto humanizačního trendu sahají do roku 1976, kdy na svém prvním kongresu v Montpellier mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace již hovořila o tom, že člověk s mentální retardací je především lidská bytost, a teprve až na druhém místě je i „defektní“ (Valenta, Müller, 2003, s. 9).

„Pojem mentální retardace je jediný oficiální, starší ekvivalenty oligofrenie, slabomyslnost, rozumová zaostalost apod. Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí vymezena hodnotami IQ do 69 bodů, nadále se však užívá nepřesně a zahrnuje skupinu osob pohybující se v pásmu podprůměrného intelektu s IQ pod 85 bodů“ (Bartoňová, 2007, s. 33)

„Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav způsobený nedostatečností nebo poškozením mozku“ (Švarcová, 2001, s. 25).

Pro každého člověka znamená zdravotní postižení těžkou a komplikovanou situací, která zasahuje do všech částí jejich života. Musí vynaložit mnoho úsilí bojovat se svým postižením a proto je na společnosti, aby jim jejich úsilí ulehčila a podpořila je. Z hlediska psychologického a pedagogického je podstatné umět porozumět jejich životní situaci.

### **1.2.1. Klasifikace mentální retardace na základě Světové zdravotnické organizace (WHO)**

Vítková (2004) uvádí, že v roce 1992 provedla Světová zdravotnická organizace (WHO) v Ženevě desátou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, tato klasifikace nabyla platnost od 1. 1. 1993. Hlavním hlediskem je sestavování inteligenčního kvocientu. Mentální retardace je zařazena do oboru psychiatrie, proto je duševní porucha označována písmenem F. Další číslo v pořadí určuje stupeň mentálního postižení a dále označuje přibližně výšku inteligentního kvocientu. Část F70-F79 se zabývá mentální retardací a užívá se jako základní označení.

Podle Vítkové (2004) se u většiny mentálně postižených jedinců vyskytují v jednotlivých fázích života charakteristické znaky, které souvisí s hloubkou a rozsahem mentální retardace:

#### **▪ Lehká mentální retardace F 70 (IQ 50 – 69)**

Dospělý člověk dosáhne mentálního věku 9 – 12 let. Tento stupeň tvoří nejpočetnější skupinu v rámci mentálně postižených jedinců. Postižený jedinec má potíže ve školní výuce a

to hlavně v teoretické části. Pro tyto jedince má velký význam socializace, hlavně rodinné zázemí a školní prostředí. V současné době je možností i integrace do běžné základní školy. Mládež s tímto postižením se zvládne vyučit v některých učebních oborech nebo praktických školách. V dospělosti jsou tyto lidé schopni zvládat nekvalifikovanou práci a udržovat sociální vztahy, zakládají si vlastní rodinu.

▪ **Středně těžká mentální retardace F 71 (35 – 49)**

Dospělý člověk dosáhne mentálního věku 6 – 9 let. Je zde patrné opoždění komunikace a chápání, omezení základních vědomostí a dovedností a snížení schopnosti sebeobsluhy. Děti se učí ve speciálních základních školách a jejich vzdělávací program je směřován k sebeobsluze. Osvojují si především základy psaní, čtení a počítání. V dospělosti nejsou tyto osoby schopny vést samostatný život a vyžadují vedení jak v životě, tak i při vykonávání určité manuální činnosti.

▪ **Těžká mentální retardace F 72 (IQ 20 – 34)**

Dospělý člověk dosáhne mentálního 3 – 6 let. Tito postižení jedinci trpí poruchami motoriky a jinými defekty. Neustálým procvičováním lze u nich dosáhnout osvojení hygienických návyků a jiných činností, které souvisí se sebeobsluhou. V dospělosti nedokáží udržet tělesnou čistotu a hygienické návyky. Jsou plně závislí na pomoci jiných lidí.

▪ **Hluboká mentální retardace F 73 (IQ 20)**

Dospělý člověk dosáhne mentálního věku 3 let. Většina jedinců v této skupině je imobilní a nedokáží si zajistit své základní potřeby. V mnoha případech jsou inkontinentní. Často se k jejich mentálnímu a tělesnému postižení připojují další postižení. Jsou odkázáni na stálou péči. Možnosti výchovy a vzdělání jsou minimální. Přesto je jim v rámci možností věnována speciální pedagogická péče v rodinném nebo ústavním prostředí.

▪ **Jiná mentální retardace F 78**

Tato klasifikace je stanovena v případě, kdy nelze určit stupeň intelektové retardace z důvodů dalších přidružených somatických nebo motorických postižení, např. u nevidomých, nemluvicích, neslyšících a jedinců s autismem nebo poruchou chování.

▪ **Nespecifikovaná mentální retardace F 79**

Jedná se o mentální postižení, ale pro nedostatek znaků nelze jedince zařadit do předešlých kategorií.



### 1.3 Psychické zvláštnosti mentálně postižených jedinců

*„Osoby s mentálním postižením jsou heterogenní skupinou, která se vyznačuje celou řadou odlišností. Vývoj v jednotlivých obdobích života je opožděn a determinován stupněm mentálního postižení. Celkové poškození neuropsychického vývoje přináší změny v oblasti poznávacích procesů, zasahuje sféru emocionální a volní, ovlivňuje adaptabilitu i chování, projevuje se i v omezení motoriky“ (Bartoňová, 2007, s. 22).*

Bartoňová (2007) uvádí, že u mentálně postižených jedinců má na jejich chování a prožívání vliv poškození v oblasti kognitivních funkcí, které je ovlivněno vlastnostmi a v neposlední řadě i vnějším prostředím. Mezi ty nejdůležitější faktory, které nejvíce souvisí s učením a jejich rozvojem je vnímání, představy, paměť, myšlení řeč a vůle.

#### ▪ **Vůle**

U mentálně postižených lidí je vůle většinou slabá, jsou málo iniciativní, podřízení okolí, často nedokáží řídit své jednání. Špatně spolupracují, jsou tvrdohlaví a často neovladatelní. Z hlediska psychických rysů osobnosti jedince lze vůli označit jako nejdůležitější.

#### ▪ **Vnímání**

Vnímání u mentálně postižených lidí bývá povrchní, opožděné a pomalé. Jejich pozornost je nestálá, nevnímají detaily a vlastnosti věcí. Zásadní úlohu v jejich psychickém vývoji hraje sluchové vnímání, které ovlivňuje rozvoj řeči, zároveň působí na vnímání prostoru a času.

#### ▪ **Řeč**

Jako prostředek myšlení bývá řeč u mentálně postižených osob opožděna a to díky nedostatkům v motorické koordinaci mluvidel nebo zhoršenou sluchovou diferenciací. Slovní zásoba je omezená, mají strohé vyjadřování, často používají zkomoleniny anebo nápadné výkřiky.

#### ▪ **Myšlení**

Myšlení je jednoduché a stereotypní, zpravidla se zastaví na konkrétním vývojovém stupni. U dětí s mentálním postižením se myšlení projevuje ve výuce nedůsledností, výkyvy v pozornosti, neschopností využít již osvojené učivo. Většinou je nízká i úroveň logického myšlení.

#### ▪ **Paměť**

Paměť je spíše mechanická, pomalá. Mentálně postižení jedinci si nové poznatky osvojují velmi pomalu a k jejich zapamatování je nutné několikanásobné opakování. Často však naučené vědomosti zapomínají nebo si vybaví jen nepodstatné informace.

#### ▪ **Emoční prožívání**

Rozvoj emočního prožívání souvisí s utvářením osobnosti člověka, jeho povahou, sociální zralostí a temperamentem. Nezralost v emočním prožívání způsobuje u lidí s mentálním postižením opožděnost, často ovlivňuje citové projevy např. apatii, změny nálad. Dochází k tomu, že se nerozvíjí pocit zodpovědnosti, svědomí, pocit viny. Citové prožívání souvisí u mentálně postižených lidí s pocitem jistoty a bezpečí, které je spojeno se stabilitou prostředí a přítomností blízkého člověka.

### **1.4 Kvalita života osob s mentálním postižením**

Každý mentálně postižený člověk musí ve svém životě překonávat mnoho překážek, které jsou spojeny s jeho postižením a musí najít přijatelný způsob, jak se s nimi vyrovnat. Každá země by měla zaměřit svoji sociální politiku na pomoc těmto lidem a jejich složitý život jim usnadnit. Zdraví lidé by se měli snažit tyto handicapované spoluobčany mezi sebe přijmout jako sobě rovné a pomáhat jim. Vždyť nikdo z nás zdravých nemůže vědět, zda se neocitne díky osudu na straně postižených a nebude zase on potřebovat pomoc.

Kvalita života osob s mentálním postižením je spojena s rozsahem jejich postižení. Každý mentálně postižený člověk má své charakteristické osobnostní rysy. Rozvíjí se nový přístup k mentálně postiženým, který se zaměřuje na individualitu člověka a až teprve na jeho handicap. Především se rozvíjí rehabilitační programy a nové metody poskytované péče. Dalším důležitým aspektem je sociální péče. Je snahou, aby byla poskytována komplexně a účelově. Pro všechny postižené, včetně osob s mentální retardací je důležitá ekonomická pomoc ve formě sociálních dávek.

Trendem dnešní doby je snaha o integraci těchto lidí do společnosti a tím možnost jejich seberealizace. Je to však velmi složitý proces. Vznikla nová legislativa, rozvíjí se sociální služby a to nejen státní, ale především vznikají nevládní neziskové organizace, které se na pomoc mentálně postiženým jedincům zaměřují. Cílem je poskytnout všem mentálně postiženým možnost vzdělání, práci a důstojný život.

## **2 PÉČE O OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Díky svým životním zkušenostem a porozumění situaci mají možnost handicapovaní lidé navrhnout možné způsoby řešení k překonávání bariér. Mají velkou motivaci upozorňovat na nedostatky a hledat potřebné řešení např. při konkrétních změnách ve správě veřejných záležitostí.

V dokumentech Vlády České republiky je uvedeno, že do roku 1989 existovaly v bývalém Československu pouze dvě organizace zdravotně postižených – Svaz invalidů a Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. V roce 2000 vznikla jejich sloučením Národní rada zdravotně postižených ČR a v jejím rámci existuje 14 krajských rad zdravotně postižených, které vytváří základnu pro krajské programy podpory osob se zdravotním postižením.

### **2.1 Koncepce státní politiky pro občany se zdravotním postižením v rámci integrace**

Sociální služby jsou poměrně složitý systém, který má svá pravidla daná zákonem, podle nich se řídí nejen orgány sociální správy, ale především občané. Často však není klientovi zcela jasné, jak si daný zákon vyložit a na co má vlastně při svém postižení nárok. Od 1. ledna 2007 nabyl účinnosti nový zákon o sociálních službách. Plným názvem zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

#### **2.1.1 Sociální zabezpečení občanů se zdravotním postižením v ČR**

Jak uvádí Vládní výbor pro zdravotně postižené občany v Dokumentech Vlády České republiky, systém sociálního zabezpečení je velmi rozsáhlý a zahrnuje velké množství oblastí, které byly již reformovány nebo nově vznikly. Každá reforma je reakcí na dynamický rozvoj ve společnosti a potřeby občanů. Současné pojetí sociálního zabezpečení (týká se důchodového pojištění a sociální péče) je transformováno do sociální ochrany, která zahrnuje sociální pojištění, státní sociální podporu a sociální péči – pomoc. Tento systém byl nastaven v 90 letech a stále nebyl nahrazen novým. Je jen doplňován a pozměňován dle aktuálních potřeb občanů nebo požadavků státu.

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany na základě analýzy podmínek a východisek opatření v jednotlivých oblastech podpory uvádí:

### ▪ **Ekonomická pomoc – dávky**

V posledních letech se celkem daří řešit základní potřeby postižených občanů a to kombinací jednotlivých systémů sociálního zabezpečení. Vystává však závažný problém – zneužívání dávek ze strany postižených. Řešením je přesné a konkrétní stanovení parametrů poskytování jednotlivých dávek. Tady se nabízí řešení zlepšení rozvoje integrace postižených občanů do struktur celé společnosti. Neřešení tohoto problému by mohlo vést např. v případě řešení reformy veřejných financí k poškození zájmů a potřeb handicapovaných občanů. Současný právní systém neumožňuje propojení dávek sociální péče pro zdravotně postižené a služeb sociální péče. Může tak dojít i ke znevýhodnění občana, který využívá sociální službu.

### ▪ **Vzdělání a vzdělávání**

V posledních letech se Česká republika stala zemí, kde je zaveden smíšený systém vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením. V 90 letech 20. století se rozvíjí model vzdělávání dítěte se zdravotním postižením jako účastníka hlavního vzdělávacího proudu a jeho začlenění do některé ze škol vzdělávací soustavy tj. mateřské, základní nebo střední školy. Do popředí se dostávají pojmy integrace a inkluze.

**Speciální školy** - poskytují díky zvláštním výchovným a vyučovacím metodám, prostředkům vzdělání žákům mentálně, smyslově nebo tělesně postiženým, žákům s vadami řeči nebo s více vadami, žákům obtížně vychovatelným, nemocným a oslabeným. Připravují tyto žáky k začlenění do pracovního procesu a života společnosti. Vzdělání ve speciálních základních školách a středních speciálních školách je rovnocenné vzdělání získanému na základních a středních školách. Speciální školy poskytují vzdělání a výchovu žákům způsobem, který je přiměřený jejich postižení. Jsou to speciální školy pro sluchově postižené, zrakově postižené, s vadami řeči, tělesně postižené, s více vadami, obtížně vychovatelné, nemocné a oslabené umístěné ve zdravotních zařízeních.

Členění středních speciálních škol: střední odborná učiliště, gymnázia, střední odborné školy, praktické školy a odborné učiliště.

### ▪ **Zaměstnání a zaměstnanost**

V rámci dlouhodobého výzkumu nezaměstnaných na trhu práce patří do nejčastěji diskriminované skupiny právě lidé se zdravotním postižením. Hlavní bariérou vstupu lidí se ZPS na pracovní trh je právě nižší kvalifikace, vzdělání a nemotivující vliv sociálních dávek. V neposlední řadě i nezájem zaměstnavatelů, kteří se obávají složité administrativy a úpravy pracovních podmínek na pracovišti. Pro určitou skupinu handicapovaných lidí není

ekonomická motivace tím hlavním na trhu práce. Daleko větší význam má sebeuplatnění, sociální komunikace a zvýšení sebevědomí.

#### ▪ **Přístupnost prostředí**

Důležitým aspektem integrace postižených lidí v moderní společnosti je možnost svobody pohybu. Je to ekonomická a sociální nutnost. Bariéry vnějšího prostředí představují velkou překážku účasti na životě společnosti a dosud se nepodařilo najít komplexní řešení. Problémy přístupnosti souvisí s rozvojem průmyslu, regionálního vývoje, životním prostředím, sociální politikou, dopravou, bezpečností na pracovišti. Aktuální a v poslední době hodně řešený problém je zlepšení přístupnosti dopravních prostředků, jedná se o nízkopodlažní autobusy, trolejbusy. To ale závisí na přestavbě celého dopravního systému. V ČR byla v posledních letech přijata celá řada nových normativně právních aktů, týkajících se jak dopravy, tak výstavby bezbariérových budov, které odpovídají standardu EU. V současné době mají velký význam „Národní rozvojový program mobility“, jehož cílem je trvale udržitelný vývoj mobility všech postižených. Toho lze dosáhnout kvalitou dopravní infrastruktury (např. dopravní cesty, dopravní prostředky, informační systémy a objekty poskytující dopravní služby).

#### ▪ **Přístup k informacím**

Přístup k informacím (mluveným, psaným, tištěným, elektronickým) je další základní podmínkou orientace člověka v prostředí a integrace do společnosti. Často jsou bariéry už v přístupnosti budov veřejné správy. Lidé se zrakovým postižením si informace nemohou přečíst (nejsou napsány sdělnou formou), lidé s postižením končetin si nemohou informace napsat, sluchově postižení mají potíže při sledování televizního vysílání bez skrytých titulků, lidé mentálně postižení zase nerozumí složitým vyjádřením. V tom je právě to nerovné postavení vůči lidem bez postižení. Členské státy EU přijímají vhodná opatření s cílem, aby zdravotně postiženým uživatelům zaručily přístup ke všem veřejně přístupným telekomunikačním službám. Při využívání moderních informačních prostředků je třeba vyrovnávat handicap občanů s těžkým postižením. U nevidomých a slabozrakých je problém časté nepřístupnosti www stránek pro tuto skupinu uživatelů. Nízká počítačová gramotnost souvisí s nedostatečnou kapacitou školících center, ale současně si řada postižených lidí nemůže počítač z finančních důvodů dovolit. Zatím se počítačová technika nepovažuje za pomůcku podporující komunikaci, proto není možnost příspěvku na jeho zakoupení.

## 2.2 Sociální služby, dostupnost, kvalita

Z Dokumentu Sociální služby Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky vyplývá, že sociální služby, jejich legislativa, organizace, zaměření a pružnost reagovat na měnící se potřeby a podmínky života postižených lidí jsou u nás stále velkým problémem. Neseme si pozůstatek z období totality 80 – 90 let, kdy byl záměrem zřizovat velkokapacitní hromadné zařízení pro stovky postižených. V ústavech bydleli tisíce postižených lidí v naprosto nedůstojných podmínkách. Po roce 1999 byla snaha po humanizaci těchto zařízení a přístupů k postiženým. Cílem služeb je podporovat rozvoj a hlavně zachování soběstačnosti uživatele, zachování původního životního stylu v domácím prostředí, rozvíjení schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim vést samostatný život. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb je pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí a zajištění stravy, pomoc při zajištění bydlení a chodu domácnosti výchovné a vzdělávací činnosti, poradenství, terapeutická pomoc při prosazování práv a zájmů. Stát nemá možnost sledovat jaká je cena sociálních služeb. Stále platí, že některé sociální služby nejsou dostupné z důvodu kapacity, proto se dále vytváří pořadníky na tyto služby.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky uvádí různé způsoby pomoci v rámci sociálních služeb a jejich poskytovatele.

### Sociální služby zajišťují:

Obce a kraje (zřizují rovněž organizace poskytující sociální služby)

Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby

Ministerstvo práce a sociálních věcí

**Sociálně zdravotní služby** slouží lidem, kteří jsou nesoběstační a potřebují při každodenních úkonech pomoc jiné osoby. Jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v rámci sociálně zdravotních služeb. Tyto služby jsou hrazeny klientem, pouze zdravotnické úkony jsou hrazeny v rámci zdravotního pojištění.

**Sociální rehabilitace** je soubor činností, které jsou zaměřené na nácvik potřebných dovedností a tím směřují k dosažení samostatnosti a soběstačnosti postižené osoby. Proces sociální rehabilitace má velký význam pro integraci postižených jedinců.

**Osobní asistence** je služba, která se poskytuje v předem určeném čase a za úplatou. Pomáhá při osobní hygieně a péči o vlastní osobu, při zajištění chodu domácnosti a při kontaktu se společenským prostředím.

**Pečovatelská služba** se poskytuje dětem, postiženým lidem a seniorům v přirozeném prostředí, kteří potřebují pomoc jiné osoby. Poskytuje se za úplatu.

**Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba** se poskytuje postiženým osobám při vyřizování osobních záležitostí v případě, že je u nich snížena schopnost orientace a komunikace.

**Služby ranné péče** jsou určeny rodičům postižených dětí do 7 let věku. Tato služba je zaměřena na vzdělávací, terapeutické, výchovné a aktivizační činnosti. Je to bezplatná služba.

**Podporované bydlení** je určeno pro postižené osoby v jejich domácnosti, kteří potřebují pomoc jiné osoby. Služba je placená.

**Odlehčovací služby** se poskytují postiženým občanům, o které pečuje jiná osoba a cílem je umožnit této osobě odpočinek. Služba se poskytuje za úplatu.

**Centra denních služeb** poskytují ambulantní služby postiženým občanům s cílem posílit jejich soběstačnost a samostatnost.

**Stacionáře denní a týdenní** poskytují služby postiženým lidem ve specializovaných zařízeních, kteří potřebují pravidelnou péči.

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují dlouhodobé pobytové služby postiženým lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiných.

**Domovy pro seniory** poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům a péči o ně.

**Chráněné bydlení** se poskytuje postiženým lidem a má formu individuálního nebo skupinového bydlení.

### 2.2.1 Kvalita služeb – odbornost sociálních pracovníků

Ministerstvo práce a sociálních věcí připravuje dlouhodobé systémové opatření, právní předpisy a podporuje rozvoj kvality poskytovaných sociálních služeb. Jedná se např. o plánování rozvoje sítě sociálních služeb v krajích a obcích na základě zjištěné potřeby lidí. Důležité je zvyšování kvality poskytovaných služeb a rozvoj občanských aktivit, tj. neziskových organizací. Zde Ministerstvo poskytuje dotace, kterými přispívá na rozvoj sociálních služeb, poskytovaných neziskovými organizacemi.

Velký význam v poskytování sociální péče mají neziskové organizace, které reagují pružněji na potřeby postižených občanů. Jsou financovány systémem grantů na období 1 roku. Tím je však snížena možnost nepřetržitého a dlouhodobého poskytování služeb. Tyto dotace jsou pro nevládní organizace nezbytné, ale přesto je financování sociálních služeb z převážné většiny realizováno ze sponzorských darů různých firem a jednotlivých občanů.

V rámci vstupu ČR do EU se otevřela možnost využít tzv. „strukturální pomoc“ tj. čerpání prostředků z Evropského sociálního fondu. Tyto prostředky mají být určeny na vzdělávání zaměstnanců, rozvíjet jejich schopnosti a profesionalitu při poskytování sociálních služeb.

## **2.3 Sociální poradenství**

Od 1. ledna 2007 nabyt účinnosti nový zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kolektiv autorů (2007) v brožuře Poradenství pro uživatele sociálních služeb uvádí, že tento zákon rovněž stanovuje povinnost každé organizaci, která poskytuje sociální služby, poskytovat bezplatné poradenství. Zde má možnost každý občan dostat informaci o službách, které nabízí různé sociální organizace, o rehabilitaci, finančních dávkách a příspěvcích na pomůcky nebo možnosti zaměstnání. Nedílnou součástí poraden je i psychologická a odborná pomoc profesionálních terapeutů a lékařů. Poradenství se stává jedním ze základních prvků ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením. V roce 2007 došlo k zásadním změnám v novém systému sociálních služeb. Do roku 2006 bylo nutné, aby si každý postižený jedinec o službu ústavní sociální péče nebo pečovatelskou službu sám požádal. Dostal se do poradníku a následně byl vyrozuměn, do kterého zařízení má nastoupit. Po roce 2007 má každý občan právo si zvolit, kterou ze služeb využije. Má právo si sám najít vhodného poskytovatele a uzavřít s ním soukromoprávní smlouvu o poskytnutých službách. Pro občany se zdravotním postižením tak vzniká problém orientovat se v této nové situaci. Na základě toho vznikají na celém území ČR nová poradenská pracoviště, která poskytují odborné služby.

### **2.3.1 Poskytování poradenských služeb v rámci vzdělávání**

Vláda České republiky schválila v roce 1999 hlavní cíle vzdělávací politiky. V rámci vládního usnesení vznikl nový dokument Národní program rozvoje vzdělávání v České republice, nazvaný Bílá kniha, který se zabývá otázkou vzdělávání osob zdravotně a sociálně znevýhodněných, osob se speciálními potřebami Jeho konečná verze byla však schválena až v roce 2001. Tyto změny nabyly legislativní platnost v roce 2004 vydáním nového školského zákona č. 561, 2004, Sb o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

Poskytování poradenských služeb je zakotveno ve Vyhlášce č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.



Celý pedagogicko-psychologický systém poradenství zajišťuje službu dětem a mládeži, zároveň jejich rodičům a pedagogům. Podle Vítkové (2007) je cílem těchto služeb poskytování odborné pomoci a podpory při řešení problémů v psychickém a sociálním vývoji dětí. Dalšími úkoly pedagogického poradenství je rovněž prevence sociálně-patologických jevů a odborná pomoc při výběru povolání. Převážně formou konzultací a diagnostiky. Odborná pomoc je poskytována i při řešení osobních potíží žáků. Poradenství ve školách poskytuje výchovný poradce, školní speciální pedagog, školní metodik prevence nebo školní psycholog. Vítková (2007) rozlišuje:

**Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)** poskytují komplexní speciálně pedagogickou, sociální a psychologickou diagnostiku. Zabývají se příčinami poruch učení, chování a dalšími problémy ve výchově, vývoji a vzdělání dětí. Přípravují podklady pro zařazení dětí do škol, jejich přeřazení nebo odklad školní docházky.

**Střediska výchovné péče (SVP)** poskytují okamžitou odbornou pomoc a poradenství v krizových situacích a současně se zaměřují i na vzdělávací, výchovnou a diagnostickou činnost.

**Speciálně pedagogická centra (SPC)** poskytují odbornou poradenskou činnost dětem a mládeži s jedním typem postižení. Centra pomáhají s výběrem vhodné integrace postižených dětí do kolektivu v běžném typu škol. Provozují i rannou péči, která je pro děti od 3 let v období celého předškolního věku, žákům na základní škole a studentům středních škol. Tým odborníků zajišťuje komplexní poradenství a zaměřuje se především na poradenský servis rodičům a pedagogům a zaměřují se rovněž na depistáž.

**Speciálně pedagogické centrum pro mentálně postižené** poskytuje poradenské služby, které se zaměřují na mentálně postižené děti a mládež. Tato služba souvisí s jejich komplexní péčí. Bývají součástí speciálních mateřských škol, praktických nebo speciálních základních škol. Tato služba se poskytuje formou návštěv pracovníků z centra ve školských zařízeních nebo docházením do rodin s mentálně retardovaným dítětem. Centrum připravuje odborné podklady pro možné zařazení mentálně postižených žáků v rámci integrace do kolektivů zdravých dětí. V rámci integrace žáků zajišťují speciální pedagogickou péči a vzdělání. Centrum se zaměřuje na logopedickou péči, rozvoj hrubé a jemné motoriky a další netradiční metody výuky mentálně postižených dětí (např. využití speciálních PC programů). Poskytují poradenskou pomoc rodičům mentálně postižených dětí a pedagogům.

### 2.3.2 Poskytování profesních poradenských služeb

Problémy se zaměstnáváním postižených lidí jsou celoevropským či spíše celosvětovým problémem. Rozvíjející se moderní společnost vyžaduje vysokou produktivitu práce, flexibilitu zaměstnanců, vznik nových profesí. Jedná se o globalizaci pracovního trhu, převažuje poptávka nad nabídkou pracovních míst. S tímto rozvojem trhu práce úzce souvisí problematika zaměstnávání postižených lidí. Proto je důležité nabídnout poradenské služby, které budou zaměřeny na tuto skupinu lidí a usnadnit jim tak řešení jejich seberealizace. Člověk s handicapem tak získá větší sebevědomí, uvědomí si svoje možnosti, může si doplnit vzdělání a tak mít větší cenu na trhu práce. Přebírá zodpovědnost za svůj další život.

Profesní poradenství je podporováno Ministerstvem práce a sociálních věcí a realizováno Úřady práce, které poskytují postiženým lidem poradenské a informační služby v rámci zaměstnanosti. Existuje již propojená síť institucí, které se zaměřují na poradenství v rámci profesního uplatnění zdravotně postižených lidí, např. ve školách nebo psychologických poradnách. Na Úřadech práce jsou zřízeny Informační a poradenské služby pro mládež, které spolupracují se školami, a pomáhají dětem při výběru dalšího profesního zaměření. Úřady práce mají zmapovanou situaci na trhu práce v konkrétním regionu a dokáží tak reagovat na aktuální poptávku po určitých profesích.

### 3 INTEGRACE A INKLUZE

Po roce 1989 se objevují v naší společnosti nové pojmy jako integrace a inkluze, které jsou spojeny se socializací postižených osob. Naše společnost se začala konečně zajímat o handicapované osoby a jejich osud. V rámci politických změn dochází k tomu, že o svá práva začínají postižení lidé a jejich rodiny bojovat. Stejně jak se mění poměry ve společnosti, začíná se měnit i vztah zdravých k postiženým spoluobčanům. Začínají se o ně více zajímat a v tomto případě mají určitě svou zásluhu i média. Díky nim vzniká větší informovanost o životě osob se speciálními potřebami a tím se částečně odbourává tabu postiženého jedince. Rodiče postižených dětí se snaží prosazovat otázku kvalitnějšího vzdělávání svých postižených dětí s možností zařazování dětí se speciálními potřebami do běžných tříd a kolektivů zdravých dětí.

#### 3.1 Vymezení pojmu integrace a inkluze

##### **Integrace**

Slovník cizích slov (Klimeš, 2005) označuje termín integrace jako sjednocení, scelení, spojení. V současné době se pod pojmem integrace rozumí vzdělávání postižených jedinců společně s jejich nepostiženými vrstevníky, zařazování žáků s různými druhy zdravotního postižení do hlavního proudu vzdělávání, to znamená do běžných škol a do běžných tříd, v nichž se vzdělávají žáci bez postižení.

*„Integrace je postoj společnosti k handicapovaným občanům, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do „hlavního proudu“ společenského života“ (Švarcová, 2001, s. 12).*

##### **Inkluze**

Slovník cizích slov (Klimeš, 2005) definuje inkluzi jako zvláštní druh koordinace. Lang, Berberichová (1998) uvádí, že inkluze je vyšší stupeň integrace, to znamená, že postiženého nejen přijmeme, ale vytvoříme pro jeho účast i podmínky. Jde o vznik určitého společenství, které je pružné, otevřené a váží si rozdílů mezi lidmi. Je integrací všech žáků do běžných tříd a s možností podílet se na všech třídních a školních aktivitách. Inkluzivní školy mají možnost zapojit se do dění v obci a do prostředí školy, tím poskytují postiženým dětem možnost realizovat se v různých oblastech společenského dění.

Lang a Berberichová (1998, s. 12) uvádí: „*Inkluze je snaha dát každému to, co právě potřebuje, to může někdy znamenat i individuální vyučování nebo práci ve speciální třídě. Jsou to děti, jejichž postižení jasně ukazuje, že trvalé zařazení do jedné třídy pro ně není to nejlepší. Pravděpodobně to není to nejlepší pro žádné ani tzv. normální dítě.*“

Podle Langa a Berberichové (1998) inkluzivní vzdělávání neznamena, že všechny děti jsou stále spolu každý den v jedné třídě. Důležitým aspektem inkluze je obohacení obou stran zúčastněných při normálním vyučování a to jak zdravých dětí tak postižených. Děti se spolu naučí žít a více se o sobě dozvědí. Jsou zde vidět vzdělávací, ale i sociální výhody. Dítě má dobrý pocit, že je přijímáno a oceňováno, tím si zvyšuje pocit sebevědomí a váží si více samo sebe. Důležitou součástí je péče, nemělo by se však jednat o soucit nebo nucené pomáhání. Je to umění postarat se o jiného člověka a umět správně poskytnout pomoc. To však vyžaduje velké porozumění a trpělivost. Pro zdravou část třídy to znamená uvědomit si a přijmout rozdíly mezi lidmi, změnit svůj negativní postoj vůči postiženým lidem, umět je pochopit. Důležitým prvkem v inkluzivní třídě je, že je každé dítě oceňováno pro svou jedinečnost, děti se o sebe vzájemně zajímají a mají k sobě úctu.

### **3.2 Vzdělávání dětí se zdravotním postižením**

Demokratická společnost usiluje o poskytování rovné příležitosti pro všechny a odstranění překážek, které brání v rozvoji každého jedince, včetně postižených občanů. Vzhledem k tomu, že má každé dítě jiné schopnosti, potřeby a zájmy, projevují se v rámci učení a vzdělávání problémy. Každá země se snaží řešit tato specifika na základě moderních, pokrokových školských reforem.

V posledních letech dochází ke zvyšování autonomie škol a samotných pedagogů při volbě metod, forem naplňování plánů a osnov. Jsou vytvářeny vzdělávací programy, které by více vyhovovaly potřebám žáků se specifickými zdravotními potřebami. Pozitivní je snaha o snižování počtu žáků ve třídě. Úsilí o zkvalitnění spolupráce rodiny a školy je velmi pozitivním znakem reformních kroků. Výrazně se zlepšily i podmínky vzdělávání dětí a žáků s mentálním postižením. Pro tyto skupiny postižených dětí vznikl systémový vzdělávací a poradenský servis. Úkolem státu je poskytnout svobodu rozhodování rodičů dětí se speciálními potřebami o způsobu jejich vzdělávání. Je třeba však zachovat kvalitu a spojitost speciálního vzdělávání s hlavním vzdělávacím proudem. Musí se brát ohled na míru postižení dětí a rovněž přizpůsobit vzdělávací proces jejich handicapu.

Největší vliv na školskou integraci má rodina, škola, pedagogové, poradenství a diagnostika, prostředky sociálně pedagogické podpory (osobní asistent, doprava dítěte, učební a kompenzační pomůcky).

### **3.2.1 Vzdělávání dětí s mentálním postižením**

Podle Valenty (2003) je síť speciálních škol a zařízení pro mentálně retardované děti a žáky tvořena speciální mateřskou školou pro mentálně postižené, speciální třídou pro mentálně postižené děti při mateřské škole, speciální školou, pomocnou školou a přípravným stupněm pomocné školy, rehabilitační třídou při pomocné škole, speciálními třídami pro žáky s mentálním postižením, odborným učilištěm a praktickou školou. Vítková (2004) uvádí:

#### **Speciální mateřská škola**

Speciální mateřská škola pro mentálně postižené děti má svá specifika, která souvisí s postižením dítěte, ale i situací rodin, kde jsou vychovávány. Hlavním cílem předškolní výchovy je zachovat vliv rodiny na vývoj dítěte, která je pro dítě stále tím nejdůležitějším prostředím v jeho životě. Rodiče však nemohou poskytnout svému mentálně postiženému dítěti odbornou pedagogickou péči a právě tuto pomoc zajišťuje speciální mateřská škola, která vytváří ty nejlepší podmínky pro jeho rozvoj. Poskytuje péči v oblasti myšlení, rozvíjení řeči, hrubé a jemné motoriky, ve spolupráci s rodinou se snaží rozvíjet citový a sociální vývoj dítěte. Je nutností vést děti k sebeobsluze, samostatnosti, rozvíjet tak správné životní návyky a dovednosti. K rozvoji smyslového vnímání a spolupráce s jinými dětmi slouží individuální a kolektivní hry. Speciální mateřská škola plní kromě výchovy a vzdělávání ještě další funkce např. funkci diagnostickou, respitní (tj. úleva rodičům, kteří pečují o postižené dítě), kompenzační, rehabilitační a léčebně výchovnou. Zřizovatelem je stát nebo soukromý a církevní zřizovatel.

#### **Základní škola pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (dříve Zvláštní škola)**

Tento typ školy je pro děti s mentální retardací, s poruchami koncentrace pozornosti, hyperaktivní, se specifickými poruchami učení, kombinovanými vadami, pro děti psychicky nemocné nebo se speciálními vzdělávacími potřebami. Učební plán je obdobný jako plán v běžné základní škole. Obsahuje tytéž předměty kromě cizích jazyků. Na žáky jsou kladeny menší požadavky. Výuka se zaměřuje na pracovní vyučování a tělesnou výchovu. Žáci jsou vedeni k osvojení praktických činností a tím rozvoji dovedností a zájmů. Tato činnost je cílená, neboť pomáhá žákům při volbě učebního oboru a dalšího profesního uplatnění.

### **Pomocná škola**

Pomocná škola vychovává obtížně vzdělatelné žáky s takovou úrovní rozvoje rozumových schopností, která jim nedovoluje prospívat v základní ani speciální škole. Hlavní náplní pomocné školy je poskytování dovedností, vědomostí, vytváření návyků, které jsou potřebné k uplatnění v praktickém životě a jsou nezbytné pro jejich sociální integraci.

### **Odborné učiliště a Praktická škola**

Tato zařízení jsou určena pro absolventy základních škol se speciálními vzdělávacími potřebami. Výběr učebních oborů je rozsáhlý a při jeho volbě je nutno brát ohled na schopnosti a dovednosti žáka. Žáci zde absolvují dvouletý učební obor, zakončen závěrečnou zkouškou a obdrží vysvědčení. Tříletý učební obor je rovněž zakončen zkouškou a žáci obdrží výuční list. Jejich pracovní uplatnění je především v pomocných profesích.

Podle Švarcové (2001) může být pracovní činnost lidí s lehkým mentálním postižením velmi produktivní a společensky efektivní. Jsou známy příklady absolventů zvláštních škol, kteří získali odborné vzdělání a velmi dobře se uplatnili jako truhláři, tesaři, zedníci, malíři pokojů, vazači knih apod. Někteří z nich dokonce samostatně podnikají, a pokud se jim podaří překonat problémy spojené s administrativní částí této činnosti, bývají velmi úspěšní.

### **Hlavní vzdělávací proud**

Už v 90 letech byly snahy o začlenění dětí s postižením do běžných škol. V současné době však nejsou zajištěny legislativní, personální, organizační a ekonomické podmínky pro účast dětí se zdravotním postižením v běžných školách na takové úrovni jak ve školách speciálních. Je však velká snaha o změnu v prostředí škol. Důraz je kladen na spolupráci všech zainteresovaných subjektů, žáků jejich zákonných zástupců, poradenského pracoviště a školy.

## **3.3 Možnosti pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením**

Každý člověk by měl dostat možnost uplatnit se v nějaké profesi. Při vyřčení slova postižený většinu lidí napadne, že je tento jedinec pomalý, nešikovný a budou s ním potíže. Je jen velmi málo firem, které mají o postižené lidi zájem a tím spíše zaměstnat zdravotně postiženého jedince. Z vlastní zkušenosti vím, že zaměstnavatelé nabídnou i podřadnou práci raději důchodci než člověku, který je zdravotně postižený, i když by danou práci zvládl. Jsem přesvědčena, že jsou činnosti, které dokáže i postižený člověk zvládnout stejně dobře jako ten

zdravý, jen mu musíme dát šanci. Samozřejmě záleží na stupni postižení, na schopnostech a možnostech každého jedince a podmínkách zaměstnavatele.

Mít svoji práci, peníze za odvedenou práci a realizovat se, je tím nejdůležitějším projevem sociální svobody nejen pro mentálně postižené lidi, ale i pro tělesně handicapované občany. Šance uplatnit se, být mezi zdravými lidmi, dodává pocit sebeúcty, zvyšuje sebevědomí a chuť do života. Často je zdravý člověk na pokraji zhroucení, že přišel o práci a cítí beznaděj a zoufalství. Jak se asi cítí postižený člověk, když nemůže z důvodu svého postižení najít práci a ještě mu jeho handicap někdo připomíná. Zaměstnávání postižených lidí je velmi složitá záležitost. Nejpočetnější a nejproblematičtější skupinu však tvoří mentálně postižení jedinci. Přestože je vytvořena legislativa na podporu zaměstnávání postižených lidí, v praxi je situace jiná. Je to rovněž založeno na komunikaci, vztazích a hlavně ochotě zdravých lidí pomoci.

### 3.3.1 Chráněná pracovní dílna, chráněné pracovní místo

Zákon 435/2004, Sb., o zaměstnanosti (Část III) uvádí, že „**Chráněná pracovní dílna** je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60% těchto zaměstnanců.“ Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Úřad práce poskytuje zaměstnavateli na vytvoření chráněné pracovní dílny příspěvek.

Chráněné dílny poskytují možnost zaměstnání lidem s těžším zdravotním postižením nebo kombinací s mentálním postižením. Je to pro ně určitá forma pracovního, ale i sociálního začlenění. Každý klient má možnost uplatnit se podle svých dovedností a schopností. Jsou vytvářeny individuální plány práce s klienty. Chod chráněných dílen je přizpůsoben zdravotnímu stavu všech postižených. Smyslem této činnosti je pracovní rehabilitace, která je přípravou klienta na případné zařazení na práci v běžných podmínkách. Díky činnosti v chráněných dílnách si klienti uvědomují cenu a schopnosti, které mají. Často se daří najít vhodné zaměstnání i pro klienty chráněných dílen.

V Zákoně 435/2004, Sb., o zaměstnanosti (Část III) je uvedeno: „**Chráněné pracovní místo** je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě.“ Úřad práce může poskytnout zaměstnavateli na vytvoření chráněného pracovního místa příspěvek.

### **3.3.2 Podporované zaměstnávání**

Jedná se o službu, kterou poskytují ve všech krajích ČR neziskové organizace. Je zaměřeno na uplatnění osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce, v běžném prostředí. Podpora se zaměřuje na konkrétního klienta a na konkrétní pracovní místo. Podstatou této služby postiženým je osobní pomoc, která se zaměřuje na zvládnutí konkrétní činnosti. Jedná se o individuální konzultaci, poradenství, přípravu na práci, asistenci na pracovišti a doprovod do zaměstnání. Podpora je poskytována jak postiženému jedinci, tak i zaměstnavateli.



## 4 RODINA SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM

Jen vlastní rodina dokáže poskytnout zdravotně postiženému dítěti pocit bezpečí. Dá se mluvit o velkém štěstí, neboť ne každý rodič tak složitou situaci zvládne a v mnoha případech řeší problém s postiženým dítětem ústavní péčí. Je rovněž rozdíl, zda je dítě postižené od narození nebo vážně onemocní např. v mladším školním věku. Průvodním jevem v životě a fungování rodin s postiženými dětmi je jejich osamocenost a izolovanost od okolí. Je nutné je podpořit i po ekonomické stránce. Nezbytný je přístup ke kvalitní zdravotní péči a hlavně rehabilitaci. Péče o postižené dítě vyžaduje velkou psychickou a fyzickou zátěž nejen pro rodiče, ale i sourozence a prarodiče. Často dochází k tak velkým stresům, že je destabilizována celá rodina. V rámci odborné pomoci by měl být rodině nabídnut psychologický servis, možnost pravidelných konzultací s pediatrem, rehabilitačním pracovníkem, psychologem, sociálním pracovníkem a sociálním pedagogem. Spolupráce s těmito odborníky a její intenzita souvisí se stupněm postižení dítěte.

### 4.1 Rodina s mentálně postiženým dítětem

*„Narození mentálně postiženého dítěte bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost, někteří autoři zejména narození těžce mentálně postiženého dítěte považují za jednu z psychicky nejbolestivějších událostí, která může člověka v životě potkat. Ve svém dítěti už před jeho narozením většina lidí vidí pokračovatele sebe sama a celého svého rodu, dědice všech svých schopností a dobrých vlastností“* (Švarcová, 2001, s. 132). Od dětí očekáváme splnění našich tužeb a přání a naplnění smyslu našeho života.

*„Když se rodině narodí mentálně retardované dítě, pacientem v širším slova smyslu – ale zároveň i tím, kdo má v rukou nejvíc hojivých možností – je rodina a okruh lidí, na kterých je závislá“* (Blažek, Olmrová, 1988, s. 19). Rodina je do jisté míry tou jedinou možností, která život postiženému dítěti bude usnadňovat a pomáhat mu. Nikdo z nás osud neovlivní a narození zdravého dítěte nejde naplánovat.

Jak uvádí Bartoňová (2007) první sdělení diagnózy vyvolává u rodičů šok, smutek a úzkost. Rodiče prožívají hluboké zklamání a rodina prochází několika fázemi:

#### ▪ Šok

Šok je pro každého rodiče mentálně postiženého dítěte úplně přirozenou reakcí. Cítí se zmatený, ochromený v jednání, nechce uvěřit sdělené zprávě. Tato reakce může trvat až několik dní.

### ▪ **Odmítání pravdy, popření**

Tento útek ze situace je další fází, která nastává. Je to velká bolest, zklamání, žal, pocit viny, selhání. Rodiče jsou však nuceni přijmout tuto skutečnost a co nejdříve se adaptovat do nové situace.

### ▪ **Smutek, zlost, úzkost, pocit viny**

Často se stává, že se chyba hledá u partnera, rodině nebo u zdravotního personálu. Promítají se zde pocity viny, výčitky a častou reakcí v tomto období je hluboký smutek a sebelítost. U rodičů dochází často k depresím, proto je nezbytné poskytnout jim dostatek informací a v rámci rozhovoru s nimi projevit zájem o ně samotné.

### ▪ **Stádium rovnováhy**

Je to adaptační fáze, která znamená pro rodiče realisticky přemýšlet, co mají dělat, jak mají postupovat a jak se aktivně účastnit na léčbě.

### ▪ **Reorganizace**

Poslední fází je reorganizace, kdy rodiče začínají hledat pomoc a všechny dostupné informace ohledně postižení jejich dítěte, tímto překonávají krizi.

Tyto reakce jsou typické pro každou takto postiženou rodinu. Někteří rodiče se však nedokáží s postižením svého dítěte smířit a nedokáží jej přijmout takové jaké je. Tato situace je však pro dítě tragédií, neboť dítě bývá následně umístěno do zařízení sociální péče a je ponecháno vlastnímu osudu a péči cizích lidí. Často se stává, že rodiče udělají za touto životní zkušeností tlustou čáru a uzavrou ji. O své dítě neprojevují zájem a ani je nenavštěvují v ústavu. Každé zdravé opuštěné dítě čeká na pohlazení a co teprve postižené, o které nemá nikdo zájem. Z vlastní zkušenosti vím, jak moc jsou tyto děti citlivé a tak moc vděčné za trochu lásky, pohlazení a zájmu.

Rodiče mentálně postiženého dítěte si možná ani neuvědomují, že život jejich dítěte není pro něho samotného tak strašným nebo tragickým, jak ho vidí oni sami. Dítě se narodilo do světa, který je i při jeho postižení normální a je v něm šťastné, protože jiný lepší život nepoznalo. To jen nám se zdá, že je nešťastné a litujeme ho. Jsou i rodiny, kde mentálně postižené dítě odmítá jeden z rodičů, často je to otec, který má často pocit, že selhal. Většina rodin s postiženým dítětem, které znám, se rozpadla. Dítě zůstává s matkou, či babičkou a otec si založí novou rodinu, kde má větší možnost narození zdravého potomka. Dítě však potřebuje oba rodiče, individuální přístup, trpělivost, ale především psychickou pohodu a citové zázemí v rodině.

V každé rodině si mají být všichni její členové oporou. Nejen manželé, sourozenci, ale i prarodiče. Stává se, že právě babička s dědečkem přemýšlí nahlas o tom, kdo měl v rodině jaké postižení a nemoc. Snaží se najít střípek viny, z které větve, který příbuzný za jejich neštěstí může. Bohužel, viník neexistuje. Je to jen náhoda, možná jeden chromozom navíc, infekce v těhotenství, prostě osud. Ale viník neznámý.

Velmi často se stává, že je příčinou lidské selhání, např. špatně vedený porod, zanedbání péče o matku a dítě ze strany lékaře. Vina je zde prokazována jen velmi těžce a i když je někdo potrestán, pro rodiče s mentálně postiženým dítětem se nic nezmění. Tragedie v rodině zůstává a musí se řešit.

Největší starost způsobuje rodičům otázka budoucnosti jejich postiženého dítěte. Každý z nás dokáže přijmout dlouhodobé zdravotní potíže v případě, že je šance na zlepšení. Ale bohužel u mentálně postižených dětí je naděje jen velmi malá. Rodiče se musí smířit s tím, že jejich dítě zůstane dítětem až do smrti. Proto je jen na nich, jak se se situací vyrovnají a dokáží dítě přijmout takové jaké je. Měli by se snažit zabezpečit odbornou lékařskou péči a vhodné sociální a rehabilitační služby. Vést dítě k tomu, aby zvládlo alespoň sedeobslužnou činnost, základní orientaci v běžném životě, schopnost komunikovat s ostatními.

V 80-90 letech byla tendence umisťovat postižené děti do ústavní péče nebo matka musela přestat pracovat a starat se o své dítě doma. Bylo to vlastně sebeobětování. Rodina však hraje důležitou roli i v dospělém věku mentálně postiženého jedince. V současné době se sociální služby rozvíjí tak, že umožňují i těmto rodinám tzv. odlehčení a nabízí možnost umístění i těžce postiženého člena rodiny v zařízeních sociální péče - denním nebo týdenním stacionáři.

## **4.2 Vztah okolí ke zdravotně postiženým**

Při výchově postiženého dítěte se často rodině stává, že ztrácí své přátele a známé. Byl to i můj případ s postiženou dcerou. Nejdříve to velmi mrzí, ale je to vlastně logické. Každá maminka si užívá s radostí vývoj svého dítěte. Maminky se schází na procházce a na pískovišti se svými dětmi a povídají si o všem, co prožívají. Maminka postiženého dítěte se vlastně nemá ani s čím chlubit, neboť vývoj dítěte je opožděný a nedá se srovnávat. Z takového rozhovoru jsou pak obě strany v rozpacích. Maminka zdravého dítěte vzbuzuje dojem, že se chlubí a maminka toho postiženého je nešťastná a bezmocná. Moje kamarádky měly navíc pocit, že mi ubližují už jen tím, že ony jsou v pohodě a šťastné. Nakonec jsem i já zůstala bez přátel. V 80 letech byla jiná situace a v naší společnosti se postižení objevovali jen málo. Každé takové setkání vzbuzovalo zájem okolí.

Moje dcera byla nápadná tím, že ještě ve čtyřech letech nezvládla sama chodit. Stále něco huhňavě vykřikovala a měla zhnisanou nudli u nosu. Lidé si nás prohlíželi, často se ohlédli a šuškali si. Nesnášela jsem takové civění. Nedávno jsem vyslechla zkušenost jedné z maminek s mentálně postiženou dcerou a reakce okolí na její postižení. Její zdravý syn nazval vtipně a výstižně všechny ty co civí „čučáky“. Horší však je, když si lidé postižené dítě obejdou, prohlídnou si je a následně okomentují. Občas se vyskytnou i otrlí jedinci, kteří nešetří ostrými poznámkami. Měla jsem takovou zkušenost v autobuse, kdy si dcera něco nesrozumitelně mumlala pro sebe. Pán, který seděl vedle nás, ten pohled nezvládl a obořil se na mě, proč s tím postižencem obtěžuji okolí a nejsem raději doma. Lidé nás pozorovali a čekali na moji reakci. Bylo mi jasné, že to považují za zpestření cestování. Nikdo se mě nezastal.

Je jen dobře, že například média upozorňují na život a problémy postižených lidí. Jen tak se může naše veřejnost o nich dozvědět více, naučit se s nimi žít a vhodně pomáhat. V rámci sledovanosti bývá o tyto pořady velký zájem. Většina lidí ani neví, jak se mají k postiženým chovat, jak na ně reagovat, jak svým dětem vysvětlit, proč je někdo na vozíčku nebo se chová jinak. Možná by to byl dobrý námět na další pořad, který by byl inspirací pro zdravé občany, jak mají reagovat na postižené lidi a jak jim mohou pomáhat.

Důležitým krokem je integrace dětí se speciálními potřebami už v předškolním a školním věku. Děti zdravé se tak naučí ke svým postiženým spolužákům chovat, budují si k nim vztah, pomáhají. Skvělou příležitostí nabízí různé zájmové kroužky, kde se setkávají děti zdravé i postižené. Formou hry a společné činnosti se navazují i kamarádství. Pozvolna si zvykají na to, že normální je vidět někoho na vozíčku a nenormální je civět a postižení hlasitě komentovat.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 INTEGRACE V PRAXI

### 5.1 Charakteristika výzkumu

V rámci výzkumného šetření jsem využila kvalitativní výzkum. Gavora (2000) uvádí, že hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis. Pozorovatel zaznamenává téměř všechno, co se ve zkoumaném prostředí odehrává. Může zhotovovat i audiofonní nebo obrazové záznamy, které analyzuje. Během pozorování nebo následně po něm vše zapisuje, píše si poznámky, ze kterých skládá celkový obraz o zkoumaném prostředí.

*„Přitom se snaží vysvětlovat jevy očima zkoumaných osob, a ne na základě svých vlastních názorů, očekávání, tradic apod. Všímá si i rozdílů mezi zkoumanými osobami a zjišťuje, zda existují rozdíly v tom, jak se ony dívají na danou věc“* (Gavora, 2000, s. 142). Do kategorie kvalitativního výzkumu patří i případová studie.

#### **Případová studie (kazuistika)**

*„Kazuistika je systematické zkoumání jednatelce prostřednictvím pozorování a rozhovoru, umožňující detailní poznávání chování, vývoje a rozvoje jeho osobnosti. Získané poznatky nelze zobecnit (generalizovat)“* (Musilová, 2003, s. 10).

Podle Musilové (2003) je v psychologii a pedagogice využívána kazuistická metoda pro získání uceleného obrazu dosavadního vývoje jedince nebo při sledování jedinců, kteří jsou znevýhodněni tělesným, mentálním a smyslovým postižením. Dále se využívá při sledování dětí sociálně izolovaných nebo při zkoumání osobnostních projevů s cílem vysvětlit chování jedince.

*„Podrobná pedagogická kazuistika zpravidla obsahuje osobní a rodinnou anamnézu, přesný popis současného stavu sledovaného jevu (diagnóza), určení pravděpodobných faktorů, které stav ovlivnily, a prognózu, obsahující příslušná doporučení a opatření“* (Musilová, 2003, s. 10).

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem se snažila zjistit postoje rodičů k začlenění jejich zdravotně postižených dětí do kolektivu a dále na integraci postižených dětí do třídy běžného typu.

- Jaký má vliv rozdílný přístup rodičů k integraci na rozvoj jejich postiženého dítěte
- Jak ovlivňuje samotná integrace rozvoj postiženého dítěte a jaký má vliv na jeho další život.
- Jakým způsobem pracuje třídní učitelka s integrovanými dětmi a jaká je míra spolupráce a zájmu rodičů těchto dětí.

### **Cíl výzkumného projektu**

Cílem výzkumné činnosti v bakalářské práci bylo zjistit, jak ovlivňuje integrace život postižených lidí.

### **Výzkumný vzorek**

Pro kvalitativní výzkum jsem zvolila čtyři dívky postižené dětskou mozkovou obrnou. Dvě dívky absolvovaly speciální (dříve zvláštní) školu a další dvě byly integrovány do kolektivu zdravých dětí v běžné škole.

S ohledem na ochranu osobnostních práv šetřených fyzických osob, jsou změněna jména zkoumaných dětí a nejsou uvedena konkrétní zařízení, ve kterých jsou tyto děti integrovány.

### **Výzkumné téma**

V prvních dvou kazuistikách uvádím příklad rozdílného přístupu rodičů dvou postižených dívek s DMO k integraci, a jak tím byl ovlivněn vývoj těchto dětí

Ve dvou dalších kazuistikách vyvozují úspěšnost integrace dvou postižených dívek s DMO ve třídě běžné ZŠ, a také to, jaký vliv má osobnost pedagoga a přístup rodičů.

### **Výzkumné metody**

Při zpracování kazuistik jsem využila tyto metody:

1. Přímé pozorování
2. Strukturovaný rozhovor s rodiči a pedagogickými pracovníky
3. Analýza dokumentace o dětech
4. Analýza konkrétních materiálů o činnosti dětí (písemné a výtvarné práce)
5. Analýza odborné literatury

### **Interpretace výsledků**

Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány ve formě kazuistiky a zahrnují diagnózy, analýzy i prognózy. Součástí kazuistik je zhodnocení a prognóza vývoje jednotlivých dívek, které jsem zpracovala na základě studia odborné literatury a na základě výsledků získaných použitými metodami.

Na závěr jsem zformulovala doporučení pro rodinu a pedagogy, jak s dítětem v rámci integrace pracovat a zhodnotím význam integrace.

## **5.2 Kazuistiky postižených dívek (1. část)**

Ve svém životě jsem se setkala s mnoha rodinami, které mají postižené dítě dětskou mozkovou obrnou. Zním jejich příběhy, jen tak z útržků nebo z vyprávění známých. Vždy jsem se zajímala o to, jakou metodu zvolili při výchově svého mentálně postiženého dítěte a jak s ním pracovali. Je však velmi těžké navázat kontakt s těmito rodiči. Při psaní práce jsem se o to pokusila a požádala jsem o rozhovor tři maminky mentálně postižených dětí. Vzhledem k citlivosti tématu dvě maminky odmítly. Nechtěly si připomínat zpětně tak těžké období od porodu až k dospělosti svého postiženého dítěte.

Třetí maminku jsem požádala o rozhovor zprostředkovaně přes svoji kolegyni. Očekávala jsem opět odmítnutí, ale paní Jitka B. byla ochotná se mnou sejit a o problému své dcery mluvit. Některé informace však uvedla nepřesně nebo příliš obecně. Často si na detaily nemohla (patrně nechtěla) vzpomenout. Tato paní bydlí se svou dcerou nedaleko od našeho domu a často ji potkávám. Od své kolegyně jsem se dozvěděla, že její dcera prodělala po porodu mozkovou obrnu. Překvapilo mě však, že dívka je stále v doprovodu své matky a často se jí drží za ruku. Výchovu dítěte však pojímá každá rodina jinak. Tento příběh je důkazem toho, že přílišná ochranná činnost dítěte a nízké požadavky mohou způsobit nesamostatnost člověka a jeho izolaci.

Druhý příběh je příběh dívky, která rovněž prodělala mozkovou obrnu. Její diagnóza je uvedena přesně i s podrobnou anamnézou, se kterou jsem podrobně seznámena, neboť dívka patří do mé rodiny.

V těchto dvou odlišných případech se chci zabývat problémem integrace mentálně postižených lidí do společnosti a rozdílným přístupem obou rodin k řešení tohoto problému. Budu analyzovat, do jaké míry ovlivnil pozitivní postoj rodičů k integraci jednu z dívek, a jaký vliv to mělo na její vývoj. Současně budu zjišťovat, jak se negativně projevilo



nezačlenění jedné z dívek do vrstevnické skupiny a jak ji ovlivnila přílišná ochranná starost matky.

### **5.2.1 Kazuistika 1. Jana**

Jana, nar. 1986 (23 let)

#### ***Diagnóza :***

DMO s lehkou psychomotorickou retardací

Řečová vada – Dysartie (poruchy výslovnosti)

Lehká mentální retardace

#### ***Charakteristika zevnějšku***

Černovlasá, hnědooká dívka asi 158 cm vysoká silnější postavy

#### ***Rodinná anamnéza***

Rodina úplná. Matka má středoškolské vzdělání, v domácnosti. Otec má vysokoškolské vzdělání, často pracuje v zahraničí. Další dítě v rodině není. V rodině není známo žádné vážné onemocnění. Rodinné prostředí je spojeno s osobou matky. Otec pracuje většinu roku v zahraničí a svoji rodinu navštěvuje jen velmi málo. Nedá se jednoznačně říct, zda to není záměrné. Rodinu však dokáže finančně zabezpečit tak, že matka si může dovolit zůstat v domácnosti a o dceru se postarat. Péče matky byla přehnaná. Dítě litovala a některé věci dělala za dceru. Nevedla Janu k samostatnosti, stále jí vše ulehčovala. Měla o ni neustále strach, aby se jí něco nestalo, aby jí někdo neublížil nebo se neposmíval.

#### ***Osobní anamnéza***

Dítě z druhého těhotenství (1x samovolný potrat), průběh rizikový, udržovaný. Porod v 34. týdnu (p. h. 2200 g/42 cm). Po porodu křížená, v inkubátoru 2 týdny. V 1 roce stanovena diagnóza DMO s lehkou psychomotorickou retardací. Vývoj se opožděje, neleze, nesedí. Ve spolupráci s rehabilitační sestrou prováděna rehabilitace. Sledována neurologem. V 1,5 roku začíná sedět, ve dvou letech se dokáže postavit. Ve 2,5 letech sama chodí a ve třech letech se začíná projevovat opožděný vývoj řeči a malá slovní zásoba. Její řeč je málo srozumitelná a často používá monolog. V pěti letech nastupuje na čtyři hodiny denně do mateřské školy, kde se však špatně adaptuje na nové prostředí. Začíná se projevovat její závislost na matku a

nácvik běžných dovedností a návyků trvá déle než u jiných dětí. Je nesamostatná a je pozorováno lehčí opoždění a zpomalení psychomotorického vývoje. Navštěvuje dětského psychologa a logopedickou poradnu. V šesti letech je opožděna jemná a hrubá motorika. Její myšlení je jednoduché, konkrétní a nepřesné. Nedokáže logicky přemýšlet. Psycholog doporučil odložit školní docházku o rok. V sedmi letech nastupuje do 1. ročníku Zvláštní školy (dnes speciální). Paměť má spíše mechanickou a má velké problémy s učením a časoprostorovou orientací. Ráda však kreslí, přednáší jednoduché básničky, vystřihuje obrázky, navléká korálky, je manuálně zručná. Z důvodu nezvládnutí učiva opakuje první ročník. Její psychomotorika se za rok zlepšila. Adaptovala se v kolektivu dětí a lépe spolupracovala s učitelem. Zlepšila se výslovnost. Je velmi citlivá a často mluví o své matce. Zde je vidět její fixace na matku, která ji stále doprovází do školy a se vším pomáhá. Její osobnost je nevyzrálá, infantilní. V průběhu školní docházky se dokázala až po delší době začlenit do kolektivu, špatně zvládala učivo. Po ukončení školní docházky v roce 2003 nenastoupila na žádný učební obor a zůstala doma s matkou. Jana si chodila za dětmi hrát jen velmi málo, a proto neměla žádné kamarádky. Tento přístup jí velmi ublížil už ve škole, neboť se velmi těžko začleňovala do kolektivu. V průběhu školní docházky měla alespoň kontakt se svými vrstevníky, ale v současné době je v kontaktu jen s matkou a sousedy. Ráda sleduje televizi, oblíbila si některé jednodušší ruční práce a zvládá jednoduché domácí práce, chodí ráda plavat. Tyto její záliby však nejsou řešením její budoucnosti. Je velmi nesamostatná v komunikaci, nedokáže si sama vyřídit svoje záležitosti a je závislá na cizí pomoci.

### ***Závěrečné hodnocení***

Chyba matky je, že nepochopila už v začátku, jak je důležité pro tyto děti vést je k samostatnosti a snažit se o jejich začlenění. Je to ukázka izolace mladého člověka a obětování se matky, která nežije svůj život, ale život dcery. Její obětování se dceři spíše ublížilo, než pomohlo. Matka si uvědomuje, že Janě už její přítomnost delší dobu nestačí a že jí chybí společnost mladých lidí, nudí se a trpí změnou nálad. Neví však, jak to řešit.

### ***Prognóza dalšího vývoje***

Prognóza dalšího psychického vývoje Jany se nedá určit, jiné zdravotní potíže nemá. Jana byla příliš dlouho bez kolektivu vrstevníků. V rámci pravidelného psychologického vyšetření bylo navrženo psychologem, aby Jana navštívila některé z Center sociálních služeb a využila jejich poradenských služeb. Má možnost docházet např. do chráněné dílny mezi své

vrstevníky a vést tak plnohodnotný život. Není zcela jasné, jak se Jana integruje při své závislosti na matce do kolektivu.

### ***Doporučení pro rodiče***

Pozitivní na celém případě je, že má paní Jitka snahu problém začlenění své dcery řešit. Sama cítí, že zvolený způsob péče o dceru ji zmáhá a není ten nejlepší. Často se cítí unavená a vyčerpaná, chybí jí rovněž kontakt s lidmi. Sama začala přemýšlet o změně a možnosti najít si práci. Na základě intervence psychologa a svého manžela, paní Jitka zvolila využít poradenských služeb pro mentálně postižené a jejich rodiny a poradit se o nejvhodnějším způsobu řešení tohoto problému.

## **5.2.2 Kazuistika 2 Pavla**

Pavla, nar. 1986 (23 let)

### ***Diagnóza:***

DMO – frustní diparesa dolních končetin, lehká psychomotorická retardace

Defekt komorového septa

Vnitřní rozštěp patra

Zdvojený močovod (následné odstranění nefunkční ledviny)

Skoliosa páteře

Hypertenze štítné žlázy

Zraková vada na levém oku - strabismus

Řečová vada – huhňavost

Lehká mentální retardace

### ***Charakteristika zevnějšku***

Modrooká dívka, blond vlasy, 158 cm vysoká, štíhlé postavy

### ***Rodinná anamnéza***

Úplná rodina. Matka středoškolačka, pracuje v zahraniční firmě. Otec středoškolák pracuje v autoservise. Bratr středoškolák, pracuje jako řidič. Otec i matka jsou zdraví, genetické vyšetření je negativní. S péčí o dceru pomáhá babička. V rodině se nevyskytla žádná vážnější onemocnění.

### ***Osobní anamnéza***

Dítě ze druhého těhotenství. Porod v termínu, komplikovaný ve 40. týdnu (p. h. 3350g/50 cm). První dny po narození promodrává, šelest na srdci a následně zjištěna vrozená vada srdce, není srostlá mezikomorová přepážka. V prvním roce opožďování v PM vývoji, svalová hypotonie. Stanovena diagnóza psychomotorické retardace. V roce 1987 bylo provedeno chromozomální vyšetření, výsledky byly v pořádku. V tomto roce pravidelné kontroly neurologické, psychologické a kardiologické a navštěvuje rehabilitaci. Ve dvou letech se sama posadí, žvatlá a chodí s oporou. Od narození časté záněty močových cest, které byly léčeny antibiotiky, žádné konkrétnější vyšetření ledvin nebylo provedeno. V roce 1888 ve dvou letech dítěte zjištěna další vrozená vada – třetí močovod a částečné odumření levé ledviny, které se projevilo vysokými teplotami, bolestmi a bezvědomím. V téže roce byla hospitalizována a operována, kdy byl odstraněn jeden močovod. Za měsíc proběhla další operace a odstraněna nefunkční levá ledvina. Po těchto operacích výrazné zlepšení ve vývoji. Ve třech letech sama chodí, začíná mluvit a její motorika a PM vývoj na úrovni 1,5 ročního dítěte. Ve 4 letech zařazena zkušebně do mateřské školy v přítomnosti matky. Z důvodu ochablosti končetin a vybočení pravého chodidla, nedokáže fyzicky zvládnout procházky, kolektivní hry ji zatěžují. V kolektivu je spokojená a zdravé děti na ni působí pozitivně. Učí se říkanky, kreslí a skládá jednoduché stavebnice, respektuje program. Sama si stále nesrozumitelně pobrukuje. Přetrvává huhňavost a chronická rýma, kdy jí z nosu už od narození vytékají při polknutí tekutiny. Na tento problém poukazují rodiče dětí v MŠ a dítě již MŠ nemůže nenavštěvovat. Lékař navrhl odstranění nosních mandlí. Situace se ještě zhoršila, dítě nemůže mluvit a z nosu vytéká už i rozkousaná pevná strava. Zdravotní i psychický stav se zhoršil. Vyloučení z kolektivu má negativní psychický dopad. Lékař další vyšetření nedoporučil. Na základě vyšetření na nosním oddělení v jiné nemocnici byla zjištěna další vrozená vada – vnitřní rozštěp patra, který měl vliv na rýmu a vytékání stravy z nosu, ale hlavně na řeč a huhňavost. Rozštěp patra se postupem času upravoval sám a operace nebyla nutná. Díky zjištěné diagnóze, která neohrožovala infekcí zdravé děti, se mohla vrátit zpět do MŠ. V kolektivu je spokojená, s dětmi si rozumí. Dochází k velkému vývoji v PM oblasti. V šesti letech změna prostředí a přestěhování do Zlína. Nastupuje zde do MŠ a je trvale pod dohledem lékařů. Srdeční vada se upravila, stále však dochází do kardiologické, neurologické, nefrologické, psychologické a logopedické poradny. Chodí na rehabilitaci, která je zaměřena na dolní končetiny a celkové posilování svalstva. Byla zjištěna oční vada – strabismus. V šesti letech stanovena diagnóza DMO, dipareza dolních končetin s lehkou psychomotorickou retardací. V rámci vyšetření psychologa navržen odklad školní docházky. V sedmi letech

doporučena pomocná škola. Rodiče s pomocnou školou nesouhlasí, po dohodě nástup dítěte do zvláštní (dnes speciální) školy na zkoušku. Vývoj opožděn, učivo zvládá s obtížemi, ale je ctižádostivá a snaží se vyrovnat ostatním dětem. Opakuje 1. třídu, prospěch se zlepšil a je více samostatná, soustředěná, dobře čte, maluje, má ráda básničky a pracovní vyučování. Má problémy s matematikou a logickým myšlením, nepozná hodiny. Do školy jezdí sama, dobře se orientuje ve městě. V šesté třídě se prospěch opět zhoršil, je stále velmi dětská. Psychologické vyšetření u ní stanovuje nesouměrný vývoj nejen v oblasti intelektu, ale celé osobnostní struktury. Projevují se opětovně záněty močových cest a bolesti nohou. Dochází k oslabení a zánětu pravé původně zdravé ledviny. Navržena lázeňská léčba. Na vyšším stupni speciální školy je spokojená i přes problémy s učením. Do kolektivu se začlenila a má hodně kamarádek, je velmi společenská a přizpůsobivá prostředí. Po ukončení školní docházky v roce 2003 nastoupila do praktického učiliště na obor Pomocná kuchařka. Ve škole a v kolektivu svých vrstevníků je velmi spokojená a šťastná. Má problémy s učením, hlavně s matematikou. Nedokáže vypočítat normy pro určité množství potravin, špatně váží, nepozná bezpečně hodiny a špatně odhaduje dobu práce. Praxi zvládá s přímým dohledem bez problémů, je pomalejší, ale pracovitá. Objevují se však bolesti nohou a zad. Přes její opoždění je vidět velký pokrok a pozitivní vliv učiliště. Je ctižádostivá a snaží se svým vrstevníkům vyrovnat. Z důvodu nezvládnutí matematiky opakuje druhý ročník. Třetí ročník a učební obor ukončila v roce 2007 s vysvědčením a osvědčením o jeho absolvování. Její pracovní zařazení jako pomocná kuchařka je z důvodu jejího zdravotního stavu omezené. V roce 2008 nastoupila do prvního ročníku učebního oboru Pečovatelské práce ve stejném učilišti. Vzhledem k tomu, že zde není matematika tak náročná a nejsou hospodářské počty, zvládá učení bez problémů. Zajímá ji zdravotní věda a především praxe, kterou absolvují v domově pro seniory nebo při péči o mentálně postižené. Absolvuje první ročník a je velmi spokojená a šťastná, neboť konečně prožívá ve škole úspěch. Učitelé ji chválí za její snahu a má v rámci hodnocení své první jedničky.

### ***Anamnéza rodinného prostředí***

Pavla žije v úplné rodině, kde se jí snaží pomáhat, ale způsobem, který ji neomezuje a vede k samostatnosti. Kromě rodičů se do výchovy zapojovala i babička a prababička. Rodina je věřící a spojená s tradicemi, proto ústav nepřicházel v úvahu. Prarodiče z otcovy strany o vnučku nejevili zájem. Bratr se s jejím postižením nikdy nevyrovnal. Vždy mu vadilo, že na sebe upoutávala pozornost lidí a děti se jí posmívaly. Často se tím trápil a její svět a problémy

nikdy nepochopil. Z důvodů lepšího finančního zabezpečení rodiny si našel otec další zaměstnání a do výchovy se nezapojoval. Výchova dětí byla z velké části na matce.

### ***Závěrečné hodnocení a prognóza***

U Pavly byla prognóza, že ve věku 20 let dosáhne její intelekt hranice osmiletého dítěte. Díky rodině a výchově, která spočívala ve vedení k samostatnosti a vhodné integraci už v předškolním věku, dosáhla úrovně v chování a jednání šestnáctileté dívky. Pavla je ctižádostivá a toho matka využila k její motivaci vyrovnávat se svým vrstevníkům. Nikdo z rodiny jí nelitoval a nikdy jí nedal najevo, že má handicap. Celá rodina ji brala jako dítě, které má nemocné ledviny, srdce, rozštěp patra, ale nikdy ne jako mentálně postiženou. Tím bylo posilováno její sebevědomí. Velký vliv na její rozvoj má škola a učiliště s lidským a profesionálním přístupem pedagogů. Velmi motivujícím faktorem jejího rozvoje bylo a stále je kamarádství s mladými zdravými lidmi stejného věku. Pavla má štěstí, že na ní není její postižení vidět. Je komunikativní, společenská a co je nejdůležitější, umí se přizpůsobit. Hlavně se však chce přizpůsobit. Ve svých kamarádkách vidí vzor a motivaci. Tráví s nimi volný čas, chodí na diskotéky, plavat, na koncerty atd. Pavla se dokázala zařadit mezi své zdravé vrstevníky, dokáže si poradit v určitých situacích. Žije šťastný a plnohodnotný život stejně jako ostatní mladí lidé v jejím věku. Prognóza jejího dalšího vývoje se nedá určit. V současné době dosáhla velkého úspěchu, překonává zdravotní potíže, po psychické stránce udělala velký pokrok. Nedá se však přesně stanovit její další psychický vývoj a případně další zdravotní problémy.

### ***Doporučení pro rodiče***

Důležitým úkolem je pro rodiče Pavly podpořit ji ve zvládnutí učebního oboru. Dle třídní učitelky má velkou šanci zvládnout závěrečnou zkoušku v tomto učebním oboru a tím získat výuční list. To však vyžaduje od rodičů pomoc při učení a přípravě do školy. Do budoucna bude nezbytné hledat možnosti jejího pracovního zařazení a integrace na trhu práce. Delší doba, kterou by zůstala Pavla doma, by mohla způsobit její stagnaci a pocit méněcennosti.

### ***Závěrečné hodnocení obou kazuistik a prognóza***

V obou kazuistikách jsem se snažila popsat rozdíl v přístupu rodičů k výchově svého mentálně postiženého dítěte od narození až po dospělost. Vzhledem k tomu, že jsou mentálně postižené děti odkázány na pomoc a vedení dospělých, je tedy jen na rodičích, jak dokáží sladit svoje očekávání s reálnými možnostmi dětí. Vzdělávat, vést a vychovávat dítě

s handicapem je složitý úkol. V obou případech jsem chtěla poukázat na možnosti sociální péče, vzdělání a následné integrace. Podle mého názoru je nejlepší variantou být ve výchově důsledný, postiženému dítěti neulehčovat nic, co může zvládnout samo. Každé dítě má jinou míru postižení a to je nutné vzít v úvahu. Je důležité, stanovit si prioritu, na co se zaměříme nejdříve. Myslím si, že je to v první řadě samoobslužná činnost a až potom mít vyšší nároky. Velkou roli zde hrají i povahové rysy dítěte a jakou snahu má spolupracovat. U Pavly bylo výhodou to, že je ctízádnostivá. Matka se toho snažila využít a neustále ji podporovala v tom, aby se chtěla vyrovnávat ostatním zdravým dětem. Možná na ni byla ve svých požadavcích někdy tvrdá, ale vyplatilo se to. Tím samozřejmě nemyslím trestání. To, že ji nikdy nelitovala a dávala jí najevo, že je v mnoha věcech šikovná a jedinečná, zvedla jí sebevědomí. Je velká škoda, že si paní Jitka v prvním příběhu neuvědomila, jak moc může své dceři svojí přehnanou péčí ublížit. Podle mého názoru měla dceru co nejvíce zařazovat do kolektivu dětí a nebát se jejich posměšků. Patří to k životu a handicapovaní lidé se s nevraživostí okolí setkávají často. Jana měla dostat větší volnost při setkávání se s dětmi nebo svými spolužáky. Proto vzniklo takové prázdno a neměla možnost si najít kamarády. Její matka měla zvolit i jinou životní cestu pro sebe. Najít si práci, nějaké koníčky a známé. V tomto příběhu byla vidět její únava a vyčerpání celou situací, kdy se dostávala do stadia „vyhoření“. Měla už dříve navštívit některou z poraden sociálních služeb a najít vhodné řešení. Jana má dnes 23 let a její integrace se měla řešit dříve. Je dobře, že si to její matka uvědomuje a chce situaci řešit.

### **5.3 Kazuistiky postižených dívek (2. část)**

#### **Integrace dětí s DMO do základní školy**

V následujících kazuistikách budu popisovat konkrétní integraci dvou dívek s DMO na základní škole. Chci ukázat pozitivní ale i negativní stránku integrace. Především však zjistit, jaký má integrace význam pro postižené děti. Největší podíl na výsledku integrace však mají sami pedagogové spolu s rodiči.

### 5.3.1 Kazuistika 3 Anna

Anna, nar. 1995 (13 let)

#### *Diagnóza*

Postižení na neurologickém podkladě v oblasti motoriky, grafomotoriky, vizuomotoriky, zrakového vnímání, prostorové orientace, emoční lability

#### *Charakteristika zevnějšku*

Urostlá černovlasá dívka, modré oči, světlá pleť, výška 150 cm, váha 42 kg

#### *Rodinná anamnéza*

Úplná rodina. Matka má vysokoškolské vzdělání, po narození dcery bez zaměstnání – péče o osobu blízkou. Otec je středoškolák, pracuje manuálně v místě bydliště. V rodině nejsou známy žádné vážné onemocnění. Dítě má dobré rodinné zázemí. Matka se dceři velmi věnuje, podřídila jí celý svůj život. Denně připravuje dceru na vyučování 2-3 hodiny, zaměřuje se na matematiku. S dcerou tráví všechnen čas. Otec se dceři ve volném čase rovněž velmi věnuje. Otec matky (dědeček) pomáhá v péči o vnučku, zároveň zajišťuje její odvoz k lékaři nebo další organizační záležitosti, spojené s postižením vnučky.

#### *Osobní anamnéza*

Dítě z prvního těhotenství, průběh rizikový (udržované těhotenství). Porod v 33. týdnu (p. h. 2100g/42 cm.). Po porodu křídšená, v inkubátoru 3 týdny. Neurologicky sledována od narození. Stanovena diagnóza DMO, motorické postižení a afektivní lability. Mluvení, chůze až ve 3 letech, díky velkému úsilí a péči matky. Objevují se časté záchvaty, spojené s prudkými pohyby hlavy, škrábáním na hrdle, zakláněním hlavy, pláčem často až řevem. Tyto záchvaty přechází ve vztek, agresivitu a slovní napadání. Spouštěcím mechanismem může být cokoliv, nedají se předem odhadnout. Někdy je to nervozita nebo stres z toho, že se jí něco nedaří, ale není to pravidlem. Tyto stavy se projevovaly i v MŠ, do které chodila od 5 let. Je trvale pod dohledem neurologa a dětského psychiatra. Z důvodu svého handicapu má velké problémy se sebeobslouhou, pohyblivostí, jemnou motorikou, sklony k hysterii a nerovnoměrnému vývoji rozumových schopností, byl navržen odklad školní docházky. Na základě speciálně pedagogického a psychologického vyšetření bylo doporučeno zařazení



dítěte do speciálního školství nebo možnost integrace. Rodiče zvolili možnost integrace do školy nedaleko bydliště a zařazení Aničky do třídy se zdravými dětmi.

### ***Hodnocení učitelky po prvním roce na ZŠ***

Pro práci s Aničkou byl vytvořen „Individuální vzdělávací program“. Cílem je zvládnout učivo 1. ročníku dle osnov ZŠ s následnými úlevami: V českém jazyce respektovat pomalé tempo, dostatek času ke zvládnutí úkolů, možnost používání čtecích pomůcek. Při psaní používat speciální psací sešity (velké linky), využití metody obtahování k upevňování tvarů písmen, uvolňovat ruku (ve stoje a v kleče psát cviky na velký formát měkkou tužkou), dodržovat hygienu psaní (fixovat správný úchop, naklonění sešitu), tolerance neúhlednosti. V matematice respektovat pomalé tempo, preferovat ústní zkoušení

V rámci speciální péče je nutnost pedagogického asistenta pro její přímé vedení po dobu výuky. Pravidelně navštěvuje PPP, psychiatra a užívá léky. Pro její výuku jsou nezbytné kompenzační a učební pomůcky, např. speciální sešity, mazačí tabulky, fólie, speciální tužka, čtecí okénko, polystyrénová písmenka, hmota na modelování písmen a další. Způsob hodnocení se preferuje slovní, průběžně, spíše chválit a povzbuzovat. Afektivní a emoční labilita u dívky způsobuje velké výkyvy nálad, které vedou mnohdy k extrémním reakcím – záchvatům pláče a vzteku. Tato stavy se projevovaly už od počátku školní docházky, ale daly se řešit domluvou. Často byla jejich intenzita tak silná, že narušovaly vyučování a asistentka ji musela zklidnit mimo třídu. Zvyšovala se její agresivita, slovně napadala asistentku a vyžadovala bílý prášek, který má proti pláči a ten může brát jen v pátek. Tempo výuky celé třídy se podřizuje psychickému stavu Aničky, proto je pomoc asistenta nutná během celé výuky. Pracovní nasazení dívky zcela závisí na jejím psychickém stavu, někdy je schopna plnit pokyny okamžitě, jindy se snaží úkolu vyhnout nebo se dožaduje plné pozornosti i na úkor spolužáků. V kolektivu je oblíbená, děti se jí snaží pomáhat a dávají jí najevo svoji náklonnost. Zpočátku byli zaskočeni jejími hysterickými projevy, ale zvykly si na ně. Po prvním roce výuky má bohatou slovní zásobu, vykazuje všeobecný vědomostní rozhled, bezchybně čte, v matematice chybuje jen občas. Projevuje se velké zlepšení v grafomotorice, dobře recituje a hezky zpívá. Její úspěchy ve vyučování úzce souvisí s jejím aktuálním psychickým stavem. Spolupráce s rodiči je dobrá, mají velký zájem o vzdělání své dcery. Bylo jim doporučeno procvičování u dcery hlavně jemné motoriky, speciální uvolňovací cviky a příprava na výuku. Po stránce inteligenční nemá dívka problémy a je schopna postoupit do dalšího ročníku. Její prospěch je výborný.

***Hodnocení učitelky po ukončení čtvrtého ročníku ZŠ***

V každém ročníku bylo nutno zpracovat „Individuální vzdělávací program“, který respektuje postižení dítěte. Dívka je vedena k samostatnosti, do třídy již dochází sama a na základě pokynů a pod dohledem je schopna připravit si věci. Na začátku školního roku byla Anička podrážděná a nervózní, což narušovalo vyučování. Po měsíci se dívka zklidnila a byla bez afektů, horší známky přijímala celkem klidně. Pozitivní je to, že dokázala uznat, že něco neví a přestala tak hystericky vyžadovat lepší známku. Stále jsou vidět problémy v sebeobslužných činnostech, pohyblivosti a funkci rukou. Vývoj rozumových schopností je nerovnoměrný. S tím souvisí nervozita a sklon k hysterii. Je často zmatená, zapomíná, že už nějakou činnost vykonala, její reakce jsou podrážděné. Ve škole se dobře aklimatizovala. Velký pokrok nastal v tom, že je schopna samostatného nákupu ve školním bufetu a automatu. Dokáže požádat o pomoc, za kterou slušně poděkuje. Prospěch ve všech předmětech je kromě matematiky (hodnocení 2-3) výborný, v angličtině, ústním i písemném projevu patří mezi nejlepší žáky. Afektům je předcházeno vytvořením klidné atmosféry, stanovením pravidel a jejich důsledným dodržováním. Anička navíc absolvuje 1 hodinu týdně speciálně pedagogické péče, která je zaměřena na rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky, vizuomotoriky, prostorové orientace a práci na PC. Spolupráce s rodiči je velmi dobrá. Rodičům bylo doporučeno dodržování pravidel i v domácím prostředí, být pro dítě autoritou, která si zaslouhuje jeho respekt. Bylo navrženo, aby postoupila do dalšího ročníku.

***Hodnocení učitelky po ukončení pátého ročníku ZŠ***

Byl vytvořen „Individuální vzdělávací program“ jehož cílem bylo zvládnutí ročníku dle osnov ZŠ se všemi specifiky v jednotlivých předmětech, zaměření na zlepšení orientace žákyně v budově školy a na její vedení k samostatnosti. S tím souvisí i rozvíjení verbálních schopností Aničky, logického myšlení, grafomotoriky a vizuální percepce, upevňování sociálních návyků a dodržování pravidel. Dívka je neustále v péči psychiatra, který doporučil zaměřit se na upevňování pracovních návyků důsledným dodržováním pokynů, nerozebírat krizovou situaci, raději zařadit jinou činnost a postupně zvyšovat nároky na samostatnost žákyně. Anička se jevila v 5. ročníku klidnější a vyrovnanější, bez vážnějších afektů. Neúspěchy oproti minulým ročníkům přijímala klidně. Objevil se však tik v obličeji. Má bohatou slovní zásobu, výbornou mechanickou paměť, dobře čte. Při psaní se objevuje třes rukou a pocení dlaní, přesto je písmo čitelné a texty bezchybné. Při každé činnosti vyžaduje zpětnou vazbu, ujištění, zda pracuje správně. V kolektivu je oblíbená, ostatní žáci jí pomáhají. Pro její výuku bylo nutné zajistit další kompenzační pomůcky např. soubor obrysových map,

modelovací hmotu, didaktické pomůcky (matematické loto, pexeso) a jiné. Stále přetrvávají problémy s orientací ve škole. Nebojí se cizích dětí, dokáže diskutovat i se staršími žáky a umí si obhájit svá práva. V kolektivu se cítí velmi dobře, dokáže pomoci spolužákovi i o pomoc sama požádat. Anička byla hodnocena známkou z každého předmětu. Bylo zde mírné zhoršení v matematice, ale přesto patří mezi nejlepší žáky ve třídě v prospěchu. Bylo jí doporučenou postoupit na vyšší stupeň ZŠ.

### ***Závěrečné zhodnocení a prognóza***

Individuálním přístupem, motivací a vhodnou výukou se Anička daří i při svém postižení zvládat osnovy základní školy. Její začlenění do kolektivu zdravých dětí mělo na ni pozitivní vliv. Je u ní vidět snaha přizpůsobit se ostatním dětem. Udělala velký pokrok v tom, že dokáže přijmout i negativní věci (např. horší známku), umí lépe ovládat své emoce. Pozitivní je, že dokáže požádat o pomoc a následně poděkovat. Naučila se spolupracovat a má snahu se stále učit něco nového. Prognóza dalšího vývoje u Aničky je příznivá a při vytvoření individuálně vzdělávacího programu je schopná dokončit docházku na ZŠ běžného typu.

### **5.3.2 Kazuistika 4 Eliška**

Eliška, nar. 1996 (13 let)

#### ***Diagnóza***

Kombinované postižení DMO, spastická diparéza, nystagmus, slabozrakost, tupozrakost

#### ***Charakteristika zevnějšku***

Pohledná dívka, hnědé vlnité vlasy, hnědé oči, 146 cm vysoká, štíhlé postavy

#### ***Rodinná anamnéza***

Rodina úplná, dva sourozenci (starší bratr a sestra). Matka středoškolačka nepracuje – péče o osobu blízkou. Otec středoškolák, často pracuje v zahraničí. Rodinné prostředí vytváří Elišce klidné zázemí. Při péči o ni pomáhají všichni rodinní příslušníci, známí a přátelé. Celá rodina se snaží o to, aby se Eliška co nejlépe zapojila do běžného života. Rodiče mají velký zájem o její vzdělání. Matka se s ní učí 2-3 hodiny denně.

### ***Osobní anamnéza***

Dítě z třetího těhotenství, porod v termínu (p. h. 3500 g/51 cm). Po porodu kříšená, vdechnutí plodové vody). Do půl roku vývoj v pořádku, v 8 měsících sedí a leze. Zjištěn nystagmus (kmitání očí). Vývoj je opožděn, chodí až ve dvou letech. Je trvale pod dohledem neurologa a rehabilitačního pracovníka. Chůze je možná jen za pomoci rodičů, pohybuje se s oporou nebo loží po kolenou a má silný třes rukou. Ve čtyřech letech nastoupila do MŠ na 4 hodiny denně. V kolektivu je spokojená, s dětmi si rozumí a je oblíbená. Omezená pohyblivost končetin způsobuje často problém zapojení do kolektivních her, cítí se unavená. Špatně vidí a třes rukou se zhoršil. Na základě jejího zdravotního postižení byla odložena školní docházka. Rodiče se zaměřili na zdokonalení v sebeobsluze, neboť přetrvávají problémy se stravováním a používáním toalety. Do 1. ročníku nastupuje na vesnici v místě bydliště. 1. ročník absolvovala na vozíčku a bez asistenta. Po přestěhování do města navštěvuje 2. ročník ZŠ.

### ***Hodnocení učitelky po ukončení čtvrtého ročníku ZŠ***

Práce s Eliškou probíhala na základě „Individuálně vzdělávacího plánu a za pomoci asistentky pedagoga. Na začátku roku byla Eliška velmi podrážděná a agresivní. Bylo vyzorováno, že tuto agresi vyvolává přítomnost matky, která ji doprovází do školy. Matka příliš dceru ochraňuje a pomáhá jí se vším, tím patrně Elišku omezuje a ta se brání. Na základě nastolení nových pravidel docházky do třídy (bez doprovodu matky, jejíž přítomnost byla spouštěcím mechanismem afektu), došlo k velkému zlepšení situace. Dívka je ctižádostivá a snaží se dětem vyrovnávat. Na kolektivu spolužáků je velmi závislá. O přestávkách se snaží být samostatná, ráda se vydává na vozíku do bufetu v doprovodu kamarádů a pod dohledem asistentky. Ve druhém pololetí se jeví samostatnější, bez náladových výkyvů a dokáže pracovat bez asistenta. Je pouze usměrňována třídním učitelem. Individuální speciálně pedagogické péče v rozsahu 1 hodiny týdně byla zaměřena na zdokonalení logického myšlení, prostorovou orientaci, na uvolňovací cviky, psaní na PC, na rozšiřování slovní zásoby v českém i anglickém jazyce. Celý rok měla dívka problémy s vlastivědou, proto byla motivována ke zlepšení různými rébusy, kvízy se zaměřením na procvičení vlastivědného učiva. Testy byly připraveny na počítači a upraveny na výběr správné odpovědi. Zde je nutné připomenout, že vlastivědu, přírodovědu a anglický jazyk považují za obtížné předměty i žáci bez handicapu. V rámci sebeobsluhy byla zaměřena pozornost na stravování a používání toalety (doposud až 6x v hodině). Po fyzické stránce je stále omezená v pohyblivosti, chůze je obtížná a cítí se unavená. Zúčastňuje se hodin

tělocviku a to jí velmi povzbuzuje i po psychické stránce. Bylo pozorováno zhoršení třesu rukou. Přesto však dokáže bezchybně stříhat, vymalovávat, dotvářet i malé detaily kresbou a modelací. Stále se vyskytují problémy se zrakem. Pomoc asistenta je nutná při přípravě na vyučování, při pohybu v prostorách školy, dopomoc na WC, relaxace během přestávek. Se svými spolužáky má bezproblémový vztah založený na přátelství a ochotě pomáhat. Spolupráce s rodiči byla celý rok bezproblémová a vstřícná.

### ***Hodnocení učitelky po ukončení pátého ročníku ZŠ***

Práce s Eliškou probíhala na základě „Individuálního vzdělávacího programu“. Cílem bylo zvládnutí základního učiva 5. ročníku dle osnov ZŠ s přihlédnutím na její handicap. Pozornost byla zaměřena na rozvíjení verbálních schopností, paměti, grafomotoriky a jemné motoriky. Bylo nutné prodloužit dobu udržení pozornosti a motivovat ji k dokončení úkolu. Dívka se ráda zapojovala do všech činností kolektivu, dokázala vytvořit nová pravidla hry, aby se jí mohla i ona zúčastnit. Spolužáci její návrhy respektovali. Hezky čte, recituje a přesto, že se zhoršil třes rukou, úhledně píše. I přes její silný třes rukou dokázala výborně malovat a její práce byly vystavovány v prostorách školy (Příloha: obr.1 a obr. 2 je srovnání kresby Elišky a Aničky). Spolupráce asistentky byla nutná opět i ve výuce, neboť se zhoršila orientace v textu, na mapě. Byla více unavitelná a neudržela pozornost, často úkol vzdala. Její vztah k asistentce byl po všech stránkách dobrý, založený na důvěře a vzájemném pochopení. Má mnoho kamarádů, se kterými je v kontaktu osobním nebo přes internet. Pro práci s Eliškou bylo potřeba zajistit kompenzační pomůcky, např. polohovatelná lavice a lampa, protiskluzová fólie, madlo na toaletě, dortový míč, relaxační sedací pytel, polštář, disky s relaxační hudbou, PC programy pro některé předměty, notebook s tiskárnou a soubor map. Její hodnocení je známkou. V hlavních předmětech je ohodnocena dvojkou a v ostatních má jedničky. Bylo u ní doporučeno postoupení na vyšší stupeň ZŠ.

**Obr. 1 - Váza (Eliška)****Obr. 2 - Váza (Anička)**

### ***Závěrečné zhodnocení a prognóza***

Citlivým přístupem pedagoga a vhodnou výukou, založenou na postupu dle Individuálního vzdělávacího plánu, s pomocí pedagogického asistenta je Eliška schopna zvládat osnovy ZŠ. Vzhledem k jejímu tělesnému postižení je třeba počítat s větší fyzickou zátěží pro asistentku a pedagoga a rovněž s finančně náročnějšími kompenzačními pomůckami. Je u ní nutná intenzivní rehabilitace a především trpělivost při zvládnutí sebeobslužných činností. Prognóza v oblasti intelektového vývoje je u Elišky dobrá a je schopná dokončit docházku na ZŠ běžného typu.

### ***Celkové hodnocení integrace obou dívek třídní učitelkou***

Třídní učitelka, (35 let), učí na základní škole 1 – 5. ročník, 10 let praxe.

Třídní učitelka hodnotí integraci obou dívek na nižším stupni ZŠ jako úspěšnou. Žákyně se dobře začlenily do kolektivu mezi zdravé děti. Spolužáci na ně reagovali kamarádsky a pomáhali jim. Přítomnost postižených dívek jim připadala přirozená, nevznikaly žádné problémy ve vztazích. Obě dívky měly snahu vyrovnávat se ostatním dětem a to přispívalo ke

zlepšení jejich výsledků ve vyučování a celkově v jejich vývoji. Práce ve vyučování však představuje velkou psychickou a fyzickou zátěž pro pedagoga. Aby nebyl narušen průběh hodiny, byla nutná přítomnost pedagogického asistenta. Spolupráce s rodiči v obou případech byla výborná, rodiče podporují obě dívky ve vzdělání a mají o integraci velký zájem.

## 5.4 Shrnutí

Integrace dětí se zdravotním postižením je velmi významným krokem v jejich výchově a vzdělávání. Je třeba však zvážit závažnost postižení dítěte a zda je integrace do běžné ZŠ vhodná. Často se stává, že právě rodiče trvají na integraci svého dítěte za každou cenu. Dítě je pak frustrováno z prostředí školy, nezvládá učivo a je ještě více oslabeno jeho sebevědomí.

K integraci je nutné přistupovat velmi citlivě a individuálně řešit každý případ. Já osobně se přikláním spíše k integraci tělesně postižených dětí. Podle mého názoru mají mentálně postižené děti velké problémy s adaptací na prostředí a zvládání učiva. Toto může být příčinou negativních reakcí spolužáků ve formě posměšků a následné izolace v kolektivu. Nejlepším řešením pro děti s mentálním postižením je speciální škola, kde se jim věnuje speciální pedagog, který má zkušenosti s tímto postižením. Děti jsou zde většinou na stejné psychické úrovni, jsou na ně kladeny nižší a přiměřené nároky na zvládání učiva. Jsou směřovány k praktickým činnostem, čímž se podporuje jejich zručnost. Mohou se uplatnit i v praktických učebních oborech, a tak se zvyšuje jejich šance na trhu práce. Mentálně postižené dítě vyžaduje velkou pozornost a psychickou zátěž pro učitele v integrované třídě. I přes snížení počtu žáků ve třídě, se nelze věnovat naplno všem. Zdravé děti vyžadují rovněž stejnou pozornost, a tak se může stát, že vlastně trpí obě strany. Je proto důležité tuto integraci zodpovědně zvážit.

Integrace je velmi náročnou záležitostí v rámci vybavení třídy kompenzačními pomůckami a stavebními úpravami celé školy např. řešení bezbariérového přístupu, úprava sociálního zařízení a další. Často je nutností přítomnost asistenta pedagoga. Pomáhá učiteli v přípravě materiálů do vyučování (zvětšování textu, kopírování, přepis textu z tabule), průběh hodiny si však řídí pedagog sám. Asistent pomáhá postiženému žákovi s orientací v textu, v budově, dopomáhá při použití toalety, připravuje žákovi pomůcky na výuku, zajišťuje žákovi relaxaci o přestávce a další činnosti.

Hlavními činiteli spolu s pedagogem jsou však rodiče. Jejich práce s dítětem mimo školu a příprava na vyučování je velmi významná. Proto by si měl v této situaci každý rodič položit otázku, zda je jeho dítě (tak jak ho zná jen on sám) schopno integraci zvládnout a plně se zařadit do kolektivu zdravých dětí. Rodiče mentálně postižených dětí se nemohou často smířit

s tím, že jejich dítě chodí do speciální školy. Stydí se za to, a proto vidí řešení v integraci. Příprava do vyučování je náročná časově a psychicky, ale je přímo nutností s dítětem pracovat i doma. Toto si rodiče často neuvědomí a pro dítě je to potom pohroma. Doporučovala bych v rámci integrace mentálně postižených dětí spíše společné akce s dětmi ze tříd běžného typu. Je tu možnost pravidelného docházení do kroužků, účast na společných kulturních a sportovních akcích, kde se mají děti možnost setkávat a vzájemně poznávat. Ale to samozřejmě souvisí s tím, jaká je míra postižení dítěte. Je třeba také rozlišit, zda je dítě postiženo už od narození nebo utrpělo úraz ve školním věku a je na vozíčku.

Pro postižené dítě je přirozené, aby bylo mezi svými zdravými vrstevníky. Současná generace dětí má pak lepší vztah k postiženým, učí se jim pomáhat a vnímají vše jako normální přirozenou situaci. Poznávají problémy postižených a při setkání s nimi se neotáčí. Je to pro ně samozřejmost. Pro zdravotně postižené je důležitá snaha vyrovnat se zdravým vrstevníkům a seznamovat se s přirozeným prostředím běžné společnosti. Zažívají i neúspěchy, rub i líc běžného života a to je motivuje do dalších aktivit.



## ZÁVĚR

Problematika integrace zdravotně postižených lidí je v současné době velmi diskutovaným tématem. Nejsou již izolováni v rodině nebo v ústavu, jak tomu bylo před rokem 1990, ale setkáváme se s nimi v běžném životě. Hledáme ten nejlepší způsob, jak vedle sebe navzájem žít. Integrace s sebou přináší nové metody ve vzdělávání, uplatnění na trhu práce a s tím i celkové začlenění do společnosti. V rámci sociální politiky se stát zajímá o zdravotně postižené a jejich potřeby. Legislativa jim umožňuje využívání různých služeb sociální péče, finanční pomoc nebo poradenství. Snahou je vytvořit podmínky pro jejich plnohodnotný život a možnost seberealizace.

Cílem bakalářské práce bylo shromáždit dostupné teoretické poznatky včetně legislativy a zjistit význam integrace do společnosti u vybraných zdravotně postižených jedinců prostřednictvím kazuistik. Zaměřila jsem se na děti s DMO a význam jejich začlenění do vrstevnické skupiny. Dále jsem se zajímala o postoj rodičů a pedagogů k integraci. Z výzkumného šetření vyplynulo, že integrace dětí již od útlého věku má pro jejich další vývoj a rozvoj osobnosti velký význam. Opakem je jejich izolovanost od přirozeného vrstevnického prostředí. Zjistila jsem, že důvodem nezačlenění dítěte mezi ostatní děti může být i přílišná ochrana rodičů před posměchem jiných dětí nebo neustálá snaha dítěti pomáhat. Právě toto jsou hlavní důvody, které způsobují jeho závislost, nesamostatnost a následné osamocení. Rodiče by neměli své dítě litovat, ale správně motivovat a posilovat jeho sebevědomí.

Důležitým aspektem integrace je především zdravotní stav dítěte a jeho schopnost začlenit se do kolektivu tak, aby vlastní integrace byla pro něj přínosem a ne traumatem. Svůj význam mají i podmínky pro integraci dětí se zdravotním postižením ve škole, například bezbariérový přístup nebo různé speciální pomůcky, které jsem uvedla v kazuistikách. Integrace dětí se speciálními potřebami do kolektivu vrstevníků je pro ně nesmírně důležitá. Prožívají stejné radosti a starosti jako jejich zdraví spolužáci a kamarádi, současně se učí vzájemnému respektu a toleranci. Významná je především spolupráce rodičů s odborníky a hlavně pedagogy, kteří patří mezi nejdůležitější činitele integračního procesu. Jejich profesionalita a odbornost, trpělivost a hlavně lidský přístup k dítěti, je základem úspěšnosti integrace.

*„Jestliže dítě dokáže učiteli poděkovat nebo se na něj třeba jen usmát, jakými dalšími požadavky bychom měli ještě podmiňovat jeho zařazení do naší třídy? Neexistují nepřekonatelné bariéry – existují jen dveře, které jsme se nepokusili otevřít...“*

(Lang, Berberichová, 1998, s. 6)

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ**

- BARTOŇOVÁ, M., aj. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7
- BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. Praha : Avicenum, 1988. Ed.: 08-083-88  
*Centrum pro zdravotně postižené Zlín*. Dostupné na : <http://www.czp-zk.cz/index>
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha : SPN, 2005. ISBN 80-7235-272-5
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Praha : Institut Eda Robertse, 2007. ISBN 80-903657-1-X
- LANG, G., BERBERICHOVÁ, CH. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-144-4
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby – způsoby pomoci. [online]. [Cit. 2008-11-22]. Dostupné na : <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zdravotní postižení. [online]. [Cit. 2008-11-22] Dostupné na : <http://www.mpsv.cz/cs/8#zozp>
- MUSILOVÁ, M. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. 2. vyd. Olomouc : UP, 2003. ISBN 80-244-0749-3
- MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0231-9
- ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. Praha : Septima, 1995. ISBN 80-85801-54-X
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-506-7
- VALENTA, M. A KOLEKTIV. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5
- VALENTA, M., KREJČÍROVÁ, O. *Psychopedie*. Praha : Netopejz, 1997. ISBN 80-902057-9-8
- VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9
- Vláda.cz. Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006- 2009. [online]. 2006. [Cit. 2008-11-22]. Dostupné na: <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=6651>

Zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 2006. [Cit. 2008-11-22]. Dostupné na: [http://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108\\_2006.pdf](http://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf)

Zákon č. 435/2004, Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Část III. – Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. [online]. 2004. [Cit. 2008-11-22]. Dostupné na: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/cast3.aspx>

Zákon č. 561/2004, Sb., o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 2004. [Cit. 2008-11-22]. Dostupné na: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ČR	Česká republika
DMO	dětská mozková obrna
EU	European Union – Evropská unie
MŠ	Mateřská škola
např.	například
PC	počítač
PPP	Pedagogicko psychologická poradna
s.	strana
SPC	Speciálně pedagogické centrum
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1. Výkres – Váza Eliška

Obr. 2. Výkres – Váza Anička