



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Bakalářská práce

Podpora rodiny s dítětem se zdravotním postižením v poradenském systému SPC

Vypracovala: Eliška Smetanová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Prázdňá, Ph. D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá podporou rodin s dítětem se zdravotním postižením v poradenském systému Speciálně pedagogických center. Uvedená problematika je nedílnou součástí rodin s postiženým dítětem. Speciálně pedagogická centra jsou školským zařízením poskytující pomoc a podporu klientům se zdravotním postižením a jejich rodinám. Ne vždy je podpora a pomoc dostatečně zaměřena na rodiny klientů i přesto, že přesné standardní služby center jsou dány zákonem. Neposkytnutí standardizovaných služeb může způsobit omezení kompetencí zákonných zástupců.

Práce si klade za cíl představit specifika dítěte se zdravotním postižením v oblasti vývoje, psychosociální specifika rodin v důsledku omezení a na podkladě platné legislativy porovnat standardní činnosti speciálně pedagogických center s reálnou podporou.

Cílem teoretické části bylo kompletovat teoretická východiska k vymezenému tématu a na jejich podkladě provést komparaci souvisejícího legislativního obsahu s reálnou podporou rodin s dětmi, žáky a studenty se zdravotním postižením v regionu jižních Čech v poradenském systému SPC.

Praktickou částí bylo vytvořit návrh obsahu webových stránek pro rodiče dětí se zdravotním postižením. Praktickou část bylo potřeba rozpravovat na dílčí cíl, který měl představit analýzu potřeb rodičů s dítětem se zdravotním postižením na základě sledování diskusního fóra přes sociální síť Facebook ve skupině Rodiče postižených dětí a lidí s postižením spojme se.

Teoretická část práce uvádí typy zdravotního postižení a specifika dítěte se zdravotním postižením ve vývoji. Dále se věnuje rodině s dítětem se zdravotním postižením. V neposlední řadě popisuje poradenský systém pro rodinu s dítětem se zdravotním postižením, kde se okrajově dotýká tématu rané péče a pedagogicko-psychologických poraden. Podrobněji se dotýká speciálně pedagogických center.

Praktická část byla zpracována pomocí analýzy veřejně přístupných dokumentů speciálně pedagogických center a řízených rozhovorů s pracovníky na pracovní pozici psycholog a speciální pedagog. Zabývá se poskytováním služeb zákonným zástupcům s dítětem se zdravotním postižením. Dále byla využita komparace zjištěných výsledků s podpůrnými opatřeními, které jsou dány legislativou o standardních činnostech speciálně pedagogických center. Na základě kvalitativního šetření bylo zjištěno, že speciálně pedagogická centra poskytují jen některé, pro šetření vybrané standardní služby.

V dílčím cíli práce byla využita technika analýzy pozorování, kdy jsem se touto technikou snažila odkrýt specifické potřeby zákonných zástupců dětí se zdravotním postižením. Výsledky analýzy z pozorování byly využity jako podklad pro reálný návrh obsahu webových stránek pro zákonné zástupce dětí se zdravotním postižením.

Klíčová slova

Krizová intervence

Konzultace pro zákonné zástupce

Metodická činnost

Skupinová setkávání

Rodina s postiženým dítětem

Poradenský systém

Abstract

This thesis deals with support for families with a child with disabilities in the guidance system of special educational centers. These issues form an integral part of families with a disabled child. Special pedagogical centers are educational institutions providing assistance and support to clients with disabilities and their families. It is not always enough support and assistance focused on families of clients, even though the precise standard service centers are set by law. Failure to provide standardized services may result in a limitation of sovereignty legal representatives.

The thesis is divided into theoretical and practical part. This work aims to present the specifics of a disabled child in the development, psychosocial specifics of families due to restrictions and on the basis of existing legislation to compare the standard activity of special education centers with real support.

The practical part of the proposal was to create a website content for parents of children with disabilities. The practical part was needed rozpravovat on partial objective, which was to give an analysis of the needs of parents with children with disabilities by monitoring the discussion forum via the social network Facebook group Parents of disabled children and people with disabilities unite. The obtained data was then used, as a practical basis for fulfilling practical goals.

The theoretical part describes the types of disability and disabled child deviations in development. He also discusses the family with a child with disabilities. Finally, it describes a system for advising families with a child with disabilities, which is marginally touches on early care and educational-psychological counseling centers. Detail touches special educational centers.

The practical part was processed by analysis of publicly available documents of special education centers and structured interviews with workers on the job psychologist and a special education teacher. It deals with providing services to the legal guardians of

a child with disabilities. It was also used a comparison of the results with supportive measures, established by the legislature of the standard activities of special education centers. Based on the quantitative survey, it was found that special education centers provide only some, saving the selected standard services.

The operational objective observation technique was used when I tried this technique to uncover the specific needs of the legal guardians of children with disabilities. The results of observation were used as the basis for a realistic proposal for the content of websites for legal representatives of children with disabilities.

Keywords

Crisis intervention

Consultations legal representative

Methodical activity

Group meetings

A family with a disabled child

Advisory system

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením 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 vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2016

.....

Eliška Smetanová

Poděkování

Děkuji vedoucí mé práce Mgr. et Mgr. Radce Prázdné, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat speciálně pedagogickým centrům, které mi umožnili provést výzkumnou část práce. V neposlední řadě děkuji všem, kteří mě podporovali během celého studia.

Obsah

Úvod	11
1 Dítě se zdravotním postižením	12
1.1. Typy zdravotního postižení.....	12
1.1.1 Mentální postižení.....	12
1.2.2 Tělesné postižení	14
1.3.3 Zrakové postižení	15
1.4.4 Sluchové postižení.....	18
1.5.5 Postižení řeči	19
1.6.6 Specifické poruchy učení	21
1.2 Zvláštnosti vývoje dítěte se zdravotním postižením	25
1.2.1 Dítě s mentálním postižením	25
1.2.2 Dítě s tělesným postižením.....	28
1.3.3 Dítě se zrakovým postižením	30
1.4.4 Dítě se sluchovým postižením.....	32
1.5.5 Dítě s postižením řeči	34
1.6.6 Dítě se specifickými poruchami učení	37
1.7.7 Dítě s poruchou autistického spektra.....	38
2 Rodina dítěte se zdravotním postižením.....	40
2.1 Diagnostika postižení.....	40
2.2 Reakce na sdělení diagnózy	43
2.3 Psychosociální specifika rodiny s dítětem se zdravotním postižením	44
2.4 Postoje a základní psychické potřeby rodičů dítěte se zdravotním postižením.....	46
3 Poradenský systém pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením	47
3.1 Raná péče	47
3.2 Pedagogicko – psychologická poradna	48
3.2 Speciálně pedagogické centrum.....	50
3.2.1 Historie vzniku SPC.....	50
3.2.2 Legislativní rámec SPC	51
3.2.3 Standardní činnosti SPC	54

4 Praktická část	57
4.1 Vymezení cíle	57
4.2 Metodika	58
4.2.1 Použité metody	58
4.2.2 Popis výzkumného souboru.....	59
5 Výsledky	60
6 Závěry komparace	63
7 Závěr	65
8 Seznam použité literatury:	67
9 Přílohy	73
9.1 Seznam příloh	73

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

SPC – Speciálně pedagogické centrum

Úvod

Výběr tématu mé bakalářské práce souvisel se zájmem o specifické problémy rodin s dítětem se zdravotním postižením a poskytování podpory v resortu školství, zdravotnictví a sociálních věcí.

Bakalářská práce se zabývá problematikou podpory zákonných zástupců dětí se zdravotním postižením v poradenském systému speciálně pedagogických center.

Rodina s dítětem se zdravotním postižením má svá psychosociální specifika, na které by měl být brán ohled jak ze strany veřejnosti tak poradenství. Vzhledem ke specifickým jsou zákonem upravené standardní činnosti center. Odborní pracovníci speciálně pedagogických center by k těmto zvláštnostem měli věnovat pozornost a poskytovat tak účinnou podporu směrem k zákonným zástupcům klientů.

Práce je členěna do tří hlavních kapitol. První dvě kapitoly se věnují teoretickým východiskům zdravotního postižení, jako jsou typy zdravotního postižení a zvláštnosti vývoje dítěte plynoucí ze zdravotního omezení. Třetí kapitola se věnuje rodině dítěte se zdravotním postižením a poukazuje na reakce rodiny při sdělení diagnózy a dále pak na postoje a základní psychické potřeby těchto rodin.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na komparaci souvisejícího legislativního obsahu s reálnou podporou rodin s dětmi, žáky a studenty v regionu jižních Čech v poradenském systému SPC. Předkládá výzkumné cíle. Představuje techniky, jakých bylo využito pro sběr dat. Pro bakalářskou práci bylo využito analýzy veřejně přístupných dokumentů speciálně pedagogických center, řízené rozhovory s odbornými pracovníky na pracovní pozici psycholog a speciální pedagog a analýza komunikace a potřeb zákonných zástupců dětí se zdravotním postižením, pomocí facebookové skupiny Rodiče postižených dětí a lidi s postižením spojíme se.

Pro shromáždění podkladů k teoretické části práce byly využity odborné publikace týkající se zdravotního postižení a problematiky rodin s dítětem se zdravotním postižením.

Bakalářskou práci lze v praxi využít jako studijní materiál vzhledem k úzce vymezeným tématům. Dále lze práci využít jako informační zdroj pro odbornou veřejnost, které se nějakým způsobem dotýká problematika dítěte se zdravotním postižením. Zároveň může sloužit jako návrh případné inovační činnosti speciálně pedagogických center.

1 Dítě se zdravotním postižením

1.1. Typy zdravotního postižení

1.1.1 Mentální postižení

Stav mentálního postižení si nelze představit tak dobře jako postižení fyzické. Člověka tak tvoří zvláštním a odlišným v běžné populaci, nežli je to u jiných druhů postižení. Doslovné přeložení latinských slov „mens a retarde”, vycházející z pojmu mentální retardace zní „opoždění (zpomalení) mysli” (Slowík, 2007, s. 109).

Text práce se v následujících kapitolách bude zabývat dělením mentálního postižení.

Mentální retardace ovlivňuje poznání bezprostřední (smyslové) a zprostředkované (myšlení a řeč). Mentálně postižené dítě se liší určitými odchylkami, utváření zkušeností ve vývoji je pomalé (Valenta, 2003, s. 39).

Slowík (2007, s. 109) ve své publikaci dále rozvádí vliv mentálního postižení na celou lidskou osobnost a to v oblasti emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění atd.

Definice mentální retardace ve slovníkú je uvedena jako „stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, zpomalením duševního vývoje jedince, často organického původu, někdy sociálním zanedbáním; jedinec zaostává za vrstevníky v učení, sociálních a pracovních dovednostech i v citovém životě; stav lze zlepšit intenzivní výchovou.“(Hartl, 2004, s. 134).

Pro kontext tématu mentálního postižení je důležité zmínit závažnost postižení (viz výše) a následně je potřeba zmínit rozčlenění dle závažnosti. Viz autoři (Bazalová in Pipeková 2006, s. 271; Pipeková in Vítková 2004, s. 293; Slowík 2007, s. 114; Švarcová 2000, s. 27) srovnávají mentální retardaci kvantitativně na čtyři stupně v závislosti na IQ (intelligenčního kvocientu):

- lehká mentální retardace (IQ 50-69)
- středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)
- těžká mentální retardace (IQ 20-34)
- hluboká mentální retardace (pod IQ 20)

Za vznik mentální retardace mohou genetické (endogenní) příčiny, vlivem mutací genů nebo může jít o tzv. „familiární“ mentální retardaci, kdy rozumíme dědění inteligence od rodičů s inteligencí pod normou. Dále rozlišujeme příčiny získané – vnější (exogenní). Obě skupiny pak z časového hlediska zařazujeme do prenatálního, perinatálního a postnatálního období (Valenta a kol., 2014, s. 27).

Vágnerová (2004, s. 289) vymezuje pojmy demence a mentální retardace, kdy mentální retardaci přisuzuje období perinatálnímu nebo nejpozději do jednoho roku dítěte. Demenci charakterizuje snížením či ztrátou mentálních schopností, které jedinec jednou již nabil a vlivem vnějších nebo vnitřních důsledků došlo ke ztrátě v pozdějším

věku. Autoři Valenta; Müller (in Slowík) na základě podobnosti důsledků vrozené mentální retardace a demence užívají pojmu mentální postižení jako pojmu nadřazenému (Slowík, 2007, s. 111).

Pojem mentální postižení užíváme jako pojem nadřazený pro všechny jedince s IQ pod 85 (Valenta a kol., 2014, s. 25).

1.2.2 Tělesné postižení

První asociací na pojem tělesné postižení, bývá „vozičkář“. Skupina lidí s tělesným postižením je samozřejmě rozsáhlejší a různorodější než omezení na invalidní vozík. Poruchy hybnosti nebo pohybové vady, jak také nazýváme tělesné postižení, dělíme na primární a sekundární. Primárními poruchami rozumíme vady způsobené přímým poškozením pohybového ústrojí. Sekundárními pak omezení pohybu v důsledku jiné nemoci či poruchy (Slowík, 2007, s. 98).

Autorka Renótierová (2006, s. 210) člení jedince s postižením hybnosti na:

- osoby tělesně postižené
- osoby s nemocí (nemocné)
- osoby se zdravotním oslabením (zdravotně oslabené)

Etiologie tělesného postižení se liší v průběhu vzniku. Rozlišujeme vady vrozené, jako dětská mozková obrna (dále jen DMO), tělesné malformace, chybějící končetiny nebo jejich části, rozštěpové vady (Machová in Slowík, 2007, s. 98) a vady získané, do kterých zahrnujeme všechny abnormality tělesné hybnosti vzniklé vlivem úrazů, následků závažných nemocí, špatným životním stylem (Slowík, 2007, s. 98).

Autoři (Dunovský a kol. 1995, s. 90 - 93) rozlišují vnější a vnitřní činitele podnětové příčiny, přičemž neodlišují tyto činitele. Vnější chápou jako strukturu rodiny

a její sociokulturní úroveň. Psychiku a celkovou osobnost základních vychovatelů řadí do vnitřních příčin.

Za zmínku stojí onemocnění dlouhodobá, které mohou mít za následek omezení, poškození nebo samotné postižení (Renótierová, 2006, s. 210). K takovýmto nemocem patří např. typy onkologických onemocnění, progresivní svalová myopatie nebo cystická fibróza. I s nepříznivou prognózou se snažíme o zachování lidské důstojnosti a seberealizaci postiženého v rámci jeho možností (Slowík, 2007, s. 98).

„Je nezbytné si uvědomit rozdílnost lokalizace poruchy hybnosti. Ta může zasahovat na celé tělo, hlavu, trup, končetiny. Důsledky poruchy hybnosti dolních končetin znamenají obtíže v lokomoční oblasti, poruchy mobility horních končetin omezují manipulační schopnosti. Nejsložitější je porucha hybnosti celého organismu.“
(Renótierová, 2006, s. 211)

Autorka Renótierová (2006, s. 211) rozlišuje poruchy hybnosti dle tří stupňů:

1. lehká porucha hybnosti
2. střední porucha hybnosti
3. těžká porucha hybnosti

„Mobilita (z lat. mobilitas =pohyblivost) – souhrn pohybů těla, které umožňují přemísťování těla a vykonávání pracovních činností. Tyto pohyby jsou řízeny především z motorických oblastí mozku a provádějí se kosterním svalstvem (svaly příčně pruhovanými).“ (Edelsberger, 2000, s. 192).

1.3.3 Zrakové postižení

V širším pojetí můžeme zrakově postiženého jedince vnímat jako osobu, která trpí oční vadou či chorobou, která jí i po upravení optimální korekce činí problémy v běžném životě (Finková a kol. 2007, s. 37).

Zrakové postižení lze rozdělit podle různých kritérií jako je doba vzniku vady, hloubka postižení a věk jedince (Balunová, Heřmánková, Ludvíková, 2001, s. 7).

Zrakové postižení vzniká na základě působení vlivů v prenatálním, perinatální a postnatálním období. Doba vzniku a ostatní výše uvedená kritéria hrají významnou roli ve vyrovnávání se s postižením zraku v závislosti s dosavadními zkušenostmi a strukturou osobnosti (Moravcová 2004, s. 17).

V uvedených souvislostech lze rozdělit oční vady podle dopadů v závislosti na zrakovém vnímání. Srovnání autorek (Vágnerová 2004, s. 195-196; Květoňová – Švecová 2000, s. 18) konstatují stupně zrakového postižení podle:

- **Zrakové ostrosti** – uvádí rozdíl vidění do blízka a dálky, jedinec vidící omezeně na dálku je omezován v prostorové orientaci.
- **Preference různého stupně osvětlení** – v závislosti na stupni osvětlení jedinec vidí lépe nebo hůře s odkázáním na zrakovou vadu jako je např. degenerace sítnice.
- **Zorného pole** – narušení zorného pole v oblasti centrální se jedinec obtížně orientuje při činnostech nablízko, vnímá tedy lépe okrajem svého zorného pole, což může působit při komunikaci s druhou osobou, jako že se dívá jinam. Poruchou vnějšího zorného pole dochází k tomu, že jedinec vidí pouze střed objektu, což způsobuje dezorientaci ve větších prostorech.
- **Barvocitu** – nebývá vždy zachován, nemá věčný význam.
- **Poruchy binokulárního vidění** – omezení funkčnosti zraku na jednom oku, jsou vymezeny na šilhavost neboli strabismus (nesouběžné postavení očí), tupozrakost neboli amblyopie (snížení ostrosti jednoho oka, nemožné vykompenzovat brýlemi)

K nejčastěji používanému dělení, zejména pak ve speciální pedagogice se užívá dělení dle stupně. Ukazateli v tomto dělení je stav zrakové ostrosti, zachování rozsahu zorného pole a okolnosti omezující zrak. Dělení dle stupně:

- **Slabozrakost** – nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku. Lehký stupeň – od 6/18 do 6/24. Střední stupeň od 6/36 do 6/60. Těžký stupeň od 6/60 a méně.
- **Zbytky zraku** – střed mezi nevidomostí a slabozrakostí, zrakové představy zcela chybí, snížená orientace v prostoru.
- **Nevidomost** – praktická nevidomost je znázorňována 3/60 – 1/60 včetně nebo je zde omezeno zorné pole na 5- 10 stupňů. Totální nevidomost nastává při poklesu zrakové ostrosti pod 1/60, světlocit zachován chybně nebo vůbec.

(Vítková, 2004, s. 215 - 216)

Ludíková (in Janečka 2013, s. 13) uvádí členění typů zrakového postižení, ke kterým se přidružují i konkrétní typy onemocnění.

Tabulka č. 1 – Dělení zrakového postižení dle závažnosti z medicínského hlediska

Označení	Další specifikace	Stupeň zrakového postižení
Osoby nevidomé	Skutečná nevidomost	Pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit.
	Praktická nevidomost	Binokulární zorné pole 5° kolem centrální fixace.
Osoby se zbytky zraku	Dříve označovány jako částečně vidící či těžce slabozrací	Na hranici mezi nevidomými a slabozrakými
Osoby slabozraké	Lehká	Pokles centrální zrakové ostrosti do 6/60.
	Těžká	Pokles centrální zrakové ostrosti pod 6/60 do 3/60.

1.4.4 Sluchové postižení

Výzkumy ukazují, že plod v děloze matky slyší až 64 % řeči ženy a 57 % řeči muže, v 5. měsíci těhotenství. Rozhodné období pro vývoj sluchu je v 18. - 28. měsíci života dítěte (Houdková, 2005, s. 14).

Autor Hrubý (in Votava, 2005, s. 188) rozlišuje tři základní skupiny podle různých životních situací:

- a) Od narození (prelingválně) neslyšící
- b) Ohluchlí
- c) Nedoslýchaví

Vágnerová (2004, s. 213) uvádí, že sluchové postižení omezuje vnímání a používání řeči jedince. Stupeň sluchové ztráty rozděluje na:

1. **Hluchotu** – neschopnost slyšet mluvenou řeč, ztráta větší než 10 dB.
2. **Zbytky sluchu** – nedokáží přesně rozlišit zvuky ani se sluchadlem, sluchová ztráta činí více než 91 dB, prelingválně postižených jedinců způsobuje neschopnost rozvoje verbální složky.
3. **Těžkou nedoslýchavost** - jedinec není omezen v rozvoji verbální složky, pomocí sluchadla slyší i rozumí, sluchová ztráta činí 71 – 90 dB.

Etiologii můžeme opět nacházet v **prenatálním, perinatálním a postnatálním období**. Důležité je odlišit příčinu **genetickou**, kdy dochází k zdědění autosomálně recesivní nebo dominantní poruchy či příčiny vzniklé na chromozomové vazbě (Souralová, Langer in Renótierová, 2006, s. 178).

Sluchová ztráta se netýká pouze kvalitativní a kvantitativní stránky sluchu, ale zasahuje i do výkonů intelektu, paměťových a kognitivních schopností, specifík vizuální percepce atd. (Souralová, Langer in Renótierová, 2006, s. 179).

1.5.5 Postižení řeči

Autorky Krejčířová (in Říčan, 2006, s. 181) a Vágnerová (2004, s. 233) se shodují na dělení poruch řeči na vrozené (primární) a získané (sekundární). Narušení řečových a jazykových kompetencí v raném věku dítěte nejčastěji etiologicky hledáme v poruše řečového centra nebo v anatomických nedostacích mluvidel (Krejčířová in Říčan, 2006, s. 181).

Kejklíčková (2001, s. 218) „*Vznik řeči je podmíněn vývojovým procesem, při němž se v mozkové kůře vytváří centrum pro vyslovování jednotlivých hlásek, slabik a slov. Zároveň s tím se vyvíjí schopnost rozlišovat a vnímat podmíněné zvukové signály podle jejich významu a pořadí. Chybí-li některý faktor, který se podílí na výstavbě řeči, nastávají poruchy v jejím vývoji. Řeč se buď ve vývoji opozdí, nebo se vyvíjí jen částečně, anebo se nevyvíjí vůbec.*”

Narušenou komunikační schopnost obecně, kategorizuje Lechta (in Lipnická 2013, s. 31) na následující:

- Vývojová nemluvnost,
- získaná orgánová nemluvnost,
- získaná psychogenní nemluvnost,
- narušení zvuku řeči,
- narušení plynulosti řeči,
- narušení článkování řeči,
- narušení grafické stránky řeči,
- symptomatické poruchy řeči,
- poruchy hlasu,
- kombinované vady a poruchy řeči.

Autorka Vágnerová (2004, s. 235) ve své publikaci dále uvádí dělení na:

- **Vývojovou dysartrii** - „Zahrnuje poruchy vzniklé na počátku vývoje organismu na základě vrozené léze CNS, nejčastěji v rámci syndromu DMO. Dalšími příčinami mohou být úrazy hlavy a mozku, mozkové nádory, degenerativní onemocnění CNS, infekční onemocnění mozku aj. Při dysartrii jsou v různém rozsahu postiženy modalitty podílející se na motorické realizaci řeči – respirace, fonace, rezonance a artikulace” (Lechta a kol. in Preissová, 2013, s. 243)
- **Dyslalii (patlavost)** - „... řeč je narušena výhradně ve foneticko-fonologické oblasti vynecháváním, nahrazováním nebo nepřesným vyslovováním hlásek. Podle množství špatně tvořených hlásek se dělí na skupinu dyslalie simplex, kdy dítě špatně tvoří, nebo vůbec netvoří řadu hlásek L/R/Ř nebo skupinu ostrých sykavek C/S/Z nebo skupinu tupých sykavek Č/Š/Ž, a na skupinu dyslalie multiplex. Ve druhém případě jsou zvukově narušeny hlásky z více artikulačních okrsků. Do tohoto typu dyslalie spadá i špatné užívání hlásek Ě/Ď/Ň (měkčení), příp. V/F K/G H/ CH T/D/N. Zahájení odborné terapie u klinického logopeda nezávisí pouze na věku (nejčastěji se uvádí věk 4,5–5 let), ale také na způsobu tvoření hlásky” (Preissová, 2013, s. 242).
- **Vývojovou dysfázii** - „Příčiny jsou v organickém poškození mozku během prenatalního, perinatálního nebo postnatálního období do 1. roku věku dítěte. Na začátku je vždy opožděný vývoj řeči. Nejčastěji ke klinickému logopedovi přichází 3–4leté dítě, které se vyjadřuje onomatopoy a jehož slovní zásoba tvoří cca do 30 slov, verbální komunikaci nahrazuje nadměrnou neverbální, dorozumívá se ukazováním a gesty.“; „... vývojovou dysfázii dělíme na dysfázii expresivního typu a receptivního (percepčního) typu, nejčastěji se vyskytují oba typy současně, přičemž jeden převažuje. U tohoto smíšeného typu lze vysledovat nedostatky na všech rovinách jazyka jako komunikačního systému. Tyto roviny jsou celkem čtyři: foneticko-fonologická rovina (artikulace, fonemický sluch), morfologicko-syntaktická (uplatnění správných gramatických pravidel v mluvním projevu, např. slovosled, gramatické tvary slov, užívání rodu, čísla,

pádu aj.), lexikálně-sémantická rovina (aktivní a pasivní slovní zásoba, pojmenování, úroveň nadřazených pojmů apod.) a pragmatická rovina (schopnost vyjádřit svůj komunikační záměr, např. vést dialog, vyprávět, vyjádřit přání apod.). U vývojové dysfázie expresivního typu vážně srozumitelnost řeči, dotyčné dítě má tendenci zkracovat slova vynecháváním slabik nebo hlásek, tíhne k telegrafickému 1–2slovnému vyjadřování, rozumění řeči není narušeno. Oproti tomu u receptivní (percepční) vývojové dysfázie je výrazně narušeno rozumění, často i u základních pokynů, verbální projev je srozumitelný” (Preissová, 2013, s. 242).

- **Balbuties (kockavost)** - „... klinický obraz kockavosti je průnikem neplynulosti řeči, nadměrné námahy a psychické tenze”
- **Elektivní mutismus** - „... získaná ztráta schopnosti užívat mluvené řeči; vzniká na neurotickém podkladě; čím více se postižený snaží o mluvní vyjádření, tím větší má zábrany” (Edelsberger, 2000, s. 204).
- **Afázie** - „... ztráta již nabyté schopnosti řeči, způsobená orgánovými změnami v mozku na dominantní hemisféře” (Edelsberger, 2000, s. 16).

Autorka Krejčířová (in Říčan 2006, s. 193) doplňuje dělení Vágnerové o další poruchu plynulosti řeči a to **Breptavost** – kdy je tempo řeči „... nápadně zrychleno, řeč je neplynulá, ale bez opakování a zadržávání” (Krejčířová in Říčan 2006, s. 193).

Klenková (2006, s. 138) uvádí jednu z nejnápadnějších narušení komunikační schopností, **palatolalii**. Příčinou jsou orofaciální rozštěpy. Tato porucha je projevoována otevřenou huhňavostí, **rinolalii**.

1.6.6 Specifické poruchy učení

Specifické poruchy učení patří k častým poruchám dětí ve školních dovednostech. Poruchy se objevují v oblasti čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie), pravopisu (dysortografie), matematických dovedností (dyskalkulie), hudebnosti (dysmuzie), kreslení (dyspinxie), schopnosti vykonávat praktické činnosti (dyspraxie).

Specifické poruchy nelze chápat jako jednotlivé kategorie, různě se kombinují nebo se k nim navazují jiné obtíže např. neklid, poruchy pravolevé orientace atd.

Definice expertů z USA z roku 1980 říká, že: *„Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytnout souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů“* (Matějček, 1995, s. 24).

Etiologii specifických poruch učení (dále jen SPU) nebo specifických vývojových poruch učení nebo chování či vývojových poruch učení (Bartoňová in Pipeková, 2006, s. 143) nacházíme v příčinách obtíží podle Kučery, které zpracoval profesor Matějčka 1987 (in Zelinková, 2003, s. 19), který je dělí na:

- **lehká mozková dysfunkce** (příčiny encefalopatické) asi v 50 % případů,
- **dědičnost** (hereditární příčiny) ve 20 % případů,
- **kombinace lehké mozkové dysfunkce a dědičnosti** asi v 15 % případů,
- **neurotická nebo nezjištěná etiologie** asi u 15 % případů.

Lehké mozkové dysfunkce (dále jen LMD), v americké literatuře uváděný pojem ADD, ADHD – syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou a bez hyperaktivity je nejčastějším etiologickým faktorem, kdy dochází k oslabení funkcí centrální nervové soustavy (Tyl 2000 in Pipeková s. 150)

1.7.7 Poruchy autistického spektra

Tato komplexní vada je klasifikována na Dětský autismus, Aspergerův syndrom, Atypický autismus, Rettův syndrom, Hellerovu psychózu, Autismus s regresem.

*„Autismus (odvozeno od řeckého slova „autos =sám“) je starší a značně vžitý zkrácený název pro celou skupinu poruch, jež jsou v posledních letech souhrnně a nověji označovány společným zastřešujícím názvem „pervazivní vývojové poruchy (PDD, Pervasive Developmental Disorders) nebo autistické spektrum (ASD, Autistic Spectrum Disorders)“. Moderní koncepce poruchy označuje ve snaze vystihnout bohatou kvantitativní i kvalitativní škálu kombinovaného postižení „autistické spektrum“ také jako „autistické kontinuum“. Novější názvy lépe vystihují různorodost mnohočetných a skutečně „všepromikajících = pervazivních“ postižení kognitivních, emočních a neurobehaviorálních funkcí, které zahrnují tři hlavní okruhy klinických projevů, kterými jsou: **deficity v sociálním chování, nedostatky ve verbální a neverbální komunikaci a omezené a repetitivní schéma chování i zájmů** ”.*
(Ošlejšková, 2008, s. 80)

Jako jednou z prvních teorií o důvodu vzniku autismu byla teorie o nedostatku citů ve vztahu rodičů k dítěti. Dnes je již překlenuta a otázku vzniku hledáme spíše v rovině neurovývojové. Autorka Ošlejšková ve svém příspěvku zmiňuje, že autismus je potřeba diagnostikovat nikoliv etiologicky, ale fenomenologicky (s částečnou výjimkou u Rettova syndromu). Pro diagnostiku se zkoumají intrapsychické jevy jedince i jeho činnosti viditelné navenek. (Ošlejšková, 2008, s. 80)

PAS se stává častou diagnózou, která roste rychlým tempem. Příčiny nárůstu můžeme přičíst definovaným faktorům, které se pokusila zanalyzovat Karen Weintraubová v časopise Natur (2011). Uvedla, že „... přibližně 54 % nárůstu případů PAS lze přičíst definovatelným faktorům: 25 % lepší diagnostice a jejímu rozšíření také o případy, které by dříve dostaly pouze diagnózu mentální retardace; 15 % zvýšenému povědomí a znalostem rodičů i odborníků o autismu (což i časově koresponduje s celosvětovým rozšířením internetu); 10 % zvýšenému věku rodičů při zakládání rodiny

a 4 % geografickému shlukování rodin s postiženými dětmi a odborné pomoci. Zbýlých 46 % nárůstu zůstává však nadále nevysvětleno". (Dudová, 2013, s. 153)

Autorka Ošlejšková používá behaviorální triádu podle Wingové, přičemž zjišťuje nedostatky ve třech okruzích a těmi jsou:

- 1. omezení recipročních sociálních interakcí**
- 2. omezení reciproční komunikace verbální a neverbální**
- 3. omezení imaginace (fantazie) s chudým a stereotypním repertoárem chování a zájmů.**

Dodává, že nástup autismu je pozvolný a plíživý a k objasnění dochází nástupem regrese řeči nebo chování. Nejčastěji v 18 měsících věku dítěte.

Autoři Opatřilová (in Pipeková, 2006, s. 315), Ošlejšková (2008, s. 80) popisují spektrum autistických poruch dle narušení vývoje psychologických funkcí. Autistická spektra rozčleňují do hlavních typů:

Dětský autismus (Kannerův syndrom, klasický autismus, časný infantilní autismus, jádrový autismus) - dítě je uzavřeno do sebe, v 70 % případů je doprovázeno mentální postižením, častěji postiženi chlapci než dívky, abnormality chování a projevu jsou zřejmé ve všech třech okruzích.

Aspergerův syndrom – typický egocentrismus, neschopnost kontaktu s vrstevníky, obdobný s dětským autismem, IQ je však v normě, inteligence se projevuje spíše v abstraktním smyslu nikoliv v praktickém, řeč může být normální nebo hypertrofičká provázena povrchností a mentorováním, neobratnost v jemné a hrubé motorice, fanatické zaujetí zájmů, postiženi jsou převážně chlapci.

Atypický autismus – při IQ nad 35 vzhledem k celkové úrovni intelektu se objevují problémy v behaviorální triádě symptomů nebo jedno z kritérií zcela chybí ; pod IQ 35 se posuzuje úroveň a kvalita sociálních interakcí, postižení se objevuje po třetím roce života a diagnostika je vzhledem k těžkému hlubokému mentálnímu postižení obtížná a přísluší pouze erudovanému odborníkovi.

Rettův syndrom – popisován pouze u dívek, jedná se o geneticky heterogenní syndrom, vývoj dívky je do 7-24 měsíců jejího období života normální či téměř normální, následně dochází k regresi verbálních a manuálních schopností, objevují se

pohyby rukou připomínající „mytí“, růst hlavy je zpomalen, přichází nadměrné slinění a vyplazování jazyka, nedostatečné žvýkání, epileptické záchvaty, ochuzení sociálních zájmů, hyperventilace, později ataxie trupu, skolióza a kyfoskolióza téměř vždy dochází k hluboké mentální retardaci.

Dětská disintegrační porucha (Hellerova psychóza) – normální vývoj dítěte probíhá do 2,5–4 (maximálně až do 6–10 let), následně dochází k v několika málo měsících k regrese v oblasti řeči k řeči je ochuzena nebo vymizí plně, ztráta zájmu o okolí, rozpad kognitivních schopností jedince, objevení se enurézy a enkoprézy. Odlišnost ve vzniku věku regrese a závažnějšího postižení kognitivní regrese je pravděpodobně důsledkem různého stadia maturace neuronálních mozkových sítí v různém věku.

V posledních letech v médiích často čteme o riziku očkování MMR vakcíny (očkování proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím) spojené se vznikem autismu. Dánské výzkumy ukazují, že tato vakcinace „...není u dětí asociována se zvýšeným rizikem autismu.“ (Mihál, 2003, s. 216).

1.2 Zvláštnosti vývoje dítěte se zdravotním postižením

1.2.1 Dítě s mentálním postižením

Rubištejnová (in Valenta, 2003, s. 39) porovnává zvláštnosti percepce u mentálně postiženého dítěte se zdravím dítětem a popisuje je takto:

- Zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání (vysvětluje se zvláštnostmi pohybu zraku – zatímco normální dítě vidí globálně, mentálně retardované jen postupně a tím se ztěžuje jeho orientace v novém prostředí. Při vnímání obrazu dítě není schopno pochopit perspektivu, částečné překrývání kontu, nerozlišuje polostíny),
- nediferencovanost požitků a vjemů – tvarů, předmětů, barev. Zvláště silně je porušena diskriminace figury a pozadí – běžné populaci nedělá problém vydělit

- obrys geometrických tvarů z prostředí, u mentálně postižených tyto obrazce musíme výrazně odlišit od pozadí – to je organizovat vnímavý materiál,
- inaktivita vnímání. Mentálně retardovaný jedinec není schopen prohlédnout si materiál podrobně, vnímat všechny detaily (jestliže pootočíme vnímaný obrázek, žáci ho opětovně nepoznají – chybí jim aktivita potřebná k jeho „navrácení“ do původní polohy),
 - nedostatečné prostorové vnímání (porucha hloubky vnímání),
 - snížená citlivost hmatových vjemů (objem, materiál...),
 - nedostatečný proces analýzy v korové části proprioceptivního analyzátoru vede ke špatné koordinaci pohybu,
 - pro akustický analyzátor je charakteristická opožděná diferenciací fenoménů a jejich zkreslení,
 - nedokonalé vnímání času a prostoru.

Myšlení je zde omezeno pouze na konkrétní pojmy. Jedinci s mentálním postižením nejsou schopni abstrakce, rozboru a sjednocení myšlenek, zobecnění prvků na skupiny. Nedokonalost je také ve fonematickém sluchu, artikulaci a vadném obsahu sdělení (Valenta, 2003, s. 41).

Autor Dolejší (in Valenta, 2003, s. 41) rozděluje specifčnosti řeči z hlediska etiologie na:

- familiární retardace (stavy vrozené např. na hereditárním podkladě) se projevuje rovnoměrným opožděním řeči ve všech jejích složkách – připomíná řeč mladšího dítěte
- encefalopatická retardace (stavy získané např. infekcí, úrazem...) má postiženou artikulaci, častá až dysartrie, ale porozumění obsahu a slovní zásoba je přiměřená věku,
- u emočních deprivací je chudý slovník, dyslálie multiplex.

Paměť také patří k omezené kognitivní funkci postižených. K ukotvení nových poznatků dochází zpomaleně, zapomínají, a proto je na místě časté opakování zkušeností a vědomostí (Valenta a kol., 2014, s. 31).

Emoční nevyspělost má za následek to, že dítě s mentální retardací se chová nepřiměřeně ke svému věku. Odezvu dále ovlivňují změny v prostředí, nových aspektů v místnosti, nebo cizí lidé. Pro úspěšné navázání komunikace je potřeba odhadu emoční vyspělosti a znalosti hledisek, které dítě může uvést do stavu neklidu, strachu nebo paniky (Švarcová, 2000, s. 42).

Autorky (Švarcová 2000, s 42-43; Rubištejnová in Valenta 2003, s. 43) se shodují v tom, že mentálně postižený jedinec dlouhodobě nediferencuje city, kdy prožívá uspokojení nebo neuspokojení, odstupňovanost zde chybí. Schopnost změny a míra citů k motivům jsou nepřiměřené. K ovlivnění citů rozumem dochází v malé míře, a proto morální city zaostávají. Jedinec tak neumí své city usměrnit dané situaci. V závislosti na míře postižení by měla být snaha o rozvoj svědomí, soucitu, pocitu odpovědnosti. Časté jsou také poruchy nálad, kterým může např. přispět únava jedince.

Myslím si, že v této kapitole, by bylo z hlediska psychopedického přínosné zmínit jeden z bodů desatera Matějčka (in Fitznerová, 2010, s. 61). Uvádí zde nebezpečí pocitu méněcennosti. Jedinci s lehkou mentální retardací si vlivem svého postižení a nízkým hodnocením dospělých zvláště v předškolním věku mohou tento pocit připouštět. Profesor Matějček radí najít takové činnosti, které ostatní děti ocení.

Autor Slowík (2007, s. 109 -110) chápe mentální retardaci jako postižení celé lidské osobnosti a definuje ji dle jednotlivých hledisek, které rozčleňuje v následující tabulce:

Přístup	Definice
biologický	postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku
psychologický	primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě)
sociální	postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve

	společnosti, která omezuje zvládat sociální existenci samostatně bez cizí pomoci
pedagogický	snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů
právní	snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí)

1.2.2 Dítě s tělesným postižením

Kojenecké období je spojeno s poznáváním světa pomocí pohybu. Mluvíme o fázi senzomotorické inteligence. Zvláštností si všímáme v oblasti jemné motoriky a senzomotorické koordinaci. Dochází k omezení, kdy dítě „...nemůže manipulovat s různými objekty a tak je poznávat, bude pro ně obtížná i sociální interakce.“ (Vágnerová, 2004, s. 255)

Tělesné postižení omezuje psychický vývoj, čímž může být postižena oblast poznávacích funkcí, vůle, emocionalita a sociální vztahy. Dále dochází k omezení mentálního vývoji, kdy zasahuje i do oblasti řeči. Opožděný mentální stav, lze motivací prostředí uvést do přirozené úrovně odpovídající aktuálnímu stádium dítěte s normou. Omezený mentální stav není šance na zlepšení (Kollárová in Lechta 2010, s. 237).

Komplexní omezení, ke kterému dochází, není trvalým stavem. Při zlepšení pohybových kompetencí dochází ke zlepšení duševních funkcí. Dochází k rozvoji vztahu s matkou a sociálních kompetencí. Vzhledem k omezení pohyblivosti dochází k útlumu aktivity ze strany rodičů, nechovají se přirozeně a dochází např. k menším fyzickým kontaktům s dítětem. Tím se zvyšuje nebezpečí podnětové i emoční deprivace (Vágnerová, 2004, s. 255).

Autorka Kollárová (in Lechta, 2010, s. 237) podotýká, že jedinec s tělesným postižením může mít intelekt zcela nadprůměrný až geniální, průměrný či hraniční s podprůměrností. Zmiňuje i možnost přidruženého mentálního postižení.

Ve školních letech má míra podpůrných opatření od druhých své nezastupitelné místo. Dochází k pomoci v oblasti samoobsluhy, osobní hygieny, kolektivních hrách, pracovních činnostech apod. (Renótierová, 2006, s. 212).

Míra speciálně pedagogické podpory je zcela individuální a odvíjí se od široké škály vztahující se k postiženému žákovi. Záleží na věku a typu postižení dítěte, materiálním i personálním sestavení rodiny, zkušenostech a návycích z předchozích školských zařízení a v neposlední řadě spolupráci s odborníky, rodiči a dětmi. (Valenta a kol. 2014, s. 116)

Pojetí kooperace mezi učitelem a rodiči vyjádřila ve své publikaci autorka Kollárová (in Lechta 2010, s. 239) jako kontakt kdy: *„Učitel by měl pomáhat rodině při uplatňování takového stylu výchovy, který by se vyznačoval vyvážeností racionálního a emocionálního přístupu. Lze charakterizovat na jedné straně rozumným postojem ke zdravotnímu stavu dítěte, snahou podněcovat, povzbuzovat ho a vhodně mu pomáhat tím, že klademe přiměřené nároky na jeho výkony, a na druhé straně vytvářením bezpečného a příjemného prostředí s projevováním lásky. Od členů rodiny může učitel dostávat informace, které mu pomohou lépe poznat specifika žáka a zkvalitňovat tak individualizaci jeho vyučování.“*

Autorka Vítková (2004, s. 186) poukazuje na možná úskalí ve výuce žáků s tělesným postižením, a sice mobilitu jedince – kdy poukazuje na **adaptaci školního prostředí** ve smyslu organizace prostředí tak, aby byl jedinec co nejméně odkázán na pomoc druhých. V **sezení imobilních žáků** vidí potřebu pohodlnosti, využívání vhodné podpory k držení těla nebo výběr místa vzhledem k typu postižení. **Počítačové technologie**, vnímá jako přínosné za předpokladu dodržení vyhovění věku a vzdělávací úrovni dítěte a fyzického přístupu k počítači. **Rozumové schopnosti, koncentrace pozornosti a zvýšená unavitelnost a pracovní tempo** bývá u jedinců s DMO rovněž poznamenáno.

1.3.3 Dítě se zrakovým postižením

Poznávací a motorický vývoj je úzce spojen od prvních chvil narozeného dítěte se zrakovým vnímáním. Pomocí zrakových stimulů jsou odvíjeny představy o tělesném schématu, pohybech těla a poznávání okolí, které jsou vlivem zrakového postižení vnímány kvalitativně odlišně, než je vnímá zdravý jedinec. Zrak nám slouží ke zpětné vazbě. Díky omezení zraku nedochází k přesné koordinaci oka a ruky, tudíž se opoždí motorický vývoj a dochází k ovlivnění somatognosie a stereognosie, které spolu úzce souvisí. Somatognosie nám určuje vztah mezi osobou a prostředím. Stereognosií chápeme schopnost prostorového vnímání a kontaktu s prostředím bez pomoci zraku ve vztahu našemu tělu (Janečka, 2013, s. 156). Stránecký 2009 (in Janečka, 2013, s. 156) klade důraz na systém držení těla, který je potřeba dětem se zrakovým postižením osvojit

Slowík (2007, s. 60) dodává, že k omezení dochází i v komunikační oblasti, emocionálním rozvoji a navazování kontaktů.

Metody stimulace dítěte vztahujeme na jeho kvality zrakového vnímání a zařazujeme je již do raného věku dítěte. Stimulace má za následek lepší využití zrakových funkcí a významem se stává:

- **aktivační úroveň**
- **vývoj senzomotorické úrovně**
- **pohybový vývoj**
- **řečovou stimulaci**
- **sociální interakci**

(Vágnerová, 2004, s. 203)

Juklová a kol. vystihuje řadu dalších vlivů pro efektivní využití zraku. Zmiňují zde složitou souhru smyslů, motorického systému, vrozených intelektových dispozic a příležitosti k učení. (Juklová a kol. 2015, s. 110)

Klenková (2006, s. 204) uvádí, že k rozvoji řeči obsahové a formální stránky dochází v mladším školním věku, kdy dítě ovládá Braillovo písmo. Za vady řeči u zrakově postižených dětí poznamenává dyslalii. U nevidomých pak koktavost, breptavost, huhňavost a poruchy zraku. Zmiňuje i pojem verbalizace, který vysvětluje používání slov, u kterých nevidomí nechápou jejich význam.

Vágnerová (2004, s. 204) popisuje vývoj zrakově postiženého dítěte v batolecím a předškolním věku. Uvádí, že zrakově postižené děti mají oproti dětem zdravým větší potřebu ve zkoušení řeči, jako je například opakování si různých slov. Upřednostňují především taková slova, která jsou jim vlastní v určitém vývojovém období, připadají jim zajímavé. Řeč z okolí se tak stává kompenzačním významem nejrůznějších sluchových podnětů.

Vývoj zrakových funkcí během prvního roku života nám ukazuje tabulka od autorky Skalické (in Janečka 2013, s. 157).

Věk	Zrakové funkce
0 – 1 měsíc	Podívá se na zdroj světla, otočí za ním hlavu i pohled. Krátce fixuje obličej. Fixuje pohyb v horizontální rovině.
2 měsíce	Oční kontakt s osobami. Zajímá se o pohyb rtů. Sleduje zvětšené hračky. Nevyužívá dosud vnější (temporální) zorné pole. Sleduje vertikální pohyb.
3 – 6 měsíců	Dívá se na ruce. Napřahuje ruce, aby mohlo rozhábat zavěšené hračky. Prohlíží si střídavě dvě hračky. Sleduje pohledem padající či kutálející se předmět. Pozná důležité předměty z větší vzdálenosti. Používá zorné pole v celém rozsahu.

7 – 10 měsíců	Najde drobné drobky a snaží se je uchopit. Dívá se na obrázky. Pozoruje dospělého, jak kreslí. Poznává částečně zakryté předměty.
11 – 12 měsíců	Zřetelně se orientuje v domácím prostředí. Dívá se z okna a poznává známé osoby.

1.4.4 Dítě se sluchovým postižením

Pudové broukání a žvatlání probíhá i u neslyšícího kojence a přestává mezi 17. a 26. týdnem života kojence. Odhalení sluchové vady bývá v prvních měsících života těžko odhalitelné. Tvoří se základy správné výslovnosti, které kojenec získává od svých rodičů. Rozdíly mezi slyšícím a neslyšícím jedincem se začínají objevovat zhruba v půl roce, kdy kojenec začíná pátrat, odkud zvuky přicházejí a reaguje na ně otáčením hlavičky nebo celého těla. U slyšícího jedince pozorujeme mezi 9. - 10. měsícem porozumění řeči. Patrná rozdílnost začíná být viditelná až v době, kdy se dítě snaží o navázání kontaktu (Vymlátílová, in Říčan, 2006, s. 108).

Herdová (2004, s. 212) ve svém příspěvku předkládá podezření na poruchu sluchu v období Novorozence a kojence takto:

- *nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče...)*
- *neprobudí se, když je kolem hluk*
- *nenapodobuje zvuky v okolí*
- *neotáčí hlavu ve směru zvuku*
- *plačící dítě nelze utišit pouhým hlasem.*

Mezi 9. -12. měsíci dochází u slyšícího dítěte k napodobování a opakování slov, význam však nechápe. Pochopení významu slova začíná mít význam v druhé polovině roku (Houdková, 2005, s. 15).

Dítě v období 6-12 měsících

- *neukáže na známou osobu či věc*
- *dítě nežvatlá nebo jeho předchozí žvatláni ustává*
- *ani ve věku jednoho roku nereaguje na výzvy typu „udělej pa“, nebo „paci paci“, pokud mu pohyb nepředvedeme.*

Dítě v období 12 měsíců až 2 roky

- *neobrací se ve směru hlasu na zavolání*
- *nevěnuje pozornost zvukům z okolí*
- *nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známé osoby a věci, které jej obklopují*
- *nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče...)*
- *nemluví stejně jako ostatní děti*
- *nesleduje televizi, pokud je puštěna na normální hlasitost*
- *postupně se mu nezlepšuje porozumění řeči a nerozvíjí slovní zásobu.*

(Herdová, 2004, s. 212)

Vágnerová (2004, s. 246) podotýká že, stanovit normu správného řečového vývoje je obtížné, v závislosti na individualitě každého dítěte. Řečové nedostatky se u dětí do jistého věku tolerují, následně se upravují pro odpovídající věk.

Vymlátílová (in Řičan 2006, s. 109) předkládá specifické problémy neslyšícího dítěte, které se odvíjejí od doby vzniku a stupně postižení. Jedinci s vrozenou hluchotou si řeč jako takovou neosvojí a je potřeba včasné adekvátní kompenzace této vady pomocí zrakových, kinesteticko-motorických a hmatových vjemů. Myšlení je spíše konkrétní, abstraktní pojmy ať již v mluveném nebo psaném projevu v kontextu sdělení nechápou. Socializace je úzce spojena s chápáním spjitosti dění v okolí a může tak

docházet k frustraci. Citová a podnětová deprivace vzniká u žáků a studentů, kteří nejsou integrováni mezi slyšící vrstevníky a využívají internátní školy.

Jednání sluchově postižených jedinců bývá často impulzivní, výbušné bez zvážení reakce a její dopadu. Takovéto jednání se z hlediska zdravé populace nepovažuje za normu a tak dochází ke konfrontacím na poli socializace (Vágnerová, 2004, s. 222).

Jako kompenzaci vadné řeči a sluchu využívají postižení jedinci komunikační systémy – auditivně-orální (užívá mluvený jazyk) a vizuálně-motorický (užívá znakového jazyka, znakovanou češtinu a prstovou abecedu). (Horáková, 2012, s. 50)

1.5.5 Dítě s postižením řeči

Porucha řeči narušuje jedince v sociální oblasti a zvyšuje nároky v nástupu do školy, později mohou být důsledkem chybného pravopisu. Vývoj řeči probíhá u každého dítěte individuálně. Autorka Kejkličková (2001, s. 219) uvádí indikátory logopedického vyšetření od 0 do 5 let věku dítěte.

0–3 měsíce – dítě nereaguje na silné zvukové podněty, oči dítěte se nepohybují za zvukem, neodpovídá broukáním.

4–8 měsíců – dítě velmi obtížně přijímá potravu, nenapodobuje zvuky mluvené řeči – „mama“, „papa“, nesměje se.

10 měsíců – dítě nežvatlá, neužívá specifická slova.

12 měsíců – dítě nerozumí základním pokynům – „dej“, „udělej“.

14 měsíců – dítě neužívá správně oslovení „mama“, „tata“.

18 měsíců – dítě neprojevuje zájem o řeč, nenapodobuje věty typu „máma papá“.

2 roky – dítě neužívá otázku „Co je to?“ a nenapodobuje mluvenou řeč.

2,5 roku – dítě neužívá otázku „Proč?“, slovní zásoba nepřesahuje 40 jednoduchých slov, nepojmenuje základní předměty v okolí.

3 roky – mluva dítěte se nerozvíjí, nemluví vůbec nebo je nesrozumitelná, nedokáže vést stručný rozhovor.

3,5 roku – dítě často chybuje v časování, skloňování slov, neužívá zájmeno „já“.

4,5 roku – nesprávné tvoření jednotlivých hlásek českého jazyka.

5 let – přetrvává nesprávné tvoření hlásek l, r, ř.

Vágnerová (2004, s. 247 - 248) poukazuje na to, že lidé s poruchou řeči bývají stigmatizováni a zařazováni do kategorie lidí s menším intelektem. Zároveň dodává, že toto tvrzení plyne z neznalosti podstat poruch řeči. Porucha řeči ovlivňuje sociální význam a to především ve vzájemné komunikaci, kdy rozhovor vyvolává spíše nepříjemné pocity na obou stranách. Autorka zmiňuje větší riziko šikany u takto postižených lidí ve společnosti.

Autor Slowík (2007, s. 93) ve své publikaci zmiňuje ve vztahu k segregaci využití některých alternativních forem komunikace u lidí s narušenou komunikační schopností, které ovládá co nejširší okruh lidí jedince. Zůstává tak zachován potřebný sociální kontakt.

Autorka Klenková (2006) uvádí symptomatologie dle jednotlivého dělení narušené komunikační schopnosti.

Vývojová dysfázie – projevy se objevují v nižším verbálním projevu oproti intelektu a nerovnoměrným osobnostním vývojem. Lejska 2003 (in Klenková 2006, s. 70) uvádí oblasti, ve kterých se symptomy projevují:

- *porucha fonetické i fonologické realizace hlásek,*
- *vážné syntaktické spojování slov do větných celků,*
- *porucha v pořadí řazení slabik – přehazuje, vynechává, opakuje apod.,*
- *řeč je agramatická, často nesrozumitelná,*

- *vážne percepcie distinktivních rysů, fonemická percepcie je postižena,*
- *neschopnost udržet dějovou linii, přeskoky,*
- *nedokáže využít redundance k doplnění (tzn., nedokáže kombinovat symboly),*
- *nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu,*
- *porucha krátkodobé paměti*
- *malá aktivní slovní zásoba,*
- *dyslexie, dyspraxie,*
- *nepoměr mezi řečovými schopnostmi,*
- *porucha kresby,*
- *porucha percepcie zrakových, hmatových a rytmických signálů,*
- *porušená je jemná motorika a lateralizace.*

Symptomy afázie – porucha porozumění řeči a ztráta schopnosti verbální komunikace, poruchy fluence, dysgramatizmy, hledání slov, parafrázie, poruchy artikulace, poruchy čtení a psaní.

Symptomy palatolalie – poruchy zvuku řeči, artikulace u vokálů (hláska I a U) a konsonantů (změny v důsledku slyšitelného úniku vzduchu nosem), rezonance, narušený vývoj řeči.

Symptomy kockavosti – lze je pozorovat ve všech jazykových rovinách a tvoří komplexní syndrom. Příznaky se projevují v oblasti foneticko-fonologické, lexikálně sémantické, morfologicko-syntaktické a pragmatické. Příznaky se mění a různě kombinují. Autorka zmiňuje obavy a nepříjemné pocity z komunikace, které mohou vést až k logofóbii.

Edelsberger (2000, s. 178) uvádí definici logofobie jako „... neurotický strach před vlastním mluvním projevem.”

Autor Lechta (in Klenková, 2006, s. 159) poukazuje na rozdíl chápání logofobie a říká, že: „*Logofobii nelze chápat pouze jako „strach před řečí”, ale také jako „situační strach”, tedy strach vyjádřit osobní názor, nedůvěru v sebe.*”

Symptomy breptavosti – rozdělujeme na první, druhé a třetí úrovně.

- *Příznaky první úrovně* – dezorganizace myšlení, bezobsažná řeč, neuvědomování si problému, slabé chápání výpovědi.
- *Příznaky druhé úrovně* – nesprávné věty, chudá skladba.
- *Příznaky třetí úrovně* – rychlé tempo řeči, opakování hlásek, slabik, slov a vět, embolofrázie, chybná artikulace, nepravidelné tempo řeči, revize, prodlužování hlásek, monotónní řeč.

1.6.6 Dítě se specifickými poruchami učení

*„Pojem **specifické poruchy učení** označuje různorodou skupinu poruch projevujících se obtížemi při nabývání základních vzdělávacích dovedností, jako je mluvení, čtení, psaní a počítání. Poruchy mají individuální charakter, mohou vznikat na podkladě dysfunkce centrální nervové soustavy. Často jsou provázeny dalšími příznaky – poruchy řeči, obtíže v soustředění, impulzivní jednání, poruchy v oblasti percepce, poruchy motoriky (syndrom ADD, ADHD). Všechny příznaky poruch učení způsobují selhávání žáka ve školních výkonech a prolínají se do celého edukačního procesu. Znesnadňují mu přiměřeně reagovat, porozumět pokynům, plnit běžné úkoly a instrukce učitele. Opakované neúspěchy vyvolávají v dítěti stavy úzkosti, pocity strachu. Obecně platí, že specifické poruchy učení zasahují psychiku člověka a prolínají se do sféry sociální a pedagogické”*(Bartoňová In Pipeková, 2006, s. 144).

Projevy deficitů SPU dle jednotlivých funkcí rozebírá autorka Zelinková (2003, s. 46 - 49).

- a) **Zraková percepce, prostorová orientace** – projev v záměně písmen (b-d-p), číslic (6—9, 42 - 24), grafických znaků (ve všech předmětech včetně cizího jazyka); pomalého čtení písmen; obtíží v geometrii, při rozlišování útvaru a pomocných čar, osové a středové souměrnosti; problémy v orientaci na mapě; slabé orientaci v písemném projevu (písemné provádění matematických operací); problémy s orientací na stránce, v učebnicích.

- b) **Sluchová percepce** – projev v nedostatečné sluchové analýze, syntéze a diferenciaci; nepřesnému sluchovému vnímání; nediferencované řeči; nepřesnému vnímání cizího jazyka; oslabení verbální paměti.
- c) **Automatizace** – projev v automatizaci spojení hlásek-písmen, později čtení celých slov; v matematických spojích, automatickém používání již naučeného gramatického učiva, slovíček, dnů v týdnu v cizím jazyce; pomalosti a obratnosti dítěte.
- d) **Paměť** – projev v krátkodobé paměti; kombinaci krátkodobé a dlouhodobé paměti; oslabení dlouhodobé paměti.
- e) **Koncentrace pozornosti** – projev v krátkodobém soustředění; vůbec začátku soustředění; kombinaci obou projevů.
- f) **Motorika, grafomotorika** – projev v nedostatečné úrovni rozvoje grafomotoriky; zručnosti geometrie; obratnosti při tělesné výchově.

1.7.7 Dítě s poruchou autistického spektra

Poruchy autistického spektra rovněž postihují člověka z celkového pohledu osobnosti. Nejvíce je postižena oblast sociálně-komunikační, která se projevuje v mezilidských vztazích. Postižený vývoj dítěte je patrný v následujících kognitivních odlišnostech, které popisuje autorka Vágnerová (2004, s. 322 – 324).

Smyslové podněty - dítě k poznávání okolí nepoužívá běžné smysly, ale preferuje např. čich, je omezena schopnost asociace, objevuje se zvýšená a (z pohledu intaktní společnosti) neadekvátní reakce na podněty, problémy jsou v selekci a diferenciaci, vizuální mechanická paměť je na dobré úrovni.

Kognitivní postižení – dítě není schopno spojovat vnímané vjemy, nerozvíjí se symbolické myšlení a fantazie, mívají problémy s přesunem z jednoho podnětu na druhý, na neporozumění okolnímu světu reagují uzavřeností.

Učení autistických dětí – odehrává se ve stereotypní posloupnosti s řádem, změny a rozmanitost prostředí v nich vyvolává úzkost a strach.

Autor Richman ve své publikaci uvádí odlišnosti ve **třech kategoriích** (dále rozděleny do dvanácti kritérií), které se používají jako diagnostický a statistický manuál podle diagnostických standardů Americké psychiatrické asociace, přičemž v České republice Mezinárodní klasifikace vychází ze stejných třech kategorií – **Sociální interakce, Komunikace a Aktivity a zájmy**. (Jelínková, 2006, s. 7-10)

Autoři Neumann a Čápková (2001, s. 174 - 175) v prvním kontaktu s dítětem vycházejí z výše uvedeného diagnostického a statistického manuálu a užívají posuzovací škálu CARS (Childhood Autism Rating Scale), který rozděluje do 15 oblastí a sledují jimi odlišnosti a normy:

1. Ve vztahu k lidem jsou autistické děti lhostejné k činnosti dospělých, kontakt iniciují jen minimálně nebo vůbec. Kontakt má kvalitativně neosobní charakter.
2. Imitace – napodobování je pro autisty obtížné, pravidelně s časovou prodlevou, vyžaduje pomoc dospělé osoby.
3. Emocionální reakce jsou svým způsobem nebo intenzitou nepřiměřené podnětu. Náladu lze těžko změnit, a to i při změně prostředí nebo činnosti. Jindy autistické dítě mění náladu rychle bez jakékoliv vnější změny.
4. Motorika autistických dětí je bizarní, děti chodí po špičkách, krouží prsty, kývají se, strnule se dívají. Někdy tyto pozice přetrvávají i při snaze dítě zaujmout.
5. V užívání hraček a při hře se dostávají do popředí zájmu nepodstatné části hraček a předmětů, drobné otáčivé součástky, výrazné barvy nebo povrchy. Zájem o hračky bývá obecně malý, předměty jsou používány zvláštním způsobem.
6. Adaptace na změny je obtížná, často téměř nemožná. Vynucená změna vyvolává záchvat hněvu, repetitivní pohyby nebo obtížně ztišitelné sebepoškozování.
7. Vizuelní reakce jsou nepřiměřené, autistické děti zírají do prázdna, vyhýbají se pohledu z očí do očí, přikládají předměty blízko k očím.

8. Sluchové reakce se mění, chybí odpověď na nové výrazné zvuky, jindy dítě vyděsí každodenní známé zvuky.
9. Čich, chuť a hmat využívají spíš pro vlastní vzrušení, než pro poznání a použití. Očichávání, ochutnávání a ohmatávání vybraných předmětů s typickými vlastnostmi (drsný povrch, kovové předměty) patří k obrazu autismu. Bolestivý podnět může být ignorován. Naopak jen málo nepříjemný podnět může vyvolat silnou reakci.
10. Strach a nervozita autistických dětí neodpovídají situacím. Závažný neklid se objevuje i při běžných situacích a nebezpečným situacím dítě naopak nevěnuje pozornost. Chová se výrazně odlišně od zdravého vrstevníka.
11. Ve verbálním projevu jsou bizarní prvky jako echolálie, opožděná echolálie, nesprávné používání zájmen, užití nesprávných nesmyslných slov nebo zvuků napodobujících řeč intonací a projevem, ale bez významu. Intonace, rytmus a hlasitost nejsou správně volené.
12. V neverbální komunikaci jsou zvláštní gesta bez významu, nevyzrálá neverbální komunikace nahrazuje komunikaci verbální v situacích, kdy by stejně staré nepostižené děti užily slovní vyjádření.
13. Aktivita je většinou extrémně vysoká nebo dominuje pasivita. Autistické děti se vyhýbají fyzicky náročným hrám.
14. Ačkoliv úroveň a konzistence intelektových funkcí je všeobecně snižena, v jedné nebo více oblastech mohou mít autistické děti neobvyklé schopnosti.
15. Celkový dojem uzavírá hodnocení podle škály CARS.

2 Rodina dítěte se zdravotním postižením

2.1 Diagnostika postižení

Po zjištění genetického postižení rodiče pátrají nejdříve v minulosti – hledají genetickou zátěž, uvažují o nemocech svých příbuzných a vlastních, je to období hledání příčiny nebo "viníka" (Říčan, 1995, s. 71) Diagnostika by měla být včasná

a přesná a rodiče by s ní měli být obeznámeni již v porodnici, pokud se jedná o zdravotní postižení, které lze diagnostikovat již v prvních dnech života dítěte.

Pokud se ukáže, že očekávání narození zdravého dítěte je jiné, než v které rodiče doufali, mluvíme o intrapsychických ztrátách.

Autorka intrapsychické ztráty definuje jako ztráty, které se „...objevují pravděpodobně v adolescenci. Jedná se například o ztrátu naděje, pocitu svobody, vzdání se plánů do budoucnosti, rozbití nějakého ideálu apod. I když tento typ ztráty většinou souvisí s nějakými vnějšími událostmi, je ryze vnitřní (intrapsychickou) zkušeností.“ (Špatenková a kol., 2011, s. 77)

Následující autoři (Blažek a Olmrová 1985 in Vágnerová a kol. 2004, s 90.; Jankovský 2004, s. 61) se shodují v tom, že dochází k situacím, kdy přetrvává sklon spojený s myšlenkou viny a trestu. Jankovský (2004, s. 61) dále uvádí, že pocity selhání se mění ve stud za své dítě a dochází k touze žít v sociální izolaci, což vnímáme jako nežádoucí jev.

Při sdělení diagnózy odborníky jistě záleží na hlediscích, které uvádí autor ve své publikaci. Zdají se být jako nedůležité detaily, přesto při nedodržení jejich etických pravidel dokážou situaci v rodině výrazně zhoršit. „*Ve stručnosti zde uvedeme, že je to jednak sdělení pravdy, samozřejmě záleží i na mnoha dalších okolnostech, např. kdo pravdu sděluje, jak ji sděluje, komu, případně ještě kde a kdy ji sděluje.*“ (Jankovský, 2006, s. 64)

S postupností vývoje dítěte si rodiče kladou otázky o budoucnosti ve vztahu k sobě samotným (plánování dalšího těhotenství) i dítěti (somatický a psychický vývoj, školní zařazení). Tyto problémy lze řešit soustavnou odbornou péčí v pedopsychologickém poradenství (Říčan a kol., 1995, s. 71).

Definice **pedopsychologie** se uvádí jako „...součást vývojové psychologie, která se zabývá duševním vývojem a životem dítěte od narození až do období dospívání.“ (Hartl, 2004, s. 181)

Autoři ve své publikaci uvádějí problematiku v systémové poradenské činnosti pedopsychologie, a sice skutečnost, že pocity viny a odpovědnosti rodičů za přenos genetické vady projektují do ostatních členů rodiny nebo do širšího okolí, např. zdravotnického personálu. Kladou důraz na to, že je potřeba při objevení genetické vady vysvětlit problematiku jako omyl přírody, nikoliv jako vinu partnerů (Říčan a kol., 1995, s. 72).

Naskytá se zde narušení jedné ze základních potřeb člověka a to rozvoj vlastní osobnosti prostřednictvím zplození zdravého potomka. I zde se autoři shodují v tom, že z výše uvedeného vyvěrají pocity viny odrážející se ve vztahu k okolí a dodávají, že se odrážejí i ve vztahu k dítěti (Vágnerová a kol., 2004, s. 90).

Ten, kdo sdělí diagnózu, bývá primárně dětský lékař, který nahlíží na postižení nejen z pohledu medicínského, ale měl by být i rodinným rádcem a připravit „... *rodinný kolektiv k akceptaci budoucích bio-psycho-socio-spirituálních potřeb handicapovaného jedince a k jeho možnému začlenění do společnosti zdravých vrstevníků.*” (Vitoň, Kontakt 2, 20015, s. 141)

Spolu s diagnózou by se rodiče měli dozvědět také následný postup, průběh postižení, speciální potřeby apod. vždy s ohledem na rozsah informací (Jankovský, 2006, str. 65).

Jak ukazuje výsledek výzkumné práce, respondentky získávají informace o diagnóze z jiných zdrojů jako je internet, jiní rodiče apod., což nevyznívá ve prospěch komplexního přístupu (Šlechtová, Zdravotní problematika péče o dítě s dětskou mozkovou obrnou (DMO) v kontextu holistického přístupu. Kontakt 4/ 2011, s. 457).

Autorka zabývající se hodnocením spolupráce mezi rodiči a praktickými lékaři pro děti a dorost v rámci výzkumu poukazuje na výsledky, kdy respondentky vyjadřovali nespokojenost rodičů s přístupem a poskytovanou péčí a to v 10 případech. Kladného hodnocení v podobě realizace komplexního přístupu se autorce dostalo pouze u 3 dotazovaných respondentek. Vzhledem k tomu, že pediatr zajišťuje péči do věku

18 let, lze výsledky pokládat za závažný problém. (Šlechtová, Zdravotní problematika péče o dítě s dětskou mozkovou obrnou (DMO) v kontextu holistického přístupu. Kontakt 4/ 2011, s. 457).

Z výše popsaného vyplývá, že v přístupu ke klientovi a jeho rodině užíváme holistického pojetí člověka. Zaměřujeme se na jeho tělesnou a psychickou rovnováhu, ctíme duchovní dimenzi.

2.2 Reakce na sdělení diagnózy

Z obecnějšího hlediska můžeme na sdělení diagnózy nahlížet několika směry, které ovlivňují reakci na sdělení, ať již závažné či méně závažné diagnózy zdravotního stavu dítěte. Za ovlivňující považují oblast v rodinném zázemí, sociální oblast ve vztahu zajištění péče o postiženého jedince, oblast ve vzdělávání, příčiny okolností v průběhu porodu a po porodu dítěte, míru vlastního postižení nebo omezení a jeho možnosti kompenzace či úplného vyléčení. Povaha rodičů a vnímání událostí také může ovlivnit přístup rodičů k problému. Jejich emoční prožívání ukazuje na chování a jednání. „*Emoce tedy nejsou jakýmsi vedlejším a otravným spolupoutníkem myšlení, ale mají důležité kognitivní funkce spojené s odhadem, soustředěním a akcí.*“ (Thagard, 2001, s. 167) Seznámení se s pravdou by mělo být doplněno sdělením informací, naplňující oblasti výše uvedené. Právě komplexní mezirezortní (zdravotnictví, školství, sociálně právní složka) péče o klienta a jeho zákonné zástupce, záleží na dalších přístupech v řešení tíživé životní situace. Oslabení zdravé dítěte, jednoho z žebříčku rodičovských hodnot, znamená zátěž, která se projevuje v podobě úzkosti a strachu z nejistoty. Jistotou a stavebním kamenem může být stanovení diagnózy (Vágnerová a kol. 2004, s. 85).

Při zjištění narození nezdravého dítěte rodina prožívá šok, krizi a obavy ve vývoji v budoucnu svého potomka. Síla prožitku vychází z rozsáhlosti postižení dítěte a stupně omezení v běžných činnostech. Prožívání a reakce na postižení dítěte popisuje autorka Vágnerová (2004, s. 78) v postupném podání:

1. Fáze šoku a popření

2. Postupná akceptace reality, vyrovnávání se s problémem
3. Dosáhnutí více či méně realistického postoje

Bartoňová, Pipeková (2006, s. 41) uvádějí tři základní potřeby rodiny s postiženým dítětem:

- vhodné informace o stavu a možnostech postiženého dítěte – poskytnutí informací o postižení dítěte je jedním z nejzávažnějších okamžiků rodiny, rodina má právo o postižení vědět co nejdříve;
- emocionální podpora – může být poskytnuta specialisty, formou psychoterapie;
- finanční a sociální podpora – je velmi důležitá, zejména v praktické oblasti péče o dítě je snaha neumisťovat děti do institucionální péče, pokud to není nezbytně nutné, o to důležitější je podpora rodiny od specialistů, zřizování denních zařízení, možnosti krátkodobého umístění mimo rodinu a osvětová činnost ve společnosti, která stále není připravena na integraci osob s mentální retardací.

„Je také běžnou zkušeností, že se s tíživými situacemi tohoto druhu, snáze vyrovnávají ti, kdo nevidí nejvyšší hodnotu lidského života právě jen v tělesné kráse a zdatnosti nebo v mimořádné intelektuálové výkonnosti, ale dovedou mít uspokojení i z drobných úspěchů, z přátelského soužití s druhými lidmi, z té prosté skutečnosti, že mohou být někomu užiteční, atd.“ (Matějček, 2001, s. 27).

2.3 Psychosociální specifika rodiny s dítětem se zdravotním postižením

Rodina tvoří sociálně psychologické funkce, tvořící zdravý vývoj dítěte a úspěšnou socializaci dítěte. Mluvíme o funkční rodině, která plní sociálněpsychologické funkce. (Helus, 2015, s. 219-222)

Tentýž autor popisuje deset základních sociálněpsychologických funkcí.

1. Rodina uspokojuje základní, primární potřeby dítěte v raných stádiích jeho života.
2. Rodina uspokojuje velice závažnou potřebu organické přináležitosti.
3. Rodina skýtá dítěti již od nejútlejšího věku akční prostor, tzn. prostor pro jeho aktivní projev, činnou seberealizaci, součinnost s druhými.
4. Rodina pozvolna uvádí dítě do vztahu k věcem rodinného vybavení.
5. Rodina výrazně určuje prvopočáteční prožitek sebe sama jako chlapce/dívky.
6. Rodina skýtá dítěti bezprostředně působící vzory a příklady.
7. Rodina v dítěti zakládá, upevňuje a dále rozvíjí vědomí povinnosti, zodpovědnosti, ohleduplnosti a úcty jako něčeho samozřejmého.
8. Rodina otevírá dítěti příležitosti vejít do mezigeneračních vztahů a tím hlouběji proniknout do chápání lidí různého věku, různého založení, různého postavení.
9. Prostřednictvím rodičů, prarodičů, starších sourozenců, příbuzných a přátel rodina navozuje v dítěti představu o širším okolí, o společnosti a světě.
10. Rodina je dětem a dospělým prostředím, kde se mohou svěřit, očekávat moudré, trpělivé a vcítivé vyslechnutí, radu a pomoc; je útočištěm v situacích v životní bezradnosti.

Autor Michalík (2012, s. 16) oproti výše uvedenému uvádí obecné poznatky z rodin pečujících o dítě se vzácným onemocněním.

- Obavy o osud zdraví dítěte vedoucí k větší opatrnosti.
- Nedůvěra a zvýšená citlivost vůči institucím a jejich představitelům.
- Výrazně pocíťovaná ekonomická a sociální nejistota.
- Větší závislost na poradenských a posudkových institucích a jejich pracovnících.
- Zvýšená psychická i fyzická unavitelnost.
- Domácí podpora vzdělávacího procesu.

- Zabezpečení obslužných činností a dopravy dítěte.

2.4 Postoje a základní psychické potřeby rodičů dítěte se zdravotním postižením

Vzhledem ke zvýšeným nárokům na čas, energii, ekonomickou situaci v rodině apod., které s sebou narození postiženého dítěte přináší, je větší riziko tendence k nevhodným výchovným postojům.

Autor Matějček (2001, s. 28 - 29) uvádí typy výchovy, které považuje za nebezpečné zvláště ve vztahu k postiženému dítěti. Jsou jimi *výchova příliš úzkostná, výchova rozmazlující, výchova perfekcionista, výchova protekční, výchova zavrhuující.*

Autoři Langmeier a Matějček (in Vágnerová, 2004, s. 88-89) vysvětlují změnu rodičovských rolí vlivem narušení pozitivních představ v důsledku zjištění zdravotního postižení dítěte. Ze změny v rodičovských rolích vyplývají i základní psychické potřeby v závislosti na postižení dítěte.

- Potřeba přiměřené stimulace - rodiče nejsou adekvátně stimulováni projevy svého postiženého dítěte, rodičům se tak dostává pocitu, že na ně dítě nereaguje.
- Potřeba smysluplnosti a řádu - Informovanost rodičů o průběhu vývoje dítěte s postižením může být zdrojem porozumění rozsahu omezení dítěte a adekvátnímu chování k němu.
- Potřeba citové vazby - Citová vazba mezi postiženým dítětem a rodičem může být narušena např. neakceptovatelností postižení ze strany rodičů. Projevy mohou vyústit jako obranné mechanismy v podobě výše uvedených nebezpečných výchov dle autora Matějčka.
- Potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže - neschopnost zplodit zdravé dítě je rodiči prožíváno jako narušení vlastní identity a trauma zvláště v případech, kdy sociální reakce veřejnosti jsou stigmatizující. Může dojít až k vyřazení normální společnosti.

- Potřeba životní perspektivy - předvídatelnost budoucnosti dětí se zdravotním postižením bývá negativní a nejasná. Tato vize často pramení z omezeného množství informací, které se dostává rodičům.

3 Poradenský systém pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením

3.1 Raná péče

Rodina, vychovávající dítě se zdravotním postižením si zaslouží většího zájmu, ze strany okolí. Obyčejné popovídání si s kamarádkou nebo prohození pár slov se sousedkou může být nabytím vědomí rodičů, že je přeci jen každý nepřehlíží. Pomoc a podporu nesmíme zaměňovat soucitem, který není potřeba a situaci může ještě zhoršit. Po narození postiženého dítěte nebo objevení zdravotní vady během vývoje se rodiče dostávají do situace, kterou nikdo nechtěl. Zdravotní postižení dítěte se týká všech, kdo v systému rodiny zastupuje své místo. Ne všichni členové dokážou najít vnitřní síly na péči o jednoho z nich. Střediska rané péče existují právě proto, aby vnitřní síly členů rodiny objevila a aktivovala je. Prvním úkolem rané péče je v rodičích probudit a podpořit intuitivní rodičovství (Hradilková 2010).

Pro celistvost rané péče je vhodné objasnit její fungování. Střediska rané péče jsou sociální službou, financovanou ze státní dotace Ministerstva práce a sociálních věcí prostřednictvím krajů. Služba je převážně terénního charakteru, kdy poradce nebo poradkyně navštěvuje rodinu a dítě doma, v prostředí pro všechny zúčastněné známé a přirozené. Zaměřuje se na pomoc a podporu rodiny, jak již bylo nastíněno výše, a také na vývoj dítěte.

Platnou definici rané péče vymezuje **zákon č. 206/2009 Sb.** následovně: „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je*

ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho potřeby“

Podle Matouška je **raná péče** „soubor propojených sociálních, zdravotnických asociálních služeb. Poskytuje se předškolním dětem, které jsou smyslově, fyzicky nebo mentálně postižené nebo je z jiného důvodu vážně ohrožen jejich vývoj. Péče zahrnuje i rodiny těchto dětí“ (7, s. 168).

Průkopnice rané péče v české republice Hradilková Terezie (1998, s. 6) prezentuje ranou péči jako soustavnou pomoc a podporu poskytovanou dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dále dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám, kde si kladou za cíl poskytovanými službami zmírnit důsledky zdravotního postižení.

3.2 Pedagogicko – psychologická poradna

Před objasněním systému pedagogicko-psychologických poraden považují na místě objasnit pojmy poradenství a poradenské služby. Oba pojmy mají mezi sebou spojitost. Poradenství v rovině teoretické ve formě odborné pomoci uskutečňujeme pomocí poradenských služeb v rovině praktické.

Na základě odborných definic můžeme vymezit poradenské služby a poradenství jako odbornou pomoc v situacích, kdy jedinec řeší nelehké problémy zasahující do života. Pomoc pomáhá jedinci zvládat pochopit tyto situace, nachází vhodná řešení nebo přiměřený způsob života a předchází dalším vznikům problémů (Gabura, Pružinská, 1995, s. 13 – 14; Hartl in Matoušek, 2003, s. 82 – 83; Matějček in Hadj – Moussová, aj., 2005, s. 40 – 42).

Poradenství by mělo vycházet ze základních oblastí a poradenské služby by měly k níže zmíněným oblastem směřovat:

- *Usnadnění změny chování* – přispívat ke změně chování, jež umožní

klientovi produktivnější a uspokojivější život, avšak v mezích společenských požadavků.

- *Zvýšit adaptabilní dovednosti* – učit klienta vyrovnávat se s novými situacemi

a novými požadavky v jednotlivých etapách životní cesty.

- *Zvýšit kvalitu rozhodování* – vést klienta k samostatnému kritickému rozhodování. Pomáhat klientům získat informace a objasnit osobnostní dispozice, které se mohou vztahovat k vlastnímu rozhodnutí. Rozhodování souvisí i s přijetím osobní odpovědnosti. Tento úkol může být však pro mnohé klienty obtížný a komplikovaný.

- *Zlepšit vztahy* – pracovat s klientem tak, aby se mu pomohlo zlepšit kvalitu vztahů k druhým lidem i sobě samému.

- *Pomoci rozvinout klientův osobní potenciál* – snažit se optimalizovat růst a vývoj klientů tím, že jim bude poskytnuta či dána příležitost učit se novým způsobům využívání vlastních schopností a zájmů“ (Hadj – Moussová, aj., 2005, s. 40 – 41).

Na základě předchozího vysvětlení pojmů můžeme obecně přednést fungování pedagogicko-psychologického poradenství. Jak již název napovídá, poradenství se věnuje oblastem pedagogiky a psychologie a to dětem a mládeži i jejich rodičům, pedagogům mateřských, základních a středních škol. Pracovníci poradny se zaměřují na výukové, výchovné či jiné problémy dítěte a na základě odborné diagnostiky poskytují poradenství ve formě poradenských služeb, kterými mohou být např. nápravné speciálně pedagogické techniky u dětí s poruchami učení a chování nebo specifickými poruchami učení.

Pedagogicko-psychologické poradenství je jedním z podpůrného podsystému školství. Platnou legislativu najdeme pod stále platnou vyhláškou číslo 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Od 1. 9. 2016 se k této vyhlášce bude vztahovat novela vycházející z připravovaného Společného vzdělávání.

3.2 Speciálně pedagogické centrum

Vzhledem k tomu, že bakalářská práce má za úkol provést komparaci legislativního obsahu s reálnou podporou rodin s dětmi, žáky a studenty se zdravotním postižením v regionu jižních Čech v poradenském systému speciálně pedagogických center je důležité seznámit se se všeobecnou charakteristikou center. Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) jsou školská poradenská zařízení pro děti, žáky, studenty se zdravotním postižením (dále jen "žák"), jejich rodiče - zákonné zástupce, školy a školská zařízení.

Dosud platí poskytnutí poradenské služby pouze s písemným souhlasem žáka (jeho zákonného zástupce). Žák (zákonný zástupce) je předem informován o všech náležitostech poskytovaného poradenství. SPC jsou z pravidla zřizována pro klienty dle jednotlivých typů zdravotního postižení.

3.2.1 Historie vzniku SPC

Organizační a institucionální změny po roce 1989 si vyžádaly vznik nových poradenských pracovišť zaměřených na klienty se zdravotním postižením – speciálně pedagogická centra (Hanák in Michalík, 2011, s. 4).

Již od počátku fungování SPC bylo prioritou pomoci klientům s výběrem vzdělávací instituce a jejich začlenění do kolektivu běžných škol. Zpočátku si SPC musela obhajovat své právoplatné místo v školské soustavě. Postupem času se ukázalo, že i centra mají své opodstatnění (Michalík, 2011, s. 5).

Zajišťování vzdělávání pro osoby se zdravotním postižením v posledních letech získává významný posun. Českou republiku zavazuje členství v OSN a EU k dodržování konvencí vyplývajících ze smluv platných na mezinárodní úrovni. Snahou je co nejvíce začlenit osoby se zdravotním postižením do celé společnosti a zamezit umístění těchto osob do ústavní péče. V oblasti práv na vzdělávání je stěžejním

dokumentem Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která ukládá povinnost „zajistit začleňující vzdělávací systém na všech úrovních a celoživotní vzdělávání“ (Kratochvílová, 2012, s. 6-7).

3.2.2 Legislativní rámec SPC

Pro lepší pochopení legislativního rámce SPC se následující text bude týkat zákonům, vyhlášek a novel, které s legislativou SPC úzce souvisejí.

Za základní dokument, který v České republice oblast vzdělávání upravuje, je zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen školský zákon) v platném znění. Z dokumentu vycházejí vyhlášky související s integrací žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

I v tomto případě nalezneme legislativní ukotvení SPC pod vyhláškou číslo 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Stejně jako pedagogicko-psychologické poradny tak i SPC budou od 1. 9. 2016 organizačně změněna připravovanou vyhláškou.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením upravuje vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami bude podle nové vyhlášky od 1. 9. 2016 legislativně osoba, která potřebuje poskytnutí podpůrných opatření potřebných k naplnění svých vzdělávacích možností a uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními. (§16, odst. 1, zákon č. 561/2004 Sb.) Do 31. 8. 2016 platí stávající stav plynoucí ze školského zákona v platném znění a to tak, že dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba se *zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním.*

Výstižnými podstatami dítěte, které v obou případech legislativní charakteristiky osob se speciálními vzdělávacími potřebami posuzujeme, jsou druh a stupeň postižení či znevýhodnění, jeho celkový fyzický a duševní stav, postoj k vlastní vadě, úroveň rozumových a komunikačních schopností. Nutným předpokladem je přiměřená sociální

adaptabilita dítěte a dostatečný rozvoj volných vlastností. Opomenout nelze ani přítomnost přidružených vad.

Aktuální znění vyhlášky číslo 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných platné od 1. 9. 2016 v ustanoveních v §16, §16a, §16b vychází z předpokladu, že právo... „*na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení*“ nemá být výsadou úzce vymezeného okruhu „*postižených nebo znevýhodněných*“ osob, ale mělo by náležet každému jednotlivci tou měrou, která je nezbytná pro naplnění jeho práva na vzdělání.“ (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, [n. d.], s. 82)

Novela garantuje Společné vzdělávání (tak se také jmenuje jedna z priorit 2016 Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy) dětí, žáků a studentů v hlavním vzdělávacím proudu všude tam, kde to je to v jejich zájmu. Součástí společného vzdělávání bude kurikulární rámec, Rámcový vzdělávací program (dále jen RVP) bez přílohy pro žáky s lehkým mentálním postižením. RVP bude zpřesněn rámcem pro výstupy s učením pro žáky využívající podpůrná opatření od III. do V. stupně podpory. (Zpravodaj MŠMT, 2015)

Vzhledem k tomu, že v médiích proběhla informace o rušení speciálních škol, je zde namíste uvést znění §16 odst. 9 školského zákona, který uvádí, že stále bude možné zřizovat „*školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem*“. Zařazení do takovéto školy, třídy nebo oddělení či skupiny není považováno za podpůrné opatření, ale jako opatření, kdy podpůrná opatření I. – V. stupně nebudou stačit k tomu, aby bylo žákovi poskytnuto právo na vzdělání v běžné škole a třídě formou individuální integrace. K zařazení žáka do zřízené školy nebo třídy pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením rozhodují zákonní zástupci nezletilého žáka (nebo sám žák zletilý) na

základě rozhodnutí školského poradenského zařízení. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, [n. d.], s. 85)

Zmíněná podpůrná opatření jsou dle aktuální vyhlášky 27/2016 Sb. ze dne 21. 1. 2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných podrobněji rozepsány v její příloze č. 1. Členěna jsou na část A, část B a část C. V části A mimo jiné najdeme členění stupňů podpůrných opatření na II. – V. stupeň, která bude zajišťovat škola na základě poskytnutí doporučení školského poradenského zařízení a s informovaným souhlasem zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka. Podpůrná opatření podléhají normované finanční náročnosti, vyjímaje I. stupeň podpůrného opatření, které poskytuje škola žákovi v rozsahu minimálních úprav metod, organizace a hodnocení vzdělávání (Vyhláška 73/2005 Sb. platná od 1. 9. 2016, s. 1).

Do všech stupňů podpůrných opatření můžeme zahrnout kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální metody, speciální učebnice, didaktické materiály. Podpůrným opatřením se rovněž rozumí snížení počtu žáků ve třídě, zřízení funkce asistenta pedagoga. Připravenost všech zúčastněných může být základem k úspěšnému začlenění žáka. Důležitá je odborná informovanost pedagogů, systematická spolupráce s rodinou žáka i spolužáků a v neposlední řadě připravenost třídního kolektivu (srov. Groof; Lauwers, 2003 in Slowík, 2007, s. 33; Novosad 2000, s. 23; Bürlí 1997 in Vítková 2004, s. 17-18; Bartoňová; Vítková in Pipeková 2006, s. 23; Kerrová 1997, s. 105; Pešatová, Švingalová, 2005, str. 96).

Vyhláška číslo 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných bude mít přechodné ustanovení do doby zahájení poskytování podpůrných opatření podle novelizované vyhlášky, nejdéle však po dobu 2 let ode dne nabytí účinnosti této vyhlášky. Jinak řečeno MŠMT během dvouletého období zajistí, aby všechny školy v republice byly schopny poskytnout žákům se speciálními potřebami odpovídající podpůrná opatření podle zákona. Po toto přechodné období bude na školách poskytován starý i nový způsob podpory (Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., §32 část pátá, platná od 1. 9. 2016).

Změna školského zákona si klade za cíl zlepšit finanční podmínky pro zajištění vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálně vzdělávacími potřebami a možnosti volby zákonných zástupců, kde se bude jejich dítě vzdělávat.

3.2.3 Standardní činnosti SPC

Speciálně pedagogická centra jsou zřizována pro jedno či více typů postižení. Standardní činnosti SPC jsou společná jednak pro všechna centra a jednak jsou zákonem stanovené činnosti center, které se vymezují rozdílností péče, metodami a doporučeními odvíjejícími se od specifčnosti typu zdravotního postižení, na které jsou centra zaměřena. Působení poskytují terénními návštěvami v rodinách s postiženým dítětem, školách popřípadě školských zařízeních.

Činnosti pro všechna centra jsou legislativně upravena v příloze č. 2 k vyhlášce č. 72/2005 Sb. Jelikož se praktická část práce zabývá pouze společnými okruhy činností, teoretická část bude popisovat pouze tyto okruhy. Další speciální činnosti center zaměřených na určité typy postižení budou odkazovat na výše uvedenou přílohu. Následující text vysvětlí jednotlivé činnosti, které by měly být v reálné praxi uplatňovány.

- 1) *Vyhledávání žáků se zdravotním postižením.* V součinnosti s lékaři, orgány sociálně právní ochrany dětí, pedagogy škol centrum provádí cílenou depistáž.
- 2) *Komplexní diagnostika žáka (speciálně pedagogická a psychologická).* Diagnóza je stanovena za použití standardizovaných metod a výsledkem je zpráva a doporučení podpůrných opatření. Podle novely školského zákona č. 82/2015 Sb. §16a bude školské poradenské zařízení, v tomto případě SPC poskytovat zprávu a doporučení tomu, komu je poskytována poradenská pomoc; škole nebo školskému zařízení, v němž je žák vzděláván. Žák nebo jeho zákonný zástupce bude moci do 30 dnů ode dne, kdy obdržel zprávu nebo doporučení podpůrných potřeb, požádat o revizi. Rovněž tak může učinit škola nebo školské poradenské zařízení. O revizi bude

možno žádat právnickou osobu zřízenou a pověřenou ministerstvem prováděním revizí.

- 3) *Tvorba plánu péče o žáka (strategie komplexní podpory žáka, pedagogicko-psychologické vedení apod.)* Na tvorbě plánu by se měl podílet tým skládající se z odborných pracovníků SPC společně s klientem a jeho zákonnými zástupci, popř. další odborníci.
- 4) *Přímá práce s žákem (individuální a skupinová).* Na základě doporučení odborníka a žákových speciálně vzdělávacích potřeb mu jsou poskytovány různé formy edukace a reedukace. Nově jimi budou konkrétní podpurná opatření v I. – V. stupni.
- 5) *Včasná intervence.* Intervence ve smyslu poskytnutí podpory klientovi se zdravotním postižením v době zjištění speciálně vzdělávacích potřeb.
- 6) ***Konzultace pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení.*** Pracovníci SPC poskytují konzultace telefonicky, písemně nebo elektronicky.
- 7) *Sociálně právní poradenství (sociální dávky, příspěvky apod.).* Jelikož by mělo být poradenství poskytováno v duchu ucelené rehabilitace, neměl by zde chybět sociální pracovník orientovaný v dané problematice.
- 8) ***Krizová intervence.*** Specializovanou pomoc ve formě terapeutického působení zákonným zástupcům dítěte se zdravotním postižením a klientovi samotnému považují za jednu z nejdůležitějších činností center.
- 9) ***Metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy (podpora při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu).*** Z §3 novelizovaného zákona č. 82/2015 Sb. bude školám vyplývat povinnost zpracování individuálního vzdělávacího plánu (dále jen IVP) na základě doporučení školského poradenského zařízení a žádosti zletilého žáka nebo jeho zákonného zástupce žáka. V IVP budou informace o *úpravách obsahu vzdělávání žáka, časovém a obsahovém rozvržení vzdělávání, úpravách metod a forem výuky a hodnocení žáka a o případných úpravách výstupů ze vzdělávání žáka.*

- 10) *Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením.* Cílem této činnosti je nasměrování klienta v orientaci pracovního uplatnění ve spolupráci s kariérovými poradci škol a pracovníků úřadů práce.
- 11) *Zapůjčování odborné literatury.*
- 12) *Zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáka.* SPC může na základě smlouvy o výpůjčce, poskytnout některé pomůcky k vyzkoušení. Dále může škole nebo školskému poradenskému zařízení doporučit kompenzační pomůcky, speciální učebnice, speciální učební pomůcky apod. s normovanou finanční náročností. Přehled najdeme pod písmenem B v příloze č. 1 vyhlášky 27/2016 Sb. ze dne 21. 1. 2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.
- 13) ***Ucelená rehabilitace pedagogicko – psychologickými prostředky.*** SPC by měla poskytovat podpůrné terapie (*arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, canistiterapie apod.*) prostředky ucelené rehabilitace (*léčebné, pedagogické, sociální a pracovní prostředky*)
- 14) *Pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a středních škol, instruktáž a úprava prostředí.*
- 15) *Všestranná podpora optimálního psychomotorického a sociálního vývoje žáků se zdravotním postižením v duchu tzv. ucelené rehabilitace.* SPC by měla mít snahu o zajištění komplexní péče zaměřené nejen na klienta, ale i jeho rodinu. Tato péče by měla být provázána péčí odborníků z jiných resortů.
- 16) *Vedení dokumentace centra a příprava dokumentů pro správní řízení.*
- 17) *Koordinace činností s poradenskými pracovníky škol, s pedagogicko-psychologickými poradnami a středisky výchovné péče.*
- 18) *Zpracování návrhů k zařazení do režimu vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.* V současnosti mají SPC v plné kompetenci vytváření doporučení pro vzdělávací cestu klientů. Mohou tedy doporučit umístění klienta do mateřské, základní, střední školy formou individuální či skupinové integrace v hlavním vzdělávacím proudu nebo doporučí vzdělávání ve speciálním školství.

Nově budou doporučení vydávat stále SPC, ale rozhodnutí o vzdělávání dítěte mají v kompetenci zákonní zástupci klientů.

19) *Zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů.* Viz bod č. 9.

20) *Tvorba, návrhy a nabídka speciálních pomůcek podle individuálních potřeb, žáků.*

Viz bod č. 12.

4 Praktická část

4.1 Vymezení cíle

Cílem teoretické části bylo kompletovat teoretická východiska k vymezenému tématu a na jejich podkladě provést komparaci souvisejícího legislativního obsahu s reálnou podporou rodin s dětmi, žáky a studenty se zdravotním postižením v regionu jižních Čech v poradenském systému SPC.

Praktickou částí bylo vytvořit návrh obsahu webových stránek pro rodiče dětí se zdravotním postižením. Praktickou část bylo potřeba rozpravovat na dílčí cíl, který měl představit analýzu potřeb rodičů s dítětem se zdravotním postižením na základě sledování diskusního fóra přes sociální síť Facebook ve skupině Rodiče postižených dětí a lidi s postižením spojme se.

Pro realizaci komparace bylo využito kvalitativní šetření. Použitými technikami sběru dat jsou analýza veřejně přístupných dokumentů SPC (webové stránky center, informační letáky a výroční zprávy), řízený rozhovor pomocí návodu s psychology a speciálními pedagogy v pracovním poměru SPC.

Šetřené kategorie pro pracovní pozici psycholog:

- Krizová intervence
- Konzultace pro zákonné zástupce

Šetřené kategorie pro pracovní pozici speciální pedagog:

- Metodická činnost zprostředkována zákonným zástupcům
- Komplexní péče v duchu tzv. systému ucelené rehabilitace (skupinová setkávání, odborné přednášky)

Šetřené kategorie pro obě společné pracovní pozice:

- Skupinová setkávání zákonných zástupců dětí se zdravotním postižením
- Odborné přednášky pro zákonné zástupce dětí se zdravotním postižením

4.2 Metodika

4.2.1 Použité metody

Pro naplnění výše uvedených cílů jsem zvolila kvalitativní šetření - řízený rozhovor pomocí návodu s psychology a speciálními pedagogy v pracovním poměru SPC a analýzu dat. „ *Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.*“ (Strauss, Corbinová, 1999. s. 10)

Návod rozhovoru je tvořen několika kategoriemi týkající se poskytování standardních činností SPC, které bude nutné během rozhovoru probrat. Hendl (2008, s. 174) uvádí, že „ *je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace.*“

Analýza dat je metoda, kdy se shromažďují dokumenty a dávají se do souvislostí. Jde o soustavný postup prohledávání dat, které se následně dělí na jednotlivé části a v nich se nacházejí určité pravidelnosti. Výsledky z analýzy se formulují jako celek. (Hendl, 2008, s. 226) Popsaná metoda byla použita k získání zjištění o poskytování služeb SPC rodině dítěte se zdravotním postižením.

4.2.2 Popis výzkumného souboru

V původním záměru měl výzkumný terén tvořit všechna SPC v celém regionu jižních Čech. Jedno centrum odmítlo spolupráci. V rejstříku školských pracovišť jsem si na internetu vyhledala SPC v jižních Čechách. Prostřednictvím e-mailové zprávy jsem požádala centra o spolupráci. Spolu s prosbou o pomoc při šetření a žádost o termín setkání v SPC jsem zasílala i informovaný souhlas s kategoriemi šetření. V informovaném souhlasu jsem se zavázala k mlčenlivosti a zachování anonymity. Proto v práci nejsou uvedeny osobní údaje, města ani okres, ve kterém se SPC nacházelo. Rozhovory a analýza dat probíhala v období dubna roku 2015. Jedno setkání s pracovníkem SPC trvalo 30-60 minut. Nahrávání rozhovorů ze strany pracovníků nebylo povoleno. Možnost zpracování kvalitativních dat některým kódovacím systémem není možná. Získaná data byla přepsána na arch papíru. Ke konci každého rozhovoru došlo ke shrnutí zjištěných výsledků, aby se zamezilo k nepochopení výkladu pracovníka SPC. Komparace proběhla na základě předem stanovených kategorií. Od dubna 2015 do února 2016 jsem analyzovala komunikaci sociální skupiny Rodiče postižených dětí a lidi s postižením spojme se na sociální síti Facebook. Byla jsem pozorovatelem diskusních fór, jejichž náplň obsahu byly dotazy problematiky školství, zdravotnictví a sociální oblasti vždy ke vztahu ke zdravotnímu postižení dítěte a omezení rodiny. Kromě zmíněných problematik můžeme v diskusních fórech pozorovat potřebu pocitu sdílení problému rodičů dětí se zdravotním postižením. Na základě pozorování diskusních fór ve výše zmíněné sociální skupině jsem si zapisovala nejčastější otázky rodičů. Probíraná témata jsem rozdělila do oblasti Péče o dítě (resort zdravotnictví), Vzdělávání dítěte (resort školství) a Sociální zabezpečení rodiny (resort práce a sociálních věcí). Pomocí webové šablony na www.webnode.cz jsem vytvořila webové stránky s názvem Rodina s dítětem se zdravotním postižením v poradenském systému pod doménou www.projekt972.webnode.cz. Webové stránky mají sloužit jako praktické návody pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením prostřednictvím moderních internetových stránek. Mohou být i inspirací jako inovační materiál SPC. Obsah webových stránek vychází z nejčastějších dotazů v diskusních fórech, tedy

nejčastějších potřeb a problémů rodičů dětí se zdravotním postižením. Text stránek je psán tak, aby co nejvíce pokrýval informace k praktickým potřebám a problémům rodičů dítěte se zdravotním postižením. K problematice je tedy proveden výtah z textu a ten předveden čtenářům. Sledování fóra poukázalo na zjištění, že někteří rodiče neznají zkratky institucí nebo finančních příspěvků, proto nejsou v textu webových stránek použity. Text je dále doplněn o tzv. prolinky, které čtenáře odkazují na interní odkazy různých částí stránek a odborný text, jako je např. celé znění zákonů a vyhlášek nebo webové stránky resortů. Zároveň je zde snaha o to, aby stránky byly pochopitelné jak pro rodiče s osvojenými tak neosvojenými kompetencemi týkající se zdravotního postižení dítěte. Záměrně jsem se na webových stránkách nevěnovala pouze poradenskému systému SPC. Vycházím z komplexního systému péče o rodinu s dítětem s postižením, tudíž i praktické informace týkající se péče a vzdělávání dítěte a sociální zabezpečení rodiny jsem umístila pod jednu stejnou doménu, jedno místo. Tyto tři složky resortů nerozděluji. Na webových stránkách nalezneme i některé příklady otázek rodičů z diskusního fóra, týkající se vždy dané problematiky webových stránek. Zveřejněné otázky jsou pod fiktivními jmény a diagnózami dětí. Znění otázky bylo upraveno tak, aby nebylo zcela stejné jako v diskusním fóru. Odkaz webových stránek byl zveřejněn v diskusním fóru sledované sociální skupiny.

5 Výsledky

Následující text představí výzkumná zjištění s porovnáním souvisejícího legislativního obsahu.

Kategorie pro komparaci	Současný legislativní stav	Zjištěný výsledek
Krizová intervence (KI)	Příloha č. 2 k vyhlášce 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve	4 psychologičky KI nerealizují. Důvody: neodpovídající prostory, časová vytíženost psychologů, nedostatečná odborná kvalifikovanost, centrum je

	<p>školách a školských poradenských zařízeních.</p> <p>Příloha č. 3 k vyhlášce 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.</p>	<p>školským zařízením nikoliv psychologickým, pocit stigmatizace.</p> <p>1 centrum provádí KI v podobě vyhlédnutí patologické rodiny a následné práce s ní.</p> <p>Shoda všech center vtom, že KI poskytují ve smyslu podání náhledu na situaci.</p>
<p>Konzultace pro zákonné zástupce (KpZZ)</p>	<p>Příloha č. 2 k vyhlášce 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.</p> <p>Příloha č. 3 k vyhlášce 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.</p>	<p>Shoda všech dotazovaných psycholožek v tom, že KpZZ jsou poskytovány pravidelně, často, dle aktuální potřeby.</p> <p>Způsoby: Osobní setkávání, telefon, e mail.</p> <p>Nejčastější témata: Průběh vývoje dítěte, školní vzdělávání, dospívání a dospělost, metodická činnost, individuální vzdělávací plán.</p>
<p>Metodická činnost (MČ)</p>	<p>Příloha č. 2 k vyhlášce 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve</p>	<p>Shoda všech dotazovaných speciálních pedagožek v tom, že MČ je poskytována všem zákonným zástupcům pravidelně. Poskytovanou MČ vnímají přirozeněji</p>

	<p>školách a školských poradenských zařízeních.</p> <p>Příloha č. 3 k vyhlášce 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.</p>	<p>v terénu oproti centru. Důvodem je přirozené prostředí pro klienta a jeho rodinu a získání zpětné vazby.</p> <p>MČ je směřována vzhledem ke specifickému postižení klienta a jeho vývojové škále, kterou by klient měl zvládat. Dále poskytnutí metodické činnosti v oblasti školní, zvládání učiva a výchovné metody.</p>
<p>Skupinová setkávání (SK) a odborné přednášky (OP)</p>	<p>Příloha č. 2 k vyhlášce 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.</p> <p>Příloha č. 3 k vyhlášce 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.</p>	<p>3 centra neposkytují skupinová setkávání.</p> <p>1 centrum zaměřeno na dvě zdravotní postižení SK poskytuje pouze se zaměřením pro jeden typ postižení.</p> <p>Důvody: Malá míra účasti, prostorové podmínky, časová tíseň, potřeba obětování svého neplaceného osobního volna, velká vzdálenost rodičů od SPC, uzavřenost některých rodin.</p> <p>1 centrum poskytuje SK a pořádají pravidelně jednou ročně, s velkou mírou účasti a zájmem zákonných zástupců. Centrum využívá aktivní rodiče ke spolupráci s ostatními rodiči. Rodičům se dostává pocitu sdílení stejného problému a perspektivy do budoucna.</p> <p>V 1 centru se odpovědi psychologů a speciální pedagožky zcela neshodují.</p> <p>OP pořádalo 1 centrum a to zákonným</p>

		zástupcům žáků třídy, do které měl být integrován žák se zdravotním postižením.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------

6 Závěry komparace

Cílem výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjistit reálnou podporu rodin s dítětem se zdravotním postižením v poradenském systému SPC v komparaci současného legislativního obsahu.

Pro shromáždění údajů byl použit kvalitativní výzkum, zahrnující metody rozhovoru s návodem a analýzu dat.

Analýza dat poukazuje, že pracovníci na pracovní pozici psycholog v SPC vnímají okruh krizové intervence jako činnost těžko splnitelnou v důsledku nejrůznějších překážek plynoucí z organizační struktury SPC. Jako jednu z překážek zabraňující poskytování krizové intervence dotazované psychologičky uváděly jejich nedostatečnou kvalifikaci pro krizovou intervenci a z toho vyplývající nekompetentnost k jejímu provádění. Pro kontext je důležité uvést platné znění zákona 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících §24, který říká, že „*Pedagogičtí pracovníci mají po dobu výkonu své pedagogické činnosti povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovují, udržují a doplňují kvalifikaci*“. Problematiku krizové intervence považují za vážný problém, a to proto, že pracovníci SPC mají být odborníky, kteří pracují s lidmi v náročných životních situacích, kdy si nejsou schopni sami nebo pomocí svých blízkých poradit.

Druhým okruhem týkající se psychologů v SPC bylo poskytování konzultací pro zákonné zástupce dětí se zdravotním postižením. Sebraná kvalitativní data poukazují na to, že pracovníci na pracovní pozici psycholog v SPC, podávají konzultace vždy s ohledem na intelekt a různost rodičů. Problém se snaží poskytnout „lidsky“ pochopitelně, ale zároveň si snaží zachovat odbornou úroveň podání.

Další analýza výsledků se týkala okruhu poskytování metodické činnosti speciálními pedagogy směrem k rodičům. Na základě analýzy se pedagogičtí pracovníci shodují v tom, že metodická činnost je stěžejním úkolem speciálních pedagogů. Jedna dotazovaná pracovnice SPC na pracovní pozici speciální pedagog uvedla, že metodická činnost může být ovlivněna faktory ze strany rodičů, kdy se projevuje např. časová vytíženost zákonných zástupců, nejčastěji však matek. Je zde tedy zjevné, že i zákonní zástupci dětí se zdravotním postižením jsou jenom lidé, kteří mají své starosti a někdy není v jejich silách zvládnout chod domácnosti, metodickou činnost s dítětem a další problémy k tomu. Optimálnější nastavení metodické činnosti s dítětem by mohla být větší míra poskytování komplexního systému ucelené rehabilitace v tomto případě SPC, poskytování videozáznamů s metodickou činností sloužící jako metodický materiál nebo odlehčovací služby ze strany sociálního rezortu.

Z analýzy potřeb zákonných zástupců s dítětem se zdravotním postižením přes sociální síť plyne, že rodina a zejména pak matky dětí, mají potřebu pocitu sdílení. Můžeme konstatovat přínos pro zákonné zástupce v tomto sdílení stejného problému, tedy postižení zdraví dítěte, ale zároveň zde vnímám velké riziko následku absence odborného názoru v probíhajících diskuzích. Jedním z nástrojů, kterým můžou SPC vyjít vstříc v poskytování specifických potřeb zákonným zástupcům dětí se zdravotním postižením, by mohla být větší flexibilita v poskytování cenných rad pomocí webových stránek center. Ačkoliv nejsem příznivcem komunikace přes virtuální techniku, v tomto případě ve snaze přiblížení se potřebám rodin s dětmi se zdravotním postižením, považuji za nutné, reagovat na proběhlé změny v moderní společnosti. Za velmi přínosné je možné považovat zákonem stanovenou činnost skupinových setkávání a odborných přednášek, jak bylo možné demonstrovat na jednom ze SPC, které pořádá skupinové setkávání pravidelně a toto setkání popisuje jako pobyt s uvolněnou atmosférou, s možností předávání si zkušeností pod dohledem odborníků – speciálních pedagogů a psychologů a odborníků – zákonných zástupců. Centrum si pochvaluje, že na pobytu se díky uvolněnosti rodičů dozví i informace, o kterých ví, že by se v pracovně SPC nedozvěděli (viz vlastní kvalitativní šetření). Tím se více zvyšuje kvalitní interakce mezi odborníkem a rodičem.

7 Závěr

Předložená bakalářská práce se zabývala reálnou podporou rodin s dítětem se zdravotním postižením.

Teoretická část je rozdělena do tří základních kapitol. První kapitola vymezuje typy zdravotního postižení a jejich specifika. Ve druhém bloku práce jsou popsána psychosociální specifika rodiny s dítětem se zdravotním postižením. Poslední část se zabývá poradenským systémem rodin dané problematiky.

Cílem teoretické části bylo kompletovat teoretická východiska k vymezenému tématu a na jejich podkladě provést komparaci souvisejícího legislativního obsahu s reálnou podporou rodin s dětmi, žáky a studenty se zdravotním postižením v regionu jižních Čech v poradenském systému SPC.

Cílem praktické části bylo vytvořit návrh obsahu webových stránek pro rodiče dětí se zdravotním postižením. Tento cíl byl rozpracován na dílčí cíl, který si kladl za úkol analýzu potřeb rodičů s dítětem se zdravotním postižením na základě sledování diskusního fóra přes sociální síť Facebook ve skupině Rodiče postižených dětí a lidí s postižením spojme se. Získaná data pak byla použita, jako praktický podklad pro naplnění praktického cíle.

Pro dosažení cílů jsem zvolila kvalitativní šetření. Sběr údajů proběhl pomocí řízeného rozhovoru pomocí návodu, analýzy veřejně přístupných dokumentů SPC a analýzy sociální skupiny rodičů s dětmi se zdravotním postižením.

Ze získaných poznatků bylo zjištěno, že SPC neposkytují všechny standardní činnosti stanovené zákonem č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Bakalářskou práci lze využít jako studijní materiál vzhledem k vymezení typů zdravotních postižení a specifík vývoje dětí se zdravotním postižením. Praktický cíl

práce v podobě webových stránek pak může být zdrojem praktických informací pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením, popř. může posloužit jako případný inovační materiál pro systém podpory rodiny ve speciálně pedagogických centrech.

8 Seznam použité literatury:

BALUNOVÁ, K., D. HEŘMÁNKOVÁ a L. LUDÍKOVÁ. *Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0381-1.

EDELSBERGER, T., SOVÁK, M. a L. EDELSBERGER (eds.). *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FINKOVÁ, D., L. LUDÍKOVÁ a V. RŮŽIČKOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007, 158 s. ISBN 9788024418575.

GJURIČOVÁ, Š. a J. KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0415-3.

HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4674-6.

HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí - komplexní péče*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6.

HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HRADILKOVÁ, T. Raná péče jako proces. In *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Středisko rané péče Praha, 1998. s. 6-13. ISBN 80-238-3267-0.

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-588-1.

JANEČKA, Z. a L. BLÁHA. Motorické kompetence osob se zrakovým postižením. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Monografie. ISBN 978-80-244-3953-2.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JUKLOVÁ, K., I. LOUDOVÁ, R. SKORUNKOVÁ, E. ŠVARCOVÁ a J. VONDROUŠOVÁ. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-427-4.

KEBLOVÁ, A. Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením. Praha: Semsima, 47 1996. ISBN 80-85801-65-5.

KERR, S. *Dítě se speciálními potřebami*. Vyd. 1. Překlad D. Hanšpach. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-147-9.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KRATOCHVÍLOVÁ, J. *Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2012. ISBN 978-80-87063-55-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.

LECHTA, V. (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

LIPNICKÁ, M. *Logopedická prevence v mateřské škole*. Vyd. 1. Ilustrace Patricie Koubská. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0381-0.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – specifické poruchy učení*. 3. vydání. Jinočany: H + H, 1995. 269 s. ISBN 80-85787-27-X.

- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MATĚJČEK, Z., J. DUNOVSKÝ a Z. DYTRYCH. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MICHALÍK, J. *Metodika práce se žákem se vzácným onemocněním*. Čáslav: Studio Press pro Společnost pro MPS, c2012. ISBN 978-80-86532-28-8.
- MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-476-4.
- NOVOHRADSKÁ, H. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. ISBN 978-80-7368-731-1.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
- PEŠATOVÁ, I. - TOMICKÁ, V. *Úvod do integrativní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2007. ISBN 978-80-7372-268-5
- PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- RICHMAN, S. a M. JELÍNKOVÁ. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.
- RENOTIÉROVÁ, M. a L. LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- ŘÍČAN, P. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-168-2.

ŘÍČAN a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 9788024710495.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

THAGARD, P. *Úvod do kognitivní vědy: mysl a myšlení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-445-1.

VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VALENTA, M. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VÁGNEROVÁ, M., Z. HADJ-MOUSSOVÁ a S. ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, M.. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.

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

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

Internetové zdroje

DUDOVÁ, I. Screening a diagnostika dětského autismu v raném dětství. *Pediatric pro praxi*, 2014/14(3), s. 153, [cit. 31. března 2016]. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/02.pdf>>

HANÁK, P. a J. MICHALÍK. Speciálně pedagogické centrum. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. [cit. 23. března 2016]. Dostupné z <http://www.inkluze.upol.cz/portal/Download/publikace/Petr_Hanak__Jan_Michalik_a_kol__Informacni_brozura_o_cinnosti_specialne_pedagogickych_center.pdf>

HERDOVÁ, S. Vyšetřování sluchu u dětí. *Pediatric pro praxi*, 2004/4, s. 212, [cit. 23. března 2016]. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf>>

KEJKLÍČKOVÁ, I. Vady řeči. *Pediatric pro praxi*, 2001/5, s. 219, [cit. 29. března 2016]. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2001/05/04.pdf>>

MIHÁL, V. MMR vakcinace a riziko rozvoje autizmu. *Pediatric pro praxi*, 2003/4, s. 216, [cit. 30. března 2016] Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/04/11.pdf>>

NEUMANN, D., ČÁPOVÁ, E. Dětský autismus na rozhraní. *Pediatric pro praxi*, 2001/4, s. 174-175, [cit. 31. března 2016]. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2001/04/04.pdf>>

OŠLEJŠKOVÁ, H. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatric pro praxi*, 2008/9 (2), s. 80, [cit. 30. března 2016]. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/02/03.pdf>>

PREISSOVÁ, I. Vývojové poruchy řeči. *Pediatric pro praxi*, 2013;14/4, s. 242-243, [cit. 23. března 2016]. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/08.pdf>>

ŠLECHTOVÁ, D. Zdravotní problematika péče o dítě s dětskou mozkovou obrnou (DMO) v kontextu holistického přístupu. *Kontakt*, 4/ 2011, s. 457, [cit. 25. Března 2016] Dostupné z <<http://casopiszsfsj.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214101822027863.pdf>>

Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace. In: Ministerstvo školství ČR [online]. Praha: Ministerstvo školství ČR, 2015 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/36500_1_1/>

Zpravodaj MŠMT (ročník 1, číslo 2): K novinkám ke vzdělávání [online]. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z <[file:///C:/Users/Guest/Desktop/Downloads/zpravodaj_msmt_2015_12_15%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Guest/Desktop/Downloads/zpravodaj_msmt_2015_12_15%20(2).pdf)>

Zákony:

Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění *zákon č. 108/2006 Sb.*, o sociálních službách, veznění pozdějších předpisů, a některé další zákony [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z WWW: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206_2009_Sb.pdf >

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Příloha č. 2 – Návrh webové stránky

Příloha č. 1

Informovaný souhlas

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Speciální pedagogika – vychovatelství. V rámci bakalářské práce na téma Podpora rodiny s dítětem se zdravotním postižením v poradenském systému SPC realizuji výzkumný projekt, jehož úkolem je kompletovat teoretická východiska k vymezenému tématu a na jejich podkladě provést komparaci souvisejícího legislativního obsahu s reálnou podporou rodin s dětmi, žáky a studenty se zdravotním postižením v regionu jižních Čech v poradenském systému SPC. Praktickým cílem práce je vytvořit návrh obsahu webových stránek pro rodiče dětí se zdravotním postižením.

Jedná se o kvalitativní šetření realizované formou expertních rozhovorů s psychology a speciálními pedagogy s pracovním poměrem v SPC. Rozhovor se bude týkat těchto okruhů: krizová intervence směrem k zákonným zástupcům dětí se zdravotním postižením, konzultace poskytované zákonným zástupcům, metodická činnost, komplexní péče v duchu ucelené rehabilitace.

Zavazuji se k tomu, že: Výzkum bude zcela anonymní (tzn., nebudou uvedeny žádné osobní údaje, dále nebude uvedeno město ani okres, ve kterém výzkum proběhl). Budu chránit Vaše soukromí. Budu dbát etických pravidel výzkumníka, s nimiž jsem byla obeznámena. Bude zajištěno, aby výzkumné údaje nebylo možné zneužít. S výsledky

výzkumu můžete být obeznámeni po ukončení projektu elektronickou formou. Kdykoliv můžete účast na výzkumu ukončit, bez jakýchkoli důsledků. Rozhovory bez Vaše souhlasu nebudou nahrávány na diktafon.

Tímto bych Vás ráda požádala o účast na výzkumu.

Svým podpisem potvrzujete, že se svou účastí na výzkumu za výše uvedených podmínek souhlasíte, a že jste obeznámen (a) s mým výzkumným projektem.

Datum:

Podpis:

Příloha č. 2

Návrh webových stránek



Webové stránky mají být praktickým nástrojem pohledem na rodinu se zdravotně postiženým dítětem. Provedou Vás v oblasti domácí péče, vzdělávání a sociálního zabezpečení. Stránky vycházejí z praktických příruček určené pro rodiny se zdravotně postiženým členem rodiny a sociálních skupin, které nám vykazují problémy a potřeby v informovanosti rodičů. Mohou být inspirativním prvkem v inovaci činnosti SPC.

Otázky a odpovědi

Každý z nás se může dostat do situace, ve které nachází spoustu otázek, ke kterým nemá klíč. Jsou to otázky a odpovědi, které před námi hledali jiní. Potřebujeme ukázat cestu k pomoci a nárokům souvisejícím s naší obtížnou situací. Ne příliš potěšujícím faktem je, že dostupnost informací nemusí být vždy na každém rohu.

Vzdělávání dítěte se zdravotním postižením

Rodič, dítě a školské poradenské zařízení SPC



Speciálně pedagogické centrum (SPC) je školské poradenské zařízení zajišťující **odborné vedení a stimulaci dítěte s jakýmkoliv zdravotním postižením.**

S výběrem SPC pro Vaše dítě by Vám měli umět poradit v základní škole nebo mateřské škole, do které dítě dochází. Zákonně zakotvení najdete ve **vyhlášce 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Ke standardním činnostem SPC patří nejen práce s klientem (Vaším zdravotně postiženým dítětem), ale i práce s Vámi, rodiči. Každé centrum má své odborné zaměření.**

Speciálně pedagogická centra pro mentálně postižené

Kontakty v Jihočeském kraji

- > Metodika cvičení pro děti raného věku.
- > Smyslová výchova v předškolním věku s mentálním postižením.
- > Rozvoj jemné a hrubé motoriky, nácvik sebeobsluhy a sociálních vztahů.
- > Rozvoj estetického vnímání.
- > Hudební činnosti, výtvarné a pohybové činnosti.
- > Příprava na zařazení do výchovně vzdělávacího procesu.
- > Rozvoj orofomotoriky, systematický rozvoj slovní zásoby, systematický rozvoj dalších útlakových funkcí

Dávky státní sociální podpory

Finanční příspěvky a dávky pro rodinu a dítě se zdravotním postižením.



Příspěvek na péči

Pro koho a na co je? Jak získat jej
získat? Výše příspěvku. Průkaz
TP, ZTP, ZTP/P.



Příspěvek na mobilitu

Komu náleží? Podmínky pro
získání.



Příspěvek na bydlení

Pro jaké typy bydlení je určen?
Kde podat žádost?



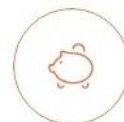
Příspěvek na zvláštní pomůcku

K čemu slouží?



Invalidní důchod

Kdo o něm rozhoduje? Může jej
mít dítě do 18 let?



Příspěvek na dítě

Podmínky nároku. Výplata
přídavku.



Rodičovský příspěvek

Podmínky příspěvku a jeho výše.

Domácí péče o zdravotně postižené dítě



Desatero zásad v péči o dítě se zdravotním postižením

1. Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět
2. obětavost ano, ne obětování
3. zdravotní postižení dítěte neberte jako neštěstí, ale úkol
4. přijměte pravdu s výhledem do budoucna
5. dítě samo netrpí
6. péči poskytněte v pravý čas a v náležitě míře
7. na problém nejste sami
8. nejste ohroženi
9. chraňte si manželství a rodinu
10. myslíte na budoucnost

Zdroj: Ivana Fikznerová - máme dítě s handicapem - nakladatelství Portál

Užitečné odkazy:

[Příspěvky a dárky](#)

Typy zdravotního postižení

Mentální postižení