

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Analýza dostupnosti řízených pohybových aktivit u dětí s disabilitou
sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu (vzdálenost, náročnost
přepravy, zajištění doprovodu, asistenti, finanční náročnost – slevy)**

Bakalářská práce

Autor: Markéta Plachá

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kornatovská, DiS.

České Budějovice duben 2011

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

**Analysis of the availability of controlled physical activity for children
with hearing and visual disability in the South region (distance,
intensity of carriage, providing escorts, assistants and financial
performance - discounts)**

Bachelor Thesis

Author: Markéta Plachá

Study programme: Specialization in Education

Field of study: Health Education

Supervisor: Mgr. Zuzana Kornatovská, DiS.

České Budějovice, April 2012

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení: Markéta Plachá

Název bakalářské práce: Analýza dostupnosti řízených pohybových aktivit u dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu (vzdálenost, náročnost přepravy, zajištění doprovodu, asistenti, finanční náročnost - slevy)

Pracoviště: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Kornatovská, DiS.

Rok obhajoby: 2012

Abstrakt: V současné době dochází k rapidnímu nárůstu obézních lidí a dětí, proto je nutné začlenit do životního stylu každého jedince pohyb. Je důležité, aby si děti již od dětství zvykli na pravidelný pohybový režim, jenž poskytují mimo jiné řízené pohybové aktivity. Tyto aktivity ale nechrání jen před vznikem obezity, ale mají další blahodárné vlivy na fyzickou, psychickou, spirituální a sociální složku zdraví. Měly by být proto nedílnou součástí nejen života dětí, ale i dospělých. Pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou mají stejně tak dobrý vliv na zdraví, jako pro děti intaktní. Prožitek je zde ale ještě více prohlouben. Mimo jiné dochází ke cvičení ostatních smyslů, orientace v prostoru, komunikace, a dále dochází k socializaci. Toto vše má velký vliv na psychickou a spirituální oblast dítěte s disabilitou sluchovou a zrakovou. Bakalářská práce zkoumá nabídku a dostupnost programů řízených pohybových aktivit vhodných pro děti s disabilitou, možné slevy a jiné výhody a to v Jihočeském regionu. Cílem práce je získat ucelený soupis zařízení zabývajících se řízenými pohybovými aktivitami pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu. Tyto informace byly zjišťovány pomocí obsahové analýzy internetových a literárních zdrojů a řízeným nestrukturovaným volným rozhovorem. Metodou ankety vlastní konstrukce jsem zjišťovala zájem dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou o řízené pohybové aktivity a o integraci mezi děti intaktní, informovanost a názory na nabídku řízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou. Dále jsem touto metodou zjišťovala zájem rodičů zdravých dětí na integraci dětí s disabilitou sluhovu a zrakovou do společnosti.

Klíčová slova: řízené pohybové aktivity, zdraví, disabilita, sluchová disabilita u dětí, zraková disabilita u dětí, Jihočeský region

Bibliographic identification

Name and Surname: Markéta Plachá

Title of Bachelor Thesis: Analysis of the availability of controlled physical activity for children with hearing and visual disability in the South region (distance, intensity of carriage, providing escorts, assistants and financial performance – discounts)

Department: University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Education, Department of Health Education

Supervisor: Mgr. Zuzana Kornatovská, DiS.

The Year of Presentation: 2012

Abstract: Currently, there is a rapid increase in obese people and children, therefore it is necessary to incorporate into the lifestyle of each individual movement. It is important that children from infancy accustomed to regular exercise regimen, which provides among other things, controlled physical activity. These activities but does just before the onset of obesity, but they have other beneficial effects on physical, mental, spiritual and social components of health. They should therefore be an integral part of life not only children but also adults. For children with hearing and visual disability are equally good effect on health, such as children intact. Experience but there is still more deepened. Among other things, is to exercise the other senses, orientation in space, communication, and socialization occurs. All this has a major impact on mental and spiritual area of a child with hearing and visual disability. Bachelor thesis examines the supply and availability of programs managed by the appropriate physical activities for children with disability, possible discounts and other advantages and in the South region. The aim is to obtain a comprehensive inventory of equipment involved in managed mobility activities for children with hearing and visual disability in the South region. This information was collected using content analysis of online and literary sources and managed free unstructured interview. The method of survey of our own design I found interest in children with hearing and visual disability of controlled physical activity among children and the integration of an intact, information and views on offer controlled physical activity in the South region of parents of children with hearing and visual disability. I also examined by this method the interest of parents of healthy children in the integration of children with visual disability and servants in society.

Keywords: controlled physical activity, health, disability, hearing disability in children, visual disability in children, South Region

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „ Analýza dostupnosti řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu (vzdálenost, náročnost přepravy, zajištění doprovodu, asistenti, finanční náročnost – slevy)“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem Mgr. Zuzany Kornatovské, Dis., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Pedagogickou fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby též elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným stanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokých kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 4.5. 2012

.....
Plachá Markéta

Poděkování:

Velmi děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Kornatovské, DiS. za ochotu, vstřícnost, trpělivost, toleranci, vynaložený čas a odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH:

1. ÚVOD.....	10
2. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	12
2.1 Řízená pohybová aktivita a její benefity pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou.....	12
2.1.1 Řízená pohybová aktivita	12
2.1.2 Benefity pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou	13
2.1.3 Specifika pohybových aktivit dětí se sluchovým postižením	14
2.1.4 Specifika pohybových aktivit pro děti s disabilitou zrakovou	15
2.2 Pojmy zdraví a disabilita	15
2.2.1 Definice zdraví	15
2.2.2 Disabilita.....	16
2.2.2.1 Disabilita u dětí a jejich vývoj.....	18
2.2.2.2 Senzorická disabilita a její vliv na vývoj dítě.....	21
2.2.2.3 Disabilita sluchová a její vliv na vývoj dítěte	22
2.2.2.4 Disabilita zraková a její vliv na vývoj dítěte	27
2.3 Jihočeský region, jeho specifika	32
2.4 Benefity pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou vyplývající ze zákonů a vyhlášek České republiky	33
2.4.1 Způsob posuzování stupně závislosti podle změny od 1.1.2012.....	34
2.4.2 Příspěvek na mobilitu, věcná dávka, bezúročná půjčka	36
2.4.3 Příspěvek na zvláštní pomůcku	36
2.4.4 Průkazy ZTP, ZTP/P a výhody s nimi spojené.....	35
2.4.5 Příspěvek na péči	38
2.4.6 Asistent sociální péče, osobní asistence, průvodce	39
2.4.7 Pečovatelská služba	40
2.4.8 Ústavní péče	40
3. VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE	42

3.1	Cíl práce.....	43
3.2	Úkoly práce.....	43
3.3	Výzkumné předpoklady.....	44
4.	Metodická část	45
4.1	Organizace výzkumného šetření.....	45
4.2	Metodologie.....	45
4.3	Použité metody	46
5.	Výsledky a diskuze	47
5.1	Výsledky a diskuse k nabídce řízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu pro děti s disabilitou sluchovou	47
5.2	Výsledky a diskuse k nabídce řízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu pro děti s disabilitou zrakovou.....	49
5.3	Výsledky a diskuse k anketě určené pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou 50	
5.4	Výsledky a diskuse k anketě určené pro rodiče dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou.....	59
5.5	Výsledky a diskuse k anketě určené pro rodiče dětí intaktních mapující ochotu pomáhat a začleňovat děti s disabilitou sluchovou a zrakovou do společnosti.....	68
6.	VYJÁDŘENÍ K VÝZKUMNÝM PŘEDPOKLADŮM	73
7.	ZÁVĚR.....	74
8.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	76

1. ÚVOD

V současné době je vymíceno velké množství dříve smrtelných chorob, pokud nejsou přímo vymíceny, věda na takové nemoci našla lék. Častěji se však objevují nemoci nové, vzniklé vývojem civilizace. Mezi takovou nemoc patří i obezita. Počet obézních lidí rapidně stoupá a to převážně vlivem konzumního stylu života a zlenivělosti. Obezita se v dnešní době, pro svůj ohromný vzrůst stala pandemií. Nejčastější příčinou je nerovnováha mezi energetickým výdejem a energetickým příjmem. Tedy když příjem převyšuje výdej. Problematika zvyšujícího se nárůstu obezity se týká všech, dospělých, dětí, žen, mužů, chudých, bohatých, zdravých, osob s disabilitou. Proto by se měl pohyb stát nedílnou součástí životního stylu všech lidí.

Pohyb není jen prevencí nadváhy a obezity. Má blahodárny vliv na všechny složky lidského zdraví. To znamená na fyziologickou, psychologickou, sociální i spirituální oblast. Je tedy žádoucí, aby každý alespoň část svého volného času trávil vhodnými pohybovými činnostmi.

Mnohé děti v dnešní době nejsou k pohybu vedeny a raději volný čas tráví pasivními činnostmi. Právě děti je třeba naučit se hýbat a naučit je tomu, aby pohyb měly rády. K tomuto účelu dobře slouží řízené pohybové aktivity, při nichž se učí pravidelnosti, pravidlům, férovému chování aj. Řízené pohybové aktivity jsou vhodné pro všechny děti, ať už intaktní, nebo děti s disabilitou a to jakéhokoli druhu. Mým přesvědčením je, že každé dítě by mělo navštěvovat alespoň jednu takovou činnost. Nejen, že bude v lepší fyzické kondici, ale přispěje to i k psychické pohodě, neboť pohyb je pro člověka přirozená a potřebná věc. Také se děti díky řízeným pohybovým aktivitám setkají s mnoha lidmi a budou nuceni s nimi více, či méně komunikovat, což přispěje k jejich socializaci.

Děti s disabilitou sluchovou a zrakovou mají stejné potřeby jako děti intaktní. Nejsou nijak zvlášť odlišné, jen někdy potřebují jiný přístup. Pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou jsou řízené pohybové aktivity stejně důležité jako pro děti intaktní. Z některých úhlů pohledu mohou být i důležitější. Díky dobře zvoleným hrám a činnostem mohou cvičit svůj sluch či zrak, nebo pokud se jedná o děti nevidomé nebo děti s hluchotou, mohou procvičovat ostatní smysly, které jsou pro ně velmi důležité k orientaci v okolí. Stejně jako u zdravých dětí, i na děti s disabilitou senzoricke působí vhodně zvolená pohybová činnost na jejich psychickou stránku.

Pokud je takové dítě zařazeno do kolektivu dětí intaktních, dochází k socializaci, což je žádoucí jak pro děti s disabilitou, tak pro děti zdravé. Zdravé děti se díky tomu naučí ohleduplnosti, empatii, nebudou dělat rozdíly a naučí se druhým pomáhat. Děti disabilní si z takového vztahu mohou odnést více sebevědomí, nebudou se v budoucnu společnosti zdravých osob vyhýbat.

K výběru této bakalářské práce mě vedl právě zvyšující se počet obézních dětí v České republice, tudíž mě zajímalo, zda mají děti s disabilitou sluchovou a zrakovou dostatečné možnosti bezpečně se hýbat a sportovat. Zajímal mě především pohled samotných dětí na pohyb. Zda ho mají, či nemají rády. Také mě zajímalo, jaké zkušenosti mají s dětmi intaktními. Dále mě zajímalo jak se na integraci dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou dívají rodiče dětí intaktních. Mým zájmem také bylo zjistit, jaké benefity a výhody plynou ze zákonů a vyhlášek České republiky právě pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou.

2. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Řízená pohybová aktivita a její benefity pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou

2.1.1 Řízená pohybová aktivita

Řízené pohybové aktivity jsou takové pohybové aktivity, které jsou organizované, pravidelně prováděné a předem naplánované. Zpravidla probíhají ve školních zařízeních, sportovních klubech či kroužcích, pod vedením trenéra, instruktora, pedagoga, apod. Tyto aktivity by měly při pravidelném a vedeném opakování přinášet žádoucí zdravotní benefity a posléze také zlepšení fyzické zdatnosti. Patří sem například jóga, plavání, chůze, běh, aj. Všechny výše zmíněné aktivity vyžadují dostatečný prostor, adekvátní náčiní, oblečení (MARCUS, FORSYTH, 2010).

Pohyb je základním projevem života. Druh a množství našeho pohybu je rozhodujícím činitelem, na kterém závisí náš zdravotní stav. Působí i na naši náladu a duševní výkon (KUKAČKA, 2010). Pohyb je jedním z důležitých aspektů přispívajících ke zdraví jak u zdravé populace, tak u populace jedinců s postižením. Je přínosem pro oblast fyziologickou, sociální a psychickou a umožňuje adekvátní, zdraví prospěšné a příjemné trávení volného času. Pohyb a pohybové aktivity by měly být nedílnou součástí života jak dětí zdravých, tak dětí s disabilitou, ale také dospělých. Je ale důležité zvolit vhodnou pohybovou aktivitu, neboť ne každý pohyb je vhodný pro každého. Účast na nevhodné pohybové aktivitě může vést spíše k negativnímu vnímání pohybu a společenské újmě (SCHUSTER, 2008). Jak uvádějí Gallahue a Donnelly pohybové aktivity mají pozitivní vliv také na oblast řečového vývoje. Dítě, ať už zdravé nebo s disabilitou se od raného dětství učí mluvit společně s pohybem. Slovními návody se dítě učí porozumění řeči a při pohybových aktivitách spojených s hudbou i k vlastnímu řečovému projevu. Schopnost vnímat a udržet pozornost rozvíjíme především při napodobování jednotlivých cviků. Neustálým opakováním pohybu procvičujeme a rozvíjíme paměť. Pohybovými aktivitami také rozvíjíme fantazii a to především, když děti vedeme k samostatnému pohybovému projevu. Díky cvičení si děti osvojují nové představy a pojmy (GALLAHUE, DONNELLY, 2003).

Pohybová aktivita je každá činnost produkovaná kosterním svalstvem, jež způsobuje energetický výdej. Je tedy možné do pohybových aktivit zahrnout širokou škálu činností

jako například školní tělesná výchovy, sport, tanec, aktivní hra, pohybová rekreace, nebo i aktivní domácí práce (KALMAN, HAMŘÍK, PAVELKA, 2009). Pohybová aktivita se podílí na všech složkách dění moderní společnosti. Je jedním ze základních elementů přispívajících ke kvalitě života a zdraví a představuje jeden ze základních aspektů lidského bytí. Pěstování pohybových aktivit významně ovlivňuje zdravotní stav lidského organismu, je jedním z prvků podporující pohodu jedince, přispívá k tzv. jistotě osobnosti, jenž je nedílnou součástí plnohodnotného života (BLAHUTKOVÁ, ŘEHULKA, DVOŘÁKOVÁ, 2005).

Pohybové aktivity jistě působí na rozvoj jedince v psychosociální oblasti. Lidé, kteří pravidelně cvičí, disponují vyšší psychickou kondicí, zlepšují si kognitivní funkce a je u nich nižší procento depresí (KALMAN, HAMŘÍK, PAVELKA, 2009). Pozitiva pohybových aktivit v životě člověka lze rozřadit na formování osobnosti, systému životních hodnot a ideí, na podporu fyzického i duševního zdraví a na vytváření a rozvoj sociálních vztahů (HOBZA, REKTOŘÍK IN KALMAN, HAMŘÍK, PAVELKA, 2009). Kalman, Hamřík a Pavelka uvádějí, že z hlediska prevence lidského zdraví má adekvátní pohybová aktivita několik výhod. Jsou to zvýšené produkce endorfinu, zlepšení paměti a myšlení, uvolňování svalového napětí, zvětšování sebevědomí, eliminace emocí, harmonizace autonomního nervstva a endokrinního systému, prevence obezity, úprava metabolismu tuků a cukrů, prevence osteoporózy, podpora krevního oběhu, snížení klidové tepové frekvence, podpora látkové výměny, zvýšení svalové síly, pružnosti kloubů, vytrvalosti, zlepšuje činnost srdce, zpomaluje stárnutí, prodlužuje aktivní délku života, a další (KALMAN, HAMŘÍK, PAVELKA, 2009). Dalším zdravotním benefitem pohybových činností je podpora imunitního systému (BLAHUTKOVÁ, ŘEHULKOVÁ, DVOŘÁKOVÁ, 2005).

2.1.2 Benefity pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou

Pro jedince se zdravotním postižením jsou pohybové aktivity mimořádně významné. Pomáhají rozvíjet jak motoriku a pohybové dovednosti, tak i úroveň volných vlastností, schopnost komunikovat, tvořit, překonávat zábrany, zvykají si na nové role, které vyžadují spolupráci. Úkolem pohybových aktivit je prostřednictvím pohybu a tělesných cvičení eliminovat důsledky zdravotního postižení (KURSOVÁ, 2009).

Právě pohybové aktivity jsou pro děti s disabilitou jedním z důležitých druhů socializačních procesů. Jedinec získává jakýsi systém hodnot, rolí a norem (VÁGNEROVÁ, 2004). Pohybové zkušenosti jsou nedílnou součástí, v zásadě základem vývoje zdravých dětí, pro děti s disabilitou jsou ještě důležitější. Pohybová činnost slouží k integraci osob s postižením. Lidé s jakoukoli disabilitou mají všechna práva požadovat takové formy pohybových aktivit, jež odpovídají jejich požadavkům a představám, jelikož jsou platnými a rovnoprávními členy společnosti (VÁLKOVÁ, 1996).

2.1.3 Specifika pohybových aktivit dětí se sluchovým postižením

Děti s disabilitou sluchovou mohou vykonávat zpravidla všechny pohybové aktivity. Jedinou překážkou může být spolupráce se slyšícím trenérem, který nezná znakový jazyk, nebo pokud dítě hraje kolektivní sport společně se slyšícími dětmi. Pro děti s vadou sluchu jsou pohybové aktivity vhodným trávením volného času. Ovlivňují společenské začlenění, rozvíjí osobnost a pozitivně působí na orientaci v prostoru pomocí ostatních smyslů, převážně hmatových a zrakových. Pro děti se zbytky sluchu je vhodné zapojit hry rozvíjející právě sluch.

Jedinci s disabilitou sluchovou nejsou nijak závažně omezeni ve vykonávání pohybových aktivit. Jediná limitace, je při disciplínách založených na zvukovém signálu. Při takové aktivitě je potřeba zvuk převést do vizuální podoby, výstřel startovní pistole předvést do znakového jazyka, praporkem, vibrační signalizací apod. Například se využívá vibračního kroužku, který jedince upozorňuje na hlasitý zvuk (hvizd píšťalky), toho se využívá především u sportů, kde se pískají fauly (TRAJKOVA, 2011).

Při některých pohybových činnostech není vhodné, aby dítě nosilo sluchadlo a to z důvodu ztráty nebo poškození (plavání, loďkování, skoky aj.). U mnohých sportovních disciplín se rozdíl, mezi zdravým jedincem a jedincem sluchově postiženým, naprosto vytrácí. Jsou to například atletické disciplíny, hod oštěpem, vrh koulí, vrh kladivem, skok daleký aj. V některých disciplínách není sportovec vůbec vázán na sluchové vnímání. Sám si určuje, kdy začne se svým výkonem. V určitých disciplínách může být sluchové postižení dokonce výhodou, jelikož se tento jedinec lépe soustředí. K takovým sportům patří například deskové hry, tenis, střelba. Jako výhoda se někdy projeví znalost znakového jazyka a to ve sportovních disciplínách, kde

není možné dorozumívat se s trenérem orálně, například v judu, potápění. (TRAJKOVÁ, 2011)

2.1.4 Specifika pohybových aktivit pro děti s disabilitou zrakovou

Děti s disabilitou zrakovou mohou, s ohledem na svůj handicap, tvořený omezením či absencí zraku, provozovat jen vybrané nebo nově vytvořené pohybové aktivity. Pohybové aktivity mají jedince s poškozeným zrakem udržovat v dobrém zdravotním stavu a mají rozvíjet funkce nepoškozených smyslů. Také se při těchto aktivitách učí správnému držení těla a orientaci v prostoru. Musí se spoléhat na fungující smysly. Edukátor musí dbát zvýšené opatrnosti a vědět, co podle lékařského doporučení které dítě smí a které nesmí dělat. Zvládnutí samostatného pohybu, prostorové orientaci a strachu z neznámých prostor je předpokladem a podmínkou integrace dětí do společnosti (BLÁHA, PYŠNÝ, 2000).

Ke cvičení zrakově postižených dětí se využívají různé pomůcky kompenzující chybějící zrak, například ozvučený míč, rolnička, mluvící či hmatové hodinky.

V České republice je možné, aby dítě s disabilitou zrakovou, provozovalo atletiku, bowling, cyklistiku, fotbal, futsal, goalball, judo, kuželky, lukostřelbu, lyžování, plavání, showdown, šachy, turistiku, vzpírání, veslování, zvuková střelba.

2.2 Pojmy zdraví a disabilita

2.2.1 Definice zdraví

Zdraví není takovou samozřejmostí, jakou by se mohlo na první pohled zdát. Je křehké, zranitelné a většinou si jeho hodnotu uvědomíme až tehdy, když ho ztrácíme (KREJČÍ, 2008).

Dříve se pojmem zdraví chápal jen jako nepřítomnost nemoci. Obecněji zdraví představuje schopnost organismu vyrovnat se měnícím se nárokům okolního prostředí, snést je, přizpůsobit se jim a vyvážit je. Tedy stav rovnováhy mezi prostředím a organismem. Od pojetí fyziologického (biologického) se časem přistoupilo k duálnímu chápání zdraví a nemoci, to zahrnuje jak fyziologickou dimenzi člověka, tak psychologickou. Později se vyvinulo holistické pojetí. To chápe zdraví a nemoc jako soubor fyziologických, psychologických a sociálních aspektů života. (NOVOSAD, 2006). Zdraví člověka je v současnosti chápáno jako vyvážený stav tělesné, duševní, sociální a duchovní pohody. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha aspekty, jako je styl

života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí, bezpečí člověka atd. Zdraví je předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro optimální pracovní výkonnost (KREJČÍ, BAUMELTOVÁ, 2001). Kursová tvrdí, že podle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) zdraví člověka nechápeme jen jako pouhou nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplného fyzického, psychického a sociálního blaha, tedy jako celkově uspokojivý životní pocit člověka (anglicky wellbeing) na úrovni tělesné, duševní i společenské. Zdraví je důležitou podmínkou pro běžný život člověka a je činitelem ovlivňujícím kvalitu života (BURSOVÁ, RUBÁŠ, 2001 in KURSOVÁ, 2009).

Novosad uvádí, že se často zaměňují pojmy zdraví a normalita. (NOVOSAD, 2006) Vágnerová tvrdí, že za normální se považuje to, co je v dané společnosti žádoucí, nebo nejčastější, popřípadě to, co je optimálně funkční. Tento společenský ideál se může, ale nemusí se zdravím krýt. (VÁGNEROVÁ, 1999 in NOVOSAD, 2006).

2.2.2 Disabilita

Pojem disabilita se skládá ze dvou slov, prvním je dis, znamenající zápor, druhým je abilita ta značí schopnost, způsobilost, obratnost, potencialita (abz.cz, 2012, online).

Pojmem disabilita vyjadřujeme omezení, chybění, neschopnost, nemohoucnost, invaliditu, zdravotní postižení – ve smyslu následku poškození, v důsledku čehož nelze vykonávat aktivity právě tím způsobem, jak je to obvyklé. Jedná se tedy o poruchu na úrovni celého jedince (JANKOVSKÝ, 2006). Disabilita podle Votavy je funkční změna na úrovni celého jedince, která ho omezuje v některé činnosti (VOTAVA a kol., 2005).

Coppenolle uvádí, že disabilita znamená nezpůsobilost, změněnou schopnost, postižení (COPPENOLLE, 2004). Handicap označuje znevýhodnění ve všech životních směrech. V kontextu zdraví je zdravotní postižení chápáno jako poškození či jakákoli ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce. Poškození může být přítomno, i když člověk není nemocný. Zdravotní postižení nelze spojovat se stavem chronické nemoci, například člověk s diabetem je nemocný nikoliv postižený (COPPENOLLE, 2004).

Naopak Kacanu říká, že mezi disability se řadí například i cukrovka a nemoci srdce (KACANU.2001). Přímou píše, že zdravotní disabilita je pojem, který zahrnuje velké množství různých funkčních omezení. Při fyzickém nebo tělesném postižení je člověk postižen úplnou ztrátou, deformací či ochrnutím některé z končetin. Při smyslové

disabilitě jsou postiženy různé smyslové orgány. Dále se disabilita dělí na mentální a duševní a disabilitu vnitřní, kam patří například cukrovka a nemoci srdce (KACANU.2001).

Od roku 1980 zavádí WHO nový model nemocí a postižení. Je to: nemoc, poškození, postižení, handicap. Tato řada vymezuje rozdílnosti nemocí, jako dočasného statusu (akutní nemoc) nebo statusu dlouhodobého (chronická nemoc) jako stavů léčitelných, od postižení, které je stavem trvalým s možností zlepšení či zhoršení v oblasti vlastního postižení, přesto ale stavem nevléčitelným (WHO, 2011 online)

Kursová píše, že WHO zavádí v roce 2001 jednotnou a standardní terminologii podle Mezinárodní klasifikace poškození, postižení a handicap. Tato terminologie vymezuje jednotlivé kategorie postižení takto: tělesné (pohybové), duševní (mentální), řečové, smyslové (zrakové, sluchové), kombinované (hluchota a jiné mnohonásobné postižení), autismus, poruchy chování (psychosociální oblast jako je toxikomanie, alkoholismus, delikvence), specifické poruchy učení a chování (dysgrafie, dyslexie, specifické poruchy pozornosti) (KURSOVÁ, 2009).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (účinnosti nabývá 1. 1. 2007): „Zdravotní postižení je pro účely tohoto zákona charakterizováno jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“ (MPSV, 2010, online).

Zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému (ČERNÁ, 2008). Zdravotní postižení vymezujeme jako stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti, které je zapříčiněno nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou. (VYSOKAJOVA 2000 in KURSOVÁ 2009).

Vágnerová dále uvádí, že zdravotní postižení je trvalou vlastností jedince. Může být znevýhodňující po sociální stránce a může člověku s postižením znesnadňovat zařazení do společnosti zdravých lidí. Odmítavé, ambivalentní a negativní postoje společnosti vůči lidem s postižením často vychází z nedostatku porozumění jejich problémům a z nedostatku informací. Tato neinformovanost veřejnosti o možnostech, omezeních a problémech lidí s postižením svědčí mimo jiné s faktem, že tato problematika byla dlouho tabuizována (VÁGNEROVÁ, 2004).

Podle Renotiérové se v různých zemích označují postižené osoby rozdílně, ani u nás není jednotné a ustálené. Je podmíněno různým chápáním a pro označení osob s defektem existuje více termínů, například: člověk znevýhodněný, postižený,

s postižením, handicapovaný, se speciálními výchovnými a vzdělávacími potřebami, výjimečný, zdravotně postižený, člověk se speciálními potřebami aj (RENOTIEROVÁ, 2003).

Celosvětově se pro označování lidí se zdravotním postižením prosazuje zásada „people first“ (nejprve lidé) Všichni jsme lidé s různými vlastnostmi, jednou z nich může být i postižení. (VOTAVA a KOL., 2003). Anglická obdoba je „disabled person with disability“. Vývoj jde ale ještě dále a je navrhováno označení „people with special needs“ (osoby se speciálními potřebami), ovšem obsah tohoto označení může být chápáno v širším slova smyslu než osoba se zdravotním postižením (VOTAVA, 2003)

2.2.2.1 Disabilita u dětí a jejich vývoj

Většina postižení, která se vyskytují u dětí, jsou vrozená, tedy existují již od narození, nebo od časného dětství. Na dítěti však nemusí být postižení hned po narození patrné, protože funkce, jejichž poškození se má projevit, se u dítěte rozvíjí postupně. Příčina může být buď dědičná, čili porucha na chromozomální výbavě dítěte, nebo porucha z různých příčin během těhotenství a při porodu. Samozřejmě mohou vzniknout i v pozdějším věku a to nejčastěji následkem úrazů, méně často následkem onemocnění (VOTAVA, 2005).

V populaci se vyskytuje poměrně velké množství lidí s různým zdravotním postižením. Podle údajů OSN pro výchovu, vzdělávání a kulturu a WHO se jedná celkem o 19,64% zdravotně postižených v lidské populaci (PIPEKOVÁ, 2006). Vágnerová uvádí četnost výskytu vrozeného postižení u dětí v rozmezí 3 až 5 %.

Příčiny vzniku postižení mohou být jak genetické, tak i vlivem působení vnějšího prostředí v prenatálním, perinatálním i postnatálním období. Mohou také vzniknout v důsledku onemocnění či úrazu. Z hlediska důsledků pro celkový rozvoj jedince rozlišujeme postižení vrozené, či získané v raném věku a postižení získané později.

Vágnerová dále uvádí, že vrozené, nebo ve velmi raném věku získané postižení zásadním způsobem ovlivňuje vývoj dítěte s disabilitou, neboť mu může znesnadnit získávání zkušeností. Z objektivního hlediska má člověk, který postižení získal později výhodu v zachování dříve získaných zkušeností. Například u později ohluchlých zůstávají řečové schopnosti a slovní zásoba, u později osleplých je zachována představa prostoru, barev, tvarů. Ze subjektivního hlediska je ale pozdější ztráta zraku nebo sluchu traumatictější, než u jedinců s postižením vrozeným, protože si uvědomují rozdíly

ve kvalitě života s handicapem a bez něj (VÁGNEROVÁ, 2004). Vágnerová tvrdí, že ať se jedná o jakýkoli defekt, neovlivňuje jen orgánový systém, ale celou osobnost dítěte a jeho psychický vývoj. U dětí s trvalým postižením dochází k určité přeměně vývoje v závislosti na charakteru postižení. (VÁGNEROVÁ, 2004)

Období vývoje dítěte mezi 6. a 15. rokem života označujeme jako školní věk. Ten se dále dělí na mladší školní věk a starší školní věk. Většina autorů definuje mladší školní věk jako období mezi 6. nebo 7. rokem (podle nástupu dítěte na základní školu) a 11. – 12. rokem života dítěte. Škola a její prostředí dítě v mladším školním věku ovlivňuje zásadním způsobem. Na období mladšího školního věku navazuje starší školní věk, jinak také nazývaný pubescence, jelikož v něm dochází k pohlavnímu dozrávání. Pohlavní dospělost bývá ukončena přibližně v 15. roku života dítěte. V období pubescence se na vývoji jedince začínají prosazovat jiné mimoškolní vlivy (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Zdravotně postižené děti se často vyvíjejí odlišně, než jejich zdraví vrstevníci. Jejich vývoj není rovnoměrný, jelikož jejich postižení zasahuje do sociální, duševní a tělesné složky. Vývoj dítěte s vrozeným postižením sice prochází stejnými fázemi jako vývoj u dítěte zdravého, ale v některých obdobích postižení jedince může limitovat, nebo i znemožňovat rozvoj některých kompetencí. Psychický vývoj dítěte má své obecné typické znaky, avšak vývoj každého jedince je specifický na základě jeho individuality a má své jedinečné rysy, které ani u postižených dětí, v rámci nepřímé generalizace, nelze přehlížet. Působení psychosociálních faktorů ovlivňuje vznik určitých psychických odchylek. Změny, které doprovází přestup z mateřské školy do školy základní, jsou zásadní pro všechny děti. Nejvíce tyto změny ale pocítují děti s postižením. Při nástupu do školy, který je pro postižené dítě jedno z klíčových období, často mluvíme o první krizi identity, neboť zde dochází k potvrzení jeho odlišnosti a z toho vyplývajícího omezení jako stálého, negativního a neměnného znaku osobnosti tohoto jedince (VÁGNEROVÁ, 2004).

Někdy nastávají větší problémy v oblasti socializačního rozvoje dítěte s disabilitou než v oblasti vývoje kognitivních schopností (ŠPOTÁKOVÁ, TOMČANIKOVÁ, 2000 in VÁGNEROVÁ, 2008). Pro správný sociální vývoj dítěte s postižením jsou velmi důležité zkušenosti s jejich vrstevníky. Postižené děti často mívají snížené sebehodnocení, jsou pasivnější, mají menší důvěru sami v sebe a bývají zvýšeně citlivé na hodnocení svých výkonů (VÁGNEROVÁ, 2008).

Vágnerová uvádí, že fáze školního věku je podle Ericsona definována jako doba snaživosti a výkonu, jehož cílem je příprava na budoucnost. Vývojovým rizikem v tomto věku je odlišnost sebehodnocení ve smyslu pocitu nedostatečnosti, strachu ze selhání či méněcennosti, jindy si postižené dítě může svůj defekt kompenzovat nadměrným zdůrazněním významu výkonu a může být velmi citlivé na úspěch. (VÁGNEROVÁ, 2004).

Aspirační úroveň jedince je součástí jeho identity. Odráží se zde tedy i charakter sebehodnocení. Sebehodnocení ve školním věku zahrnuje i vlastní postižení, které je zde akceptováno realisticky. Dítě se v tomto věku nedokáže odpoutat od reálného světa, nedokáže uvažovat na úrovni možnosti nebo pravděpodobnosti. Handicap má pro něj takový význam, jaký mu dávají reakce a postoj okolí. (VÁGNEROVÁ, 2004). Dále Vágnerová uvádí, že dítě ve starším školním věku (12 – 15 let) je v období přípravy na dynamičtější dospívání. (VÁGNEROVÁ, 2000) V tomto období samo sebe hodnotí na základě hodnocení okolí a to zejména rodičů a pedagogů. Pokud rodiče na dítě nekladou vysoké nároky pro výkon ve škole, dítě nemá pocit, že by se mělo snažit svůj výkon zlepšit. Jedná se o proces sebereflexe, který se opírá o požadavky a očekávání rodičů, jež jsou dítěti známé. Děti, jejichž rodiče nevyžadují přílišné a dobré vzdělání, v rodinách, kde vzdělání není na předních místech hierarchie hodnot, reagují na své nevyhovující výsledky ve škole velmi klidně a nemají obavy z negativních reakcí rodičů. Dítě, kterému je často rodiči říkáno, že jsou neposlušné a neukázněné se odvolává na fakt, že již je takové a že se s tím nedá nic dělat. Aspirace a sebehodnocení dětí je tedy ve velké míře ovlivněno hodnocením okolí, především hodnocením rodičů a jiných dospělých, se kterými se dítě setkává. (POTMĚŠIL, 2007).

Vliv zdravotního postižení na dítě se liší podle věku daného jedince a podle toho, kdy postižení získal. Zjednodušeně lze říci, že postižený od narození, je lépe smířený se samotným postižením a adaptovaný na ně, ale postižení narušuje (ve srovnání s nepostiženými dětmi) jeho vývoj. Postižené dítě nemá přímé zkušenosti běžné populace (nikdy nelezlo na strom). Tyto zkušenosti je proto vhodné cíleně nahrazovat a doplňovat, např. na letních táborech. Postižené dítě se může v některých oblastech vyvíjet nerovnoměrně (např. neslyšící mají méně rozvinutou vnitřní řeč) a v některých oblastech může být vývoj pomalejší. To nemusí být projevem nižších rozumových schopností, v průběhu dospívání a rané dospělosti může své vrstevníky „dohnat“. V průběhu dětství si postižené dítě uvědomí svou odlišnost od nepostižených

vrstevníků. Zprvu však často neví, zda je tato odlišnost dobrá nebo špatná. Musí tuto situaci zpracovat a různým způsobem se s ní vyrovnává. V optimální situaci dosáhne přiměřené sebereflexe, sebevědomí a asertivity. To mu umožňuje samostatně rozhodovat o svém životě a také chápat situaci jiných osob a to, jak ho vnímají (VOTAVA, 2005).

Novosad uvádí, že aspekty, které ovlivňují život lidí s postižením, je možné rozdělit na subjektivní a objektivní. Některé z těchto faktorů lze změnit, jiné jsou neměnné a můžeme je jen kompenzovat, nebo jejich negativní vliv na život eliminovat. Tyto determinanty se často prolínají, mají smíšený charakter a jejich následky se kombinují (NOVOSAD, 2006). Subjektivní činitelé ovlivňují život zásadním způsobem, určují úspěšnost socializace. Mezi subjektivní činitele Novosad řadí zdravotní stav a zdravotní omezení, která z něj vyplývají, to znamená chronické onemocnění nebo trvalé zdravotní postižení, které zásadně ovlivňuje mobilitu, vnímání, chápání, lokomoci, komunikativnost, emocionalitu, jednání a chování jedince. Dále do subjektivních činitelů spadají osobnostní rysy jedince, vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu postižení, schopnost zvládat nepříznivé životní situace. Tato schopnost je dána hlavně charakterovými vlastnostmi jedince, vůlí a motivační složkou osobnosti. Jako další sem Novosad zařazuje vnější vlivy, na nichž je jedinec závislý, tzn. rodina, osobní zázemí a užší sociální prostředí. Objektivními činiteli Novosad míní společenské vědomí, postoj společnosti k jedincům s postižením, stav životního prostředí, sociální politiku (tzn. vztah, který stát zaujímá k znevýhodněným lidem), vzdělávací politiku (tj. stupeň poskytnutých možností vzdělávání, výchovy a profesní přípravy lidem s handicapem), politiku zaměstnanosti (tedy vůli a možnost vytvářet pracovní místa, která využijí nadání a schopnosti lidí s postižením) a sociální služby (NOVOSAD, 2006).

2.2.2.2 Senzorická disabilita a její vliv na vývoj dítě

Zrak a sluch zásadně ovlivňují vývoj senzomotorické inteligence, u ní má hlavní význam motorika a vnímání. Sluchová nebo zraková disabilita má tedy za následek špatný vývoj senzomotorické inteligence. Vnímání dítěte v raném dětství má různé způsoby, informace takto získané jsou zpracovány. Děti vnímají své okolí určitým způsobem, jejich schopnost vnímat se dále rozvíjí. Tyto děje se vzájemně ovlivňují

s vývojem motoriky, například se dítě otáčí za zvuky, snaží se dostat k předmětu, který vidí, atd. (PIAGET 1966, 1970 in VÁGNEROVÁ, 2004).

Ztráta zraku v prenatálním, perinatálním období, nebo v raném dětství je velkým problémem především proto, že jedinec ztrácí schopnost naučit se pohybovat a vyznat se v prostoru. Ztráta sluchu v tomto období znamená znemožnění vzniku a vývoje řeči. Závažná sluchová či zraková vada má za následek omezení v oblasti orientace a může vést k sensorické deprivaci. Omezení jednotlivých psychických funkcí je dáno závažností a charakterem postižení. (PIAGET 1966, 1970 in VÁGNEROVÁ, 2004).

2.2.2.3 Disabilita sluchová a její vliv na vývoj dítěte

Výchovou, vzděláním, rozvojem a snahou o plné začlenění jedince se sluchovým postižením do společnosti se zabývá speciálně pedagogická disciplína zvaná surdopedie.

Vágnerová uvádí, že sluchové postižení je omezení nebo ztráta schopnosti sluchově vnímat (VÁGNEROVÁ, 2004). Poškození sluchu je jedním z nejrozšířenějších somaticko – funkčních postižení. V České republice se počet lidí s disabilitou sluchovou pohybuje okolo 500 000. Velkou část z toho tvoří nedoslýchaví lidé, u nichž došlo ke zhoršení sluchu na základě stárnutí, nejčastěji po 60 roce života (HORÁKOVÁ in PIPEKOVÁ, 2006). Vrozenou nebo v raném dětství získanou disabilitou sluchu v České republice trpí asi 0,15% jedinců (VÁGNEROVÁ, 2004), z nich je přibližně 3700 osob postiženo úplnou hluchotou a cca 3900 osob trpí praktickou hluchotou. U novorozenců je poškození sluchu jednou z nejčastějších chorob. Jedno z 22 novorozeňat trpí od narození určitými sluchovými obtížemi. (HORÁKOVÁ in PIPEKOVÁ, 2006).

Genetický základ má asi 50 % sluchových vad. Vady takto vzniklé nebývají v kombinaci s žádným dalším postižením a za správných podmínek se dítě vyvíjí dobře. Jestliže je ale geneticky podmíněné sluchové postižení kombinováno s poruchou centrální nervové soustavy, může dojít k výraznějšímu narušení jedince (například vznikne hluchoslepota – Ushertův syndrom). Riziko vzniku je nejvyšší, dojde – li k poškození sluchu v prenatálním a perinatálním období (VÁGNEROVÁ, 2001).

Vznik sluchových vad, stejně jako vznik ostatních druhů postižení, je ve většině případů problematicky zdůvodnitelný. Někteří autoři uvádí, že příčiny vzniku poškození sluchu jsou neznámé až v 68 % případů. Sluchové vady můžeme rozdělit na vzniklé v prenatální, perinatální a postnatální období. V prenatálním období působí na plod

řada vlivů. Jsou to biologické vlivy (hormonální a metabolické poruchy, virová onemocnění), chemické vlivy (kouření, toxikomanie, alkoholismus) a fyzikální vlivy (různé druhy záření, úrazy matky vzniklé během těhotenství). Prodělané interrupce či krvácení během těhotenství mohou být dalšími riziky vzniku sluchové vady plodu. V perinatálním období mohou poruchy sluchu vzniknout na základě prodělané asfyxie u dítěte, nebo je – li nižší porodní váha. Škodlivé jsou inkubátory, jejich vlivy na sluchový orgán dítěte. V postnatálním období mohou mít za následek poškození sluchu například úrazy hlavy, časté záněty středního ucha, infekční onemocnění jako meningitida nebo průšnice, orgánové změny, cysty, dříve některé druhy antibiotik (tzv. mucinová antibiotika) a nadměrný hluk (CHVATALOVÁ in KREJČÍŘOVÁ, 2002).

Jedinci se sluchovým postižením se od sebe vzájemně liší různou strukturou a hloubkou sluchové vady, dobou, kdy toto postižení vzniklo, úrovní celkového rozvoje osobnosti a sociálními a kulturními podmínkami, v nichž probíhala surdopedická intervence. Společnost jedinců se sluchovou disabilitou je tedy velmi různorodá a nehomogenní. (SOURALOVÁ in RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ a kol., 2003).

Existuje mnoho různých aspektů, podle nichž dělíme sluchové vady. Potměšil tvrdí, že s ohledem na hodnocení v čase, je sluchové postižení pojímáno nejprve z hlediska medicínského a teprve potom jako problém vyžadující speciální edukační přístupy. Pro ujasnění je třeba vysvětlit pojmy vada sluchu a sluchové postižení. Vadu sluchu chápeme spíše z hlediska zdravotního. Tedy jako jistou měřitelnou míru omezeného nebo úplně zamezeného využití sluchového vnímání pro běžný život. Sluchové postižení má širší dimenzi. Je chápáno jako odraz vady sluchu zpět k jedinci. Jedná se tedy o psychosociální rozměr deficitu (POTMĚŠIL, 2007). Podle Houdkové můžeme sluchové postižení rozdělit do dvou kategorií. Jsou to poruchy a vady sluchu. Jako poruchu sluchu označujeme takové postižení sluchové funkce, kdy se kvalita sluchu může vrátit po vhodné intervenci do normálu, je tudíž jen přechodného charakteru. Vadou sluchu rozumíme takové postižení, které je trvalé a nelze u něj docílit nápravy. (HOUDKOVÁ, 2005).

Sluchové postižení se v současné době dělí z hlediska pojímání na dvě základní koncepce. Je to patologizující pojetí a sociokulturní pojetí. Patologizující pojetí chápe sluchovou vadu jako stav, při němž je znemožněna nebo zásadním způsobem narušena schopnost slyšet. Toto pojetí předpokládá, že vada bude efektivně léčena, nebo alespoň kompenzována dostupnými prostředky. Kompenzací se nemyslí jen přímá kompenzace

pomocí technických prostředků (hlavně sluchadel), ale také se jí myslí sekundární kompenzace vady. Tu představuje využití speciálně pedagogických postupů. Druhé pojetí – sociokulturní představuje dítě, člověka se sluchovým postižením jako jedince s jiným komunikačním módem. Toto pojetí vychází z názoru, že sluchově postižení jedinci, ať už je jejich vada jakkoli rozsáhlá, patří do kulturní menšiny. Tato menšina vykazuje stejné znaky jako jiné menšiny – společný jazyk, kultura, historie a hodnotový systém. Když ale porovnáme jiné sociokulturní skupiny či jazykové menšiny s menšinou sluchově postižených lidí, zjistíme, že skupina osob se sluchovým postižením se setkává se zcela specifickými podmínkami. Tyto podmínky ovlivňují vývoj jedince a následně i vztahy a vývoj ve skupině (POTMĚŠIL, 2007). Podle Souralové nejsou sluchově postižení lidé, dorozumívající se znakovým jazykem, ve společnosti považováni za postižené, ale spíše za příslušníky jiné kulturní a jazykové minority. (SOURALOVÁ in RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ a kol., 2003).

Surdopedie vymezuje dva pojmy pro označení hloubky sluchové vady, jsou to nedoslýchavost a hluchota. Nedoslýchavost se dále dělí na mírnou, střední a těžkou. Mírné nedoslýchavosti si nemusí okolí jedince vůbec všimnout. Střední nedoslýchavost představuje jisté omezení sluchového vnímání a to převážně v nevyhovujících akustických podmínkách. Těžkou nedoslýchavostí rozumíme stav, kdy má sluchová vada podstatný vliv na kvalitu komunikace jedince, jedná – li se o dítě pak na samotný vývoj mluvené řeči. Hluchota je nejtěžší a nejzávažnější stav vady sluchu. Brání vnímání mluveného slova a jedinec postižený hluchotou je zcela odkázán na vizuální komunikaci (SOURALOVÁ in RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ a kol., 2003). V České republice se nejčastěji používá klasifikace postižení sluchu podle WHO. Číselné údaje znamenají sluchové ztráty. Kategorie jsou: normální sluch 0 – 25 dB, lehká nedoslýchavost 26 -40 dB, středně těžká nedoslýchavost 41 – 55 dB, těžká nedoslýchavost 56 – 70 dB, praktická hluchota 71 – 90 dB a u úplné hluchoty je ztráta více než 90 dB (HORÁKOVÁ in PIPEKOVÁ, 2006).

Sluch má zásadní vliv na vznik a rozvoj mluvené řeči. Je – li sluch jakkoli poškozen, odrazí se to právě na mluveném projevu, velmi záleží na tom, v jakém věku a do jaké hloubky byl sluch poškozen (DOBROVOLSKÁ, MACHÁČEK, ŠMAHEL, 1991). Dítě, které je od narození, nebo raného dětství postiženo ztrátou sluchu, se není schopno naučit mluvenou řeč. Ve většinové společnosti, tedy ve společnosti slyšící je hlavním způsobem dorozumívání právě mluvená řeč. Každé dítě je obdařeno přirozenou touhou

napodobovat mluvenou řeč, ale dítě postižené je v tomto omezeno absencí sluchových vjemů, které jsou nezbytné pro rozvoj mluveného jazyka. Je pro ně mnohem přirozenější přijímat informace pomocí znakového jazyka. To je často umožněno jen těm dětem, narozeným v neslyšící rodině, kde je znakový jazyk přirozeným prostředkem dorozumívání. Většina dětí s vadou sluchu se rodí do rodin slyšících, rodiče zde znakový jazyk buď neovládají vůbec, nebo špatně a to může vést ke špatnému rozvoji osobnosti dítěte, neboť v takových rodinách nedochází k dostatečnému předávání informací. (SOURALOVÁ in RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ a kol., 2003).

Pro rozvoj mluvené řeči je důležité do jaké míry byl sluch poškozen (zda jde o úplnou hluchotu, nebo o nedoslýchavost) a kdy k tomuto poškození došlo. Dobrovolská, Macháček a Šmahel k tomuto uvádějí, že dojde – li ke ztrátě sluchu před vývojem řeči, nebo se dítě jako hluché již narodí, není šance, aby se řeč vyvinula, tudíž se dítě stává hluchoněmým. Pokud dojde ke ztrátě nebo poškození sluchu v rozmezí asi šestého a sedmého roku života dítěte, kdy se řeč ještě dostatečně nevyvinula a není dostatečně ukotvena, dochází postupně k její ztrátě. Pokud není dítěti poskytnuta vhodná výchovná péče, je pravděpodobné, že se postupem času také stane hluchoněmým. Jestliže dítě ztratí sluch po vyvinutí řeči (po sedmém až osmém roce), řeč je dostatečně zafixována a nevytrácí se. Dochází ale k jejím proměnám a to například v melodii a plynulosti, neboť jedinec nemá žádnou sluchovou kontrolu. Tento jev nazýváme ohluchlostí. Pokud je dítě nedoslýchavé, má na vývoj řeči velký vliv typ a stupeň jeho postižení. Narodí – li se dítě jako nedoslýchavé, mluvit se naučí, ale s velkými potížemi, špatně a opožděně oproti zdravým dětem. Jestliže je sluch poškozen během vývoje mluvené řeči, tento vývoj se zpomalí a dojde k deformaci řeči (DOBROVOLSKÁ, MACHÁČEK, ŠMAHEL, 1991). Velmi tedy záleží na čase, kdy bylo postižení získané, pokud se tak stalo před ukončením základního vývoje řeči (asi sedmý rok života) hovoříme o vadě prelingviální. Pokud k poškození sluchu dojde po ukončení vývoje řeči jedné se o vadu postlingviální (SOURALOVÁ in RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ a kol., 2003). Obecně můžeme říci, že čím dříve poškození sluchu vznikne, tím závažnější jsou důsledky na psychický vývoj a integraci jedince s postižením. Celkový vývoj jedince nejvíce ovlivňují vrozené vady. Psychický vývoj jedince s vadou sluchu velmi závisí na adekvátnosti výchovného vedení. Důležité je zvolit co nejefektivnější způsob komunikace, což obvykle znamená znakovou řeč. Všichni členové rodiny by měli

používat stejný jazykový systém. Komunikační a informační bariéra, vzniklá v důsledku sluchového postižení, je jeho nejzávažnějším důsledkem. V důsledku omezení možnosti osvojit si mluvenou řeč a používat ji v běžném životě v kontaktu s jinými lidmi dochází k opožděné socializaci a nerovnoměrnému vývoji kognitivních schopností (STRNADOVÁ, 1995 in VAGNEROVÁ, 2008). Schopnost komunikovat mluvenou řečí je jedním z nutných předpokladů správné socializace jedince. Což znamená, že u dítěte s poškozením nebo ztrátou sluchu, které mluvenou řeč ovládá jen z části nebo vůbec, může dojít k nízkému nebo žádnému začleňování do společnosti mluvících lidí (HOUDKOVÁ, 2005). Podle Kratochvílové, sluchová vada jako taková, nemá na utváření osobnosti dítěte se sluchovou vadou takový vliv jako prostředí, ve kterém vyrůstá, jeho nejbližší rodina a to, jak k němu přistupuje okolí. Pokud okolí podporuje pozitivní projevy dítěte, toto dítě se rozvíjí. Rodinou nepodporované, frustrované a nepřijaté dítě se může přestat rozvíjet, stáhnout se, uzavřít. Je proto velmi důležité, aby dítě nevnímalo přespříliš svou odlišnost, zažívalo úspěchy v komunikaci a to nejen doma, ale i mezi vrstevníky (KRATOCHVÍLOVÁ, 2009). Kacanu naopak tvrdí, že dítě si kvůli své disabilitě může připadat osamoceně a izolovaně od ostatních. Dětem může chybět motivace k volnému jednání (KACANU, 2001). Porucha sluchu mimo přijímání a předávání informací řečí ovlivňuje také myšlení a vnímání okolního světa. Dětem chybí pocit reálnosti, ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Jedinec s poškozeným sluchem nemůže reagovat na různé zvukové signály varovného charakteru, čímž je velmi ohrožena jeho bezpečnost. Na bezpečnost dětí má také vliv lehce narušená pohybová koordinace, která někdy vady sluhu provází (HAMADOVÁ, KVĚTOŇOVÁ, NOVÁKOVÁ, 2007).

Děti trpící lehkou nedoslýchavostí nemají většinou komunikační problémy. Jestliže je ale řeč tichá, nebo je v okolí hluk, špatně rozumí. Řeč takto postižených dětí je srozumitelná, mohou se objevovat lehké vady. Lehká nedoslýchavost se dá kompenzovat sluchadly. Děti se střední nedoslýchavostí slyší a rozumí řeči na vzdálenost 1 až 3 metrů. Většinou používají sluchadla, ale jsou – li v nevyhovujících akustických podmínkách, sluchadla přestávají adekvátně fungovat a děti řeči nerozumí. Středně těžká disabilita umožňuje vnímat mluvenou řeč do vzdálenosti 1 metru, což je pro běžnou komunikaci neefektivní. Děti mluví srozumitelně, ale mívají narušenou výslovnost. Dítě s klasifikací těžká disabilita vnímá mluvenou řeč, jen pokud mluvčí hovoří v těsné blízkosti ucha postiženého jedince. I tak je řeč vnímána zdeformovaně. U

takto postižených dětí se řeč sluchovou cestou vyvíjí opožděně, děti nemohou běžně komunikovat, nemají dostatečnou slovní zásobu a zvuková stránka řeči je deformovaná. Řeč se může rozvíjet odezíráním a pomocí sluchadel. Poslední skupinu tvoří děti neslyšící. Takto postiženým dětem nepomůžou při komunikaci žádné kompenzační pomůcky. Nastává zde problém, jelikož dítě není schopno komunikovat s běžnou populací, ale jen s jinými jedinci s disabilitou sluchu, nebo s lidmi ovládající znakovou řeč (POTMĚŠIL, 2005).

2.2.2.4 Disabilita zraková a její vliv na vývoj dítěte

Výchovou, vzděláním, rozvojem a snahou o plné začlenění osob se zrakovou disabilitou do společnosti se zabývá speciálně pedagogická disciplína zvaná tyflopedie nebo také oftalmopedie.

Zrakové postižení je možné definovat jako úplnou ztrátu, nebo nedostatečnost zrakového vnímání. Za osobu s disabilitou zrakovou považujeme člověka, jenž i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováváním informací zrakovou cestou, například čtení černotisku nebo problémy se zrakovou orientací v prostoru (LUDÍKOVÁ in RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ a kol., 2003). V širším slova smyslu jsou vady zraku veškeré poruchy zrakového vnímání. V užším slova smyslu jsou do vad zraku začleněny jen poruchy lomivosti oka, tedy vady refrakční. Ty vznikají kvůli odchýlkám lomivosti oka tak, že je porušen vhodný poměr délky oka a optickou lomivostí. Touto odchýlkou vznikají obrazy za nebo před sítnicí, tudíž je výsledný obraz na sítnici nesprávný, rozmazaný a zkreslený (EDELSBERG, 1984).

Ztráta zraku je všeobecně považována za jedno z nejtěžších postižení, i když počet nevidomých není, ve srovnání s jinými typy postižení, vysoký. Na druhou stranu refrakční vady jsou velmi časté a porucha akomodace, která vede k nošení brýlí především při čtení, je ve vyšším věku fyziologická. Proto si problémy, spojené s poruchou vidění, uvědomuje alespoň ve stáří prakticky každý (VOTAVA, 2005). Na první pohled se může zdát, že člověk, jenž ztratí zrak, nebo člověk se zrakem oslabeným, se automaticky stává člověkem nesamostatným, který se bez pomoci druhých neobejde. Není tomu tak. Pokud takový jedinec nerezignuje, může žít a fungovat naprosto samostatně, jen si musí na absenci nebo oslabení zraku zvyknout a přizpůsobit tomu některé věci. Takový člověk se naučí orientovat v bytě, domě a jeho

okolí i bez zraku, domov je jeho potřebám co nejvíce uzpůsoben. Dokáže si uvařit, uklidit, obléknout se, apod (SCHINDLEROVÁ, 2007).

Kuchyňka a kolektiv uvádí, že podle odhadů WHO žije na světě 37 milionů nevidomých a 124 milionů slabozrakých osob. V těchto číslech není zahrnut počet lidí s refrakčními vadami zraku. Četnost zrakového postižení úzce souvisí s věkem, jelikož asi 82% lidí s vadami zraku jsou osoby starší 50 let (KUCHYŇKA a kol., 2007). WHO dále uvádí, že v roce 2020 se počet osob se zrakovou vadou může až dvojnásobit. Podle Pešáka a Schindlera se počet zrakově postižených postupně zvyšuje hlavně kvůli rostoucí délce života a to hlavně ve vyspělých zemích. Souvislost mezi vyšším věkem a vznikem zrakové vady je přímo úměrná. Lidé starší 75 let trpí vadami sluchu v 80%, 70 – 75% nově vzniklých zrakových poškození vzniká u osob starších 65 let. To znamená, že tím, jak se prodlužuje délka života, zvyšuje se také procento osob s disabilitou zrakovou (<http://www.sons.cz/kdojezp.php>). Podle výzkumů jsou ve světě vady zraku častější u žen než u mužů (KUCHYŇKA a kol., 2007). V celosvětovém měřítku 9 z 10 nevidomých osob pochází z rozvojových zemí, odborníci odhadují, že přibližně 80% těchto lidí s úplnou ztrátou zraku může být léčeno, nebo šlo slepotě zabránit. V Evropě je počet zrakově postižených osob asi 12 milionů, z toho 1 milion připadá na osoby nevidomé. To činí asi 1 – 1,5% z evropské populace. Přesné statistiky neexistují (<http://www.sons.cz/kdojezp.php>).

Příčiny vzniku zrakového postižení jsou vrozené, dědičné a získané. Dědičné neboli endogenní vady zraku jsou například těžká krátkozrakost, konskomitující šilhání, vrozený glaukom, astigmatismus, vrozený šedý zákal, retinoblastom a albinismus. Mezi exogenní (vrozené) vady řadíme anoftalmus, mikroftalmus, renopatii nedonošených a vrozený šedý zákal. Tyto vady bývají způsobeny fyzikálním, mechanickým a chemickým poškozením, poruchami výživy a metabolismu matky. Během života vznikají vady zraku vlivem stáří, prostředí, životního stylu, chorob a úrazů (HAMADOVÁ, KVĚTOŇOVÁ, NOVÁKOVÁ, 2007). Moravcová jako další příčiny ztráty sluchu v pozdějším věku uvádí revmatická onemocnění, angíny, diabetes, roztroušenou sklerózu a tuberkulózu. Po 45. roce života se kvůli skleróze oční čočky objevuje pokles zrakové ostrosti (MORAVCOVÁ, 2004).

V dnešní době se mění struktura zrakových vad. Na základně vývoje civilizace se snižuje počet poruch zraku vlivem prodělání infekčních chorob, zato ale přibývá vrozených a dědičných vad. Nejrozšířenějšími vadami zraku u dětí jsou poruchy

binárního vidění a refrakční vady. Ve vyspělých zemích zaujímá retinopatie nedonošených dětí první místo na pomyslném žebříčku nejčastější vrozené vady očí (MORAVCOVÁ, 2004).

Skupina osob se zrakovou vadou je velice různorodá a lze ji dělit na menší celky podle řady kritérií (BALUNOVÁ, HEŘMÁNKOVÁ, LUDÍKOVÁ, 2001). Stupně zrakového postižení definuje WHO na pět skupin podle zrakové ostrosti a omezení zorného pole. Jsou to: střední slabozrakost (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí, maximem je hodnota menší než 6/18 (0,30), minimem je hodnota rovná nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10. Tato kategorie se také nazývá „kategorie zrakového postižení 1“), silná slabozrakost (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí, maximem je hodnota menší než 6/60 (0,10), minimum je rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 – 10/20, jinak se tato kategorie nazývá „kategorie zrakového postižení 2“), těžce slabý zrak, ten je dvojího typu: a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí, maximem je hodnota menší než 3/60 (0,05), minimální hodnota je rovná nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 – 1/50, b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů. Těžce slabý zrak se také nazývá „kategorie zrakového postižení 3“. Další skupinou, jinak nazývanou „kategorie zrakového postižení 4“, je praktická nevidomost (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do pěti stupňů kolem centrální fixace, centrální ostrost není postižena). Poslední kategorií je úplná nevidomost (ztráta zraku, zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu, až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí. Jiné označení je „kategorie zrakového postižení 5“) (sons.cz, 2012, online).

Mezi další poruchy zraku patří například strabismus neboli šilhání (jedná se okulomotorickou poruchu), kortikální slepota někdy také nazývána jako slovní slepota (problémy se zpracováním zrakových podnětů v mozku), barvoslepost (jedinec je schopen vnímat jen některé barvy), daltonismus (jedinec rozeznává odstíny šedi), porušení prostorového vidění, hemaralopia neboli šeroslepost, amblyopie česky tupozrakost (zhoršení zrakové ostrosti oka), aj. (MORAVCOVÁ. 2004).

Mezi nejčastější postižení zraku u dětí patří poruchy binokulárního vidění, což jsou šilhavost a tupozrakost. Jedná se o vady funkční. Při šilhání je v nerovnováze rovnoběžné postavení očí, jedno oko se odchyluje a zpravidla má sníženou ostrost. Tuto vadu lze napravit brýlemi. Druhou poruchou binokulárního vidění je amblyopie neboli tupozrakost. Tato vada se nedá korigovat brýlemi. Tupozrakost se léčí tak, že se zakryje

zdravé vedoucí oko a tak dochází k posílení oka postiženého. Pokud je vada rozeznána a léčena včas, zpravidla se ostrost oka výrazně zlepší, nebo dokonce dojde úplnému vymizení problému. Déle je častá porucha barvocitu neboli barvoslepost. Jedinec není schopen vnímat a rozlišovat barvy. Při částečné barvosleposti člověk nevnímá, nebo jen částečně červenou a zelenou barvu. Jestliže je barvoslepost úplná, nazýváme ji daltonismem a jedinec vnímá okolí jen v odstínech šedé. Mezi další časté poruchy zraku patří refrakční vady, což je krátkozrakost, dalekozrakost a astigmatismus. (MORA VCOVÁ, 2004). Refrakční vady se dají korigovat brýlemi, vyléčitelné nejsou. Je podstatné, aby dítě brýle nosilo pokud možno neustále a co možná nejdříve po zjištění vady (EDEL SBERG, 1984). Ve vyspělých zemích je velmi častá retinopatie nedonošených dětí. Je to onemocnění předčasně narozených dětí, kterým se ještě nevyvinula vaskulární sítnice. Tyto děti musí být umístěny v inkubátorech s vysokým obsahem kyslíku, pokud by se přívod kyslíku vysadil, dítě by začalo krvácet v sítnici a sklivci, což by mělo za následek odchlípnutí sítnice a následně ztrátu zraku v rozmezí slabozrakosti až po totální slepotu (HADAMO VÁ, KVĚTOŇOVÁ, NOVÁKOVÁ, 2007).

Oční vady můžeme také rozdělit podle doby trvání na akutní (krátkodobé), chronické (dlouhodobé) a recidivující (opakující se) (LUDVÍKOVÁ, 2004).

U lidí se zrakovým postižením, stejně jako u lidí s postižením sluchovým, je zásadní doba vzniku poškození a jeho míra. Je rozdíl ve vnímání, v orientaci a ve vývoji u osob, které se s vadou zraku narodily, nebo ji zlaskaly v raném dětství, mezi jedinci, kteří tuto vadu získali v dětském věku a mezi těmi, kterým se zrak oslabil, nebo úplně ztratil v pozdějším věku. Pokud je člověk zrakově postižen již od narození, nebo útlého dětství, lze se domnívat, že ztráta, ať už v jakékoli míře, je tímto jedincem akceptována, je brána jako neměnná. Z pravidla se poměrně lehce orientuje v prostoru, od dětství je schopen číst i psát v Braillově písmu, aj. Takové dítě můžeme rozdělit na dva typy. Prvním je takový jedinec, který je vychováván k samostatnosti a v dospělosti se o sebe umí postarat. Druhým typem je jedinec, vyrůstající v ochranném prostředí, v němž se o něj starají ostatní, aby si neublížil. Takový jedinec má v dospělosti problém žít sám, neboť se o sebe nedokáže adekvátně starat. Musí se všemu naučit. Navíc může být tento jedinec nejistý a přehnaně vystrašený. Pro člověka osleplého později je mnohem těžší vyrovnat se se ztrátou zraku. Tato situace je pro něj zcela nová, často se stává, že člověk osleplý rezignuje. U každého jedince trvá jinou dobu, než se s poškozením zraku

vyrovná a začne se učit pro něj novým věcem, jako je například vaření poslepu, používání Braillova písma nebo využívání kompenzačních pomůcek. Výhodou pro později osleplého člověka je to, že si dokáže představit prostor, rozumí pojmům a ví, jak věci vypadají. Mimo dobu vzniku poškození zraku je také významný stupeň poškození, tzn. míra toho, co dotyčný ještě vidí. Zraková disabilita neznámá jen úplnou nevidomost, ale i různé stupně slabozrakosti a jiných poruch zraku. Lidé s disabilitou zrakovou tedy tvoří velmi různorodou skupinu s různými potřebami (SCHINDLEROVÁ, 2007).

Všechny z výše uvedených zrakových postižení mají své typické znaky, které ovlivňují vývoj jedince a jeho život. Vzhledem k tomu, že poškození zraku má velký vliv na psychiku jedince, může toto poškození mít za následek až senzomotorickou deprivaci, která značně omezuje rozvoj poznávacích procesů (LUDÍKOVÁ in RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ a kol., 2003). Nejen na psychiku jedince ale i na jeho fyzickou stránku má vliv zrakové poškození. Optické postižení má zásadní vliv také na pohybový vývoj dítěte. Pokud dítě nemá dostatečnou motivaci k pohybu, stane se pohybově opožděným, může to vést až k hypotonii, dítě chodí nejistě, má špatnou koordinaci těla, chodidla bývají extrémně rotovaná. Ztráta motivace je způsobena tím, že dítě nevidí atraktivní předměty, za kterými by se plazilo, lezlo nebo chodilo. Zrakově postižené děti se učí chodit za zvukem, ale tato vlastnost je ve vývoji dál než pohyb za viděnými věcmi (PIPEKOVÁ, 2006). Dítě postižené později získanou úplnou nevidomostí se zjednodušeně nazývá dítě osleplé. Úplnému oslepnutí předchází buď úplný zrak, slabozrakost, nebo zbytky zraku. To znamená, že zrak se vytratí náhle (vinou úrazu či nemoci), nebo postupně. Osleplé dítě by mělo být vzděláváno stejně, jako dítě s vrozenou nevidomostí. Děti osleplé mají většinou oproti vrozeně nevidomým dětem tu výhodu, že vlastní optické představy. Naproti tomu, děti osleplé v průběhu dětství, mohou být ve vývoji zdrženy tím, že se dovednostem spojeným s nevidomostí (naučení se hmatovému písmu, apod.) musí učit později, kdežto jejich stejně postižení vrstevníci, jež mají disabilitu vrozenou, tyto dovednosti již zvládají. Daleko závažnější jsou z pravidla psychické reakce osleplého dítěte (EDELSBERG, 1984). Je důležité, aby se dítě s některými optickými poškozeními vyvarovalo sportů nebo je omezilo, mohlo by totiž dojít ke zhoršení stavu. Mezi tyto poškození patří mimo jiné myopie (krátkozrakost), afakie (nepřítomnost čočky), ektopie (posun čočky), a již někdy prodělané odchlípnutí čočky (EDELSBERG, 1984).

Hlavním cílem výchovně vzdělávacího procesu dětí s disabilitou zrakovou je výcvik jejich smyslů. Děti se snaží naučit, co nejvíce používat zbytky zraku k orientaci v prostoru a ke svému vývoji. Zrakové vnímání je nejdůležitější ze smyslů člověka při poznávání okolí a při pohybu v něm. Zrakově postižené dítě se tak musí především spolehnout na zbytky svého zraku, hmat a sluch (PIPEKOVÁ, 2006).

Velmi důležitá v životě slabozrakých nebo nevidomých jedinců je orientace v prostoru. K tomu slouží zbytky zraky, hmatové a sluchové vnímání, u později osleplých i paměť. Je proto velmi důležité v prostoru, ve kterém se člověk s poškozeným zrakem pohybuje nic nepřendávat, dávat pozor aby předměty nestály v cestě, aby bylo vše na svém místě, apod. Jako kompenzační pomůcka především při pohybu v neznámém prostoru slouží tzv. slepecká hůl, jejímuž používání se nevidomé děti povinně učí na školách (SCHINDLEROVÁ, 2007).

2.3 Jihočeský region, jeho specifika

Jihočeský kraj je znám svou krásnou přírodou, mnohými památkami, malebnými vesničkami, ale také vysokým sportovním vyžitím. Je zde dostatečný prostor a dobré podmínky jak pro zimní sporty (lyže, běžky, brusle), tak pro sporty letní (turistika, vodní turistika, cykloturistika, in-line, jachting) (jccr.cz, 2012, online).

Z názvu je již patrné, že tento region se nachází na jihu České republiky, kde přímo sousedí s Rakouskem. Dále sousedí na západě s krajem Plzeňským, na severu se Středočeským krajem, na severovýchodě s Vysočinou a na východě s krajem Jihomoravským. Rozloha kraje je 10 056 km², což představuje 12,8 % z celé České republiky. Žije zde asi 637 700 lidí, hustota osídlení je 63,4 obyvatel na km², to je nejnižší hustota obyvatel ve státě (kraj-jihocesky.cz, 2012, online). Z tohoto počtu obyvatel, je přibližně 45 500 dětí ve věku 8 – 15 let (czso.cz, 2012, online). Nejvyšší hustotu má bývalý okres České Budějovice, v němž žije přibližně 30 % obyvatel. V Jihočeském kraji je 623 obcí, z toho je 53 měst.

Více než třetinu rozlohy tvoří lesnaté plochy. Je zde největší koncentrace vodních ploch. Zabírá 4 % z celkové rozlohy kraje. Většina Jihočeského regionu je ve výšce 400 – 600 m.n. Region je z dlouhodobého hlediska pojímán jako zemědělská oblast s rozvinutým lesnictvím a rybníkářstvím (kraj-jihocesky.cz, 2012, online).

Podle statistické ročenky pro školní rok 2011/2012 Ústavu pro informace ve vzdělávání je v Jihočeském regionu 81 dětí s disabilitou sluchovou, z toho je 43

postiženou těžkou sluchovou disabilitou. Děti s disabilitou zrakovou je 27, z toho těžce postiženo je 14 dětí. To znamená, že dětí s disabilitou sluchovou je 0,178 % z celkového počtu dětí, dětí s disabilitou zrakovou je 0,059 % z celkového počtu dětí (uiv.cz, 2012, online).

V Jihočeském regionu je situováno dostatečné množství sportovišť. Data jsou platná ke dni 1. 1. 2011. Celkově je zde necelých 2000 sportovišť. Navíc, jak je uvedeno výše, je zde mnoho prostoru na provozování volnočasových pohybových aktivit přímo v přírodě. Přesněji je zde 132 venkovních bazénů a koupadel, 13 krytých plaveckých bazénů, 65 krytých a otevřených stadionů, 17 zimních stadionů, 362 tělocvičen, 930 hřišť a 450 blíže nespecifikovaných sportovišť (TRAJKOVA, 2011).

Obrázek č. 1: Jihočeský kraj (Zdroj: disability-kluby.cz, 2012, online)



2.4 Sociální zabezpečení pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou vyplývající ze zákonů a vyhlášek České republiky

Osobami, tedy i dětmi s disabilitou sluchovou a zrakovou se týkají především: zákon č. 100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení, zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování

dávek osobám se zdravotním postižením a vyhláška č. 388/2011 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje příspěvek na mobilitu, na zvláštní pomůcku, výpůjčku zvláštní pomůcky a získávání průkazů ZTP a ZTP/P (mpsv.cz, 2012, online).

Zákon č. 100/ 1998 Sb. o sociálním zabezpečení se zabývá osobami těžce zdravotně postiženými, zejména osobami nevidomými a občany s těžkým postižením pohybového nebo nosného ústrojí. Podle tohoto zákona jsou výše uvedeným občanům poskytovány věcné dávky, peněžité dávky a bezúročné půjčky, které jsou vypláceny za účelem snazšího překonávání obtíží spojených s daným postižením. Osobám s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením se dle druhu a stupně disabilita poskytují mimořádné výhody a to zejména v dopravě a při potřebě průvodce (Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení)

Nárok na příspěvek na mobilitu, na zvláštní pomůcku, nebo na průkazy ZTP, ZTP/P mají osoby, které jsou hlášeny k trvalému pobytu v České republice, nebo které mají na území České republiky trvalý pobyt. Dále jsou to osoby, jimž byla udělena mezinárodní ochrana v podobě azylu nebo doplňkové ochrany, cizinci bez trvalého pohybu v ČR, jimž nárok na výše zmíněné sociální příspěvky zaručuje mezinárodní smlouva, která je součástí právního řádu. Dalšími pobírateli mohou být občané, nebo rodinní příslušníci občana některého členského státu EU, pokud jsou hlášeni na území ČR k pobytu déle než 3 měsíce (nevyplývá – li mu ale nárok na sociální příspěvky z předpisu EU). Posledním možným pobíratelem sociálních výhod může být cizinec, jenž je držitelem povolení k trvalému pobytu s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství na území jiného členského státu EU, pokud je hlášen na území ČR k dlouhodobému pobytu, a to, pokud má bydliště na území ČR (zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením).

2.4.1 Způsob posuzování stupně závislosti podle změny od 1.1.2012

Od 1. ledna 2012 se stává posuzování stupně závislosti pro účely přiznání příspěvků na péči jednodušší a efektivnější. Posudkoví lékaři hodnotí 10 pevně daných a souvisejících oblastí každodenního života jedince a to jak dokáže zvládat základní životní potřeby. Zdravotní stav lékaři posuzují podle těchto 10 základních potřeb:

mobilita, komunikace, stravování, orientace, tělesná hygiena, oblékání a obouvání, péče o domácnost, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví a osobní aktivity.

Nový způsob posuzování zdravotního stavu jedince je objektivnější a spravedlivější a snižuje administrativní zátěž (mpsv.cz, 2012, online).

2.4.2 Průkazy ZTP, ZTP/P a výhody s nimi spojené

Průkaz TP je poskytován osobám, jenž jsou považovány za osoby závislé na pomoci jiných osob a to ve stupni I, tedy lehké závislosti. Pokud ale takové osoby nejsou schopné zajistit si základní životní potřeby a nedokáží se orientovat, náleží jim průkaz ZTP/P. Výjimku tvoří osoby starší 18 ti let, které tyto úkony nezvládají z důvodů úplné nebo praktické hluchoty, těm náleží průkaz ZTP. Osoba vlastníci tento průkaz má vyhrazené místo k sezení ve veřejné dopravě s pravidelnou hromadnou dopravou osob, s výjimkou těch dopravních prostředků, ve kterých je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky. Dále má přednost při osobním projednávání, vyžaduje – li toto jednání delší čekání, hlavně stání. Za osobní projednávání není považováno nakupování v obchodech ani obstarávání placených ošetření a služeb ve zdravotnických zařízeních (mpsv.cz, 2012, online).

Průkaz ZTP je určen osobám, jenž jsou závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost). Pokud osoba nezvládá základní životní potřeby ve smyslu orientace a mobility, náleží jí průkaz ZTP/P, nesmí se ale jednat o osoby starší 18 ti let, kteří tuto schopnost postrádají z důsledku úplné či praktické hluchoty. Osoba, jenž vlastní tento průkaz má stejné výhody jako osoba s průkazem TP, dále má nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji MHD a na slevu 75 % z jízdného ve druhé třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě. Stejnou slevu má v pravidelných autobusových spojích (mpsv.cz, 2012, online).

Průkaz ZTP/P je určen osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby a to těžkou závislostí (stupeň III), nebo úplnou závislostí (stupeň IV) a osobám, jenž nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace. Výjimkou jsou plnoleté osoby, které tuto schopnost postrádají v důsledku úplné či praktické hluchoty). Osoba vlastníci průkaz ZTP/P pobírá stejných benefitů, jako osoba s průkazem ZTP. K těmto se přidává bezplatná doprava průvodce v MHD a pravidelné vnitrostátní přepravě. Pokud je tato osoba prakticky nevidomá a nedoprovází ji průvodce, má nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa. (mpsv.cz, 2012, online).

2.4.3 Příspěvek na mobilitu, věcná dávka, bezúročná půjčka

Příspěvek na mobilitu se přiznává osobě starší jednoho roku a je to opakující se nároková dávka. Tato osoba (dítě) není schopná zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace v okolí, nebo se jedná o osobu, které jsou přiznány mimořádné výhody II. či III. stupně, tedy osoby vlastníci průkaz ZTP nebo ZTP/P (viz níže). Dále je příspěvek na mobilitu přiznáván osobě, která se opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje, nebo je dopravována. Nespadají sem však ti, co se dopravují MHD, vlaky nebo autobusy – těm je poskytována sleva v rámci průkazu ZTP, ZTP/P, Také je tento příspěvek přiznáván osobám, které nevyužívají pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením. Výše dávky 400 Kč měsíčně, o dávce rozhoduje Úřad práce České republiky (mpsv.cz, 2012, online).

Věcná dávka je jednorázová platba, o které rozhoduje obec, ve které má pobíratel trvalé bydliště. Je to dávka určená pro těžce zdravotně postižené, nebo seniory a je poskytnuta na úhradu nutných nákladů, jež daná osoba nemůže uhradit z běžných příjmů. Podmínkou pro uhrazení této dávky je sociální potřebnost. Věcné dávky jsou poskytovány za účelem uspokojování běžných potřeb. Za tyto dávky považujeme zabezpečení namáhavějších pracovních úkonů nutných k provozu a údržbě domácnosti či jejich úhradu, popřípadě uhrazení ceny předmětů potřebných k uspokojování životních potřeb (mpsv.cz, 2012, online).

Bezúročná půjčka je poskytována rodičům či opatrovníkům dětí s disabilitou, kteří půjčku nemohou získat jinak. Podmínkou pro poskytnutí bezúročné půjčky není sociální potřebnost, Mohou ji získat osoby, jenž se ocitly v nepříznivé situaci a půjčka jim pomůže tuto situaci překonat. Bezúročná půjčka je poskytována okresními úřady. Doba její splatnosti je 5 let od poskytnutí. Výše této půjčky je až 20 000 Kč (mpsv.cz, 2012, online)

2.4.4 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku se vztahuje na osoby s těžkou sluchovou nebo zrakovou vadou a na osoby s postižením nosného nebo pohybového ústrojí. Je to jednorázová nároková dávka. Pro získání příspěvku na zvláštní pomůcku musí být osoba starší 1 roku. Výjimkou je příspěvek na vodícího psa, ten se přiznává osobám starších 15 ti let, a příspěvek na úpravu bytu, či na motorové vozidlo, ten je přiznáván osobám starších 3 let. Zároveň se nesmí jednat o takovou pomůcku, která je plně

hrazena zdravotní pojišťovnou a osoba je schopna ji využívat. Pomůcka má jedince připravovat na budoucí povolání, umožňuje sebeobsahu, je využitelná pro pracovní činnost jedince, je pro jedince nepostradatelná ve styku s okolím, k získávání informací a vzdělání (mpsv.cz, 2012, online)

Příspěvek na zvláštní pomůcku je dvojího druhu. Prvním je příspěvek na zvláštní pomůcku, ten se poskytuje, pokud je cena pořízení nižší než 24 000 Kč a příjem osoby (rodičů, opatrovníků) je nižší než osminásobek životního minima. Výše příspěvku je stanovena tak, aby spoluúčast rodiče, opatrovníka činila 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny dané pomůcky. Nejméně však tato spoluúčast musí činit 1 000 Kč. Jestliže je pořizovací cena pomůcky vyšší než 24 000 Kč rodiče nebo opatrovníka činí také 10 % z ceny. Pokud se stane, že osoba nemá dostatečné množství financí na zaplacení spoluúčasti, krajská pobočka Úřadu práce přihlédne na celkové sociální a majetkové poměry a může snížit míru spoluúčasti, avšak minimálně na 1 000 Kč.

Maximální výše příspěvku je 350 000 Kč. Součet vyplacených příspěvků nesmí v 60 kalendářních měsících jdoucích po sobě přesáhnout částku 800 000 Kč.

Druhým typem příspěvku na zvláštní pomůcku je příspěvek na pořízení motorového vozidla. Výši příspěvku stanovuje Úřad práce ČR s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy a k příjmu osoby (rodičů, opatrovníků). Maximální výše příspěvku je 200 000 Kč. Znovu lze příspěvek přiznat po uplynutí 10 let. (mpsv.cz, 2012, online)

Součet vyplacených příspěvků nesmí v 60 kalendářních měsících jdoucích po sobě přesáhnout částku 800 000 Kč. Pokud osoba v tomto období příspěvek vrátí, nebo je mu vrácení odpuštěno, daná částka se odečte od celkové sumy obnosu (mpsv.cz, 2012, online).

Z několika důvodů nastává povinnost vrátit příspěvek na zvláštní pomůcku. Tato situace nastává, jestliže osoba nepoužila příspěvek do 3 měsíců ode dne vyplacení, nebo v době lhůty, kterou stanovila krajská pobočka Úřadu práce, jestliže osoba pozbyla vlastnické právo ke zvláštní pomůcce v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců jdoucích po sobě ode dne vyplacení příspěvku, nebo před uplynutím 120 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku na motorové vozidlo. Dále je osoba povinna příspěvek vrátit, pokud přestala zvláštní pomůcku užívat a to v období 60 po sobě jdoucích kalendářních měsíců ode dne vyplacení příspěvku, nebo v období 120 po sobě jdoucích kalendářních měsíců ode dne vyplacení příspěvku na motorové vozidlo. Byl – li vyplacen příspěvek na motorové vozidlo a osoba se přestala opakovaně

dopřavovat, či přestala být schopna se dopřavovat, je tato osoba také povinna příspěvek vrátit. Posledním bodem, kdy je osoba povinna příspěvek na pořizení speciální pomůcky vrátit je, jestliže použila tento příspěvek v rozporu s rozhodnutím o jeho přiznání, nebo pokud je prokázáno, že osoba uvedla v žádosti nepravdivé či zkreslené údaje (mpsv.cz, 2012, online).

Přijemce příspěvku na zvláštní pomůcku není povinna tuto sumu vracet, jestliže v období po sobě jdoucích 60 kalendářních měsíců ode dne vyplacení přestala z důvodu změny zdravotního stavu pomůcku užívat, nebo v období 120 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku na motorové vozidlo z důvodu změny zdravotního stavu se tato osoba přestala přepravovat. Dále není osoba povinna vracet příspěvek na zvláštní pomůcku, pokud byl tento příspěvek vyplacen na pořizení vodícího psa a pes, před uplynutím 60 po sobě jdoucích kalendářních měsíců ode dne vyplacení příspěvku, zemře, nebo následkem úrazu, či nemoci ztratí své dovednosti. Toto zranění či nemoc nesní být způsobena příjemcem dávky (mpsv.cz, 2012, online)

2.4.5 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se vyplácí osobám, které jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby a to v oblasti péče o vlastní osobu (tj. zajištění a přijímání potravy, fyziologické potřeby, oblékání, obouvání, hygienou apod.) a při soběstačnosti (tzn. péče o domácnost, nákup, úklid, příprava stravy, schopnost komunikace, mobility a orientace apod.). Příspěvek nenáleží poskytovateli sociálních služeb, ale přímo osobě s disabilitou, či jejímu zákonnému zástupci. Výše příspěvku se odvíjí od faktu, zda je pobíratel plnoletý či nikoli a na stupni jeho závislosti. Stupně se také dělí podle věku. Děti pod 18 let spadají do čtyř stupňů závislosti. Jsou to:

- I. stupeň – lehká závislost – potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při třech základních životních potřebách. Vyplácí se 3 000 Kč.
- II. stupeň – středně těžká závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při čtyřech nebo pěti základních životních potřebách. Vyplácí se 6 000Kč.
- III. stupeň – těžká závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při šesti nebo sedmi základních životních potřebách. Vyplácí se 9 000 Kč.

- IV. stupeň – úplná závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při osmi až desíti základních životních potřebách. Vyplácí se 12 000 Kč.

Osoby starší osmnácti let jsou řazeny také do čtyř skupin podle stupně závislosti. Jsou to:

- I. stupeň – lehká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při třech nebo čtyřech základních životních potřebách. Vyplácí se 800 Kč.
- II. stupeň – středně těžká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při pěti nebo šesti základních životních potřebách. Vyplácí se 4 000 Kč.
- III. stupeň – těžká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při sedmi nebo osmi základních životních potřebách. Vyplácí se 8 000 Kč.
- IV. stupeň – úplná závislost - každodenní pomoci nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při devíti nebo deseti základních životních potřebách. Vyplácí se 12 000 Kč.

O všech příspěvcích rozhoduje Úřad práce České republiky. (mpsv.cz, 2012, online)

2.4.6 Asistent sociální péče, osobní asistence, průvodce

Asistentem sociální péče může být pouze fyzická osoba starší 18 let a musí být zdravotně způsobilá. Jedná se o jinou než blízkou osobu, jenž není registrována jako poskytovatel sociálních služeb. Asistent sociální péče musí s osobou, které pomoc poskytuje, uzavřít formální písemnou smlouvu. Jako náležitosti smlouvy se uvádí – označení smluvních stran, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci a výše finanční odměny pro asistenta. Asistenta sociální péče si hradí osoba s disabilitou sama z příspěvku na péči (viz výše). Zároveň je tato osoba povinná uvést tento fakt do formuláře – Oznámení o poskytovateli pomoci (mpsv.cz, 2012, online)

Asistent, jenž pečuje o jinou osobu, než o osobu blízkou je osvobozen od daně z příjmu a to ve výši až 12 000 Kč. Jestliže asistent v sociální péči odvádí náležitou péči o svěřenou osobu, může se takto starat o více osob. Není totiž omezen v počtu osob, o něž pečuje. (mpsv.cz, 2012, online)

Osobní asistence je terénní služba, jež je poskytována jedincům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodů, jako jsou dlouhověkost, chronického onemocnění, nebo zdravotního handicapu. Jejich situace požaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována bez časového omezení a to v přirozeném sociálním prostředí osob a při těch činnostech, které jedinec vyžaduje (mpsv.cz, 2012, online)

Služba obsahuje především tyto výchozí činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (atre.cz, 2012, online).

Služba průvodce, je taková služba, jež je poskytována osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku, či zdravotního postižení v oblasti orientace a komunikace. Je to terénní nebo ambulantní služba (arte.cz, 2012, online)

2.4.7 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (arte.cz, 2012, online).

Pečovatelskou službu zajišťují obce a okresní úřady a to osobám těžce zdravotně postiženým a seniorům, jenž, nejsou schopni si sami obstarat nutné domácí práce a jiné základní životní potřeby, kteří potřebují ošetření, nebo další péči poskytovanou jinou osobou, než osobou blízkou (rodinnými příslušníky).

Pečovatelská služba je plně nebo částečně hrazena a to s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům dané osoby nebo jeho rodinných příslušníků. Takové úkony pečovatelské služby, které zabezpečují základní životní potřeby, jsou poskytovány bezplatně (mpsv.cz, 2012, online).

2.4.8 Ústavní péče

V České republice existují dva základní typy zařízení ústavní péče, dělí se dle věku osob v nich zařazených. Jsou to Ústavy sociální péče pro mládež a Ústavy sociální péče pro dospělé. Pro potřeby této bakalářské práce se budu věnovat jen prvně zmiňovaným.

V Ústavech sociální péče pro mládež jsou zařazeny děti ve věku od tří let do ukončení povinné školní docházky, popřípadě do ukončení vzdělání a příprav na povolání, nejdéle však do 26 let věku. Ústavy sociální péče o mládež se dělí na 4 typy, Jsou to: ústavy pro tělesně postiženou mládež, pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, pro tělesně postiženou mládež s více vadami a ústavy pro mentálně postiženou mládež (brailnet.cz, 2012, online).

Úhrady za pobyt a stravování osob v ústavech sociální péče se liší, podle toho, zda dotyčný pobírá zvýšeného důchodu pro bezmocnost. Ten pak hradí z těchto peněz pomoc, jenž je mu v ústavu poskytována. Při celoročním pobytu hradí tento pobyt celou částkou důchodu na bezmocnost, při týdenním pobytu hradí klient 75 % z důchodu na bezmocnost, při denním pobytu hradí 50% z částky. Po uhrazení těchto pohledávek musí občanovi zůstat minimálně 30 % částky k zajištění nezbytných životních potřeb, jestliže se jedná o celoroční pobyt. Jestliže se jedná o týdenní pobyt, musí občanovi zůstat 60% z částky. Pokud se jedná o denní pobyt, musí občanovi zůstat 75 % z důchodu na bezmocnost (brailnet.cz, 2012, online)

2.4.9 Doprava

Jak již je zmíněno výše, děti s disabilitou sluchovou a zrakovou mohou využívat jistých slev na dopravu, Jedná se o slevy na MHD, pravidelné vlakové a autobusové spoje.

Dále mohou využívat služeb České maltézske pomoci. Ta poskytuje lidem s disabilitou senzorickou, tělesnou a mentální pomoc při dopravování se. Tato společnost umožňuje dvě služby dopravy osobám s disabilitou (cmpcb.cz, 2012, online).

První z nich je doprava dětí a mládeže do speciálních škol v Českých Budějovicích. Každý pracovní den ve školním roce vypravuje speciálně upravená auta (plošina pro vjezd na vozíku, dostatek místa pro invalidní vozík apod.). Na sjednaných místech vyzvednou děti nebo mladistvé s disabilitou a dovezou je do školy, po skončení výuky je na sjednané místo dopraví zpět. Pravidelné trasy jsou:

- trasa A - Týn nad Vltavou, Nákří, Olešník, Dříteň, Zliv, Hluboká nad Vltavou, České Budějovice;
- trasa B - Trhové Sviny, Strážkovice, Borovany, Ledenice, Srubec, České Budějovice;

- trasa C - Český Krumlov, České Budějovice;
- trasa D - Kaplice, Kaplice-nádraží, Velešín, České Budějovice;
- trasa E - město České Budějovice a obce ve správním území obce s rozšířenou působností;
- trasa F - Ledenice, Srubec, České Budějovice

Druhou službou je alternativní doprava. Tato služba je poskytována seniorům, imobilním osobám, lidem s různými typy disabilita, jenž nemají nárok na sanitní dopravu, prostředky hromadné dopravy (MHD, vlaky, autobusy) jsou pro ně nevhodné a běžné taxi službx nemohou využívat například kvůli faktu, že jsou trvale odkázáni na invalidní vozík, či s sebou musí mít vodícího psa. Tuto službu využívají především ti, co se musí čas od času dopravit k lékaři, na úřad, na zájmové volnočasové aktivity aj. Služba poskytuje jak dopravu z určitého místa do cíle, tak zpět. K této činnosti je možné sjednat si pracovníka v sociálních službách, který klientovi pomůže vyřídit potřebné věci. Tato činnost je poskytována každý pracovní den od 8:00 do 16:00 a to dle individuální domluvy. Tato služba je velmi náročná a proto je třeba domluvit se minimálně tři dny předem (cmpcb.cz, 2012, online).

Obě služby si klient musí hradit sám (při pravidelné dopravě dostává klient od státu příspěvek na mobilitu). Pokud se jedná o využívání první služby (svoz dětí a mládeže do škol, školských zařízení) je sazba 1,30 Kč za jednu minutu (1 hodina v časovém pásmu 20 minut), 0,90 Kč za jednu minutu (1 hodina v časových pásmech 30 a 40 minut), sazba za ujeté kilometr je 1,60 Kč za jeden kilometr. Pokud má klient vlastní doprovod, osobního asistenta či vodícího psa, hradí jen částku za ujeté kilometry, tzn. 1,60 Kč/km. Jedná – li se o druhou službu (alternativní dopravu mimo stanovené pravidelné trasy a časy) hradí klient za 1 hodinu 80 Kč, počítá se po 15 minutách, tzn. 20 Kč za každých započatých 15 minut. Sazba za kilometry je 10 Kč za kilometr. Pokud s sebou má klient vlastní doprovod, osobního asistenta, nebo asistenčního, průvodcovského psa, hradí jen částku za ujeté kilometry, tzn. 10 Kč/km. Sazbu za ujeté kilometry platí klient tehdy, pokud využije auto České maltézske pomoci (cmpcb.cz, 2012, online).

3. VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda je dostatek řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu. Dalšími cíli jsou zjištění, zda rodiče dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou jsou nakloněni integraci jejich dětí pomocí řízených pohybových aktivit, zda děti s disabilitou sluchovou a zrakovou se chtějí řízených pohybových aktivit účastnit a zda rodiče zdravých dětí jsou nakloněni integraci dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou pomocí řízených pohybových aktivit.

3.2 Úkoly práce

- Vyhledat a nastudovat odbornou literaturu vztahující se k dané tématice, na základě prostudování vypracovat teoretickou část bakalářské práce.
- Sestavit vhodný obsah bakalářské práce na základě konzultací s vedoucí práce.
- Stanovit cíle a výzkumné metody.
- Navázat kontakt se sdruženími zabývajícími se řízenými pohybovými aktivitami v Jihočeském regionu.
- Pomocí metody řízeného rozhovoru zmapovat dostupnost řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou a pro děti zdravé v těchto sdruženích.
- Navázat kontakt s rodiči dětí s disabilitou sluchovou nebo zrakovou.
- Pomocí ankety zjistit zájem o řízené pohybové aktivity, požadavky na dopravu, slevy apod.
- Navázat kontakt s dětmi s disabilitou sluchovou či zrakovou.
- Pomocí ankety zjistit zájem těchto dětí o řízené pohybové aktivity, zjistit jejich vztah ke zdravým dětem apod.
- Navázat kontakt s rodiči zdravých dětí.
- Pomocí ankety zjistit zájem o integraci jejich dětí s dětmi s disabilitou sluchovou nebo zrakovou, ochotu pomoci s dopravou apod.
- Získané výsledky zanalyzovat, statisticky vyhodnotit a porovnat. Dále diskutovat, vyvodit závěry a uvést doporučení pro praxi.

3.3 Výzkumné předpoklady

Pro výzkum v bakalářské práci byly stanoveny 4 předpoklady. Předpokládá se jejich zodpovězení na základě provedeného výzkumu. Výsledky budou zhodnoceny v závěrečné diskuzi.

- P 1. V Jihočeském kraji je dostatek řízených pohybových aktivit určených pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou.
- P 2. Rodiče dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou jsou nakloněni integraci jejich dětí pomocí řízených pohybových aktivit.
- P 3. Děti s disabilitou sluchovou a zrakovou se chtějí účastnit řízených pohybových aktivit.
- P 4. Rodiče zdravých dětí jsou nakloněni integraci dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou pomocí řízených pohybových aktivit.

4. Metodická část

4.1 Organizace výzkumného šetření

Před zahájením samotného výzkumu jsem vyhledala, nastudovala a zpracovala literaturu a ověřené internetové zdroje týkající se hlavních témat práce. Vysvětlila jsem klíčové pojmy práce.

Na začátku výzkumné práce jsem si na internetu vyhledala, za použití vhodných klíčových slov, organizace v Jihočeském regionu zabývající se lidmi s disabilitou zrakovou a sluchovou a pro ně vhodnými řízenými pohybovými aktivitami. Kontaktovala jsem je E – mailem a telefonicky. Zjišťovala jsem míru a kvalitu řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu.

Jako další jsem sestavila tři druhy anket a to pro rodiče dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou, pro rodiče zdravých dětí a pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou. Pomocí kontaktů, získaných od studentů Zdravotně – sociální fakulty Jihočeské univerzity, jsem kontaktovala lidi, vhodné k vyplnění anket, a požádala je o spolupráci. Většina mi ochotně a rychle vyhověla.

Nakonec jsem zjištěné údaje vložila do tabulek a grafů. K tomuto jsem použila program Microsoft Excel. V závěru práce se zabývám vyhodnocením výsledků, porovnáním s předpoklady a doporučením pro praxi.

4.2 Metodologie

Pro zjištění dostupnosti řízených pohybových aktivit jsem nejprve použila internetu. Pomocí zadávání vhodných klíčových slov do vyhledávačů (www.seznam.cz, www.google.cz) jsem našla odkazy organizací v Jihočeském kraji zabývajících se řízenými pohybovými aktivitami pro děti s disabilitou sluchovou či zrakovou. Pomocí řízených rozhovorů jsem analyzovala možnosti řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou.

Pomocí anket jsem zjišťovala zájem dětí o pohybové aktivity, požadavky rodičů dětí s disabilitou na řízené pohybové aktivity, jejich informovanost, zájem rodičů zdravých dětí o integraci dětí s disabilitou mezi děti zdravé apod. Ankety byly tři.

První anketa byla určena pro rodiče dětí s disabilitou sluchovou či zrakovou a zjišťovala, zda jejich dítě chodí na pohybovou aktivitu, zda je tato aktivita vedená speciálním pedagogem, zda by rodiče uvítali slevy na řízené pohybové aktivity, zda je

nabídka řízených pohybových aktivit v jejich regionu dostatečná a jaká je informovanost o pohybových aktivitách.

Druhá anketa byla směřována na děti s disabilitou sluchovou a zrakovou. Zabývala se otázkami, zda dítě chce docházet na řízenou pohybovou aktivitu, popřípadě kam a jak často dochází. Dále zjišťuje, zda je dítě s disabilitou raději v prostředí dětí se stejnou disabilitou, ve smíšeném kolektivu, nebo v kolektivu zdravých dětí.

Poslední anketa je určena pro rodiče zdravých dětí. Zjišťuje, jak jsou tito lidé empatičtí k rodičům dětí disabilních, zda jsou ochotni jim pomáhat. Mimoto zjišťuje také míru zájmu o řízené pohybové aktivity zdravých dětí.

4.3 Použité metody

- Obsahová analýza literárních zdrojů (MIOVSKÝ, 2006)
- Obsahová analýza internetových zdrojů (MIOVSKÝ, 2006)
- Induktivní a deduktivní metoda (MIOVSKÝ, 2006)
- Dotazování (HENDL, 2005)
- Anketa vlastní konstrukce
 - mapující zájem dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou o řízené pohybové aktivity a o integraci do společnosti
 - mapující informovanost, zájem a spokojenost rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou s řízenými pohybovými aktivitami v Jihočeském regionu
 - mapující zájem rodičů zdravých dětí o integritu dětí s disabilitou zrakovou a sluchovou do společnosti a ochotu pomoci rodičům dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou
- Řízený nestrukturovaný volný rozhovor (HENDL, 2005)
- Telefonní interview (MIOVSKÝ, 2006)
- Komparativní metoda (VACULÍK, ČAPEK, 2000)

5. Výsledky a diskuze

Předkládaná práce je založena především na sběru a vyhodnocování dat. Přínosem práce je zpracování těchto dat. Ty se týkají zejména řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou, jejich nabídkou a dostupností v Jihočeském regionu. Sběr a syntéza dat týkajících se nabídky řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu byla pro tuto práci stěžejní. Pro zjištění míry nabídky řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou bylo využito především obsahové analýzy internetových a literárních zdrojů, metody dotazování a řízeného nestrukturovaného volného rozhovoru.

Další výzkum se týká dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou, jejich rodičů a rodičů zdravých dětí. Ukazuje zájem o řízené pohybové aktivity, požadavky na ně, informovanost o pohybových aktivitách, ochotu pomáhat druhým aj. Tento výzkum přinesl řadu překvapivých výsledků. Ke zjištění výše uvedených skutečností bylo použito anket vlastní konstrukce.

V následujících kapitolách jsou předkládány tabulky a grafy jednotlivých výsledků a jejich slovní hodnocení. Dále diskuze k jednotlivým otázkám a odpovědi k výše stanoveným výzkumným předpokladům. V závěru jsou poznatky shrnuty. V závěru je také shrnuto potvrzení či vyvrácení výzkumných předpokladů.

5.1 Výsledky a diskuze k nabídce řízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu pro děti s disabilitou sluchovou

Analýzou literatury a internetových zdrojů, zabývajících se nabídkou řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou v Jihočeském regionu, byly zjištěny pouze dvě zařízení, které tyto aktivity nabízejí. Kontaktovala jsem celkem 19 zařízení, která se podle webových stránek mají zabývat osobami s disabilitou sluchovou. Podařilo se mi ale zkontaktovat pouze 8 zařízení, z nichž pouze jedna organizace se zabývá řízenými pohybovými aktivitami pro děti s disabilitou sluchovou. Ostatní sdružení se buď zabývají dospělými lidmi s disabilitou sluchovou, nebo slouží pouze jako informační centrum pro tyto osoby. Dále jsem zjistila, že pohybovou činností pro děti s disabilitou sluchu se zabývá MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené v Českých Budějovicích, tedy spíše přidružená družina a internát.

Pokusila jsem se zkontaktovat Český svaz neslyšících sportovců, který pomáhá v podpoře v tělovýchovné a sportovní činnosti tělovýchovných jednot a sportovních klubů v České republice, ale to se mi bohužel nepodařilo. Svaz klade důraz na rozvoj výkonnosti osob se sluchovou vadou ve všech deaflympijských sportech. Výpis jednotlivých sportů nabízených v Jihočeském regionu se mi nepodařilo dohledat, informace jsem proto čerpala z literatury (KURKOVÁ, 2005).

V Jihočeském regionu se pod Český svaz neslyšících sportovců řadí 1. Centrum zdravotně postižených Jižních Čech, o. s., Budějovický sportovní klub neslyšících (BSKN) České Budějovice a TJ ČZ Strakonice.

Řízeným rozhovorem jsem zjistila, že pohybovými aktivitami pro děti s vadou sluchu se zabývá pouze 1. Centrum zdravotně postižených Jižních Čech, o. s. Další využití v podobě řízených pohybových aktivit nabízí speciální škola v Českých Budějovicích určená pro děti s disabilitou sluchovou.

Tabulka č. 1: Přehled nabídky řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou v Jihočeském regionu (zdroj: vlastní)

Město, obec	Název organizace	Kontaktní údaje	nabízené řízené pohybové aktivity
České Budějovice	1. Centrum zdravotně postižených Jižních Čech, o. s.	J. Smékal, Vltavské nábřeží 5/a 370 05, České Budějovice Tel.: 385 347 806	atletika, fitness, vzpírání, stolní tenis, obecně pohybová příprava
České Budějovice	MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené, České Budějovice	Mgr. I. Macíková Riegrova 1 370 01, České Budějovice Tel.:387 319 203	sportovní kroužek, dramatický kroužek, tanec

Diskuze:

Výzkum ukazuje, že v Jihočeském regionu jsou pouze dvě instituce zabývající se řízenými pohybovými aktivitami pro děti s vadou sluchu. Jednou z nich je sportovní svaz, druhou speciální škola. Obě zařízení jsou situována v krajském městě, z čehož lze usuzovat, že děti v odlehlejších koutech kraje mají nedostatek pohybového využití s řízeným charakterem. Škola je ale internátní, tudíž se můžeme domnívat, že děti zde ubytované (pocházející ze vzdálených koutů kraje) využívají nabízených řízených

pohybových aktivit. Jak uvádím v teoretické části práce, sluchově postižení jedinci jsou ve sportu limitováni zpravidla jen nedostatkem komunikačních dovedností, tudíž se můžeme domnívat, že děti se zbytky sluchu nebo dostatečnou komunikační vybaveností navštěvují řízené pohybové aktivity v zařízeních, které nejsou primárně určena pro děti s disabilitou sluchu.

Za nízkou nabídku pohybových aktivit pro děti s poruchou sluchu je možná v menší či větší míře zodpovědný stát. Kdyby stát dovolil vyšší využití financí ze státního fondu pro organizace zabývající se řízenými pohybovými aktivitami pro děti s disabilitou sluchovou, je možné, že by se touto problematikou zabývalo více združení a nabídka řízených pohybových aktivit by tak vzrostla.

5.2 Výsledky a diskuze k nabídce řízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu pro děti s disabilitou zrakovou

V Jihočeském regionu byla zjištěna pouze jedna organizace zabývající se nabídkou řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou zrakovou a to za pomoci analýzy literárních a internetových zdrojů. Kontaktovala jsem 19 organizací, které se dle webových stránek zabývají osobami s disabilitou zrakovou, z toho mi odpovědělo pouhých 8 zařízení. Pouze jedno zařízení se zabývá řízenými pohybovými aktivitami pro děti s disabilitou zrakovou. Zbývajících sedm organizací se buď zabývá dospělými, nebo slouží pouze jako informační centrum pro tyto osoby s vadou zraku.

Český svaz zrakově postižených sportovců sdružuje sportovní kluby a oddíly zrakově postižených sportovců v celé České republice. Spadají pod něj tělovýchovné jednoty a sportovní kluby, školy pro zrakově postižené a integrované sportovní oddíly osob s disabilitou zrakovou vzniklé pod sportovními kluby pro zdravé osoby. Jediná organizace zabývající se řízenými pohybovými aktivitami v Jihočeském regionu je 1. Centrum zdravotně postižených Jižních Čech, o. s., které také spadá pod Český svaz zrakově postižených sportovců.

Tabulka č. 2: Přehled nabídky řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou zrakovou v Jihočeském regionu (zdroj: vlastní)

Město, obec	Název organizace	Kontaktní údaje	nabízené řízené pohybové aktivity
České Budějovice	1. Centrum zdravotně postižených Jižních Čech, o. s.	J. Smékal, Vltavské nábřeží 5/a 370 05, České Budějovice Tel.: 385 347 806	atletika, fitness, vzpírání, stolní tenis, obecně pohybová příprava

Diskuze:

Nabídka řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou zrakovou je v Jihočeském regionu na velmi nízké úrovni. Pouze jedno zařízení nemůže plně uspokojit poptávku po řízených pohybových aktivitách. Mohu se jen domnívat, že děti se slabšími poruchami zraku (např. střední slabozrakost, strabismus, barvoslepost aj.) navštěvují pohybové aktivity ve sdruženích, které se nezabývají přímo dětmi s poruchou zraku. S těmito slabšími vadami totiž nepotřebují odborné vedení a zvládají stejné činnosti, jako děti zdravé.

Ke zvýšení nabídky řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou zrakovou by možná pomohlo větší úsilí ze strany státu. Pokud by stát zvýšil finanční pomoc pro takováto zařízení, lze se domnívat, že by se nabídka volnočasových aktivit pro děti s vadou zraku zlepšila.

5.3 Výsledky a diskuze k anketě určené pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou

Pomocí ankety vlastní konstrukce, kterou předkládám níže, jsem se snažila zjistit jaký je mezi dětmi s disabilitou sluchovou a zrakovou zájem o řízené pohybové aktivity, zda nějakou takovou aktivitu provozují, zda se setkaly se šikanou a jestli upřednostňují kolektiv dětí s disabilitou, bez disability či smíšený kolektiv. Tyto poznatky pro mne byly stěžejní.

Dále z ankety můžeme usuzovat skutečnosti, jako je poměr počtu dětí s disabilitou sluchovou ku počtu dětí s disabilitou zrakovou v Jihočeském regionu. V jakých mírách se v Jihočeském regionu disability vyskytují a zda je disability (ať už sluchová nebo

zraková) častější u dívek, nebo u chlapců. Tyto závěry ale nemusí být přímo platné, jelikož výzkum byl prováděn na poměrně malé části populace.

Anketu jsem vytvořila sama a to tak, aby byla srozumitelná. Při jejím sestavování jsem postupovala podle zásad uvedených v knize Kvalitativní výzkum J. Hendla (HENDL, 2005).

Tabulka č. 3: Anketa mapující zájem dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou o řízené pohybové aktivity a o integraci do společnosti

ANKETA			
mapující zájem dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou o řízené pohybové aktivity a o integraci do společnosti			
Dobrý den,			
jmenuji se Markéta Plachá, jsem studentkou Jihočeské univerzity, Pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví. Prosím Vás o vyplnění ankety, která bude použita k výzkumnému šetření v mé bakalářské práci. Anketa je anonymní, nemusíte proto uvádět Vaše jméno. Prosím, odpovědíte tak, jak nejlépe cítíte. Zakroužkujte vždy tu možnost, která je nejbližší skutečnosti.			
Řízená pohybová aktivita je taková pohybová aktivita, která se uskutečňuje ve volném čase, je vedena odborným dozorem (pedagogem, cvičitelem, trenérem) a pravidelně se opakuje.			
Pohlaví:	dívka	chlapec	
Věk:			
Druh disability:	zraková	sluchová	
Míra disability:			
Prostředí, ve kterém žijete:			
samota	vesnice	město do 25 tisíc obyvatel	město nad 25 tisíc obyvatel
1.	Máte rád/a pohyb, hry, tanec, atd?		
	Ano	Ne	
2.	Docházíte na nějakou řízenou pohybovou aktivitu?		
	Ano	Ne	
	Pokud ne, proč?		
3.	Pokud ne, chtěl/a byste?	Ano	Ne
4.	Docházíte do:	speciální školy	základní školy
5.	Máte raději kolektiv dětí s podobnou disabilitou, či rád/a trávíte čas i s dětmi bez disability?		
	jen dětí s disabilitou	smíšený kolektiv	jen děti bez disability
	Proč?		
6.	Setkal/a jste se někdy se šikanou?	Ano	Ne

Tabulka č. 4: Souhrnné výsledky odpovědí v anketě mapující zájem dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou o řízené pohybové aktivity a o integraci do společnosti (zdroj: vlastní)

otázka	odpověď a počet respondentů																							
Druh disabilita	sluchová								zraková															
	12								10															
Míra disabilita	slabá				střední				těžká				slabá				střední				těžká			
	9				2				1				6				3				1			
Pohlaví	dívka								chlapec															
	6								5															
Věk	8	9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	14	15								
	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	0								
Prostředí, ve kterém žijete	samota		vesnice		město pod 25 tisíc obyv.		město nad 25 tisíc obyv.		samota		vesnice		město pod 25 tisíc obyv.		město nadd 25 tisíc obyv.									
	1		2		4		5		0		1		3		6									
1. Máte rád/a pohyb, hry, tanec?	ano								ne															
	10								2															
2. Docházíte na řízenou pohybovou aktivitu?	ano								ne															
	8								4															
3. Pokud ne, chtěl/a byste?	ano								ne															
	4								0															
4. Docházíte do	speciální školy								základní školy															
	3								9															
5. Máte raději kolektiv dětí s podobnou disabilitou, či rád/a trávíte čas i s dětmi bez disability?	pouze s disabilitou				smíšený kolektiv				jen bez disability				pouze s disabilitou				smíšený kolektiv				jen bez disability			
	3				5				4				4				6				0			
6. Setkal/a jste se někdy se šikanou?	ano								ne															
	3								9															

Z tabulky č. 4 lze vyčíst celkové informace o respondentech. Nejvíce sledované byly hodnoty u otázek zjišťujících, zda má dítě rádo pohyb a pohybové aktivity, dále zda navštěvuje řízenou pohybovou aktivitu popřípadě kde a jak často. Dalšími stěžejními dotazy byly, zda dítě raději tráví čas s dětmi s disabilitou, bez ní, nebo ve smíšeném kolektivu, poslední sledovaný dotaz se týká šikany, přesněji řečeno, zda se dítě setkalo či nesetkalo se šikanou z důvodu své disability.

Anketa byla koncipována pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu. Respondenti byli ve věku 8 – 15 let. Dotázaných bylo 22, z toho 12 probandů byly děti s disabilitou sluchovou, 10 s disabilitou zrakovou. Polovina dotázaných byly dívky. Předpokladem bylo, že dětem s disabilitou zrakovou pomohou s vyplňováním osoby zdravé.

Převážná většina respondentů je postiženo slabší formou disability. Přesněji je to 15 probandů, z toho 9 trpí disabilitou sluchovou. U dětí se sluchovou vadou je slabou formou disability myšlena mírná a střední nedoslýchavost, kdy takto postižené dítě je schopno poměrně normálně komunikovat a vnímat, v horším případě je postižení přijatelně vykompenzováno sluchadly. U dětí s disabilitou zrakovou je slabou formou disability myšleno takové omezení, pro jehož kompenzaci stačí brýle (střední slabozrakost), nebo poškození typu strabismus, barvoslepost aj., které dítě sice omezuje, ale nepředstavuje příliš velkou bariéru mezi jím a společností.

Jako střední formu disability u sluchových vad je myšlena těžká nedoslýchavost, kdy sluchadla jen částečně pomáhají zlepšit sluchové vnímání, ale kdy je poměrně dobře vyvinutá schopnost komunikovat (odezírání, znalost mluvené řeči). Pro disabilitu zrakovou jsou jako střední míra poškození myšleny tyto vady: silná slabozrakost, těžce slabý zrak, daltonismus, hemaralopia a porušení prostorového vidění. Anketa ukazuje, že střední mírou disability je postiženo 5 dětí, z toho dva spadají do skupiny sluchově postižených.

Těžkou formou disability je u sluchových vad myšlena hluchota, kdy je dítě odkázáno jen na komunikaci pomocí znakové řeči. U zrakových vad znamená těžká forma disability praktickou a úplnou nevidomost. Těžkou mírou disability jsou z dotazovaných postiženy dvě děti, jedno se sluchovou vadou, jedno se zrakovou. Skutečnost, jakou míru disability dítě má jsem zjišťovala později u rodičů dotázaných dětí.

Tyto výsledky mohou znamenat, že v dětské populaci v Jihočeském regionu je vyvážený počet dívek a chlapců s disabilitou sluchovou a zrakovou, dětí s disabilitou sluchovou je více a převážně se jedná o slabé formy těchto dvou disabilit.

Většina probandů s vadami sluchu nebo zraku žije ve městech a to spíše ve větších městech, jejichž počet obyvatel přesahuje 25 tisíc. Na samotě nebo vesnici žijí dohromady čtyři respondenti, v menších městech je to sedm respondentů a zbylých jedenáct pochází z měst větších. Tyto výsledky jsou poměrně pochopitelné.

Převážná většina respondentů uvedla, že mají rádi pohyb. Tento výsledek je poměrně uspokojivý. Vhodnější by ale bylo, kdyby všichni dotázaní uvedli, že se rádi hýbou.

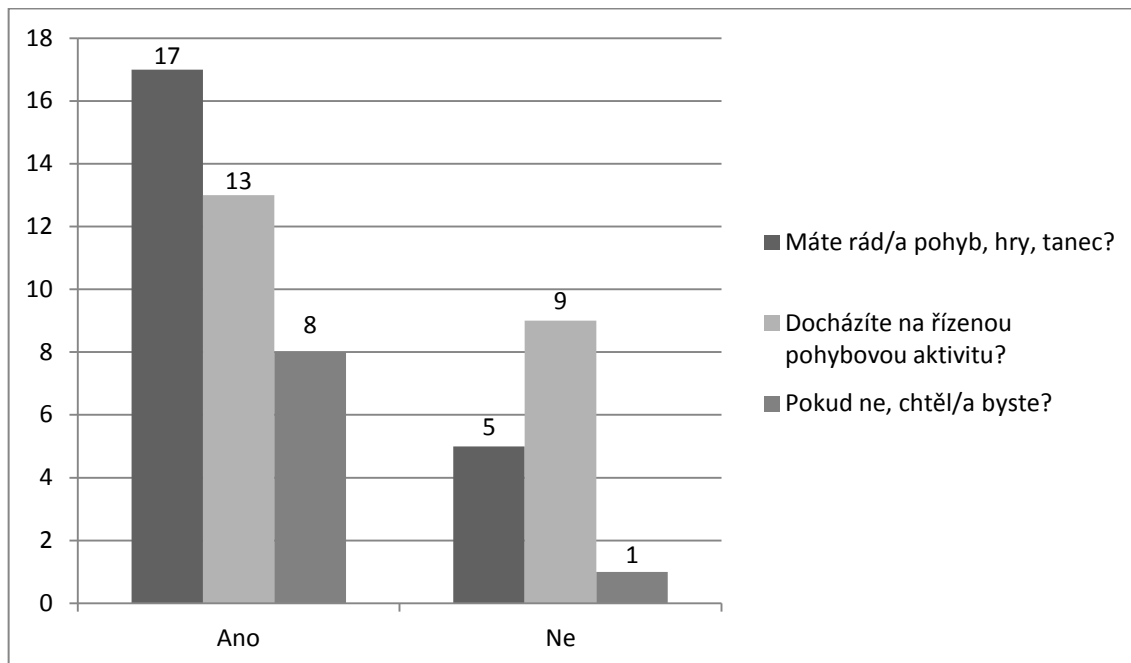
Méně uspokojivý je fakt, že ne všichni z těch, kteří uvedli, že mají pohyb rádi, navštěvují řízenou pohybovou aktivitu. Byli to ti, kteří jsou postižení střední, nebo těžkou formou disability a jako důvod, proč pohybovou aktivitu nenavštěvují, uváděly skutečnost, že je v Jihočeském regionu malá nabídka těchto volnočasových činností.

Jako ukazatel míry integrace jsem zvolila otázku, zda probandi dochází do speciální nebo základní školy. Z dětí s disabilitou sluchovou navštěvuje základní školu sedm dotázaných, pět dochází do speciální školy. Z 10 respondentů s vadou zraku navštěvuje základní školu osm dětí, dvě děti dochází do speciální školy. Tyto výsledky opět korelují s uvedenou mírou disability jednotlivých probandů. To znamená, že děti, které uvedli těžkou míru disability, navštěvují převážně speciální školy.

Na otázku číslo 4 (Máte raději kolektiv dětí s podobnou disabilitou, či rád/a trávíte čas i s dětmi bez disability?) děti s disabilitou sluchovou odpovídali poměrně nejednoznačně. Pět respondentů uvedlo, že vyhledávají smíšený kolektiv, tři probandi vybrali možnost – pouze děti s disabilitou a zbylí čtyři dotázaní uvedli, že preferují kolektiv tvořen jen dětmi bez disability. Probandi s poruchou zraku nejraději tráví čas v kolektivu tvořeným jak dětmi s disabilitou, tak s dětmi intaktními, počtem je to šest probandů. Zbývající čtyři respondenti preferují kolektiv tvořený jen dětmi s disabilitou. Důvody těchto výběrů se zabývám níže.

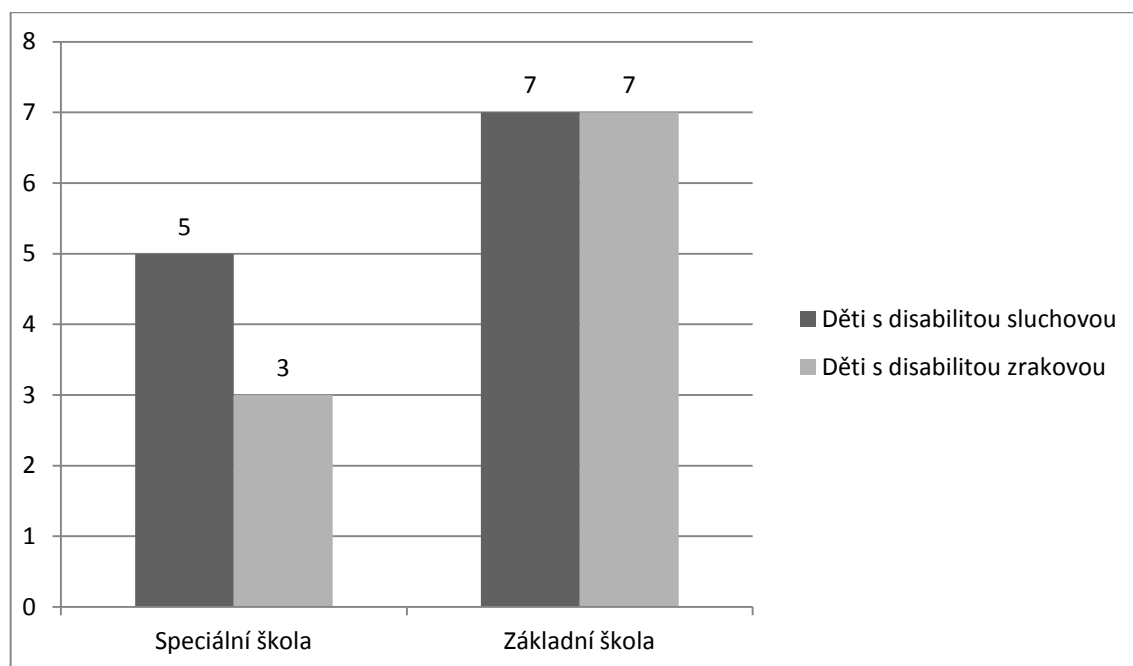
S problémem šikany, který je v dnešní době často diskutovaný, se z 22 respondentů setkalo šest, zbylých 17 probandů šikanu nezažilo.

Graf č. 1 Hodnocení četnosti odpovědí na otázku číslo 1: Máte rád/a pohyb, hry, tanec, atd?, otázku číslo 2: Docházíte na nějakou řízenou pohybovou aktivitu?, a doplňující otázku: Pokud nenavštěvujete, chtěl/a byste? (Zdroj: vlastní)



Graf číslo 1 ukazuje odpovědi na otázky 1 (máte rád/a pohyb, hry, tanec, atd.), 2 (Docházíte na nějakou řízenou pohybovou aktivitu?) a odpovědi na doplňující otázku při otázce 2 (Pokud nenavštěvujete, chtěl/a byste?). Tento graf tak ukazuje, zda děti, které se chtějí hýbat, navštěvují pohybovou aktivitu a pokud jí nenavštěvují, zda jim to vyhovuje či nikoli. Je patrné, že ne všichni respondenti, kteří chtějí svůj volný čas alespoň částečně trávit pohybem, ho tak tráví. Převážná část respondentů, přesněji 17, uvádí, že má rádo pohyb, jen 13 ale skutečně navštěvuje řízenou pohybovou aktivitu. Zbývajících 9 žádnou řízenou pohybovou aktivitu nenavštěvuje. Z těchto devíti probandů by rádo řízenou pohybovou aktivitu navštěvovalo 8 dotázaných, 1 uvedl, že má rád pohyb, na řízenou pohybovou aktivitu nedochází, ale ani nechce. Tento proband uvedl, že má dostatečné vyžití doma. Pět z devíti respondentů nenavštěvujících žádnou pohybovou aktivitu uvedlo jako důvod, proč volnočasovou aktivitu nenavštěvují, nízkou nabídku těchto činností pro ně vhodných. Jednalo se o ty respondenty, kteří jako míru své disability, uvedli těžkou nebo střední formu. Ze zbývajících 4 probandů 2 uvedli jako důvod finanční náročnost a 2 velkou vzdálenost od místa bydliště.

Graf č. 2: Hodnocení četnosti odpovědí na otázku číslo 3: Docházíte do speciální školy, nebo základní školy? (zdroj: vlastní)

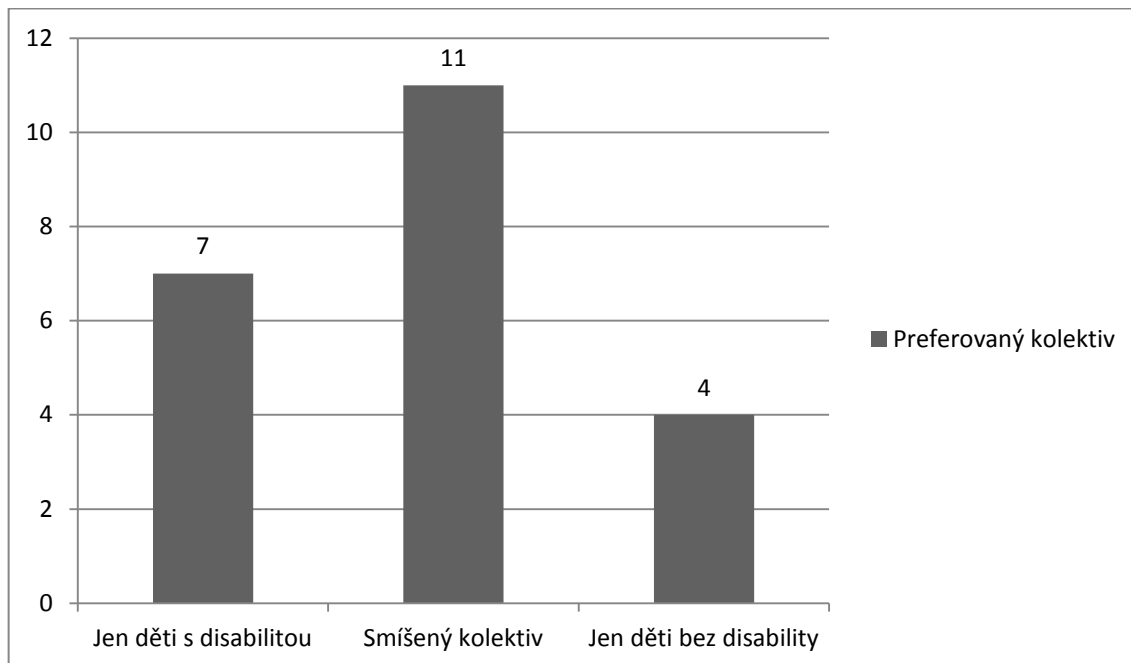


Graf číslo 2 ukazuje, kolik respondentů je integrováno v základních školách a kolik jich dochází do škol speciálních. Výsledky přímo korelují s uvedenou mírou disability. To znamená, že ti respondenti, kteří uvedli míru své vady jako těžkou, či střední navštěvují speciální školu. Naopak, ti probandi, se slabou disabilitou, jsou integrováni ve školách základních. Jediný proband se tomuto výsledku vymyká. Spadá do zrakově postižené skupiny respondentů se střední mírou disability. Tento proband dochází do základní školy.

Graf č. 3: Hodnocení četnosti odpovědí na otázku číslo 4: Máte raději kolektiv dětí s podobnou disabilitou, či rád/a trávíte čas i s dětmi bez disability? (zdroj: vlastní)

Graf číslo 3 zobrazuje, jakému kolektivu dávají děti s disabilitou sluchovou a zrakovou přednost. Nejvíce preferovaný je smíšený kolektiv, ten jako oblíbený uvedlo 11 probandů. Jako důvod nejčastěji (5krát) uváděli to, že nevidí rozdíl mezi dětmi intaktními a disabilními. Děti s disabilitou sluchovou uvedli, že díky intaktním dětem si dále rozvíjejí řeč. Toto uvedli 3 dotázaní. Zbývající 2 spadají do kategorie dětí s disabilitou zrakovou, ti jako důvod výběru smíšeného kolektivu uvedli to, že děti s podobnou disabilitou jim lépe rozumí a chápou je a děti zdravé dobře popisují věci.

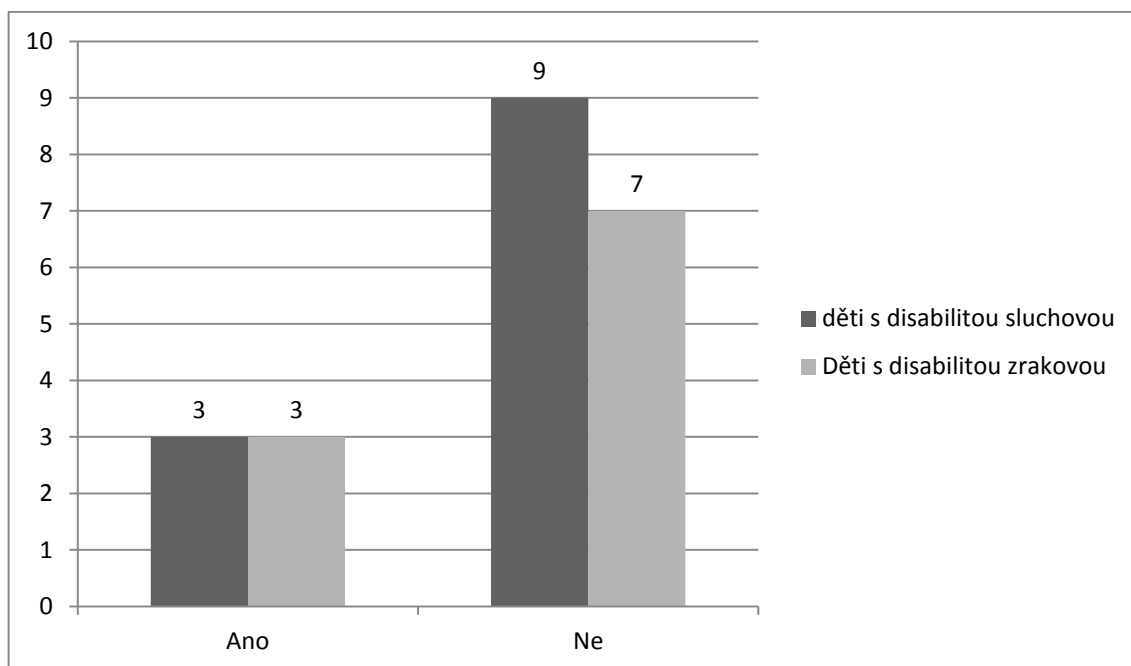
Graf č. 3: Hodnocení četnosti odpovědí na otázku číslo 4: Máte raději kolektiv dětí s podobnou disabilitou, či rád/a trávíte čas i s dětmi bez disability? (zdroj: vlastní)



Celkem 7 probandů uvedlo, že raději tráví čas mezi dětmi s disabilitou. Jako důvod šest z nich uvedlo šikanu ze strany intaktních dětí, jeden dotázaný si tento kolektiv vybral kvůli lepšímu porozumění. Zbývajících 4 respondenti upřednostňují kolektiv tvořený jen z dětí bez disability. Všichni tito probandi spadají do sluchově postižených, a to se slabou disabilitou. Jako důvod výběru kolektivu jen dětí bez disability všichni uvedli, že neovládají znakovou řeč, což tvoří bariéru v komunikaci s jedinci postiženými vyšším stupněm disability.

Graf č. 4 Hodnocení četnosti odpovědí na otázku číslo 5: Setkal/a jste se někdy se šikanou?

Graf číslo 4 vyhodnocuje četnost výskytu šikany páchané na dětech s disabilitou sluchovou a zrakovou. Dohromady 6 dětí uvedlo, že se se šikanou setkali. Tento počet přímo koreluje s odpověďmi na otázku číslo 4 (Máte raději kolektiv dětí s podobnou disabilitou, či rád/a trávíte čas i s dětmi bez disability?), kdy stejných 6 respondentů uvedlo jako příčinu preference kolektivu tvořeného pouze dětmi s disabilitou právě šikanu.



5.4 Výsledky a diskuze k anketě určené pro rodiče dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou

Za pomoci ankety vlastní konstrukce, jež je přiložena níže, jsem zjišťovala především informovanost rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou ohledně nabídky řízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu a jejich využívání.

Jedna z otázek, jež v anketě pokládám se týká nápadů na zlepšení kvality nabídky řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou. Dále ankety zjišťuje poptávku po řízených pohybových aktivitách v Jihočeském regionu pro děti s vadou sluchu a zraku.

Z ankety také můžeme usuzovat skutečnosti, jako je poměr počtu dětí s disabilitou sluchovou ku počtu dětí s disabilitou zrakovou v Jihočeském regionu a v jakých mírách se v Jihočeském regionu disability vyskytují a zda je disabilita (ať už sluchová nebo zraková) častější u dívek, nebo u chlapců. Tyto závěry ale nemusí být přímo platné, jelikož výzkum byl prováděn na poměrně malé části populace.

Anketu jsem vytvořila sama a to tak, aby byla srozumitelná. Při jejím sestavování jsem postupovala podle zásad uvedených v knize Kvalitativní výzkum J. Hendla (HENDL, 2005).

Tabulka č. 5: Anketa mapující informovanost, zájem a spokojenost rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou s řízenými pohybovými aktivitami v Jihočeském regionu (zdroj: vlastní)

ANKETA

mapující informovanost, zájem a spokojenost rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou s řízenými pohybovými aktivitami v Jihočeském regionu

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Plachá a jsem studentkou Jihočeské univerzity Pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví. Prosím Vás o vyplnění ankety, která bude použita k výzkumnému šetření v mé bakalářské práci. Anketa je anonymní, nemusíte proto uvádět Vaše jméno. Prosím, odpovídejte tak, jak nejlépe cítíte. Zakroužkujte vždy tu možnost, která je nejbližší skutečnosti.

Řízená pohybová aktivita je taková pohybová aktivita, která se uskutečňuje ve volném čase dítěte, je vedena odborným dozorem (pedagogem, cvičitelem, trenérem) a pravidelně se opakuje.

Pohlaví dítěte: ženské mužské

Věk dítěte:

Druh disability: zraková sluchová

Míra disability:

Prostředí, ve kterém dítě žije:

samota vesnice město do 25 tisíc obyvatel město nad 25 tisíc obyvatel

1. Je ve Vašem okolí možnost bezpečného pohybu pro Vaše dítě?
Ano Ne
 2. Navštěvuje Vaše dítě řízenou pohybovou aktivitu?
Ano Ne
Pokud ne, proč?
 - Pokud ano, je tato aktivita vedena proškoleným pedagogem (trenérem, cvičitelem) pro práci s dětmi s danou disabilitou?
Ano Ne
Je tato aktivita v místě Vašeho bydliště?
Ano Ne
 3. Jste nakloněni integraci Vašeho dítěte pomocí řízené pohybové aktivity mezi dětmi intaktními?
Ano Ne
 4. Jak daleko byste byli ochotni své dítě na takovou aktivitu dopravovat?
pouze v místě bydliště do 15km od bydliště více (kolik?) km
 5. Uvítali byste, aby Vaše dítě nějakou řízenou pohybovou aktivitu navštěvovalo?
Ano Ne
 6. Jakou sumu byste byli ochotni zaplatit za řízenou pohybovou aktivitu za měsíc?
.....Kč
 7. Uvítali byste slevu od zřizovatele dané řízené pohybové aktivity pro své dítě?
Ano Ne
Pokud ano, v jaké výši?%
 8. Na koho se mohou obrátit rodiče či vychovatelé dítěte s disabilitou sluchovou či zrakovou ve Vašem městě, popř. kraji ohledně řízeného pohybového využití?
(státní, soukromé instituce, svazy, kluby, jednoty, webové stránky, atd.)
.....
.....
 9. Jaká je ve Vašem městě, popř. kraji nabídka řízených pohybových aktivit pro děti ve věku mezi 8 a 15 lety s disabilitou sluchovou či zrakovou? Ohodnoťte číslem 1 – 5 (1 – výborná, 5 – nedostačující)
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| při speciálních školách (pohybové kroužky) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| mimo školu (sportovní kluby, svazy aj.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| jednorázové akce (tábory, sportovní dny aj.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nevím | | | | | |

10. Co byste doporučili pro zlepšení kvality řízených pohybových aktivit pro děti ve věku mezi 8 a 15lety s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském kraji?

.....

.....

.....

Tabulka č. 6: Souhrnné výsledky odpovědí v anketě mapující informovanost, zájem a spokojenost rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou s řízenými pohybovými aktivitami v Jihočeském regionu (zdroj: vlastní)

otázka	odpověď a počet respondentů																															
Druh disability	sluchová								zraková																							
	12								9																							
Míra disability	slabá				střední				těžká				slabá				střední				těžká											
	8				2				2				6				2				1											
Pohlaví	dívka								chlapec								dívka								chlapec							
	5								7								5								4							
Věk	8	9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	14	15								
	1	2	2	0	3	2	1	1	0	1	2	2	0	1	1	2	0	1	2	2	0	1	1	2								
Prostředí, ve kterém žijete	samota				vesnice				město pod 25 tisíc obyv.				město nad 25 tisíc obyv.				samota				vesnice				město pod 25 tisíc obyv.				město nadd 25 tisíc obyv.			
	0				2				4				6				1				1				3				4			
1. Je ve Vašem okolí možnost bezpečného pohybu pro Vaše dítě? (hřiště, hala příroda)	ano								ne								ano								ne							
	12								0								6								3							
2. Navštěvuje Vaše dítě řízenou pohybovou aktivitu?	ano								ne								ano								ne							
	7								5								6								3							
Pokud ano, je tato aktivita vedena	ano								ne								ano								ne							
	0								7								1								5							

proškoleným pedagogem pro práci s dětmi s danou disabilitou?	ano	ne	ano	ne
	0	7	1	5
Je tato aktivita v místě Vašeho bydliště?	ano		ne	
	9		4	
3. Jste nakloněni integraci Vašeho dítěte pomocí řízené pohybové aktivity mezi děti intaktní?	ano		ne	
	16		5	
4. Jak daleko byste byli ochotni své dítě na takovou aktivitu dopravovat?	pouze v místě bydliště	do 15 ti km	více	
	12	7	2	
5. Uvítali byste, aby Vaše dítě nějakou řízenou pohybovou aktivitu navštěvovalo?	ano		ne	
	5		3	
6. Uvítali byste slevu od zřizovatele dané řízené pohybové aktivity pro své dítě?	ano		ne	
	8		13	

V tabulce číslo 6 jsou zahrnuty odpovědi rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou žijících v Jihočeském regionu. Anketa byla rozeslána 30 lidem, z nichž ji vyplnilo a zaslalo zpět 21 respondentů. Z tohoto celkového počtu je 12 dotázaných rodičem dítěte s disabilitou sluchovou, zbylých 9 probandů je rodičem dítěte s disabilitou zrakovou.

Největší důraz jsem kladla na otázky týkající se informovanosti rodičů o řízených pohybových aktivitách vhodných pro jejich děti v Jihočeském regionu. Z odpovědí na otázku číslo 7 (Na koho se mohou obrátit rodiče či vychovatelé dítěte s disabilitou sluchovou či zrakovou ve Vašem městě, popř. kraji ohledně řízeného pohybového využití? (státní, soukromé instituce, svazy, kluby, jednoty, webové stránky, atd.)) jsem zjistila, že rodiče informace nejčastěji vyhledávají pomocí internetu. Z 21 respondentů tak odpovědělo 15, dále jako informační střediska nejčastěji uváděli organizace: Tyflokabinet o.p.s., Světluška o.p.s., Arpida. To že z 21 dotazovaných jen 15 osob hledá informace na internetu, souvisí s tím, že většina dětí je postižena slabou formou disability. Tyto děti mohou navštěvovat řízené pohybové aktivity v centrech, kde se dětmi s disabilitou nezabývají a kam dochází zdravé děti. Proto jejich rodiče nemusí vyhledávat přizpůsobené kluby.

Celkově 14 dotázaných uvedlo, že jejich dítě trpí slabou mírou disability (viz. Tabulka č. 3), střední formou jsou postiženy čtyři děti, těžkou disabilitou tři. Z toho lze usuzovat, že děti s tzv. slabou formou disability mohou bez větších omezení navštěvovat řízené pohybové aktivity v zařízeních, jejichž prioritou nejsou právě děti s disabilitou.

Většina respondentů na otázku zjišťující bydliště odpověděla dle mého očekávání. Nejvíce, přesněji 17 respondentů žije ve městech, z toho 10 ve městech s počtem obyvatel vyšším než 25 tisíc. Na vesnici bydlí 3 dotázaní, na samotě jeden proband.

Na otázku zjišťující bezpečnost pohybu dětí v okolí domova odpovídali všichni rodiče sluchově postižených dětí kladně, to znamená, že pro jejich děti je pohyb po okolí bez rizika. Jinak je tomu u rodičů dětí s disabilitou zrakovou, z nichž 3 odpověděli záporně. Toto je v přímé souvislosti s mírou disability jednotlivých dětí. Rodiče dětí se střední a těžkou formou disability se domnívají, že okolí jejich bydliště, není pro pohyb jejich dětí bezpečný.

Řízenou pohybovou aktivitu navštěvuje celkově 13 dětí. Z toho je 7 probandů s vadou sluchu. Rodiče všech těchto dětí uvádí, že řízená pohybová aktivita

navštěvovaná jejich dítětem není vedena odborně proškoleným pedagogem. Přímou korelací s počtem dětí se slabou formou disability. Podrobnější analýzou dotazníků bylo zjištěno, že řízenou pohybovou aktivitu navštěvují právě jen děti se slabou mírou poškození sluchu. Z celkových 9 dětí s vadou sluchu navštěvuje řízenou pohybovou aktivitu 6 probandů. V 1 z těchto 6 případů se jedná o dítě se střední formou disability, rodič tohoto dítěte uvedl, že daná pohybová aktivita je vedena proškoleným pedagogem. Zbytek, 5 dětí spadá do skupiny slabě postižených, jejich rodiče uvedli, že daná pohybová činnost není vedena proškoleným pedagogem v problematice dětí s disability.

Následují dvě otázky týkající se vzdálenosti centra s nabídkou řízených pohybových aktivit od místa bydliště. První z nich zjišťuje, zda je daná aktivita v místě bydliště. Na tuto otázku odpovědělo 9 respondentů ano, zbylé 4 děti musí na svou pohybovou aktivitu dojíždět. Souvisí to s místem bydliště, děti z měst navštěvují pohybovou aktivitu zpravidla v onom městě. Druhá otázka týkající se vzdálenosti zjišťuje ochotu rodičů, dopravovat svou ratolest na pohybovou činnost. Tyto výsledky jsou opět v korelaci s místem bydliště. Ze 17 respondentů žijících ve městě 12 uvedlo, že své dítě by dopravovali na pohybovou činnost pouze v místě bydliště. 7 rodičů je ochotno dovézt dítě ve vzdálenosti do 15 km, zbylí 2 probandi uvedli vyšší vzdálenost a to 25 a 30 km. Tito dva rodiče jako místo bydliště uvedli samotou a vesnici.

Další otázkou bylo zjišťováno, zda si rodiče dětí, které na žádnou řízenou pohybovou aktivitu nedocházejí, přejí, aby jejich potomek takovou aktivitu provozoval. Takových rodičů bylo 8, z toho 5 uvedlo, že by byli rádi, kdyby jejich dítě navštěvovalo podobnou aktivitu. Jako důvod neúčasti jejich dětí na pohybových činnostech všichni uvedli nízkou nabídku takových aktivit. Rodiče 3 dětí si nepřejí, aby jejich dítě navštěvovalo pohybovou aktivitu. Jsou to rodiče dětí s disability sluchovou, dále uvádějí, že jejich dítě má dostatečné pohybové vyžití v rámci domova a rodiny. Jeden rodič z těchto tří jako další důvod uvedl vysoké finanční zatížení.

Další otázka zjišťuje poptávku rodičů po slevách na řízené pohybové aktivity pro jejich děti. Většina (13) respondentů uvedla, že nevyžadují slevu od zřizovatele pohybové aktivity. Zbylých 8 probandů by slevu uvítalo. Velikost slevy se pohybovala od 10% (4 respondentů), přes 15% (2 respondenti) k 20% (1 respondent). Jeden respondent dokonce požaduje 100% slevu na řízenou pohybovou aktivitu pro své dítě.

Otázka číslo 5 mapuje výši částky, kterou jsou rodiče ochotni zaplatit za řízenou pohybovou aktivitu za měsíc. Jeden proband uvedl nulovou částku. ze zbývajících 20 dotázaných je 10 ochotno zaplatit za pohybovou činnost 500 Kč za měsíc, 4 uvedli částku 300 Kč, 5 dotázaných uvedlo částku 200 Kč a jeden proband je ochoten zaplatit 150 Kč za měsíc za řízenou pohybovou aktivitu.

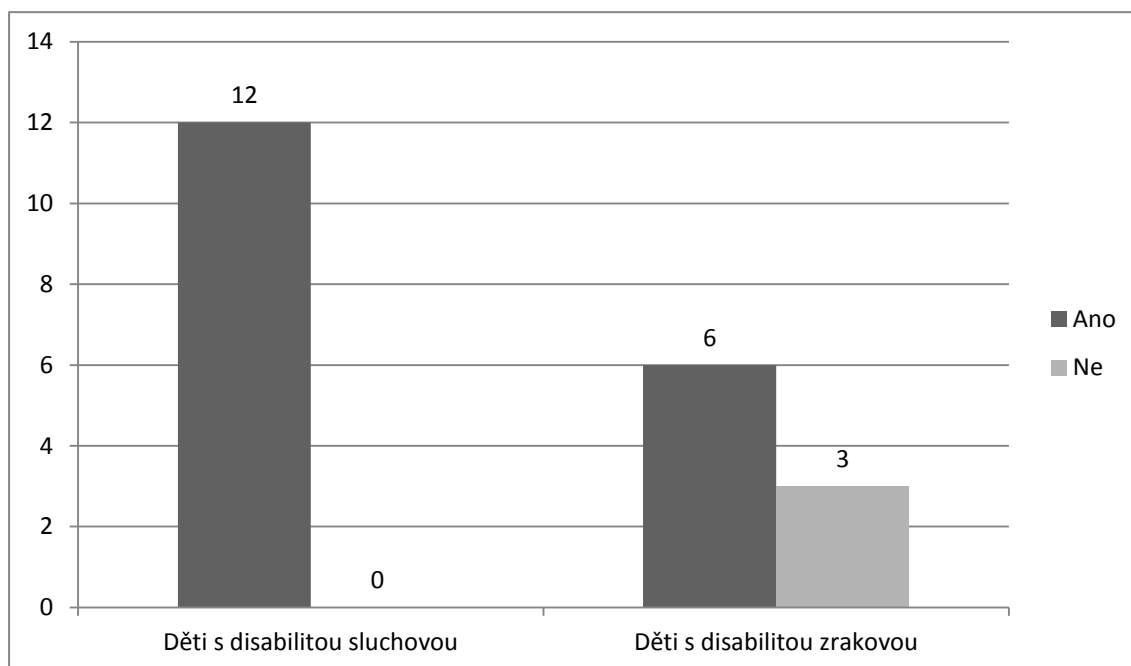
V otázce číslo 8 je zjišťováno povědomí a spokojenost s nabídkou řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu. Z 21 dotázaných 12 probandů v této otázce odpovědělo, že neví, jaká je nabídka pohybových aktivit v Jihočeském regionu. Z uvedených si nejlépe vedly kroužky spadající pod speciální školy, ty dostaly průměrnou známku 1,7, mimoškolní aktivity a jednorázové akce získaly velmi podobné známky. Mimoškolní aktivity mají byly v průměru hodnoceny 2,1, jednorázové akce 2,3.

Poslední otázka shrnuje doporučení rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou na zlepšení kvality nabízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu. Většina probandů doporučuje zvýšení nabídky těchto aktivit a jejich vyšší dostupnost po celém kraji. Probandů s tímto doporučením je 15, 5 respondentů je spokojeno, neměnilo by nic a jeden dotázaný doporučuje snížení cen za pohybové aktivity na nulu.

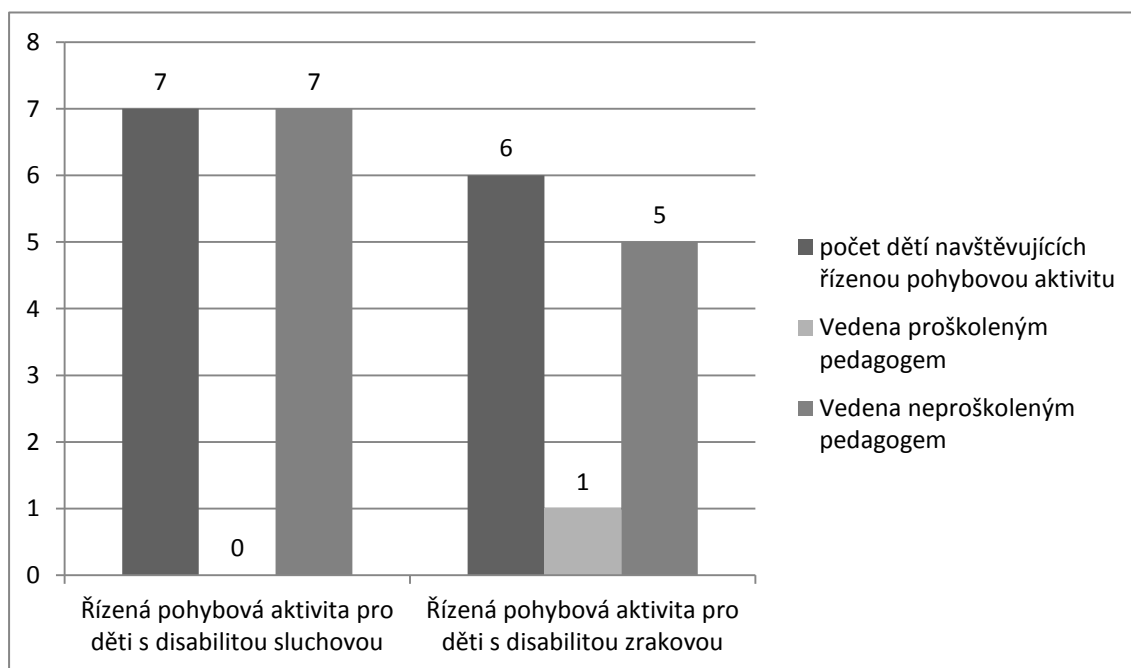
Graf č. 5: Hodnocení četnosti odpovědí na otázku číslo 1: Je ve Vašem okolí možnost bezpečného pohybu pro Vaše dítě?

Graf číslo 5 zahrnuje odpovědi respondentů na otázky týkající se bezpečnosti dětí s disabilitou při pohybu v okolí bydliště. Z grafu je patrné, že rodiče dětí s disabilitou sluchovou uvedli okolí jejich bydliště, jako bezpečné a to ze 100%. Děti s poruchou sluchu totiž nemají problém s orientací v prostoru. Tento problém se týká dětí s disabilitou zrakovou. Překvapivě se proto může jevit fakt, že 6 z 9 respondentů uvedlo, že pohyb po okolí bydliště je pro děti s disabilitou zrakovou bezpečný. Koreluje to ale s mírou disability. Ti rodiče co uvádějí míru disability jejich dětí jako slabou, zároveň považují okolí bydliště za bezpečné. Za nebezpečné je naopak považují rodiče dětí s disabilitou střední až těžkou. Takové děti se totiž špatně orientují v prostoru.

Graf č. 5: Hodnocení četnosti odpovědí na otázku číslo 1: Je ve Vašem okolí možnost bezpečného pohybu pro Vaše dítě? (zdroj: vlastní)



Graf č. 6: Hodnocení četností odpovědí na otázku číslo 2: Navštěvuje Vaše dítě řízenou pohybovou aktivitu?, a její podotázku: Pokud ano, je tato aktivita vedena proškoleným pedagogem pro práci s dětmi s danou disabilitou?



Graf číslo 6 znázorňuje poměr mezi navštěvovanými pohybovými aktivitami a aktivitami vedenými proškoleným pedagogem pro práci s dětmi s danou disabilitou a to s ohledem na disabilitu. Z grafu je patrné, že řízené pohybové aktivity pro děti s disabilitou sluchovou jsou vedeny pouze neproškolenými pedagogy, je to dáno tím, že všechny děti, kterých se toto týká, jsou postihnuty slabou formou disability a dochází na pohybové kroužky do zařízení, které se zabývají intaktními dětmi, ne dětmi s disabilitou. Proto nepotřebují proškoleného pedagoga, zvládají to co zdravé děti. V části grafu věnované řízeným pohybovým aktivitám pro děti s disabilitou zrakovou je zřejmé, že v j jednom ze šesti případů je řízená pohybová aktivita vedena proškoleným pedagogem. Tuto aktivitu navštěvuje dítě se střední formou disability.

5.5 Výsledky a diskuze k anketě určené pro rodiče dětí intaktních mapující ochotu pomáhat a začleňovat děti s disabilitou sluchovou a zrakovou do společnosti

Pomocí ankety vlastní konstrukce určené pro rodiče zdravých dětí, která je přiložena níže, jsem mapovala především ochotu pomoci rodičům (opatrovníkům) dětí s disabilitou co se týče dopravy, jejich loajalitu vůči nim v otázce finanční náročnosti v souvislosti s řízenými pohybovými aktivitami. Dalším stěžejním bodem, který touto anketou zjišťuji, je zájem rodičů zdravých dětí o integraci dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou do společnosti.

Anketu jsem vytvořila sama a to tak, aby byla srozumitelná. Některé otázky jsou uzavřené, jiné otevřené a některé jsou doplněné o rozšiřující podotázky. Při jejím sestavování jsem postupovala podle zásad uvedených v knize Kvalitativní výzkum J. Hendla (HENDL, 2005).

Tabulka č. 7: Anketa mapující zájem rodičů zdravých dětí o integritu dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou do společnosti a ochotu pomoci rodičům děsí s disabilitou sluchovou a zrakovou (zdroj: vlastní)

ANKETA

mapující zájem rodičů zdravých dětí o integritu dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou do společnosti a ochotu pomoci rodičům dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Plachá a jsem studentkou Jihočeské univerzity Pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví. Prosím Vás o vyplnění ankety, která bude použita k výzkumnému šetření v mé bakalářské práci. Anketa je anonymní, nemusíte proto uvádět Vaše jméno. Prosím, odpovídejte tak, jak nejlépe cítíte. Zakroužkujte vždy tu možnost, která je nejbližší skutečnosti.

Řízená pohybová aktivita je taková pohybová aktivita, která se uskutečňuje ve volném čase dítěte, je vedena odborným dozorem (pedagogem, cvičitelem, trenérem) a pravidelně se opakuje.

Pojem disabilita vyjadřuje chybění, omezení, neschopnost, nemohoucnost, či zdravotní postižení, v jehož důsledku nelze vykonávat aktivity právě tím způsobem, jak je to obvyklé. Zraková disabilita není pouze nevidomost, ale i slabozrakost, barvoslepost, šeroslepost a další. Sluchová disabilita zahrnuje jak úplnou hluchotu, tak nedoslýchavost.

1. Navštěvuje Vaše dítě nějakou řízenou pohybovou aktivitu?

Ano Ne

2. Dochází společně s Vaším dítětem na řízenou pohybovou aktivitu, či do školy dítě s disabilitou sluchovou a zrakovou?

Ano Ne

3. Vadilo by Vám, kdyby společně s Vaším dítětem docházelo na řízenou pohybovou aktivitu, či do školy dítě s disabilitou sluchovou či zrakovou?

Ano Ne

Pokud ano, proč?

.....

4. Byli byste ochotni pomoci rodině dítěte s disabilitou, co se týče dopravy na řízenou pohybovou aktivitu, nebo školy?

Ano Ne

5. Vadilo by Vám, pokud by rodiče (opatrovníci) dětí s disabilitou sluchovou či zrakovou platili za jistou řízenou pohybovou aktivitu méně než vy?

Ano Ne

6. Domníváte se, že by Vašemu dítěti prospěl styk s dítětem s disabilitou sluchu nebo zraku?

Ano	Ne
Pokud ano, v čem by tento přínos spočíval?	
.....	
.....	

Tabulka č. 8: Souhrnné výsledky odpovědí v anketě mapující zájem rodičů zdravých dětí o integraci dětí s disabilitou zrakovou a sluchovou do společnosti a ochotu pomoci rodičům dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou (zdroj: vlastní)

Otázka	Ano	Ne
1. Navštěvuje Vaše dítě nějakou řízenou pohybovou aktivitu?	18	12
2. Dochází společně s Vaším dítětem na řízenou pohybovou aktivitu, či do školy dítě s disabilitou sluchovou a zrakovou?	2	28
3. Vadilo by Vám, kdyby společně s Vaším dítětem docházelo na řízenou pohybovou aktivitu, či do školy dítě s disabilitou sluchovou či zrakovou?	25	5
4. Byli byste ochotni pomoci rodině dítěte s disabilitou, co se týče dopravy na řízenou pohybovou aktivitu, nebo školy?	25	5
5. Vadilo by Vám, pokud by rodiče (opatrovníci) dětí s disabilitou sluchovou či zrakovou platili za jistou	19	11

řízenou pohybovou aktivitu méně než vy?		
6. Domníváte se, že by Vašemu dítěti prospěl styk s dítětem s disabilitou sluchu nebo zraku?	25	5

Anketa mapující zájem rodičů zdravých dětí o integraci dětí s disabilitou zrakovou a sluchovou do společnosti a ochotu pomoci rodičům dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou byla zaslána 40 ti rodičům zdravých dětí z Jihočeského regionu. Z těchto 40 ti jedinců vyplnilo anketu a poslalo zpět 30 respondentů.

Otázka číslo jedna se přímo netýká zadání mé bakalářské práce, je spíše otázkou doplňkovou a zjišťuje, jaké procento zdravých dětí využívá široké nabídky řízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu. těchto dětí je ze 30 ti pouhých 18. Domnívám se, že tento počet není dostačující, při dnešním zvyšujícím se počtu obezity u dětí. Otázka je ale koncipována jen na řízené pohybové aktivity a je tedy možné, že děti, které je dle ankety nenavštěvují, zařazují pohyb do svého života v jiné formě, například rekreační.

Otázka číslo dvě mapuje míru integrace dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou do společnosti vrstevníků v Jihočeském regionu. Je pravdou, že výsledek není relevantní s ohledem na poměrně nízký vzorek respondentů, vezmeme – li v potaz celkový počet obyvatel Jihočeského kraje. Je ale zarážející, že tak málo, pouhé dvě děti probandů, se ve svém životě pravidelně setkává s dětmi s disabilitou sluchovou a zrakovou. Ostatních 28 dětí respondentů se možná někdy s takovým dítětem potkalo, ale jistě ne v takové míře, abychom mohli hovořit o integraci.

Otázka číslo tři se zabývá názorem rodičů na společně trávený čas jejich dětí s dětmi s vadou sluchu a zraku. Celých 25 dotázaných uvedlo, že by jim nevadilo, kdyby na řízenou pohybovou aktivitu, či do školy s jejich potomkem chodilo dítě s poruchou sluchu či zraku. Z toho lze usuzovat, že jsou tito rodiče nakloněni integraci dětí s disabilitou sluchu a zraku. Zbylých 5 respondentů, kteří uvedli, že si nepřejí, aby jejich dítě trávilo čas s dítětem s poškozením sluchu a zraku jako důvod uvádí následující: „problém s komunikací“, „sama z nich mám strach“, „měly by mít svoje aktivity a školy“, „ovlivnilo by to psychiku mého dítěte“, „takové dítě by zdržovalo výuku jak ve škole tak sportu“.

Počet respondentů u otázky číslo 4 (Byli byste ochotni pomoci rodině dítěte s disabilitou, co se týče dopravy na řízenou pohybovou aktivitu, nebo školy?) je stejný, jako v otázce číslo 3. Ochotných rodičů zdravých dětí, kteří uvedli, že by pomohli rodině dítěte s disabilitou ohledně dopravy, je 25, zbylých 5 tuto ochotu nesdílí.

V otázce číslo 5 se počet respondentů odpovídajících kladně zmenšuje. Tato otázka zjišťuje, zda by probandům vadilo, jestliže by rodiče (opatrovníci) dětí s disabilitou platili za pohybové aktivity méně než oni sami. Jak uvedli respondenti, 19 z nich by to nevadilo, 11 ano. Nejspíše je to důsledek dnešní konzumní společnosti, kdy se lidé naučili spíše brát než dávat.

Otázkou číslo 6 zjišťují přínosy, které rodiče dětí intaktních vidí ve společném trávení času jejich dětí s dětmi s disabilitou. Z celkového počtu 30 ti respondentů 25 se domnívá, že pro jejich dítě by společně trávený čas s dítětem s disabilitou byl přínosem. Jako příklady těchto přínosů uvádějí: akceptace odlišných lidí/děti, empatie, naučí se chovat k takovým lidem a v budoucnu jej nenapadne takového jedince šikanovat, naučí se pomáhat lidem a nevidět rozdíly, bude si svého zdraví. Z těchto 25 ti probandů 6 nevypsalo přínosy, které vidí ve společném trávení času svého dítěte s dítětem s poruchou sluchu a zraku. Zbývajících 5 dotázaných se domnívá, že by společný čas jejich dítěte s dítětem s vadou sluchu a zraku, jejich potomku nijak neprospěl.

6. VYJÁDŘENÍ K VÝZKUMNÝM PŘEDPOKLADŮM

Pro zpracování této práce byly stanoveny 4 výzkumné předpoklady.

- P 1. V Jihočeském kraji je dostatek řízených pohybových aktivit určených pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou. Tento předpoklad jsem svým výzkumem vyvrátila. Bylo totiž zjištěno velmi málo pracovišť zabývajících se touto problematikou. Přesněji byla zjištěna dvě pracoviště zabývajících se řízenými pohybovými činnostmi pro děti s disabilitou sluchovou a jedno zařízení zabývajících se řízenými pohybovými aktivitami pro děti s disabilitou zrakovou. Jsou to zařízení uvedené v tabulce číslo 1 a 2. Můžeme se domnívat, že pokud by stát přispíval organizacím, jež se zabývají řízenými pohybovými aktivitami pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou, nabídka těchto činností by se zvýšila. Výsledky vychází z analýzy literárních a internetových zdrojů, z dotazování, řízených nestrukturovaných volných rozhovorů a telefonních interview.
- P 2. Rodiče dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou jsou nakloněni integraci jejich dětí pomocí řízených pohybových aktivit. Tento předpoklad se potvrdil, z 21 dotázaných je této integraci nakloněno 16 rodičů. Myslím, že by ale bylo vhodné, kdyby této integraci byli nakloněni všichni rodiče dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou. Výsledky byly zjištěny anketou mapující informovanost, zájem a spokojenost rodičů dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou s řízenými pohybovými aktivitami v Jihočeském regionu.
- P 3. Děti s disabilitou sluchovou a zrakovou se chtějí účastnit řízených pohybových aktivit. Tento předpoklad byl potvrzen. Z 22 probandů celkem 17 má rádo pohyb a chce se účastnit řízených pohybových aktivit, nebo se jich přímo účastní. Tyto výsledky plynou z ankety určené pro děti s disabilitou zrakovou a sluchovou, která zjišťovala zájem těchto dětí o řízené pohybové aktivity a o integraci do společnosti.
- P 4. Rodiče zdravých dětí jsou nakloněni integraci dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou pomocí řízených pohybových aktivit. Tento předpoklad se potvrdil a to v anketě určené pro rodiče zdravých dětí, která mapovala právě zájem rodičů zdravých dětí o socializaci dětí s disabilitou. Z celkových 30 dotázaných je začleňování do běžné populace nakloněno 25 respondentů. Vhodnější by bylo, kdyby této integraci byli nakloněni všichni rodiče zdravých dětí.

7. ZÁVĚR

Ve své práci jsem vyhledávala kluby, svazy, sportovní oddíly a jim podobné organizace, které poskytují řízené pohybové činnosti právě pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou ve věku 8 – 15 let a to v Jihočeském regionu. Tato zařízení jsou vyhledána pomocí analýzy internetových zdrojů. Po vyhledání jsou zkontaktováni odpovědní pracovníci a řízenými nestrukturovanými volnými rozhovory a dotazováním jsou zjišťovány skutečnosti o nabídce řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou.

V teoretické části se zabývám vysvětlením pojmů řízená pohybová aktivita, zdraví, disabilita, disabilita sluchová a její vliv na vývoj dětí, disabilita zraková a její vliv na vývoj dětí. Také uvádím, jaké pohybové aktivity jsou vhodné pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou. V neposlední řadě zkoumám výhody vyplývající ze zákonů České republiky, tedy kdo má nárok na získání asistentů, vodičích psů, různých příspěvků, a také kdo může získat průkaz ZTP, ZTP/P a jaké benefity tyto průkazy slibují. Jako poslední vymezuji Jihočeský region a to především z hlediska počtu obyvatelstva a z hlediska počtu dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou. Většinu informací o těchto problémech jsem získávala analýzou literárních zdrojů, některé analýzou zdrojů internetových. Bylo tedy potřeba nejprve vyhledat vhodnou literaturu a důvěryhodné internetové stránky. K získání informací o získávání asistentů, vodičích psů, různých příspěvků, průkazů ZTP, ZTP/P a témat tohoto se týkajících jsem využila dotazování a telefonních interviu. Kontaktovala jsem Českou správu sociálního zabezpečení a Úřad práce.

V praktické části se zabývám vyhodnocením získaných dat o nabídce řízených pohybových aktivit v Jihočeském regionu. Tyto data jsem získala za pomoci analýzy internetových zdrojů, kde jsem vyhledala zařízení, jež se podle webových stránek zabývají pohybovými aktivitami pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou. Poté jsem tato zařízení kontaktovala a zjišťovala informace týkající se právě nabídky řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou. Dále se v praktické části zabývám vyhodnocením anket vlastní konstrukce. Tyto ankety jsou tři. První je určena dětem s disabilitou sluchovou a zrakovou a mapuje zájem těchto dětí o řízené pohybové aktivity a o integraci do společnosti. Druhá anketa je určena pro rodiče dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou a zjišťuje informovanost, zájem a spokojenost rodičů

těchto dětí s řízenými pohybovými aktivitami v Jihočeském regionu. Třetí anketa je určena pro rodiče zdravých dětí a zkoumá zájem těchto lidí o integraci dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou do společnosti a jejich ochotu pomoci rodičům dětí disabilních. Pro vyhodnocení odpovědí těchto anket je využito induktivní, deduktivní a komparativní metody.

Závěrem bych chtěla říct, že mě zarazilo, jak málo organizací se v Jihočeském kraji zabývá dětmi s disabilitou sluchovou a zrakovou, lépe řečeno nabídkou pohybových aktivit vhodných pro tyto děti. Mělo by být snahou státu, kraje, neziskových organizací i samotných občanů, aby se nabídka těchto aktivit zvýšila.

Dále bych chtěla podotknout, že ač z ankety mapující zájem dětí o řízené pohybové aktivity a o integraci do intaktní společnosti vyplývá spíše, že děti se chtějí a jsou začleňovány do běžné populace, bylo by dobré, kdyby všechny děti byly stejně integrovány. Také by bylo vhodné, aby všechny děti docházely na nějakou řízenou pohybovou aktivitu a zvykaly si tak na pohyb, který je nutný pro správný rozvoj všech složek zdraví.

Doufám, že mé dotazování bude mít za následek zvýšení nabídky řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu, dále že si děti i rodiče uvědomí potřebu pohybu pro svůj život a že se zvýší snaha o integraci dětí s disabilitou sluchovou a zrakovou v Jihočeském regionu.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literární zdroje:

BALUNOVÁ, Kristýna, Libuše LUDÍKOVÁ a Dita HEŘMÁNKOVÁ. *Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 70 s. ISBN 80-244-0381-1.

BLÁHA, Ladislav a Ladislav PYŠNÝ. *Provozování pohybových aktivit zrakově handicapovanou populací*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2000, 214 s. Acta Universitatis Purkynianae, 62. ISBN 80-704-4323-5.

BLAHUTKOVÁ, Marie, Evžen ŘEHULKA a Šárka DAŇHELOVÁ. *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido, 2005, 78 s. ISBN 80-731-5108-1.

COPPENOLLE H. V. et. al. *Adapt. Multimediální pomůcka pro plánování a realizaci kurikul a programů v oblasti aplikovaných pohybových aktivit*. [CD-ROM], 2004. Ed. Copenolle H. V. et. al., Author: Rudi Knoops, Bieke Schureurs, Sander Claes.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-802-4615-653.

DOBROVOLSKÁ, Marie, Ivan ŠMAHEL a Miroslav [pedagog] MACHÁČEK. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky a patopsychologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1991, 102 s. ISBN 80-210-0240-9.

EDELSBERG, Ludvík. *Defektologický slovník*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.

GALLAHUE, David L, Frances Cleland DONNELLY a David L GALLAHUE. *Developmental physical education for all children*. 4th ed. Champaign, IL: Human Kinetics, c2003, 725 s. ISBN 07-360-3388-2.

HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2007, 125 s. ISBN 978-807-3151-454.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. 1. vyd. Praha: TRITON s.r.o, 2005. ISBN 80-724-623-6

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-725-4730-5.

KACANU, Eva. *Jsmo invalidé*, 1. vyd. Praha: Mutabene, 2001. ISBN 80-86745-05-5.

KALMAN, M.; HAMŘÍK, Z.; PAVELKA, J.. *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut, o.p.s, 2009. 172 s.

KRATOCHVÍLOVÁ, Jana, Jiří HAVEL a Hana FILOVÁ. *Sebehodnocení inkluzivního prostředí na 1. stupni základních škol: analytická studie - výsledky Rámce pro sebehodnocení podmínek vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 99 s. ISBN 978-802-1049-482.

KREJČÍ, Milada a Milada BÄUMELTOVÁ. *Týdny zdraví ve škole: projekt*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita pro Krajskou hygienickou stanici České Budějovice, 2001, 135 s. ISBN 80-704-0507-4.

KREJČÍ, Milada. *Krok k výchově, krok ke zdraví: projekt ESF "Rozvoj lidských zdrojů" CZ.04.1.03/3.1.15.2/0458 - "Další vzdělávání pedagogických pracovníků se zaměřením na prevenci obezity žáků 2. stupně ZŠ"*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, 2008, 24 s. ISBN 978-80-7394-082-9.

KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002, 127 s. ISBN 80-238-8729-7.

KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-802-4711-638.

KUKAČKA, Vladislav. *Význam pohybových aktivit pro osobní rozvoj a podporu zdraví: [recenzovaný] sborník s mezinárodní prezentací vědeckých a odborných článků*. Editor Vladislav Kukačka. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010, 211 s. ISBN 978-80-7394-223-6.

KURKOVÁ, P. *Pohybové aktivity a sport osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1263-3.

KURSOVÁ, Vlasta. *Rozvoj zdraví a integrace osob s mentálním postižením pomocí cílených pohybových aktivit: ověřený intervenční pohybový program*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009, 225 s. ISBN 978-80-7394-198-7.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Tyflopédie předškolního věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 54 s. ISBN 80-244-0955-0.

MARCUS, Bess H a LeighAnn H FORSYTH. *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7367-654-4.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizelem*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 203 s. ISBN 80-725-4476-4.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006, 159 s. ISBN 80-736-7174-3.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Editor Jarmila Pipeková. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-731-5120-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-866-3340-3.

POTMĚŠIL, Miloň. *Sluchové postižení a sebereflexe*. 1. vyd. V Praze: Karolinum, 2007, 197 s. ISBN 978-802-4613-000.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 290 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-0646-2.

SCHINDLEROVÁ, Olga a Kateřina GŮROVÁ. *Na ruce si nevidím: praktické dovednosti pro život se zrakovým postižením*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2007, 230 s. ISBN 978-80-86932-10-1.

SCHUSTER, Jan. *Krok k výchově, krok ke zdraví: projekt ESF "Rozvoj lidských zdrojů" CZ.04.1.03/3.1.15.2/0458 - "Další vzdělávání pedagogických pracovníků se zaměřením implementace RVP ve výchově ke zdraví a prevenci obezity žáků 2. stupně ZŠ"*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, 2008, 24 s. ISBN 978-80-7394-084-3.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-802-4717-333.

VACULÍK, Jaroslav a František ČAPKA. *Úvod do studia dějepisu a historický proseminář*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2000, 119 s. ISBN 80-210-2482-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 170 s. ISBN 80-718-4488-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1. vyd. V Praze: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁLKOVÁ Helena. *Malý domácí právník*. 1. vyd. Praha: Beck, 1996, 200 s. ISBN 80-717-9086-9.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Zákony a vyhlášky:

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (zákon o sociálním zabezpečení), ve znění platném k 1.1.2007

Zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (zákon o poskytování dávek), ve znění platném k 1.1.2012

Vyhláška č. 388/2011 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění platném od 1.1.2012

Internetové zdroje:

aTre v.o.s.: Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. www.atre.cz [online]. [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: <http://www.atre.cz/zakony/page0554.htm>

aTre v.o.s.: Zákon o sociálních službách. www.atre.cz [online]. [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: <http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>

Brailnet: Služby sociální péče. www.brailnet.cz [online]. [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/socprav/social6.html>

Bussines center: Sociální péče. www.bussiens.center.cz [online]. [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/socialzab/cast3.aspx>

Česká maltéžská společnost: Doprava osob se zdravotním postižením. www.cmpcb.cz [online]. [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: <http://www.cmpcb.cz/>

Disability kluby Jihočeský region: www.disability-kluby.cz. [online]. 2012 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.disability-kluby.cz/uvod>

Jihočeský kraj. www.kraj-jihocesky.cz [online]. 2011 [cit. 2012-05-10]. Dostupné z: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=8&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=8&par[lang]=CS)

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Dávky pro osoby se zdravotním postižením. www.mpsv.cz [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Příspěvek na péči. www.mpsv.cz [online]. 2012 [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Dávky pro osoby zdravotně postižené. www.mpsv.cz [online]. 2012 [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/24>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Příspěvek na péči. www.mpsv.cz [online]. 2012 [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální služby. www.mpsv.cz [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Zdravotní postižení. www.mpsv.cz [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Zdravotní postižení. www.mpsv.cz [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR: Zrakově postižený. www.sons.cz [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>

Slovník cizích slov: www.abz.cz [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/abilita>

Statistická ročenka školství 2011/2012. www.uiv.cz/ [online]. 2012 [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

Světová zdravotnická organizace: <http://www.who.int/en/>. [online]. 2012 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/physical_activity/en/

Ústav zdravotních informací a statistiky ČR: www.uzis.cz. [online]. 2003 [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast.pdf

Bakalářské práce:

TRAJKOVA, Andrea. *Dostupnost, organizace a zdravotně - sociální benefity řízených pohybových aktivit u dětí s disabilitou mentální, sluchovou, zrakovou ve vybraném regionu Bulharska v komparaci s Jihočeským regionem*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.