

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Vztah majoritní části české společnosti ke zdravotně postiženým

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Tomáš JILČÍK

Vypracovala:
Bc. Tereza LEHKÁ

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vztah majoritní části české společnosti ke zdravotně postiženým“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne

.....

Bc. Tereza Lehká

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu PhDr. Tomáši Jilčíkovi za cenné rady, konzultace, odborné vedení, vstřícný přístup a za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

OBSAH

Úvod	2
1. Problematika zdravotně postižených	3
1.1 Historie zdravotního postižení	4
1.2 Handicapování a právo	6
1.3 Asistence lidem s postižením	10
1.4 Sociální význam zdravotního postižení	13
2. Zdravotně postižené dítě	16
2.1 Vývoj dítěte s vrozeným postižením	18
2.2 Mentálně postižené dítě	21
2.3 Rodiče a sourozenci postiženého dítěte	27
2.4 Hry a cvičení pro děti s postižením	30
2.5 Sociální postavení nemocných dětí	32
3. Zrakové postižení	34
3.1 Typy zrakového postižení	35
3.2 Vývoj zrakově postiženého dítěte	39
3.3 Nevidomý člověk a jeho vodící pes	42
3.4 Komunikace se zrakově postiženým	46
3.5 Sociální význam zrakového postižení	50
4. Sluchové postižení	51
4.1 Typy sluchového postižení	51
4.2 Vývoj sluchově postiženého dítěte	54
4.3 Přístroje pro sluchově postižené	57
4.4 Komunikace sluchově postižených	58
4.5 Sociální význam sluchového postižení	61

5. Tělesné postižení jako funkční a estetický handicap	62
5.1 Vývoj pohybově postiženého dítěte	63
5.2 Syndrom dětské mozkové obrny	65
5.3 Komunikace tělesně postižených	68
5.4 Sociální význam tělesného postižení	69
6. Empirická část	70
6.1 Stanovení cíle průzkumu a hypotéz	70
6.2 Nástroje sběru dat	70
6.3 Vlastní průzkum	71
6.4 Vyhodnocení a zpracování získaných dat	72
6.5 Ověření platnosti hypotéz	85
Závěr	86
Resumé	87
Anotace	88
Seznam použité literatury	89
Seznam příloh	92

„Postižení byli vždy v dějinách vnímáni a přijímáni svým okolím ambivalentně... Lidé se jich obávali, vyhýbali se jim, litovali je a ignorovali.“

(Blažek a Olmrová, 1985, s. 35)

Úvod

Zdravotní postižení představuje jednu z největších životních zátěží, která jistým způsobem může ovlivnit i psychiku nemocného a tak změnit i některé vlastnosti jeho osobnosti.

Zdraví, jako stav tělesné, duševní a společenské pohody patří k nejvýznamnějším hodnotám života člověka. Dobré zdraví je důležitým předpokladem pro uskutečnění pracovních i životních záměrů a přání. Bohužel ne všichni jedinci mají to štěstí být zdraví. Jejich život může být ztížen následkem nějaké poruchy orgánu nebo funkce, včetně poruch činnosti, poruch chování a sociálních vztahů - jsou zdravotně handicapovaní. Zdravotní handicap je ztížení při vytváření výše uvedené tělesné, duševní a sociální pohody, v centru není choroba, ale osobnost člověka. Tito lidé, si zaslouží zvýšenou pozornost společnosti, neboť jejich význam spočívá v její kultivaci a podnícení lidskosti.

Cílem mé diplomové práce je vymezit vztah majoritní části české společnosti ke zdravotně postiženým. V teoretické části se zabírám důležitými informacemi související s touto problematikou. Zmiňuji jednotlivé typy postižení a zaměřuji se i na vývoj dítěte s jednotlivým handicapem. Podrobněji popisuji zdravotně postižené dítě, jeho mentální postižení, dále vliv handicapovaného dítěte na jeho rodinu, sourozence a společnost. V neposlední řadě popisuji sociální význam jednotlivých postižení.

V praktické části stanovuji hypotézy, cíle průzkumu a zpracovávám získaná data. V této části vyhodnocuji dotazník, jehož cílem je zjistit, co se o této problematice ví, zda respondenti souhlasí s integrací zdravotně postižených osob, zda je jim poskytována dostatečná péče a jestli se někdy blíže setkali s takovou handicapovanou osobou.

1. Problematika zdravotně postižených

„Zdravotním postižením myslíme nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti.“¹

Z psychologického hlediska platí, že jakékoliv postižení se neprojeví jen poruchou funkcí jednoho orgánového systému, ale také ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince a podílí se na vytvoření specifické sociální situace spoluurčující jeho společenské postavení. Handicap představuje znevýhodnění dané nejen určitým omezením či postižením, ale i mírou jeho subjektivního zvládnutí a sociální pozici jedince. Handicap označuje míru zatížení daného nejen biologicky.

Rozlišujeme postižení **primární** a **sekundární**.

Primární postižení zahrnuje chorobné změny, které představují omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí, např. zrakové vnímání. Riziko, že důsledkem zdravotního postižení vznikne i psychická újma, závisí na druhu a závažnosti onemocnění.

Sekundární změny vznikají jako důsledek působení nejrůznějších faktorů, zejména psychosociálních faktorů, které mohou být určitým způsobem závislé na existenci primárního postižení. Na vzniku sekundárního handicapu se mohou spolupodílet různé osobnosti vlastnosti postiženého jedince či vnější prostředí, v němž žije.²

¹ Matějček, Zdeněk. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3.vyd. H&H Vyšehradská, 2001, s. 7

² Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. .4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 161 - 162

1.1 Historie zdravotního postižení

Od počátku lidské společnosti se rodily slabé a pohybově postižené děti. V nejstarším období bylo zvykem se těchto novorozenců zbavovat, nebo je vylučovat z důvodu nezatěžování společnosti. V prvobytné společnosti byli tzv. „nepotřební jedinci“ likvidováni. Některé pohybově postižené děti, pokud měly nápadné defekty, nacházely uplatnění jako žebráci. Ve spartském státním systému pokud nebyli novorozenci zdraví a silní, byli házeni napospas dravé zvěři do hlubokých propastí. Ve starém Římě bylo „znetvořené dítě“ opuštěno rodinou a odsouzeno k smrti.

Výrazné změny v přístupu k pohybově postiženým, nemocným a starým lidem se odehrály za feudalismu. V této době o ně začali pečovat jednotlivci a dobročinné instituce v azylových zařízeních, klášterech nebo v nemocnicích. S rozvojem humanismu se poprvé začaly projevovat humanitární ideje ve vztahu k tělesně handicapovaným.

V období humanismu a renesance se začal objevovat požadavek vzdělávání tělesně postižených lidí. Přes odpor feudálů, kteří se báli rozšíření vzdělání mezi nevolnický a robotnický lid, začal J. A. Komenský prosazovat požadavek všeobecného a všestranného vzdělávání všech lidí bez rozdílu původu, pohlaví a stavu. Ve svém díle Vševýchova píše o potřebě vzdělávání postižených osob. Jde o dílo, které bylo první teoretickou prací z oboru speciální pedagogiky. J. A. Komenský ovlivnil další humanisty, kteří se postupně snažili o vzdělávání postižené mládeže v ústavech a speciálních zařízeních. Začaly vznikat první soukromé ústavy, v nichž pedagogové učili postižené děti z rodin feudálů.

Humanitní snahy o vzdělávání tělesně a zdravotně postižené mládeže postupně přecházely od požadavku všeobecného vzdělávání k přípravě na povolání. Počátky těchto snah se objevili v zahraničí i u nás na začátku 20. století. Doktor Jedlička navrhl pozoruhodnou koncepci, která byla souhrnem veškeré péče – léčebné, vzdělávací, pracovní, výchovné, sociální, psychologické, právnické a ekonomické, která pomohla k plné rehabilitaci, resocializaci a zařazení tělesně a zdravotně postižených osob do produktivní pracovní činnosti.³

³ <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=424>

Jak už je výše popsáno, od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, tělesnými, smyslovými vadami, duševním stavem nebo chorobami. Celá společnost i jednotlivci se vždy museli vyrovnat se svými takto odlišnými členy, vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti.

Společnosti na každé úrovni svého vývoje vytváří určitá pravidla soužití, hodnoty a normy, které se stávají součástí společenského vědomí i individuálních psychických vlastností jedince v průběhu socializace.

Hodnoty a normy dané společnosti vznikají v rámci určité kultury. Tyto hodnoty a normy jsou úrovní vývoje celé lidské společnosti i konkrétními podmínkami života. Kultura tedy určuje, co je pro danou společnost žádoucí či nežádoucí. Co může být v jedné kultuře považováno za žádoucí, v druhé může být odmítáno nebo považováno za patologické.

Každá společnost tedy ve své kultuře stanovuje ideál, který odpovídá jejím potřebám, náboženským, ideovým i filozofickým základům dané kultury. Tlak společnosti na konformitu, tedy na přizpůsobení se tomu, co je ve společnosti běžné, se vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivců dané společnosti. Ti, kteří se odlišují (nejen v chování, ale i svým fyzickým vzhledem nebo jinými charakteristikami), jsou zpravidla vnímáni jako cizí, nebezpeční.

Už u zvířat můžeme pozorovat odmítání jedinců téhož druhu, kteří nevykazují jisté fyzické znaky druhu. U sociálně žijících primátů pozorujeme, že sociální statut příslušníka skupiny závisí na jeho fyzickém vzhledu a zdatnosti. Slabí příslušníci zůstávají na nižší úrovni, či se dostávají na okraj sociální skupiny. Na nejprimitivnější úrovni vývoje lidské společnosti tyto vlivy přetrvávaly a měly za následek odmítání slabších či fyzicky postižených jedinců.

Na postoj k postiženým jedincům měl vliv i tlak vnějších okolností – ekonomická situace skupiny.

„Vztah k postiženým je obecně výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Každý člověk, bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních, musí být chápán jako člověk se svými specifickými kvalitami.“⁴

⁴ Vágnerová, M. a kol., Psychologie handicapu, Praha: Karolinum, 1999, s.13

Předsudky je možné překonat působením na společnost a její členy, především rozbitím bariér, které dělí postižené od ostatní společnosti a také umožněním kontaktů a vzájemného poznání.⁵

1.2 Handicapovaní a právo

Všechny současné právní dokumenty představují snahu o trvalé zlepšování životních podmínek, zajištění rovnoprávného postavení a naplnění základních a specifických potřeb osob se zdravotním postižením.

Mezinárodní dokumenty

Všeobecná deklarace lidských práv

- 10.12.1948, Charta OSN
- čl. 1: „*všichni lidé se rodí svobodní a rovní v důstojnosti a právech*“
- cílem je přimět každého jednotlivce i příslušné orgány k prosazování úcty k právům a svobodám občanů prostřednictvím výchovy a vzdělávání

Evropská sociální charta

- 1961, Rada Evropy
- vymezuje a definuje obsah jednotlivých práv a zvláště zdůrazňuje práva určitých kategorií osob vyžadujících zvláštní ochranu
- výslovně zmiňuje právo na zaměstnání osob se zdravotním postižením: „*Osoby zdravotně postižené mají právo na přípravu k výkonu zaměstnání a na profesní a sociální readaptaci, bez ohledu na původ a povahu jejich postižení.*“

Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

- 20. 12. 1971 vyhlášena na Valném shromáždění OSN
- mentálně postižená osoba má stejná práva jako ostatní občané, výslovně:
 - právo na řádnou léčebnou péči, výuku a výchovu, které umožní v maximální míře rozvinout její možnosti a schopnosti
 - plné právo pracovat podle svých možností nebo se zabývat jinou užitečnou činností a žít se svojí rodinou

⁵Vágnerová, M. a kol., Psychologie handicapu, Praha: Karolinum, 1999, s.7-13

- pokud je nevyhnutelné umístění ve speciálním zařízení, musí podmínky v něm co nejvíce odpovídat podmínkám normálního života
 - omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům musí být jasně určeno a pravidelně kontrolováno, zároveň musí být stanoven kvalifikovaný opatrovník
- čl. 6: *„postižený má právo být chráněn před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením“*

Deklarace práv zdravotně postižených osob

- vyhlášeno Valným shromážděním OSN, 1975
- *„Zdravotně postižení, bez ohledu na původ, povahu a závažnost svého postižení, mají stejná základní práva jako jejich vrstevníci, mezi něž patří v první řadě právo žít důstojný, pokud možno plnohodnotný, život.“*

Úmluva č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených

- 1985, Mezinárodní organizace práce
- osoba se zdravotním postižením = *„každá osoba, jejíž vyhlídky nalézt a zachovat si vhodné zaměstnání a dosahovat v něm postupu jsou podstatně sníženy v důsledku náležitě ověřeného tělesného nebo duševního poškození“*

Úmluva o právech dítěte

- 1989, OSN
- čl. 23: *„Duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.“*

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením

- 28. října 1993, Valné shromáždění OSN
- cíl: zajistit pro zdravotně postižené stejná práva, jako mají ostatní, za tímto účelem mají být přijata příslušná opatření odstraňující překážky, jež brání zdravotně postiženým v uplatňování těchto práv a v plné integraci do všech společenských aktivit
- standardní pravidla nejsou z hlediska mezinárodního práva závazná, pokud však budou aplikována velkým počtem států, mohou se stát mezinárodním obyčejovým právem

Legislativa v České republice

Listina základních práv a svobod

- vychází z nedotknutelnosti a univerzálního charakteru přirozených lidských práv
- listina neobsahuje výslovné ustanovení o zákazu diskriminace z důvodu zdravotního postižení
- o osobách zdravotně postižených hovoří přímo pouze čl. 29: „*právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky*“ a „*právo na zvláštní ochranu v pracovněprávních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání*“

V ČR byl ustaven **Vládní výbor pro zdravotně postižené občany** usnesením vlády ČR č. 151 v roce 1991. Jeho předsedou je premiér vlády ČR, prvním místopředsedou ministr práce a sociálních věcí; druhým místopředsedou ministr zdravotnictví a třetím místopředsedou předseda Sboru zástupců organizací zdravotně postižených. Vládní výbor vypracoval:

Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům - červen 1993

Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením - 1997

Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení

- 1993 a jeho aktualizace, usnesením vlády ČR č. 493
- vychází ze zkušeností získaných při plnění předchozího programu a klade větší důraz na adresnost poskytovaných finančních prostředků
- více podporuje vlastní iniciativu a aktivitu zdravotně postižených a zainteresoval na odstraňování architektonických, orientačních, komunikačních a psychologických bariér kromě státu i obce a jednotlivé právnické či fyzické osoby

Výchova a vzdělávání osob se zdravotním postižením

Zákon č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol a vyšších odborných škol, v platném znění

- dává přednost integrovanému vzdělávání, teze: „*Vzdělávejme zdravotně postižené děti v běžných školách, pokud je to možné, ve speciálních pouze pokud je to nutné*“.

Vyhláška MŠMT č. 127/1997 Sb., o speciálních školách a speciálních mateřských školách

Zákon č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění

- při stanovení výše *sociálního příplatku* je použit nejvyšší koeficient, jde-li o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené, dlouhodobě zdravotně postižené a dlouhodobě nemocné
- *rodičovský příspěvek* při péči o dlouhodobě ZP dítě až do sedmi let věku dítěte

Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, v platném znění

- příslušné státní orgány poskytují občanům těžce zdravotně postiženým *služby, věcné dávky, peněžité dávky a bezúročné půjčky* k překonání obtíží vyplývajících z jejich postižení; zajišťuje se jim zejména *společné stravování a rekreace*, poskytuje *pečovatelská služba a pomůcky potřebné k odstranění, zmírnění nebo překonání následků jejich postižení nebo peněžítý příspěvek na zakoupení těchto pomůcek*
- občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se poskytují podle druhu a stupně postižení mimořádné výhody, zejména *v dopravě nebo při potřebě průvodce*

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením a právní předpisy

Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, v platném znění

- § 50

„Zaměstnanci se změněnou pracovní schopností může dát zaměstnavatel výpověď jen s předchozím souhlasem příslušného orgánu státní správy, jinak je výpověď neplatná, tento souhlas se nevyžaduje, jde-li o výpověď dávanou zaměstnanci staršímu než 65 let nebo z důvodů uvedených v § 46 odst. 1 písm. a), b), nebo f)“.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

- § 67 - §84 – upravuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Vyhláška MPSV č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitace občanů se ZPS

- nárok na pracovní uplatnění pro jedince se změněnou pracovní schopností, kteří mohou podávat jen zmenšený pracovní výkon a nelze je umístit na volných pracovních místech na trhu práce⁶

1.3 Asistence lidem s postižením

Pokud budeme uvažovat o začleňování osob se zdravotním postižením do běžného prostředí, do škol, na trh práce nebo do volnočasových aktivit, vždy je třeba vytvořit nezbytné podmínky a zabezpečení potřebné podpory. Důležitou složkou podpůrných opatření jsou asistenční služby. V současné době jsou dva základní typy asistenčních služeb pro osoby se zdravotním postižením a to **osobní** a **pedagogická asistence**. S oběma typy se lze setkat i při začleňování dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol.

Osobní asistence

Osobní asistence bývá charakterizována jako komplex služeb, jejichž cílem je pomoci jedinci se zdravotním postižením zvládnout s podporou osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby mohl. Jde o sociální službu.

Podle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, je služba osobní asistence definována dle § 39 takto:

§ 39 Osobní asistence

- (1) Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.
- (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:
 - a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu

⁶ <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>

- b) pomoc při osobní hygieně
- c) pomoc při zajištění stravy
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zákon také stanoví pravidla pro poskytování sociálních služeb a trvá na jejich dodržování.

Poskytnutí sociální služby je založeno na smluvním principu. Uživatel má aktivní roli při uzavírání smlouvy, která mimo jiné zahrnuje práva a povinnosti obou stran.

Dva typy osobní asistence

Sebeurčující osobní asistence

Nevyžaduje odborné školení asistentů. Uživatel služeb musí být sám schopen se na sebeurčující osobní asistenci podílet. To znamená, že je schopen vyškolit si osobního asistenta, organizovat a vést jeho práci.

Řízená osobní asistence

Týká se osob, které potřebují specializovanou pomoc, proto vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů.

Pedagogická asistence

„Pedagogickou asistenci upravují právní předpisy MŠMT, zejména zákon. č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů“.⁷

Zákon č. 561/2004 (školský zákon), je změněn zákonem č. 49/2009 Sb.

⁷ Uzlová, Iva., Asistence lidem s postižením a znevýhodněním. 1.vyd. Praha:Portál. 2010 s.25

Školský zákon s jeho aktualizací ke dni 5. března 2009 doslovně uvádí:

§ 16 Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

- 1) Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním
- 2) Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování
- 3) Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání
- 4) Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona
 - a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,
 - b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo
 - c) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu
- 5) Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské poradenské zařízení.
- 6) Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.
- 7) Děti, žáci a studenti se zdravotním postižením mají právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou. Dětem, žákům a studentům neslyšícím a hluchoslepým se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo

prostřednictvím komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob podle jiného právního předpisu. Dětem, žákům a studentům, kteří nemohou číst běžné písmo zrakem, se zajišťuje právo na vzdělávání s použitím Braillova hmatového písma. Dětem, žákům a studentům, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí, se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím náhradních způsobů dorozumívání.

- 8) Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žáci se souběžným postižením více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzdělávání jinak. Příprava na vzdělávání dětem se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami nebo s autismem se může poskytovat v přípravném stupni základní školy speciální
- 9) Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy, konzervatoře a vyšší odborné školy může ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.
- 10) Ke zřízení jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy v rámci školy podle odstavce 8 a ke zřízení funkce asistenta pedagoga podle odstavce 9 je v případě škol zřizovaných ministerstvem či registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi, kterým bylo přiznáno oprávnění k výkonu zvláštního práva zřizovat církevní školy, nezbytný souhlas ministerstva, v případě škol zřizovaných ostatními zřizovateli souhlas krajského úřadu.⁸

1.4 Sociální význam zdravotního postižení

Zdravotní postižení ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého a podílí se na vytvoření specifické sociální situace, která spoluurčuje jeho společenské postavení. Zdravotní postižení je vlastností jedince, která bývá sociálně nápadná a znevýhodňující, proto pro

⁸ Uzlová, Iva., Asistence lidem s postižením a znevýhodněním... 1.vyd. Praha:Portál. 2010 s.23 - 27

takového člověka může být zařazení do společenského života velmi obtížné. Zdraví lidé zpravidla nevědí, jak se k takovému člověku zachovat. Vyjadřují mu soucit, jsou k němu ohleduplnější, avšak mají tendenci takového člověka podceňovat.

Postoje společnosti k postiženým lidem bývají také odmítavé či ambivalentní. Ambivalence se zpravidla projevuje v postoji emocionálním. Lidé na jednu stranu cítí soucit k takovému člověku, avšak na druhou stranu pro veřejnost mohou lidé svým postiženým vzbuzovat hrůzu, ostych. „On je chudák, ale já se na něj nemohu dívat.“ Postoje laické veřejnosti k postiženým lidem mívá často charakter předsudku ovlivněného nedostatečnou informovaností. Podobné stereotypy ke společnosti zdravých si vytvářejí i postižení.

Postižený jedinec brzy zjistí, jaké postoje k němu zdraví lidé zauímají. Vnímá je mnohdy citlivěji a více si jich všímá. S těmito reakcemi se musí určitým způsobem vyrovnat, protože je nucen ve společnosti žít. Rozdíl k vrozenému či získanému postižení můžeme spatřit především u toho, zda se jedná o dítě či již dospělého člověka. Narození postiženého dítěte představuje pro rodiče zátěž. Je pro ně traumatem, které vychází z pocitu vlastního selhání rodičovské role. Reakce okolí tyto pocity pak mohou jen posilovat. Reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě postižené, se v průběhu času mění. Pokud se jedná o dospělého jedince s postižením, jsou zde důležité dvě role a to zvládnutí profesní a partnerské/rodičovské role.

Jakýkoliv defekt nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost postiženého jedince a vytváří specifickou sociální situaci. Většina z nás se snaží lépe porozumět jak sobě samým tak i svým bližním. Zvláště pokud zrovna nám někdo blízký je zdravotně postižený. Mnohdy málokdo ví, jak se v určitých situacích zachovat při setkání se s postiženým jedincem. Zda bude chtít pomoci nebo naši nabízenou pomoc bude vnímat jako selhání sám sebe.

Postoje postižených ke zdravým lidem

Reakce postižených lidí mohou být různé. Záleží na typu postižení, zachovaných schopnostech, dosažené vývojové úrovni a na dalších faktorech psychosociálního charakteru. Pokud je toho postižený člověk psychicky schopen, reaguje různými způsoby obrany. Ty mu umožňují uchovat si psychickou rovnováhu a sebeúctu.

Handicapovaní lidé mohou mít problém se zařazením do společnosti. Necítí se zdravou majoritou akceptováni, a proto mohou mít tendenci vytvářet specifické skupiny. Postižení, zejména ti s vrozenou poruchou, očekávají ze strany zdravých spíše vyhýbavý postoj. Jedinci s později vzniklým postižením, nemají o postojích zdravé společnosti tak negativní představy. Uvažují v mnoha směrech jako zdraví.

Zdraví a postižení se ve svých názorech a postojích často liší a nemají ani stejná očekávání. Vzájemné vztahy jsou ovlivněny předsudky a vlastní zkušeností. Nedostatek informací a nepochopení jen posiluje vzájemnou izolaci na obou stranách.⁹

Integrace postižených lidí

Postižení jsou součástí každé společnosti, ne vždy jsou však uspokojivě přijímáni. *„Integraci lze definovat jako začlenění postiženého jedince do společnosti zdravých, kdy v ní dovede bez problému žít, cítí se jí přijat a sám se s ní identifikuje. Integrace je vždycky dvoustranným procesem, důležité jsou postoje postižených i zdravých a z nich vyplývající chování. Je výsledkem procesu učení, resp. adaptace na kognitivní i emotivní úroveň.“*¹⁰

Preference společnosti stejně postižených souvisí s efektem similarity. Lidé si lépe rozumějí s tím, kdo má obdobné problémy a reagují na ně stejně. Tímto způsobem se vytvářejí sociální skupiny, jež mají podobou minority se všemi jejími výhodami i nevýhodami.

Důležitým předpokladem začlenění do společnosti zdravých je schopnost komunikace, porozumění pravidlům, která zde platí a tomu odpovídající chování. Z tohoto důvodu bývají nejčastěji izolováni lidé s mentálním postižením.

Integrace má různé stupně, které na sebe navazují. Mezi základní integraci patří přijetí postiženého rodinou. Důležité je hodnocení člověka – jeho postižení, citové přijetí a celkový přístup a z něho vyplývající chování ostatních členů rodiny. Vyrovnaný postoj k postižení může ovlivnit rozvoj, zachování schopností a dovedností i sebepojetí. Tak se vytváří základ pro úspěšné zvládnutí dalších stupňů integrace, např. na úrovni školy či zaměstnání.¹¹

⁹ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 191

¹⁰ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 192

¹¹ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 192 - 193

2. Zdravotně postižené dítě

„Být rodičem jakkoli postiženého dítěte je postižením samo o osobě... Vůbec nejpodstatnější však je, že problémy rodičů a problémy jejich dítěte vůbec nemusí být totožné“

(Hrubý, 1999 s.41)

Výchova dítěte začíná od prvních dnů života, první léta jsou základnou, z níž vyrůstá celá další stavba lidské osobnosti a pro děti s duševním opožděním je včasná, vydatná a vývojově přiměřená stimulace dvojnásob důležitá než u dítěte zdravého.

Dnešní rodina je většinou zúžena na dvougenerační společenství rodičů a dětí. Je teda se svými starostmi a nejistotami více osamocena, než tomu bývalo v dřívějších širokých venkovských rodinách. Nachází méně souhlasné odezvy a porozumění, ale zato více tzv. obranných mechanismů ve svém společenském okolí, neboť je jen málo těch, kteří by byli podobně postiženi. Je důležité, aby se od samého počátku do výchovy o zdravotně postižené dítě zapojili prarodiče, širší rodina i celý přátelský okruh. S postiženým dítětem je více mechanické ošetrovatelské práce, více hlídání, napětí i úzkostí. Rodiče jsou zatíženi a mnohdy i přetíženi, a to jednostranně.

Postižené dítě může rodinu spojovat či naopak – rozkládat. Důležité pro rodiče je, aby situaci svého dítěte přijali jako životní zkoušku a ne jako neštěstí.

„ Není těžké milovat dítě zdravé a krásné, avšak jen velká láska se dovede sklonit k dítěti postiženému“

(Prof. Rudolf Jedlička)

Rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Tato, ve většině případů, negativně hodnocená odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů: rodičů i zdravých sourozenců. Postižené dítě v rodině určitým způsobem změnil životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. Důsledkem toho, se změnil i chování členů rodiny ve vztahu k širší společnosti, kde se tyto lidé mohou v rámci obranných reakcí projevovat jiným způsobem než dřív, resp. než obvykle.

Postižené dítě klade zvýšené nároky na čas rodičů, na tělesnou námahu i na finance. Toto „zatížení“ však nezůstává jenom na úzký okruh rodiny. Rodiče i ostatní vychovatelé jsou současně členy dalších společenských skupin, kde se jejich vyrovnaný či nevyrovnaný duševní stav promítá do jejich vztahu k širší společnosti, do okruhu přátel a známých. Za těchto okolností mnohdy rodiče volí **nevhodné výchovné postoje**.

Výchova příliš úzkostná – rodiče dítě příliš ochraňují, nezdravě na něm lpí, ze strachu, aby si neublížilo, omezují dítě v jeho iniciativě.

Výchova rozmazlující – rodiče dítě zbožňují, oceňují každý jeho přirozený projev a každý vývojový pokrok. Podřizují se jeho přáním a náladám, posluhují mu. Snaží se dítěti přemírou lásky vynahradit jeho postižení.

Výchova protekční – rodiče dítěti pomáhají, pracují za něj, připravují a „umetají“ mu cestičky. Pro své dítě vyžadují až přílišné úlevy a ohledy. Nedovolují dítěti povahově vyspět a osamostatnit se.

Výchova zavrhuje – jde spíše o skryté než zjevné formy. Zpravidla k ní dochází v těch rodinách, kde je postižené dítě bráno jako neštěstí a to, které rodinu obtěžuje.

Výchova perfekcionistická – snaha rodičů o to, aby dítě bylo ve všem nejlepší, aby mělo úspěch bez ohledu na jeho reálné možnosti. Soustavným přetěžováním je dítě neurotizováno.¹²

¹²Matějček, Zdeněk. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí... 3.vyd. H&H Vyšehradská, 2001, s. 25-29

2.1 Vývoj dítěte s vrozeným postižením

„Někomu by se to možná zdálo málo, ale mě sebemenší pokrok posiloval... Měla jsem pocit, že všechno dožene, že lékaři nemají pravdu...“

(Chvátalová, 2001, s.94)

Vývoj dítěte s vrozeným postižením prochází stejnými fázemi jako vývoj dítěte zdravého, ale v některých vývojových obdobích může smyslové nebo pohybové postižení limitovat rozvoj určitých kompetencí. Psychický vývoj postižených dětí má své obecné typické znaky. Také vývoj každého jedince je individuálně specifický a má své jedinečné rysy, které nelze ani u postižených dětí přehlížet.

Kojenecký věk

Postižené děti mají zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, protože jejich možnosti jsou omezeny a orientace v prostředí ztížena, v případě smyslového či pohybového postižení nemají dostatek informací o světě, nebo nedovedou tyto podněty přiměřeným způsobem zpracovat – v případě mentálního postižení.

Dítě, jež je postižené, je vystaveno většímu riziku strádání v oblasti podnětové nebo citové:

- Postižené dítě nemusí být přiměřeně stimulováno, tyto děti nemají potřebné předpoklady, aby se mohly rozvíjet bez specificky zaměřené pomoci, a rodiče neví, jak by je měli rozvíjet
- Postižené dítě nemusí být citově akceptováno, vztah matky k postiženému dítěti může být odlišný od normy. Je větší riziko, že takové dítě bude odmítáno, zavrhnuto či naopak matka se na něj nepřiměřeným způsobem zafixuje.

Způsob prožití prvního roku života dítěte ovlivňuje základní postoj k životu. V případě postiženého dítěte běžně převažuje apatie a pasivita, která bývá často posilována rodičovským chováním.

Batolecí věk

Jde o období, které bývá označováno jako fáze první emancipace. Dítě se odpoutává z mnoha vazeb, které ztratily svůj vývojový význam a dále by blokovaly jeho další rozvoj. Pro postižené dítě je toto osamostatnění obtížnější.

Odpoutání z vázanosti na určité místo. Dítě, které je pohybově postižené, zůstává závislé na podnětech nejbližšího okolí. Určité potíže mají i děti nevidící.

Odpoutání z vázanosti poznávání na aktuální kontakt a přechod na symbolické myšlení. Pokud se u dítěte nerozvíjí řeč, opoždí se jeho celkový vývoj. Takové problémy mají děti sluchově postižení, které nemohou mluvenou řeč vnímat a děti mentálně postižení, které nejsou schopné chápat souvislosti a vztahy ani na úrovni momentálně vnímané reality.

Odpoutávání z vázanosti na matku je obtížnější u jakkoli postižených dětí.

Postižené batole se stává sociálně nápadným, v této době si začnou i cizí lidé uvědomovat, že se dané dítě nevyvíjí obvyklým způsobem. Pro rodiče to znamená období, kdy se musí začít vyrovnávat s reakcemi okolí. V batolecím věku často dochází k definitivnímu potvrzení diagnózy.

Nástup do školy

Nástup do školy postiženého dítěte je důležitým mezníkem. Zařazení do určitého typu školy funguje jako potvrzení míry normality jedince. Přijetí do školy obecně znamená, že dítě dosáhlo přijatelné vývojové úrovně.

Společnost se snaží o to, aby co nejvíce zdravotně postižených bylo zařazeno mezi zdravou populaci. Postupně se situace zlepšuje, řada postižených dětí již může být zařazena do běžné školy mezi zdravé děti. Je potřebné, aby si okolí na takové dítě ve třídě zvyklo. Za čas se děti snaží pomoci postiženému spolužákovi, usnadnit mu pobyt ve škole.

Integrace do běžné školy

Určité riziko spočívá v nezvládnutí situace učitelem i spolužáky nebo v přílišné náročnosti jejich požadavků na dané dítě. Integrace do běžné školy představuje zátěž, kterou znevýhodněné dítě nemusí zvládnout, tak jak by bylo očekáváno.

Zařazení do speciální školy

Výhodou je, že dítě nebývá stresováno svou odlišností a konfrontací se zdravými spolužáky. Není zde ani riziko odmítání či negativních reakcí jiných lidí. Výuka bývá přizpůsobena potřebám daného dítěte, učitelé mají mnohem víc profesních zkušeností.

Socializační vývoj postiženého dítěte

„Z výsledků různých výzkumů vyplývá, že postižené děti mívají v socializačním vývoji problémy, někdy ještě větší než v oblasti rozvoje kognitivních schopností.“¹³ Důvodem může být izolace v rodině, omezení kontaktu s druhými lidmi, včetně vrstevníků.

Pro socializační vývoj postiženého dítěte jsou důležité zkušenosti s vrstevníky. Ve škole dochází ke konfrontaci postiženého dítěte s jeho spolužáky. Na základní škole získává dítě první zkušenosti s většími projevy běžných postojů k postiženým a to prostřednictvím spolužáků, kteří své chování a projevy přejímají od svých rodičů. Chování není jen ohleduplné, chápavé, ale i odsuzující či zavrhuující. Postižené děti mnohdy nemají dovednost bránit sebe sama nebo schopnosti, jimiž by se prosadily či získaly přijatelnou pozici. Jestliže žádné imponující vlastnosti nemají, je jim vnucena nesymetrická role postiženého spolužáka, kterého je třeba chránit. U starších dětí hrozí riziko, že si prostřednictvím postiženého žáka budou kompenzovat vlastní problémy. Postižené děti často mívají snížené sebehodnocení, menší důvěru ve vlastní schopnosti. Také jsou přesvědčeny, že své úspěchy či neúspěchy nemohou ovlivnit.

Dospívání

Jde o fázi druhé emancipace. V období dospívání si postižený začíná uvědomovat svá omezení v různých oblastech, včetně obtíží se začleněním do společnosti. Uvažuje o své hodnotě o svých možnostech. V dospívání dochází k odpoutávání se od rodiny. Emancipace rodiny je důležitým vývojovým mezníkem, ale pro postiženého v období dospívání je hůře dosažitelná.¹⁴

¹³ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 175

¹⁴Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s.171-178

2.2 Mentálně postižené dítě

„Mentálně zaostalé je takové dítě, jehož poznávací činnost je trvale porušena v důsledku organického poškození mozku.“¹⁵

Podle Emersona lze mentální postižení definovat jako významně podprůměrná obecně intelektuální fungování (IQ \leq 70), které buď vede k současnému zhoršení adaptivního chování, nebo je s ním spojené. Projevuje se během období vývoje jedince.¹⁶ *„Později byla tato definice doplněna o podstatné omezení současného fungování. Je charakterizována významně podprůměrnou inteligencí (IQ \leq 75) souběžně se souvisejícím omezením dvou nebo více z následujících využitelných oblastí adaptivních dovedností: komunikace, sebeobsluha, život doma, sociální dovednosti, užitečnost v komunitě, rozhodování o sobě, zdraví a bezpečí, funkční vzdělanost, volný čas a práce. Mentální retardace se projeví do 3 let věku.“¹⁷*

Od 1. 1. 1993 je u nás platná 10. revize Mezinárodní klasifikace nemoci, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první písmeno F. F70 – F79 je věnován mentální retardaci a toto označení je považováno za základní kód (tabulka 1).

F 70 Lehká mentální retardace: IQ 50-69

F 71 Středně těžká mentální retardace: IQ 35-49

F 72 Těžká mentální retardace: IQ 20-34

F 73 Hluboká mentální retardace: IQ 0-19

F 78 Jiná mentální retardace

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace.

¹⁵ Rubínšteinová, S., Psychologie mentálně zaostalého žáka. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976, s.36

¹⁶ Emerson, Eric., Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. ...1.vyd., Praha: Portál, 2008, s.12

¹⁷ Emerson, Eric., Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. 1.vyd., Praha: Portál, 2008, s.12

Tabulka 1 Formy mentální retardace dle výše IQ a orientačního mentálního věku¹⁸

Kategorie	Mentální retardace	IQ	Mentální věk
F70	lehká	50 – 69	9 – 12
F71	středně těžká	35 – 49	6 – 9
F72	těžká	20 – 34	3 – 6
F73	hluboká	□20	□3

Nejčastější příčiny mentálního postižení

„Vznik a vývoj funkčních soustav lidského mozku je jednou z nejzajímavějších, nejsložitějších a nejméně poznanych oblastí lidského vědění, zatížených snad největším počtem předsudků“

(František Koukolík)

Při narození mentálně postiženého dítěte nebo při pozdějším odhalení jeho mentální retardace se zájem rodičů dítěte i jejich okolí často zaměří na otázku příčiny této skutečnosti. Žádají od lékařů vysvětlení, proč k mentálnímu poškození dítěte došlo. K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí.

Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami **endogenními** (vnitřními) tak příčinami **exogenními** (vnějšími). Pokud mluvíme o vnitřní příčině, mluvíme o příčině genetické, tedy zakódované již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální postižení, působí od početí, v průběhu celého těhotenství, porodu, poporodního období i v raném dětství. **Exogenní** faktory se dále člení dle období působení na prenatální (od početí po narození), perinatální (těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození).

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádějí:

- následky infekcí a intoxikací - prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie)
- postnatální infekce (např. zánět mozku)

¹⁸ Svoboda, M. a spol., Psychopatologie a psychiatrie, 1.vyd., Praha:Portál, 2006, s.269

- intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem)
- následky úrazů nebo fyzikálních jevů - mechanické poškození mozku při porodu
 - postnatální poranění mozku nebo hypoxie
- poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipoidóza, kretenismus)
- makroskopické léze mozku (např. novotvarem, degenerací)
- nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. mikrocefalie, vrozený hydrocefalus)
- anomálie chromozomů (např. Downův syndrom)
- vážné duševní poruchy
- psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek)
- jiné a nespecifické etiologie.¹⁹

Mentální postižení bývá diagnostikováno obvykle v batolecím věku, jak už je výše uvedeno, ale určit přesnou míru postižení může být v tomto období obtížné.

Definování závažnosti mentální retardace je možné někdy až v předškolním věku. Rodiče by měli požádat i o posouzení struktury rozumových schopností dítěte a o informaci o jeho individuálních zvláštностech. Vyrovnaný rozvoj všech dílčích kompetencí bývá u mentálně postižených dětí spíše výjimkou a rodiče by měli vědět, s čím mohou počítat. Nerovnoměrnost vývoje se může odrážet především v rozdílném výkonu v různých oblastech (např. v řeči, v řešení skládanek, ve hře s ostatními dětmi, v udržení pozornosti). Vývoj jednotlivých schopností závisí na příčině mentálního postižení, ale i na prostředí, ve kterém dítě žije.

Kvalitativní hodnocení rozumových schopností by u starších dětí mělo zahrnovat i posouzení míry jejich využitelnosti. Ta je dána celkovou úrovní a strukturou inteligence, ale i dalšími, mimo intelektovými faktory. V tomto směru má značný význam emoční stabilita, přizpůsobivost dítěte, úroveň jeho pozornosti, osobní tempo, vytrvalost. Některé z těchto složek jsou vrozené, jiné jsou dány výchovou. V případě mentálně postižených je význam uvedených mimo intelektových předpokladů ještě větší než u zdravých dětí.

Při hodnocení celkové úrovně mentálně postiženého dítěte je důležité vzít v úvahu i dynamiku vývoje jeho rozumových schopností.

Jestliže mentální defekt vznikl v důsledku těžké nedonošenosti, porodních komplikací nebo nedostatku kyslíku, trpí takové děti často i dětskou mozkovou obrnou nebo

¹⁹ Švarcová, Iva., Mentální retardace... 1.vyd., Praha: Portál, 2000, s. 51-52

drobnějšími poruchami hybnosti. Bývají často hyperaktivní, nepozorné a unavitelné. Pěstounka těžce nedonošeného chlapce s mentální retardací ví, jak se takové potíže projevují: „*Má hyperkinetické syndrom, říkal ten neurolog. Skutečně je hodně živý, takový ty projevy, že je nezadržitelnej... a hlavně málo si pamatuje. Kejve se neustále a někdy má takový ty negativní chvíle, kdy ty děti provokuje... Je tam ta mentální retardace. Na něm není vůbec nic vidět a lidi si myslí, že je nevychovaný...*“²⁰

Některé syndromy jsou spojené s hodně specifickými projevy, které se u dětí s jiným typem mentálního postižení nevyskytují, a málokterého laika napadne, že by mohly souviset se základním onemocněním. Např. mentálně postižené děti s Prader-Williho syndromem necítí, kdy jsou nasycené, a proto mají tendenci se přejídat a brát jídlo všude, kam přijdou. Takové projevy mohou být neznalými lidmi považovány za nevychovanost, i když tomu tak není.

Fetální alkoholový syndrom vzniká, když matka v době těhotenství konzumuje pravidelně větší množství alkoholu. Takové děti bývají menší, hůře tělesně prospívají, mají rysy obličeje, které vypadají jako nehotové, mívají sníženou inteligenci a často trpí různými poruchami učení nebo chování, také bývají hyperaktivní a nesoustředěné.²¹

V celosvětovém měřítku četnost výskytu mentálního postižení stoupá. Tento fakt lze vysvětlit jako důsledek zkvalitnění pediatrické péče o novorozence, která umožňuje zachránit i ty děti, které by dříve bez dané péče nepřežily. Dalším často uváděným důvodem je lepší evidence osob s mentálním postižením. Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám.

Kvalifikované odhady uvádějí, že v současnosti jsou mentálním postižením zasažena asi 3 procenta jedinců, přičemž nejvíce, asi 2,5 procenta připadá na jedince s lehkým mentálním postižením. Co se týče dětí s mentálním postižením, statistika z roku 2008, kterou uveřejňuje na svých stránkách Český statistický úřad, uvádí počet 12 tisíc dětí s mentálním postižením od novorozeneckého období do čtrnácti let.²²

²⁰Vágnerová, M., Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči, 1. vyd., Praha: Středisko náhradní rodinné péče, s. 41

²¹Vágnerová, M., Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči... 1. vyd., Praha: Středisko náhradní rodinné péče, s. 40- 41

²²<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim.shtml>

Specifika komunikace s dětmi s mentálním postižením

U lidí s mentálním postižením je narušení komunikační schopnosti častým jevem. 80 až 85 procent dětí s mentálním postižením trpí poruchami řeči.

Řeč bývá u těchto dětí postižena nejen z hlediska formálního, ale i obsahového. U jedinců s mentálním postižením je patrná nižší schopnost porozumět i běžnému verbálnímu sdělení. To je způsobeno omezenější slovní zásobou, potížemi v pochopení celkového kontextu. Složitější slovní obraty či ironie nebo žert nejsou schopny postihnout.

Děti s lehkým stupněm postižení zvládnou běžné konkrétní pojmy a základní slovní obraty. U dětí se závažnějším stupněm postižení se verbální schopnosti nerozvíjejí. Pro komunikaci s těmito dětmi volíme některou z alternativních metod a způsobů komunikace. Při komunikaci s dítětem s mentálním postižením je třeba respektovat určitá specifika řečového projevu, jako je méně přesná výslovnost, jazyková necitlivost, případně jednoduchost vyjadřování.

Strategie zaměřené na úspěšnou komunikaci

Důvody časného zásahu v oblasti komunikace u dětí s mentálním postižením jsou zřejmé. Schopnost verbálně se vyjádřit u dětí s Downovým syndromem často zaostává za jejich schopností porozumět mluvené řeči mnohem výrazněji než u zdravých dětí daného věku.

Důvodem těchto problémů s komunikací mohou být například záněty způsobující problémy se sluchem, hypotonie (snížení svalového napětí) zasahující nejen velké svalové skupiny, ale i svaly v oblasti úst a jazyka, dále problémy s pochopením smyslu a obsahu slov či zvuků.

Jednou z metod v oblasti komunikace nejen u dětí s Downovým syndromem je takzvaná **totální komunikace**. Totální komunikaci zahrnuje široké spektrum způsobů komunikace: mluvenou řeč, psaní, čtení, zpěv, pohyby celého těla, mimiku, gesta, znakovou řeč, prstovou abecedu, odezírání i specifické takzvané augmentativní a alternativní způsoby komunikace. Totální komunikace má poskytnout co možná nejpřirozenější komunikační prostředek, založený individuálních potřeb jedince. **Augmentativní** komunikace je zaměřena na podporu již existujících a nedostatečně rozvinutých komunikačních dovedností.

Alternativní komunikace zahrnuje systémy plně nahrazující mluvenou řeč, která se nevyvinula nebo zanikla.²³

Mezi metody **alternativní a augmentativní komunikace** dále patří:

Znak do řeči – jde o kompenzační prostředek pro lidi s mentálním a řečovým postižením vycházející ze skutečnosti, že použití znaků napomáhá komunikaci založené na přirozené řeči, gestikulaci a mimice. Znak do řeči není samostatným jazykem, neplatí pro něj tedy žádná mluvnická pravidla. Podstatou je znakování jen těch slov, která mají důležitý význam pro pochopení sdělení. Takto znakovaná slova jsou doprovázena běžnou gramaticky správnou řečí. Znaky by měly dítě provázet po celý den. Dítě si znak osvojí tím spíše, čím častěji a v co nejrozmanitějších situacích ho bude používat. Rozhodujícím faktorem v otázce připravenosti dítěte používat znak do řeči, je vývojové stádium, v jakém se nachází. Chronologický věk zde tedy není důležitý. Dítě bude připraveno komunikovat použitím znaku do řeči až tehdy, naučí-li se používat symboly. Mezi takové symboly, které ukazují na připravenost dítěte začít se učit znak do řeči, patří schopnost ukázat na předmět, který chce, podívat se na věc, kterou má hledat, vzít rodiče nebo učitele za ruku a dovézt je ke hračce, kterou chce. Schopnost dítěte zvládnout takzvané neverbální dovednosti je dalším důležitým předpokladem. Neverbálními dovednostmi jsou oční kontakt, naslouchání, schopnost nápodoby a schopnost střídání se s druhými v různých aktivitách. Mimo to musí být dítě schopno imitovat (napodobovat) druhé a mít dostatečně rozvinutou jemnou motoriku.

Znaková řeč Makaton – je neverbální jazykový program obsahující manuální znaky a symboly. Jednotlivá slova jsou vyjadřována pohybem ruky, hlavy. Znaky doprovází gramatická řeč a odpovídající mimický výraz obličeje. Tento program je využíván pro komunikaci neslyšících.

Piktogramy – jsou statickým systémem využívaným v případě, kdy dítě není schopno dekódovat písmo. Symboly v něm užívané jsou v dvojrozměrné formě a mají zpravidla podobu bílého obrázku na černém pozadí. Učebnice piktogramů L. Kubové obsahuje na 700 symbolů, které jsou děleny do tematických celků: rodina, části těla, oblečení,

²³ <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim.shtml>

osobní potřeby, potraviny, sporty, činnosti, vlastnosti. Obrázky je možno vybírat podle individuálních potřeb každého jedince a vytvořit tak pro něj slovník piktogramů.²⁴

2.3 Rodiče a sourozenci postiženého dítěte

Narození postiženého dítěte je jednou z nejtěžších životních situací, která může rodiče potkat. Je to zkouška, na kterou zpravidla nejsou rodiče vůbec připraveni. Mezi první poznání patří zjištění, že jejich dítě má vážné problémy a bude jiné, to působí jako šok, později beznaděj a ztráta jistoty. Z počátku po sdělení diagnózy se snaží najít viníka či cesty k vyléčení. Tyto kroky jsou pochopitelné a zřejmě by je učinila většina rodičů. Později, po poradě s odborníky rodiče poznají, že to co je potkalo, neznamená konec jejich nadějí, ale začátek cesty, která bude sice velmi dlouhá a mnohdy i obtížná, ale která všechny také obohatí. Jakékoliv pokroky dítěte budou pro rodiče cenné právě proto, že nebudou snadné.

Dopad na rodinu dítěte s mentálním postižením

Narození dítěte s mentálním postižením, je pro jeho rodinu náročnou životní situací, jak je již výš zmíněno. Rodiče, kteří očekávali narození zdravého potomka a na základě toho si vytvářeli představu o jeho budoucnosti, jsou postaveni před mnoho neuspokojivě zodpovězených otázek souvisejících s budoucností dítěte s postižením.

Stejně je tomu i v případě, je-li diagnóza mentální postižení stanovena později. S. E. Green hovoří o takzvaném dvojitém traumatu. Dvojitě trauma zahrnuje nejen ztrátu představy zdravého dítěte, která je nahrazena tíživou skutečností narození postiženého dítěte, ale i neočekávanou, ale nutnou změnu dosavadního stylu života.

Je to nejenom okamžité trauma, ale narození postiženého dítěte znamená pro rodinu i dlouhodobý stres. Ten s sebou nese krizi rodičovské identity, ztrátu představ o otevřené budoucnosti, ohrožení pocitu bezpečí a jistoty. Krize rodičovské identity představuje reakci na nepříznivou odlišnost dítěte od ostatních dětí a jeho budoucích perspektiv, částečně nejistých a nejasných a částečně negativních, tedy hůře přijatelných.

²⁴ <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim.shtml>

Je-li u dítěte diagnostikováno mentální postižení, reakce rodičů bývají různé. Odborná literatura popisuje několik modelů, které definují jednotlivé fáze, jimiž procházejí rodiče při vyrovnávání se s traumatickou situací.

Jde o tyto fáze:

1) Fáze šoku a popření

Šok je první reakcí na subjektivně nepřijatelnou, traumatizující skutečnost, že dítě je trvale postižené. Lze jej charakterizovat výroky rodičů ve smyslu "Proč se to stalo a proč právě nám". Protože je stresová situace natolik tíživá, že ji nelze v této podobě přijmout, dochází k popření toho, co je nepřijatelné. Nepřijetí takové informace je projevem obrany před ztrátou psychické rovnováhy a má charakter odpovídající tvrzení "To není možné, to nemůže být pravda ". Tato zátěž přináší rodičům prožitek stresu i deprivaci potřeby seberealizace, otevřené budoucnosti a bezpečí. Rodiče se musejí vyrovnávat se zátěží, kterou vůbec neočekávali, protože zdraví rodiče považují narození zdravého dítěte prakticky za samozřejmost.

2) Fáze postupné akceptace reality, vyrovnání se s problémem

Fáze závisí na racionálních a emocionálních faktorech. Je umožněna získáním většího množství informací a pochopením charakteru postižení dítěte. Racionálnímu zpracování takové informace mnohdy brání emocionální stav: hněv, zoufalství a deprese rodičů. Tyto emoce jsou reakcí na postižené trauma a mohou mít individuálně různou intenzitu i délku trvání. Úroveň vyrovnání se s touto situací závisí na zralosti osobnosti rodičů, na akutním psychickém a somatickém stavu, na jejich životních zkušenostech, na kvalitě jejich citového zázemí. Někdy je taková informace přijatelná jen částečně či vůbec. Následkem toho dochází ke vzniku obranných mechanismů, které mění prožívání a chování takového člověka. Tyto mechanismy mají mnoho podob, projevují se a trvají různě.

3) Fáze vyrovnání se s realitou

Ve většině případů rodiče dosahují realistického postoje k dané situaci, kdy akceptují dítě takové, jaké je. Rodiče jsou ochotni a schopni jej rozvíjet v mezích jeho možností. Také je nutné přijmout i sebe jako rodiče a vychovatele postiženého dítěte.²⁵

²⁵ <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006101101>

Sourozenci postiženého dítěte

Výchova postiženého dítěte je náročná, obecně ale platí, že by postižené dítě nemělo zůstat jedináčkem, není to dobré ani pro něj, ani pro rodiče. Lékaři a psychologové doporučují, aby rodiče měli, je-li to ze zdravotních důvodů možné, brzy po narození postiženého dítěte, dítě druhé. Radost ze zdravého, dobře se vyvíjejícího dítěte přináší do rodiny uklidnění, které prosívá všem. To však neznamená, že by se postižené dítě odsunulo na „druhou kolej“ a do popředí se dostávalo jen zdravé dítě.

Avšak nastat může i situace opačná. Jestliže se postižené dítě narodí až po dítěti zdravém, hrozí nebezpečím, že si k němu především matka vytvoří zvláštní citový vztah a starší zdravé dítě bude zatlačeno do pozadí. Postižené dítě bývá citlivější, žárlivější a zranitelnější. Proto je nezbytné, aby si rodiče péči o děti rozdělili. Je dobré zapojit do péče i prarodiče. Lásku a péči musí rodina uvážlivě rozdělovat mezi dítě zdravé a dítě postižené. Postupem času by se mělo zdravé dítě změnit v ochránce postiženého dítěte a postižené dítě by ho mělo milovat a mít v něm oporu. Jestliže je postižené dítě starší, tak je pravděpodobné, že po nějaké době svého mladšího sourozence může začít napodobovat. Později se mu bude snažit i vyrovnat. Chceme-li však mentálně postižené dítě dobře připravit pro život a vytvořit zdravé vztahy mezi sourozenci, musíme zůstat jako rodiče kritičtí. Není dobré obdivovat to, co je nepovedené. Tak bychom mohli vypěstovat v dítěti vědomí, že ať udělá cokoliv, vždy je to správné a výborné. Zároveň není dobré dítě kritizovat nebo dokonce trestat. Ideální je naučit ho svou práci opravit, udělat znovu nebo mu s ní pomoci.²⁶

Role sourozence postiženého dítěte je náročnější a představuje nemalou zátěž. Zdravý sourozenec může nést stigma rodiny jako své vlastní, zejména tehdy, kdy jej veřejné mínění určitým způsobem zdůrazňuje. Zdravé dítě si uvědomuje, že jeho sourozenec je více upřednostňován, jeho projevy bývají tolerovány a to i tehdy jestliže jeho projevy s vadou nesouvisí.

Sourozenec je stabilní součástí života dítěte a sdílí s ním značnou část zkušeností. *„Postižený sourozenec může vyvolávat odlišné reakce, stimuluje určité projevy chování, jiné bývají naopak tlumeny nebo odmítány. Pokud je sourozenec něčím výjimečný, musí si zdravé dítě vypracovat strategie, které mu pomohou zvládnout tento vztah přijatelným*

²⁶ <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006101101>

*způsobem. Obvykle jde o postupné přijetí dominantně – ochranné role.*²⁷ Dítě se naučí, že postižený sourozenec musí být ochraňován a nejde se k němu chovat jako ke zdravým dětem. Zdravý jedinec nemůže považovat svého postiženého sourozence jako rovnocenného. Sourozenci bývají spojenci i soupeři, ale postižené dítě takovou roli zaujmout nemůže. Navíc rodiče tento projev zdravého dítěte považují za špatné chování, jako „přestupek“. Vytvoření skutečné vztahové symetrie, která bývá běžná mezi zdravými sourozenci, je v případě postiženého dítěte hůře dostupná.²⁸

2.4 Hry a cvičení pro děti s postižením

Rehabilitační pomůcky a hračky jsou pro děti se zdravotním postižením nezbytnou součástí péče. Tyto pomůcky stimulují psychomotorický vývoj, usnadňují pohyb, pomáhají při rehabilitaci nebo komunikaci s okolím a napomáhají k samostatnosti a soběstačnosti dětí.

Děti se snadno nechají rozptýlit aktivitami a předměty kolem sebe. Proto je velmi důležité dětem vytvořit takové prostředí, ve kterém budou mít optimální podmínky. S dítětem je třeba si hrát, je-li odpočínuté, klidné, nemá hlad a rodiče mají dost energie na hraní. Soustředění znesnadňuje i televize či rádio. Je třeba vypnout všechny zbytečné zvuky. Prostor, kde se hra bude odehrávat, by měl být uklizený i se všemi nepotřebnými hračkami. Venku by měla být jen ta hračka, se kterou si dítě bude hrát. Jakmile si přestane hrát s danou hračkou, uklidíme ji, aby dítě netékalo z jedné věci na druhou. Při rozhovoru a hře by rodiče měli sedět naproti dítěti, je to důležité pro udržení očního kontaktu, sledování výrazu obličeje.

Rodiče by měli postiženému dítěti pořizovat hračky, s nimiž lze snadno manipulovat, a jsou pro dítě srozumitelné. Pokud vychovatel chce, aby dítě skládalo puzzle, měli by začít jen se dvěma či třemi dílky. V případě navlékání korálku, najít nejprve velké kostky s otvory, které se dají navlékat na silný a pevný provázek a postupně přecházet na menší korálky a slabší provázky. Důležité je nezapomínat, že pro dítě je manipulace s velkými předměty stejně náročná, jako manipulace s drobnými věcmi.²⁹

²⁷Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 169

²⁸Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 169

²⁹Newman, Sarah., Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením... 1. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 27-31

Rady pro práci a hru s dítětem

1) Respektovat základní etapy vývoje

Důležité je respektovat jednotlivá vývojová období a poskytnout dětem potřebnou pomoc ve správný čas. Je důležité znát vývojové stupně dítěte. Žádnou etapu nelze přeskočit či zanedbat. Záleží na individualitě dítěte, jak kterou etapou projde rychleji či pomaleji.

2) Pracovat pravidelně každý den

S dítětem je třeba cvičit tak často, jak to je možné. Je třeba mluvit s dítětem o všem, co jej zajímá. Je třeba mu vysvětlovat, povídat si s ním o lidech i věcech, které sleduje. To je nejsnazší a nejefektivnější způsob, jak dítě seznámit s novými pojmy. Dítě si tak bude budovat slovní zásobu ve vztahu ke konkrétním zážitkům.

3) Určit si čas

Je třeba si určit čas v denním programu, kdy bude rodič s dítětem pravidelně pracovat. Tím se učení stane pevnou součástí denního režimu. Dítě by mělo být najedené, odpočinuté (viz. výše).

4) Určit si místo

Určené místo pro práci, hru s dítětem by mělo být pohodlné. Je vhodné využívat stejné místo, neboť dítě si jej spojí s chováním, které se od něj očekává. Jakmile si na pravidelnost času a místa zvykne, často samo přinese hračky a naznačí, že si chce hrát.

5) Délka cvičení

Účinnější jsou kratší časové úseky, které se opakují dvakrát či třikrát během dne. Pokud se budou střídát jednotlivá cvičení a hry udrží se pozornost dítěte déle.

6) Učit se po malých krocích

Důležitá je trpělivost rodičů. Můžou se střídát období, kdy se dítě přes veškeré snažení nic nenaučí, s obdobími, kdy dítě zvládne více dovedností najednou. Je třeba postupovat po malých krocích a nesledovat více cílů najednou. Pokud bude dítě postupovat po malých krocích, zažije pocit úspěchu častěji a to ho bude motivovat k dalšímu učení – hře.

7) Na hru se připravit předem

Plánování si, co nového rodič zařadí do hry a co se bude opakovat je důležité. Mělo by se začít tím, co je náročnější na koncentraci. Vše co k činnosti budou rodiče potřebovat, by si měli připravit předem, aby neodbíhali a nenarušovali soustředění dítěte.

8) Jednou já, jednou ty

Hra by měla probíhat střídavě. Nejprve dítěti úkol předvést, a jakmile je mu postup jasný, vyměnit si role. Dítě by mělo dostat možnost vyzkoušet si a ohodnotit výkon rodiče. Ti by neměli být při hře dominantní.

9) Mluvit a naslouchat

Cílem je rozvinout bohatou řeč v raném věku tak, aby dítě mohlo říci, co ho bolí, co se mu líbí, kam chce jít či z čeho má strach. A aby se mohlo ptát na to, co ho zajímá.

10) Výběr vhodných pomůcek

Dítě bude potřebovat velké množství nejrůznějších pomůcek, hraček a obrázků. Největší využití u postižených dětí budou mít různé vkládačky, puzzle, sady do sebe zapadajících kelímků, barevné kostky, korálky, vhodné zvukové hračky. Hračky, které se při učení budou používat, musí splňovat několik základních požadavků a to: přiměřenost, jednoduchost a bezpečnost.³⁰

2.5 Sociální postavení nemocných dětí

Sociální postavení nemocného dítěte je odlišná od postavení nemocného dospělého. Nemoc dítěte vyvolává především soucit. Nemoc dítěte zaručuje určitá privilegia, např. ohledy, sympatii, trpělivost a toleranci.

Závažné onemocnění mění postavení dítěte v rodině, ve škole i ve vrstevnické skupině. Obvykle se mění chování dospělých i vrstevníků, neboť vědí, že k nemocnému je třeba být ohleduplný a tolerantní. Zvýšená tolerance je spojena s odlišným hodnocením – dítě je jiné, není rovnocenné.

³⁰Roučková, Jarmila., Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením...1.vyd., Praha:Portál, 2006, s.29-31

Nápadnost zevnějšku bývá často rozhodující, neboť na jejím základě dochází ke generalizaci představ o míře postižení. Dítě může být považováno za méně inteligentní i schopné, a to i přesto, že jeho onemocnění může být především estetickým handicapem a k primárnímu narušení schopností nevede (např. děti s rozštěpem rtu).

Onemocnění může vést k narušení kompetencí, které jsou spojeny s dosažením určitých vývojových mezníků. Do této kategorie řadíme závislost na pomoci druhého, míru soběstačnosti, schopnost udržovat čistotu atd.

Nesamostatnost a zejména neudržení čistoty může být z pohledu školáků degradující, a často bývá důvodem odmítání či výsměchu.³¹

³¹ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 105 - 106

3.Zrakové postižení

„Někteří lidé si asi myslí, že být nevidomí je něco strašného. Já už jsem se od malička přesvědčila, že to tak není. Ale skoro pořád si přece jen přeji, abych viděla.“

(vrozeně nevidomá dívka, 13let)

Každého člověka lze charakterizovat podle nepřeborného množství hledisek a na celém světě nenajdeme dva totožné jedince. To, že má někdo špatný zrak nebo nevidí vůbec, je jen jedním ukazatelem a lze jej celkem objektivně změřit v ordinaci očního lékaře. Není možné říci, že zrakově postižení lidé jsou takoví a takoví, neboť každé takové prohlášení je příliš zobecňující. Samotný fakt, že člověk nevidí, znamená to, že některé věci musí dělat jinými způsoby než ostatní, nicméně proto není horší či lepší.

Ztráta nebo vážné poškození zraku, znamená v životě postiženého člověka velkou změnu. I když pro takto postiženého člověka je těžké se orientovat ve svém bytě, na ulici, obtížné samostatně se najít, uvařit si, či číst nebo psát běžným způsobem, pracovat v zaměstnání, může se to naučit dělat. Možná ne sám a možná ne snadno. Ale může.

Zrakově postižení neboli osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. V užším slova smyslu tím rozumíme ty, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž běžná optická korekce nepostačuje.

Skupinu těžce zrakově postižených můžeme dále dělit na nevidomé a slabozraké. Při očním vyšetření se zkoumá zraková ostrost vyjádřená tzv. vizem udávaným zpravidla ve zlomku, kde první číslo znamená vzdálenost v metrech, ze které dotýčný čte a druhé číslo pak vzdálenost, ze které čte tu samou velikost písmene člověk s nepostiženým zrakem. (Vizus zdravého oka je tedy např.: 6/6). Vyšetření zrakové ostrosti do dálky se nejčastěji provádí na Snellenových optotypech, což jsou tabulky s řadami postupně se zmenšujících znaků. Dalším zkoumaným parametrem je velikost zorného pole.³²

Lidmi s úplně nebo částečně narušenými funkcemi zrakového analyzátoru se zabývá **tyflopsychologie**. Tyflopsychologie tedy v doslovném překladu znamená psychologie

³² <http://www.sons.cz/kdojezp.php>

nevidomých a slabozrakých. Jde o samostatné odvětví psychologické vědy, jejímž předmětem je právě psychika nevidomých a slabozrakých.³³

Výchovou a vzděláváním zrakově postižených, jejich profesním, společenských a pracovním životě se zabývá speciální pedagogická věda – **tyflogedie**.³⁴

3.1 Typy zrakového postižení

Zrak zprostředkovává 70 - 90 % informací důležitých pro zorientování člověka. Ztráta, nebo poškození je velký deficit. Ztrátu je nutno kompenzovat ostatními smysly.

Zrakově postižení lidé tvoří heterogenní skupinu, porucha jejich zrakových funkcí může být různě závažná, kvalitativně odlišná, může vzniknout v různém období a je spojená s rozdílným rizikem vzniku kombinovaného postižení. „ *Celkově je v české populaci kolem 0,3% nevidomých a 0,8 - 1% závažně zrakově postižených. Děti trpících tímto postižením je v populaci přibližně 0,04%. V pozdní dospělosti, resp. v období stáří jejich četnost významně stoupá, zrakové potíže má 4,4% lidí nad 60 let.*“³⁵

V oblasti zrakové percepce je rozlišováno několik funkcí, které mají různý význam. Nemusí být postiženy všechny, jejich porucha může dosahovat různého stupně:

Zraková ostrost

Jde o přesnost zrakové diferenciaci na blízkost nebo na dálku. Tyto dvě funkce nemusí být narušeny ve stejné míře.

Preference různého stupně osvětlení

Mnozí zrakově postižení trpí světloplachostí (např. albiní) a vadí jim i běžná intenzita světla. Vidí lépe, když jsou v lehkém šeru, popřípadě musí nosit tmavé brýle. Na straně druhé mohou jiná oční onemocnění vést k podstatnému snížení zrakové ostrosti při sebemenším omezení světla.

Zorné pole

Zorné pole určuje v jakém rozsahu je člověk schopen zrakově vnímat. Narušení zorného pole je typickým příznakem některých očních onemocnění. V zorném poli může chybět

³³ Litvák, A.G., *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých...* 1.vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1972, s. 8

³⁴ <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/tyflogedie>

³⁵ Vágnerová, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 195

rozlišovací schopnost jeho centrální oblasti, která je místem nejostřejšího vidění. Dítě takto postižené, se obtížně orientuje při práci na blízko, v knize nebo sešitě, neboť lépe vnímá okrajem svého zorného pole. Pokud chce vidět partnera, se kterým komunikuje, musí se dívat tak, aby objekt jeho zájmu byl ve zbylé, funkční části zorného pole. Z hlediska pozorovatele to pak vypadá, že se dívá jinam.

Barvocit

Barvocit nebývá u zrakově postižených vždy zachován, ale tento nedostatek nepředstavuje větší praktické omezení.³⁶

Klasifikací zrakových vad se zabývá celá řada autorů. Zrakové vady můžeme dělit podle různých kritérií (podle doby vzniku zrakového postižení, podle stupně, délky trvání...).

Dělení zrakových vad:

1) Klasifikace zrakového postižení podle WHO (tabulka 2)

Tabulka 2 Klasifikace zrakového postižení³⁷

Položka	Druh zdravotního postižení
1.	Střední slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2.	Silná slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	Těžce slabý zrak a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4.	Praktická slepota zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5.	Úplná slepota ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

³⁶ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 196

³⁷ <http://www.nicm.cz/klasifikace-zrakoveho-postizeni>

2) Dle stupně zrakového postižení

Slabozrakost

Jde o omezení zrakových funkcí na úroveň 15-5% běžné kapacity. Lidé takto postižení jsou schopni běžné orientace v prostředí, jejich psychický vývoj nebývá zásadně odlišný.

Příčinami slabozrakosti mohou být krátkozrakost, dalekozrakost, chybění pigmentu v duhovce, vada lomivosti oka, která je způsobená nepravidelným zakřivením rohovky nebo čočky, dále šedý zákal, šeroslepost.

Ke korekci se používají různé optické pomůcky. Kterými mohou být dioptrické brýle, lupy a jiné.³⁸

Praktická nevidomost

Neboli zbytku zraku, což je deficit v rozsahu méně než 4% běžné kapacity až po zachování jakékoli schopnosti vizuální diferenciaci. Lidé takto postižení mívají problém i v běžném životě, pokud je jejich postižení vrozené, potřebují už od raného dětství speciální péče.

Nevidomost

Nevidomost znamená chybění tvarového vidění, avšak rozlišovat světlo a tmou může být zachováno. Úplná neschopnost zrakově vnímat je vzácností. Vyskytuje se jako následek enukleace či nádorového onemocnění. Lidé takto postižení potřebují speciální péči.

3) Dle délky trvání

Krátkodobé (akutním – zánět spojivek)

Dlouhodobé (chronický, trvalý – slepota)

Opakující se (recidivujícím – zelený zákal, tzv. glaukom)³⁹

4) Dle vzniku zrakových vad

Je důležité, zda ke ztrátě zraku u osoby došlo v období dětství, dospívání či dospělosti nebo zda se jednalo o vadu vrozenou.

³⁸ Větoňová L., Základy oftalmopedie. 1.vyd. Brno: MU, PED. F. 1993, 22 s.

³⁹ Renotířová, M., Ludvíková L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005.

Vady vrozené

U lidí s vrozeným vážným postižením zraku se vyvíjí lépe smysly i dovednosti (sluch, hmat, čich, řeč.) kompenzující zrakovou poruchu. Nemožnost zrakového kontaktu a nedostupnost zrakové zkušenosti u lidí výrazně ovlivňují vztahy k lidem a představu o světě.

Je-li člověk nevidomý od narození, jeho prostorové představy se vyvíjí jinak. Vnímá spíše detaily, řadí informace spíše lineárně a méně se pohybuje.

Lze obecně shrnout, že „vrozené postižení mění veškeré podmínky vývoje, mění sociální vztahy, vyřazuje některé druhy podnětů, omezuje od počátku vývojové možnosti dítěte. Na druhé straně, dítě žijící s postižením od narození se na něj lépe adaptuje.“

Vady získané

Ztráta zraku, může být buď náhlá, nebo postupná. Dopad ztráty zraku na osobnost je individuálně různý v závislosti na tom, jak se osobnost dříve utvářela, i v závislosti na společenském prostředí, ve kterém se postižená osoba nachází.

Osoby často přicházejí o zrak ve věku od dospívání věkem výše, pokud osoba ztratí zrak v dospělosti, čerpá ze svých dřívějších zrakových představ, které ovšem časem blednou, rozostřují se a jsou méně výrazné.

Matoušek uvádí, že jen malá část poruch zraku je vrozená, případně vzniklá úrazem. Jejich výskyt se zvyšuje s věkem.

SONS konstatuje, že zrakové postižení se v podstatě ve větší míře projevuje v pozdějším věku a lze říci, že ze všech těžce zrakově postižených občanů cca 60 až 70 % spadá do věkové kategorie občanů nad 60 let.⁴⁰

⁴⁰ http://www.trckovajitka.estranky.cz/clanky/brozura-socialnich-sluzeb/brozura---socialni-sluzby-pro-nevidome-osoby-v-okrese-znojmo-i_cast.html#_edn29

3.2 Vývoj zrakově postiženého dítěte

Narození nevidomého dítěte nebo později zjištěná jeho těžká zraková vada způsobí rodičům starosti a také vyvolává touhu podniknout vše pro nápravu vidění. Zjištění těžké zrakové vady způsobuje nejen velké starosti, ale i mnoha bolestných chvil. Může dojít mezi rodiči ke sporům o příčině zrakové vady dítěte i o způsobech jeho výchovy.

Pozornost okolí může vést rodiče ke dvěma reakcím:

1) Je to vyhýbání se společnosti lidí i dětí, což může končit izolací zrakově postiženého dítěte. Izolace dítěte má záporné důsledky pro jeho výchovu.

2) Jiní rodiče mají zase sklon zrakovou vadu svého dítěte zastírat úvahami a výroky o mimořádných schopnostech dítěte. Tyto postoje jsou také škodlivé. Dítě je rodiči vedeno k tomu, aby se neustále předvádělo. Zvyká si na obdiv okolí i pro běžné dětské dovednosti.

Většina rodičů, kteří přicházejí do odborných tyflopedických poraden, se brzy vyrovná s citovým zraněním. Pro své dítě potom vykonají velmi mnoho. Kladou na ně takové požadavky, které je vedou k aktivnímu zmocňování se prostředí a k samostatnému překonávání překážek.

Dítě by mělo přicházet do styku se všemi předměty a jevy prostředí, se kterými se setkává i dítě nepostižené a neměl by být vynechán ani styk s celou škálou společenských situací.⁴¹

Vývoj zrakově postiženého dítěte v kojeneckém věku

Vývoj dítěte v kojeneckém věku závisí na míře zrakového postižení. U nevidomých dětí, jejichž postižení je vážnější, dochází k určitému opoždění v některých složkách. Toto opoždění závisí na nedostatečné kvalitě vizuálních podnětů.

⁴¹ <http://smykal.ecn.cz/publikace/kniha04t.htm>

Velký význam pro udržení přijatelného stupně aktivační úrovně má zraková stimulace. U nevidomého dítěte je aktivační úroveň snížena, dítě se pak může jevit jako apatické a bez zájmu. Jeho reakce na podněty mohou být omezené.

Zrakové podněty jsou nejvýznamnějších prostředkem orientace v prostředí. Jejich absence způsobí, že dítě má mnohem méně možností k poznávání svého okolí. Smyslové poznání v raném věku je vázáno na komplex různých vjemů, které posilují porozumění okolnímu světu. U nevidomého dítěte není tento předpoklad splněn. Jejich vývoj senzomotorické inteligence bývá opožděn.

Zraková stimulace aktivizuje i **pohybový vývoj**. Malé dítě se snaží zvedat hlavičku, udržet se vsedě, lézt. Nevidomé dítě nemá k pohybové aktivitě důvod, neboť nevidí předmět, který by mohl být předmětem jeho zájmu a „doplazit se“ k němu. Proto v kojeneckém věku dochází k opoždování rozvoje pohybových dovedností.

Sluchové podněty jsou pro nevidomé dítě zajímavé. „*V běžném prostředí jich není tolik a nejsou tak různorodé, aby mohly dítě aktivizovat a zaujmout.*“⁴² Výjimku tvoří řečová stimulace, která začínám mít význam až ke konci kojeneckého období. Na nevidomé dítě je třeba neustále mluvit, rozvoj řeči být omezen nemusí, pokud však je, příčina může být dvojího charakteru: buď nepřiměřené stimulace, nebo kombinovaného postižení.

Sociální interakce u dětí je závislá na očním kontaktu., který však v případě zrakově postižených dětí chybí. Při kontaktu s nevidomým kojencem je třeba využívat jiných podnětů, například taktilně-kinestetických a zvukových.⁴³

Vývoj zrakově postiženého dítěte v batolecím a předškolním věku

Batolecí období, je obdobím, kdy se dítě učí chodit. Nevidomé dítě se postaví ve stejné době jako dítě zdravé, avšak potřebuje delší dobu na naučení chůze. Pro nevidomé dítě je velmi důležité zvládnout chůzi. Je třeba dítěti pomoci, neboť bez správného vedení si dítě osvojí chůzi s vahou na patách, kdy vyhledává cestu svýma nohama. Následkem

⁴²Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 203

⁴³Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 202-204

toho pak je nedostatečný vývoj přední části nohy a dítě má ploché nohy. Důležité je, aby mělo dítě co nejvíce příležitosti k pohybu, a tak mohlo získat větší jistotu.⁴⁴

Pokud dítě žije v podnětném rodinném prostředí, není zde důvod k omezení řečového vývoje. V tomto období se do popředí začínají, jako kompenzační smysl, dostávat nejrůznější sluchové podněty. Dítě preferuje ty, co ho něčím zaujmou, které jsou pro něj určitým způsobem zajímavé. Zrakově postižené děti experimentují s řečovými aktivitami, opakují různá slova, obměňují je více, než děti zdravé. Rozvoj řeči souvisí s vývojem poznávacích procesů. Vše, co je běžné k vidění, by měli rodiče svému dítěti přiblížit.

Dalším kompenzačním smyslem nevidomých dětí je hmat. Hmatové poznávání z hlediska získávání informací, je málo účinné a časově náročné. U malých dětí slouží spíše než k získávání informací, ke kontaktu s citově významnými lidmi, k manipulaci s hračkami, které již zná, k orientaci v blízkém okolí.

Nevidomé děti začínají později chodit. Samostatná **lokomotace** není spontánně stimulována, dítě není ničím přitahováno. Pohyb v obtížně kontrolovatelném prostoru se jeví jako ohrožující a drobné nehody jen posilují obavy dítěte.

Socializační vývoj u nevidomých dětí, zejména u nejzávažnějších postižení, může být zpomalen. Opoždění v této oblasti závisí i na výchově dětí. Pro socializaci je důležité, aby rodiče své dítě dobře stimulovali. Aby je učili žádoucím normám chování, vysvětlovali rozdíly mezi jednotlivými sociálními rolemi, učili je komunikovat, navazovat kontakty a rozvíjeli tak jeho sociální dovednost. Socializace je snadnější a účinnější v rodinách, kde je více sourozenců. V předškolním věku je obtížné navázání kontaktu se zdravými vrstevníky, neboť postižené dítě, se nemůže věnovat běžným aktivitám jako dítě zdravé.⁴⁵

⁴⁴ Keblová, A., *Zrakově postižené dítě*. 1.vyd. Praha: Septima 2001

⁴⁵Vágnerová, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 204-206

Vývoj zrakově postiženého dítěte ve školním věku a v období dospívání

„To, co jsem si povídal s našincem a co jsem mohl probírat s vidomými lidmi, se lišilo a já jsem to neuměl skloubit...měl jsem problém přecházet mezi těmi dvěma světy.“

(Chvátalová, 2001, s.33)

Vývoj nevidomého dítěte ve školním věku a v období dospívání může být spojen s různými problémy, nejsou specifické a mohou postihnout jakkoliv handicapovaného jedince. Jde o potíže ve škole, adaptaci na školu a vrstevníky.

Dospívající si začínají uvědomovat svou rozdílnost i to, že jsou v mnoha věcech omezeni a některé věci nikdy nedokážou. Mohou mít pocity svázanosti, že nemohou dělat to, co by chtěli, nemohou to dělat sami a bez pomoci jiného. Pokud se stýká s postiženými i se zdravými jedinci, může pociťovat určitý rozdíl v zaměření v zájmové orientaci a podobně. Nutnost přizpůsobovat se a měnit způsob komunikace, může být velice náročný (viz. citát výše).⁴⁶

3.3 Nevidomý člověk a jeho vodící pes

Vodící pes je pro člověka se zrakovým postižením jedním z kroků k samostatnosti a nezávislosti. Je pro svého pána každý den nejen průvodcem, ale především partnerem a kamarádem, připraveným sloužit 24 hodin denně. Pomáhá mu zařadit se do života zdravých lidí. Provází nevidomého na každém jeho kroku, nejen v interiérech, ale i po rušných ulicích velkoměsta, po silnicích v prostředí hromadné dopravy. Pes pro nevidomého člověka musí být vycvičen tak, aby rozpoznal nebezpečí a neuposlechl případnému povelu, který by vedl k danému nebezpečí a vyvedl zrakově postiženého z nebezpečné situace (např. hrozí –li pád do kolejí apod.). Pes musí svého pána provést všemi úskalími naprosto bezpečně a musí mu pomáhat v orientaci.

⁴⁶Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 206

Výcvik vodícího psa

„Příprava vodících psů je činnost velice specifická a klade velké nároky na psiho jedince během celé přípravy. Výběr vhodného plemene, vhodného jedince v rámci plemene a náležitá péče o něj je prvním předpokladem pro předávání zdravých a psychicky vyrovnaných psů průvodců.“⁴⁷

Sedmitýdenní malé fenky a psi labradorských či zlatých retrívrů nebo jejich kříženců, případně štěňata německých ovčáků, kteří projdou prvotním testem, se od své mámy stěhují do rodin dobrovolných pečovatелů. Jsou to lidé, kteří o tuto službu projeví zájem a kteří mají možnost mít takové štěňátko v bytě. Štěňata jsou vedena velmi společensky, aby si zvykala na kontakt s různými lidmi a jejich hlasy, musí člověka považovat za součást své "smečky". Učí se neznečišťovat ani neničit bytové zařízení a postupně se seznamují s různými situacemi, které mohou v životě nastat. Jsou v kontaktu s jinými psy, zvykají si na městský ruch, jízdu v dopravních prostředcích. Při výchově štěňate je třeba také některé vrozené pudy potlačit. Jde například o lovecké instinkty, loudění jídla a podobně. Štěňata jsou pravidelně kontrolována jak cvičitelem, tak po zdravotní stránce veterinářem. Pečovatelé pro ně dostávají kvalitní granulovanou stravu a zároveň je jim vyplácen i finanční příspěvek na případné výlohy. Během celého prvního roku přípravy jsou štěňata vedena ke správným návykům tak, aby byla dobře připravena k dalšímu výcviku určenému již speciálně vodícím psům.

Výcvik vodícího psa, je založen na důslednosti a opakování. Když mladý pes dospěje do věku jednoho roku a bez problémů zvládne období přípravy, je zařazen do výcviku, který trvá šest měsíců. Během této doby spolu s cvičitelem ujdou mnoho kilometrů a stráví spolu spoustu hodin výcvikové práce. Postupně se učí speciálním cvikům, jakými jsou například zastavování u obrubníků, vyvedení nevidomého z nepřehledné situace, nalezení nejbližších dveří, schodů či zvednutí upadnutých klíčů, vyhýbání se překážkám, nastupování a vystupování z dopravních prostředků. K vnějším vlivům, jakými jsou například stánky s občerstvením, okolní psi, zvuky motorové pily a podobně se vodící pes učí být nevšímavý. Pes se přirozeně orientuje především čichem a sluchem. V procesu výcviku se učí orientaci očima. Jde o velmi trpělivou práci, kdy pes postupně chápe jednotlivé povely a cviky, které pak dovede uplatňovat při vedení

⁴⁷ <http://www.vodicipsi.cz/stenata.htm>

nevidomého. V závěru výcviku cvičitel sám používá zaslepené brýle, přes které nevidí, aby podvědomě neovlivňoval psa a aby si pes byl vědom zodpovědnosti za bezpečnost svého pána. Nevidomý člověk se totiž pohybuje jinak než ten, který vidí. Pokud se během doby výcviku u psa neprojeví negativní sklony a nežádoucí povahové rysy, zdravotní problémy či jiné důvody, pro které by nemohl své poslání vykonávat, je připraven konat službu vodícího psa. Závěrečnou fází je přezkoušení ze všech oblastí úkonů, které musí ovládat.⁴⁸

Vodící pes a jeho předání klientovi

Pokud pes zvládne závěrečné přezkoušení, může být předán nevidomému či zrakově postiženému člověku. Příprava na jejich společný život však začíná mnohem dříve. Klienta, který si podá žádost o poskytnutí vodícího psa, cvičitel v místě jeho bydliště navštíví a vyplní společně dotazník, který je směřován tak, aby dal obrázek o jeho zdravotním stavu, zájmech a životních podmínkách. Dotazník má charakter důvěrné informace, slouží k vytipování vhodného vodícího psa ke klientovi i do prostředí, ve kterém se spolu budou pohybovat. Cvičitel následně klienta navštíví s vhodným psem asi měsíc před jeho vlastním předáním. Klient je informován o způsobu péče o něj a o jeho životních potřebách, o přípravě vhodného krmení i o veterinární péči. Dochází k navázání přímého kontaktu se psem. Cvičitel musí být připraven zodpovědět všechny dotazy a rozptýlit eventuelní obavy a nejistoty klienta. Musí být však splněna základní podmínka - kontakt mezi nevidomým a psem. Nelze držet psa trvale v kotci nebo někde na zahradě. Při vlastním předání pak cvičitel nejdříve seznamuje psa s novým prostředím a postupně je do tohoto procesu začleňován i nevidomý tak, aby se naučil pohybovat s vodícím psem na svých obvyklých trasách, sám o něj pečovat a postupně si na sebe zvykat. Předání vodícího psa u klienta probíhá 14 dnů. Je žádoucí kombinovat klientův několikadenní pobyt ve výcvikovém centru a teprve následně v místě jeho bydliště. Vodící pes není jen průvodcem na cestách nevidomého, je i jeho společníkem. V žádném případě nejsou na místě obavy z vodícího psa. Z výcviku odcházejí pouze psi s povahou absolutně bezkonfliktní. Předáním celý proces nekončí. Výcvikové centrum přebírá záruku za dobře připraveného vodícího psa, po celou dobu jeho činné služby jsou s klientem v kontaktu a reagují na jeho případné dotazy či přání.⁴⁹

⁴⁸ http://www.terriers.wz.cz/clanky/004_vodici_pes.html

⁴⁹ http://www.terriers.wz.cz/clanky/004_vodici_pes.html

Mezi nejčastější úkoly vodících psů patří:

- najít prázdné místo v dopravním prostředku a přesně ukázat nevidomému, kam má dosednout
- najít telefonní automat
- najít lavičku
- převést bezpečně nevidomého přes překážky
- vyvést nevidomého z místa, kde je hodně překážek
- projít stanicí až k nástupišti a zamezit pádu nevidomého do kolejiště
- bezpečně převést nevidomého přes křižovatku
- najít okénko na poště nebo na nádraží, kde se nevidomého někdo ujme
- neuposlechnout povel, pokud pes považuje situaci za nebezpečnou⁵⁰

Desatero pro kontakt s nevidomým, který vede vodícího psa

1. Vodícího psa nevyrušujeme v jeho práci. Na psa nemlaskáme, nehvízdáme na něj, ani na sebe jiným způsobem neupozorňujeme.
2. Na vodícího psa nesaháme, nehladíme jej a nemluvíme na něj bez vědomí majitele.
3. Na vodícího psa nikdy nevoláme.
4. Psa nekrmíme bez vědomí majitele.
5. Chceme-li pomoci člověku s vodícím psem, vždy oslovíme nejprve člověka.
6. Pomáháme-li člověku s vodícím psem, nikdy nemanipulujeme se psem.
7. Jdeme-li po ulici se svým vlastním psem, nedovolíme, aby vodícího psa obtěžovat, očichávat ho či jinak vyrušovat v práci.
8. Míjíme-li vodícího psa se svým psem, máme svého psa vždy na vodítku.
9. Nastupujeme-li se svým psem do dopravního prostředku, vždy dáme přednost člověku s vodícím psem.
10. V dopravním prostředku umožníme umístění vodícího psa - uvolníme místo.

⁵⁰ <http://asistencnipsi.webnode.cz/psi-pro-nevidome/>

Je nutné respektovat, že nevidomý s vodícím psem má přístup do obchodů, restaurací, všech typů škol, školských a zdravotnických zařízení, úřadů a všech kulturních a sportovních zařízení.⁵¹

3.4 Komunikace se zrakově postiženým

Na první pohled by se mohlo zdát, že by v komunikaci neměly být žádné větší problémy. Lidé mohou vycházet z předpokladu, že komunikace je převážně verbální, nevidomý dobře slyší a může mluvit. Opak je pravdou. V komunikaci velmi často používáme neverbální prvky, které nemohou být realizovatelné při rozhovoru s takto postiženými.

Při komunikaci s nevidomou osobou jednáme naprosto přirozeně jako při komunikaci s vidícím člověkem. Problémem se ale stává oční kontakt, který chybí a samotnou komunikaci narušuje. Mnozí vidící si pak řeknou, že je nevidomý nevidí, a tudíž k němu nemusí hovořit čelem.

Základní pravidlo však je, že k nevidomému hovoříme čelem stejně jako k vidícímu. Nevidomý velmi dobře pozná, jak jsme k němu natočeni, a jakékoli naše odklonění registruje. Je třeba si uvědomit, že většina nevidomých má určité zbytky zraku, někdo víc, někdo méně – pak se může stát, že nevidomý vidí to, co my nechceme a myslíme si, že to nevidomý nemůže vidět.

Tolerance v komunikaci by měla být i na straně nevidomého. Mnozí nevidomí mají slepecké zlozvyky. Při rozhovoru se kývají zepředu dozadu a zpět, třou si oči, třepetají rukama. Toto chování se dá odnaučit a vůlí potlačit. Správná výchova může vést nevidomého ke správnému chování při komunikaci.

Dalším problémem může být průvodce nevidomého. Vidící lidé mají tendenci hovořit k průvodci nevidomého a ne k nevidomému samému. Zásadou je vždy mluvit s nevidomou osobou a ne s jeho průvodcem.⁵²

⁵¹ http://www.sons.cz/desatero_p.php

⁵² <http://petrahele.webnode.cz/news/omyly-v-komunikaci-mezi-vidicim-a-nevidomym/>

Oslovení a pozdrav

Při setkání s nevidomým je první oslovení na zdravém člověku, tedy tom, kdo dobře vidí. Normálním tónem hlasu pozdravit a zároveň svá slova doprovodit lehkým dotykem na předloktí nevidomého. Pokud nevidomého známe, oslovíme ho jménem a pak se sami představíme. Vše by mělo probíhat přirozeně.

Podobně probíhá i loučení. Svůj odchod dát jednoznačně na srozuměnou. Žádné mizení "po anglicku", žádná nejistota.

Chůze s nevidomým

Nevidomý člověk, který se ocitne v neznámém prostředí, ocení pomoc vidícího průvodce. Průvodce by neměl nevidomého vléct za rukáv či tlačit před sebou. Nejlepší a zároveň nejpřirozenější je takový způsob chůze, kdy vodící nabídnete svou paži a zrakově postižený se jednou rukou chytí nad loktem a kráčí přibližně jeden krok za ním. Zpravidla na té straně, která mu lépe vyhovuje nebo která je z hlediska chůze bezpečnější. Takový způsob chůze umožňuje včas reagovat na všechny "základnosti" trasy (obrubníky, schody, dveře, větve stromů, výmoly, změny povrchu). Průvodce by měl na takové prvky slovně upozornit, např.: "Pozor, schody dolů!".

Nabízenou pomoc nevidomý člověk může nebo nemusí přijmout. Jsou místa, která bezpečně zná a kde se s pomocí bílé hole orientuje zcela samostatně. Na straně druhé existuje nemálo situací (přechod rušné vozovky nebo orientace v neznámém prostředí), které může bezpečně zvládnout jen s pomocí vidícího průvodce. Tam nevidomý lidé pomoc průvodce uvítají.⁵³

Braillovo písmo

Lidé se závažnými vadami zraku nemohou používat běžné formy písemné komunikace. Jejich postižení jim neumožňuje číst běžný tisk. Proto, aby překonali svůj handicap, nevidomí využívají Braillovo písmo.

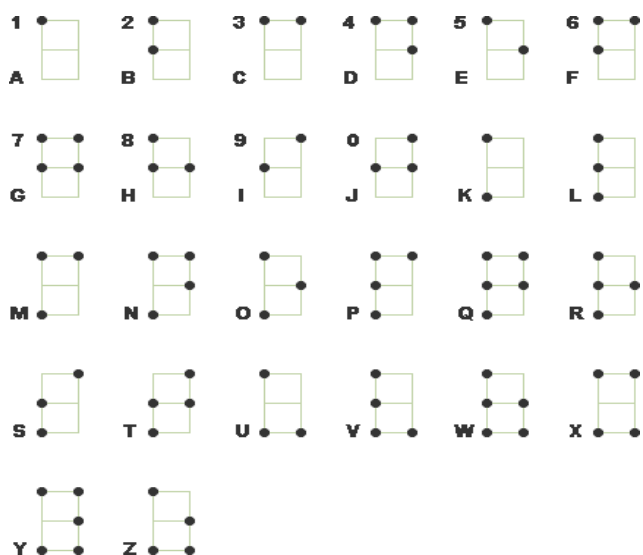
⁵³ <http://www.sons.cz/kdyzpotkate.php>

„Každý znak Braillova písma tvoří mřížku šesti bodů uspořádaných do obdélníku 2 x 3. Na každém z těchto šesti míst buď bod je, nebo není. Tímto způsobem je možno zakódovat 64 různých znaků, z nichž se úplně prázdný znak používá jako mezera, takže zbývá 63 použitelných znaků. Z těchto znaků obsahuje základní sada hlavně znaky pro písmena a interpunkci. Velká písmena a číslice se zapisují pomocí těchto písmem s tím, že jim předchází speciální symbol.“⁵⁴

Braillovo písmo se dá ručně psát pomocí speciální destičky s perem, kterým se zezadu přes dírky v destičce vytváří v papíru body. K rychlejšímu psaní slouží speciální psací stroje nebo speciální počítačové tiskárny. Jako nástroj pro práci pak nevidomým slouží hmatový displej. Je to zařízení, které převádí část jednoho řádku textu do hmatové podoby.⁵⁵

Braillovo písmo v jednotlivých jazykových verzích se od sebe liší, např. slovenská základní sada se od české odlišuje v sedmi znacích. V některých jazycích také existují komplexnější formy Braillova písma, v nichž každý znak reprezentuje celou skupinu hlásek.

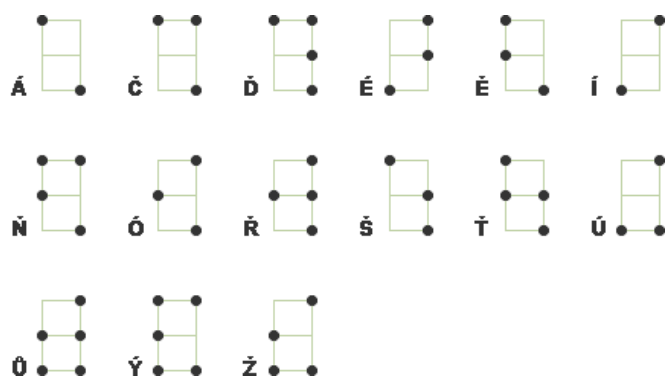
Základní znaky Braillova písma



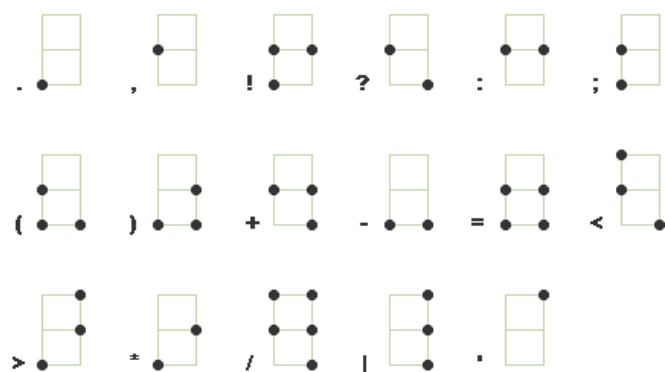
⁵⁴ Venglářová, M., Mahrová, G., Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 130

⁵⁵ Venglářová, M., Mahrová, G., Komunikace pro zdravotní sestry...Praha: Grada Publishing, 2006, s. 130-131

Braillovo písmo a znaky s diakritikou

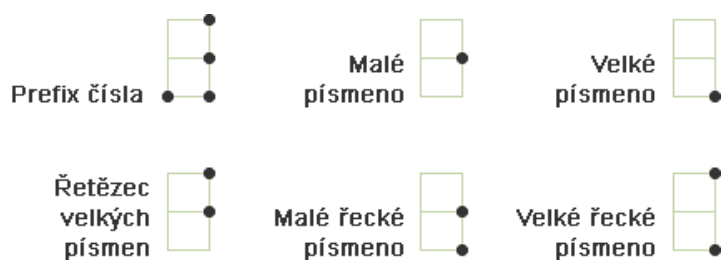


Braillovo písmo a interpunkce



Prefixy v Braillově písmu

- speciální znaky, které mění význam znaků následujících:



3.5 Sociálním význam zrakového postižení

„Hlavně mi vadí, že si někteří lidé myslí, že se mnou musí jednat úplně jinak. Že jsem něco míň, že nejsem schopný pochopit situace běžného života.“

(Chvátalová, 2001, s.32)

Zraková vada je i ve své nejzávažnější variantě společensky nejméně odmítaným postižením. V minulosti byly těmto lidem přičítány výjimečné schopnosti, jako je např. vynikající hudební sluch či schopnost vidět do budoucnosti.

Ve vztahu k nevidomým převažuje soucit a tendence manipulovat tyto lidi do pozice pasivního příjemce péče vidících, sklon k jejich dehonestaci (vysmívání) je relativně vzácný.

Sociálně nepříznivě působí rovněž různé automatismy a nedostatečná kontrola vlastních projevů těžce zrakově postižených. Tito lidé si ani neuvědomují své reakce a jejich význam nechápou, že i podle nich je vidící posuzují.

Veškeré nápadnosti chování zvyšují riziko generalizovaně negativního hodnocení zrakově postižených.⁵⁶

⁵⁶ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 207

4. Sluchové postižení

„Ničemu jsem nerozuměl a nebyl jsem schopen se s těmi lidmi nijak domluvit. Připadal jsem si ztracený a bezmocný.“

(Vágnerová, 2008, s. 211)

Výchovou a vzděláváním sluchově postižených se zabývá **surdopedie**, jde o dílčí obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním sluchově postižených. V roce 1983 se vydělila z logopedie jako samostatná disciplína. Obor usiluje o prevenci sluchových vad, tvorbu a rozvoj komunikačních kompetencí sluchově postižených, výchovu a vzdělávání a přípravu na vzdělání.

Cílem surdopedie je předcházení a zmírňování problémů, vývoj a formování kvalit osobností sluchově postižených. Snaha umožnit sluchově postiženým co možná nejvyšší vzdělání, rozvoj důležitých kompetencí (především schopností a dovedností komunikace), sociální zapojení, profesní uplatnění, návrat do společnosti, včlenění do společnosti, včasná a komplexní péče o sluchově postižené.⁵⁷

4.1 Typy sluchových vad

Sluchová postižení lze vymezit z různých hledisek. Horáková dělí sluchové vady podle:

- a) období vzniku postižení
- b) stupně postižení
- c) místa vzniku postižení⁵⁸

Klasifikace sluchových vad podle doby vzniku

Podle doby vzniku se poruchy dělí na prenatální, perinatální a postnatální. Prenatální poruchy jsou poruchy **vrozené**, perinatální a postnatální poruchy **získané**.⁵⁹

⁵⁷ <http://www.inflow.cz/komunikace-sluchove-postizenych>

⁵⁸ Horáková, R.: Uvedení do surdopedie. In: Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: IMS, 2008, s. 91.

⁵⁹ Klozar, J.,.: Speciální otorinolaryngologie. Praha: Galen, 2005, s. 161.

a) vrozené – vrozené vady jsou důsledkem dědičnosti nebo k nim dochází v době zrání plodu a dítě se s takovou vadou narodí. Jde o období prenatalní a perinatální. V prenatalním období mezi rizikové faktory patří nemoci matky, zejména v 1. trimestru těhotenství (zarděnky, spalničky, toxoplasmóza) nebo RTG záření. V perinatálním období se jedná např. o protahovaný porod, nízká porodní hmotnost, Rh – inkompatibilita či poporodní žloutenka.

b) získané – získané vady vznikají až po narození, a i zde je z hlediska možností rozvoje mluvené řeči kritická doba vzniku, která rozhoduje o tom, zda je získaná vada prelingvální nebo postlingvální.⁶⁰

Termín "**postlingvální sluchové postižení**" zahrnuje jedince, u kterých došlo k náhlé nebo postupně vznikající sluchové ztrátě po dokončení vývoje řeči.

Definice zahrnuje sluchové ztráty jak u seniorů, tak u mladých dospělých u kterých, v důsledku nemoci nebo dalších traumat došlo k narušení schopnosti slyšet. Termín "**prelingvální sluchové ztráty**" zahrnují osoby, u kterých došlo ke sluchovým ztrátám perinatálně nebo před zahájením vývoje řeči v prvních měsících života.⁶¹

Klasifikace sluchových vad podle stupně postižení

„K vyšetření sluchových funkcí slouží audiometrie, pomocí níž lze zjistit práh slyšení, stanovit stupeň sluchové ztráty i typ poruchy“⁶²

Z hlediska stupně postižení lze diferencovat:

Hluchota

- je vymezena jako ztráta sluchu větší než 110 dB. Lidé s tímto postižením nejsou schopni slyšet mluvenou řeč.

Zbytky sluchu

- sluchová ztráta činí více než 91 dB. Lidé takto postižení nemohou vnímat mluvenou řeč přijatelným způsobem a to ani za pomoci sluchadla. Mohou slyšet řečové zvuky, ale nerozumí jim, nedokážou je specifikovat.

⁶⁰ <http://www.kochlear.cz/index.php?text=66-typy-sluchovych-vad>

⁶¹ <http://www.nicm.cz/klasifikace-sluchoveho-postizeni>

⁶² Vágnerová, Marie. *Psychoopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 213

Těžká nedoslýchavost

- jde o sluchovou ztrátu v rozmezí 71 – 90 dB. Takovým lidem mohou pomoci kvalitní sluchadla, s jejichž pomocí mohou vnímat řeč.⁶³

Z hlediska kvantity (měřené v dB) se můžeme setkávat s různými hodnotami, které vymezují jednotlivé stupně sluchových poruch. Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila v roce 1980 mezinárodní škálu sluchových poruch⁶⁴(tabulka 3).

Tabulka 3 Mezinárodní škála sluchových poruch

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie podle Vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb.
0–25 dB	normální sluch	
26–40 dB	lehká nedoslýchavost	lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
41–55 dB	střední nedoslýchavost	středně těžká nedoslýchavost
56–70 dB	středně těžké poškození sluchu	těžká nedoslýchavost
71–90 dB	těžké poškození sluchu	praktická hluchota
více než 90, ale body v audiogramu i nad 1 kHz	velmi závažné poškození sluchu	úplná hluchota
v audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz	neslyšící	úplná hluchota

⁶³ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 213

⁶⁴ Horáková, R.: Uvedení do surdopedie. In: Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: IMS, 2008, s.92

Klasifikace sluchových vad podle místa vzniku

Z hlediska fyziologického dělíme vady sluchu podle místa vzniku na tři základní skupiny:

a) převodní

Při převodní poruše, která vzniká poruchou tzv. převodního ústrojí sluchového orgánu, je postiženo zejména slyšení hlubokých tónů. Člověk, který je postižen touto poruchou, slyší řeč v menší intenzitě. Hlasitou i šeptanou řeč slyší přibližně na stejnou vzdálenost. Jde o kvantitativní poruchu slyšení. Schopnost vnímat základní elementy řeči je zachována.

b) percepční

Dochází zde k poškození ve vnitřním uchu, je postiženo zejména slyšení vysokých tónů. Člověk s touto poruchou rozeznává špatně určité hlásky, hlavně sykavky a tím špatně rozeznává obsah slov. Jde o kvalitativní postižení sluchu. Říká: „Já slyším, ale nerozumím“.

c) smíšená

Jde o kombinaci převodní a percepční složky. Jedinec slyší málo a špatně rozumí⁶⁵

4.2 Vývoj sluchově postiženého dítěte

„Řečí se člověk jako biologický druh Homo sapiens liší od všech ostatních živočišných druhů této planety. Řeč jako objektivní realita je trvale spojena s vývojem lidského rodu a vývojem člověka. Není na světě zdravého člověka, který by nemluvil. Řeč se vyvíjí spontánně tím, že dítě má pro řeč vrozené schopnosti a žije v mluvícím prostředí. Člověk se nerodí s nadáním pro určitý jazyk, ale jen se schopností řeč přijímat a přivlastnit si ji.“

(Lejska, 2003, s. 78)

Celkový vývoj dítěte nejvíce omezují vrozené nebo prelingválně vzniklé percepční vady. Nejzávažnějším důsledkem nelingválního sluchového postižení je komunikační a informační bariéra. Sluchová vada omezuje možnost osvojit si mluvenou řeč a používat

⁶⁵ Janotová, N., Svobodová K., Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole...2. vyd. Praha: Septima, 1998. s.8 - 9

ji v kontaktu s jinými lidmi. Důsledkem toho dochází k nerovnoměrnému vývoji kognitivních schopností a opoždění socializace.

Kojenecký věk

Sluchově postižené děti v kojeneckém věku (v prvním roce věku) nebývají příliš nápadné. Vada není viditelná a projevy jsou natolik odlišné, aby jednoznačně signalizovaly smyslový defekt. V prvních měsících života jsou důležité zrakové podněty, které nechybí. Před řečový vývoj taktéž není neobvyklý, neslyšící dítě si začíná broukat. Postupně tyto projevy ustanou, neboť dítěti chybí zpětná vazba, a proto nezačne žvatlat. Většina rodičů si všimne, že v období mezi 6. a 8. měsícem dítě nereaguje na zvukové podněty, avšak to, že by mohlo jít o poruchu sluchu, je nemusí napadnout.

V současné době je možné diagnostikovat sluchovou vadu již v prvních měsících života, ale jen výjimečně je toto vyšetření doporučeno. Těžká sluchová vada bývá diagnostikována až v batolecím věku.

Pro psychický vývoj dítěte je důležité kontakt s matkou. Oční kontakt je dominující, dítě může sledovat mimické projevy matky i na delší vzdálenost.

Batolecí a předškolní věk

U zdravého dítěte dochází v batolecím věku k rychlému rozvoji řeči a k rozvoji kognitivních a sociálních schopností a dovedností.

Sluchová vada je příčinou závažnější opoždění řeči, které ovlivňuje rozvoj v dalších oblastech. Rodina se sluchově postiženým dítětem potřebuje podporu a odborné vedení. Rodičům je třeba pomoci zvolit vhodný způsob komunikace s dítětem. Pokud dítě nic neslyší nebo má jen zbytky sluchu je vhodná znaková řeč. Dorozumívání orální řečí může být nevhodné.

Školní věk a dospívání

Sluchově postižené děti mívají obvykle odloženou školní docházku o jeden rok. Volba vhodné školy je složitější, protože hlavním problémem je omezený rozvoj jazykových schopností neslyšícího dítěte, které jsou spojeny s obtížemi v porozumění jak v aktivní komunikaci, tak i s opožděním verbálního uvažování a socializace. Tyto děti se tak mohou ve škole jevit jako méně inteligentní či s narušeným chováním.

Integrace do běžné školy je v případě těžce sluchově postižených dětí obtížná, protože jim chybí základní předpoklad ke zvládnání běžné výuky a socializace – mluvená řeč. Orální řeč těchto dětí bývá jen málo srozumitelná, agramatická a obsahově chudá. Jestliže by tyto děti měly být zařazeny do běžné školy, potřebují tlumočnicka.

Pro dospívajícího člověka se sluchovou vadou, je důležitý kontakt s osobou stejného postižení. Nejde jen o snadnost komunikace, jde i o podobnost zkušeností, uvažování a sdílení stejné životní situace. Tato potřeba je projevem styku se stejnými lidmi za účelem vytváření přátelských a partnerských vztahů.⁶⁶

Řeč dětí se sluchovými vadami

Vrozená nebo získaná sluchová vada v raném věku dítěte přináší jisté důsledky pro rozvoj řeči dítěte. Vývoj řeči dítěte je vázán na určité podmínky, které mají pro dítě zásadní význam. Záleží na tom, kdy byla vada sluchu u dítěte zjištěna, kdy dítě začalo používat sluchadlo, kdy byla zahájena intenzivní sluchová a řečová výchova za využití logopeda, jak rodina dítě přijímá a také jak rodina realizuje tuto speciální výchovu doma, v rodinném prostředí.

Pro řeč, která není kontrolována sluchem, jsou typické některé znaky:

- kolísání hlasové polohy
- nepravidelné tempo
- přízvuk
- krátké samohlásky jsou prodlužované
- dlouhé samohlásky jsou zkracované
- nepřiměřená hlasitost

Obsahová stránka stavby věty je jednodušší, přetrvávají dysgramatismy a slovní zásoba je menší. Výsledky současné péče ukazují, že se takovým nepříznivým důsledkům dá předcházet a to intenzivní speciální výchovou od raného věku, zahájenou ihned po přidělení sluchadla. Na jedné straně lze i u dětí s těžkými sluchovými vadami vytvořit řeč, která bude sociálně přijatelná, ale na druhé straně zůstávají některé děti s typickými znaky řeči (viz výše). Jde o děti, které se nedostaly včas do odborné péče, děti s více vadami a děti, u kterých se nepodaří diagnosticky prokázat, proč jsou vůči osvojování mluvené řeči „odolné“.⁶⁷

⁶⁶Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 225 - 228

⁶⁷Janotová, N., Svobodová K., Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole...2. vyd. Praha: Septima, 1998. s.11 – 12

4.3 Přístroje pro sluchově postižené

Individuální sluchadla a jejich typy

Sluchadlo (naslouchací přístroj, naslouchací aparát) je miniaturní zesilovač, kde je mikrofonem zachycený zvukový signál zesilován a přiváděn ze sluchátka do zvukovodu, do ucha.

Kapesní sluchadla

Kapesní sluchadla mají zpravidla tvar krabičky o velikosti asi 7,5 x 4,5 x 1,5 cm. Do této krabičky je vestavěn zesilovač s mikrofonem a baterie. Sluchadlo je spojeno tenkou ohebnou šňůrkou se sluchátkem, které bývá upevňováno do vchodu zvukovodu pomocí ušní vložky, tvárnice.

V dnešní době se s těmito sluchadly setkáme u malých dětí, neboť jsou nejvhodnější a poměrně odolné vůči dětské pohybové aktivitě.

Brýlová sluchadla

Využívají se u jedinců, kteří mají současně zrakovou a sluchovou vadu a nosí brýle. Brýlová sluchadla mají zabudování sluchadla do masivnější postranice brýlí a zvuk je do ucha přiváděn hadičkou s individuální vložkou, která se zasouvá do ústí zvukovodu.

Závěsná sluchadla

Nosí se za uchem a jsou propojeny s ušní tvarovkou. Jsou určena od lehkých až po velmi těžké ztráty sluchu. Mnoho typů závěsných sluchadel umožňuje systémy dvou nebo tří směrových mikrofonů pro zlepšení srozumitelnosti řeči v hlučných situacích. Jsou odolná a nejsou ovlivněna prostorovými podmínkami ve zvukovodu. Představují optimální volbu pro děti, protože jejich uši rostou a mění se tak jejich sluchové parametry.

Zvukovodné sluchadla

Zvukovodová sluchadla se vyrábějí na míru uživateli dle přesného otisku tvaru jeho zvukovodu. Jsou menší než závěsná sluchadla a z estetického hlediska nejsou téměř vidět. Zvukovodová sluchadla se dělí do dvou základních kategorií: standardní zvukovodová sluchadla a zvukovodová sluchadla s volným mikrofonem.⁶⁸

⁶⁸Janotová, N., Svobodová K., Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole...2. vyd. Praha: Septima, 1998. s.14 - 15

Kochleární implantát

Kochleární implantát je zařízení, které pracuje jiným způsobem než sluchadlo. Sluchadlo zjednodušeně řečeno zvuky zesiluje, kochleární implantát postižený sluchový orgán „obchází“ a speciálně kódovanými zvukovými podněty dráždí přímo zakončení sluchového nervu ve vnitřním uchu v hlemýždi.

„Implantát se skládá ze dvou částí – z vnitřního implantátu a zevní části, kterou tvoří mikrofon, řečový procesor, vysílací cívka a kabely. Při implantaci se pod kůži zavede malinkatý přístroj, z kterého vedou elektrody do vnitřního ucha. Za uchem je zavěšeno malé pouzdro s mikrofonem, procesorem a přenosovou cívkou. Mikrofon zachytí zvuk a odešle jej do řečového procesoru, který pacient nosí na těle nebo za uchem. Ten přijatý zvuk analyzuje a digitalizuje jej na signály, které jsou následně poslány do vysílače.“⁶⁹

Kochleární implantát je určen pouze dětem a dospělým prakticky neslyšícím.

Skupinová sluchadla

Skupinová sluchadla se využívají ve školách pro sluchově postižené, kdy je zesílený zvukový signál přiváděn do sluchátek dítěte buď kabelovým rozvodem, nebo je přenášen pomocí krátkých vln či infračerveného záření. Skupinová sluchadla mohou být součástí lavic, katedry a ovládacího pultu pro další zvukové vybavení.⁷⁰

4.4 Komunikace sluchově postižených

Lidé s poruchami sluchu mají mnoho obtíží. Jejich postižení může vést i ke komunikační bariéře mezi nimi a okolím. Mluvená řeč je základním nástrojem pro předávání informací. U jedinců s poruchami sluchu může jít o poruchy v prosumění řeči nebo o poruchy schopnosti ovládat mluvenou řeč.

Neslyšící člověk má omezené kontakty s okolním světem. Prochází diferencovaným sociálním vývojem, jeho poznávání světa je odlišné od slyšících. Je také velmi důležité, zda postižení sluchu vzniklo před nebo po osvojení řeči. Člověk, jenž ohluchl, si uchová schopnost užívat mluvenou řeč.

⁶⁹ <http://www.lekari-online.cz/orl-otorinolaryngologie/novinky/kochlearni-implantat>

⁷⁰ Janotová, N., Svobodová K., Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole...2. vyd. Praha: Septima, 1998. s.15 - 16

Specifické komunikační systémy těžce sluchově postižených

Lidé s těžkým sluchovým handicapem, lze chápat jako minoritu, která užívá odlišný komunikační systém a jejíž dorozumívání s majoritní společností je obtížnější.

Těžce sluchově postižení mohou užívat dvojí jazykový systém:

Znaková řeč

Znaková řeč navazuje na běžně používané posunky, tj. neverbální komunikaci gesty. Jde o specifický systém dorozumívání, který si sluchově postižení musí osvojit. Je výhodným komunikačním prostředkem pro minoritu neslyšících, pro ostatní okolí je obtížné znakové řeči porozumět. Znaková řeč je jednodušší, méně diferencovaná. Znaky mají více významů a gramatika se nepoužívá. Např. věta: „Nikdy nedám Evě peníze“ je ve znakové řeči vyjádřena: „Já dává peníze Eva nikdo.“

Orální řeč

Orální řeč využívá zbytků sluchu a odezírání. Je třeba si zapamatovat kombinaci pohybů mluvidel a vibrací při vyslovení daného slova. Orální řeč pomáhá handicapovaným překonávat bariéru v komunikaci se slyšícími. Pro neslyšícího člověka jde o obtížný způsob dorozumívání.

Obtíže vychází z těchto okolností:

- a) chybí sluchová kontrola řeči
- b) slovní zásoba je omezená
- c) chybí užívání gramatiky ve znakové řeči
- d) je obtížné pochopit význam slov v souvislosti⁷¹

Sluchově postižení lidé mají problémy s rozlišováním slov, která jsou zvukově podobná. Vzhledem k tomu, že takto handicapovaní lidé mají malou slovní zásobu, mají i potíže s identifikací slov. Odezírání je velice obtížný způsob vnímání mluvené řeči. Zrakem není možné určit přesně všechny hlásky, a proto dochází k omylům. Sluchově postiženým chybí spontánní a snadné porozumění kontextu, které je pro slyšící lidi samozřejmostí. Verbální komunikace jim může přinášet nepříjemné pocity a vyvolává napětí a nejistotu, zda vše dobře „slyšeli“. Sluchově postižení reagují na potíže

⁷¹ Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: Portál 1999, s.126

v porozumění nelibostí. Napětí, které taková námaha vyvolává, zvyšuje jak jejich úzkost, tak sklon k afektivním výbuchům nebo k jiné zkratové reakci.

Pro neslyšící je významnou komunikační složkou mimika a pantomimika. Oni sami ji ve svém vlastním sdělení zdůrazňují, a tak je z jejich projevu zřejmé, co právě cítí.⁷²

Bilingvní komunikace

Bilingvismus znamená dvojjazyčnost, tedy ovládání dvou jazyků a to v rovině recepce, porozumění, produkce, mluvení, čtení i psaní.

Pokud mluvíme o bilingvistu neslyšících, máme na mysli znalost a používání znakového jazyka a mluveného jazyka majoritní společnosti země, ve které žijí. Předpokladem pro zavedení bilingvního přístupu ke vzdělávání neslyšících je uznání znakového jazyka jako jazyka plnohodnotného a rovnocenného mluveným jazykům.

Znakový jazyk dlouho nebyl za plnohodnotný považován. V roce 1960 vydal americký lingvista William C. Stokoe práci *Sign Language Structure* a v roce 1965 *A Dictionary of American Sign Language on Linguistic Principles*, ve kterém uvedl základní popis znakového jazyka. Základním kamenem je poznatek, že znaky se skládají z části. Ukázal, že znaky jsou abstraktní symboly, které mohou být rozloženy na prvky, minimální jazykové jednotky, tak jako jsou jimi fonémy mluveného jazyka. Znaky rozdělil podle polohy, kterou zaujímají, podle tvaru ruky a postavení prstů a směru pohybu.

Na mezinárodní úrovni se dostalo znakovému jazyku většímu uznání. V roce 1984 na konferenci UNESCO v Paříži prostřednictvím expertů z deseti zemí doporučilo:

- 1) Pro vývoj neslyšícího dítěte je důležité, aby mělo přístup jak k mluvenému, tak znakovému jazyku.
- 2) Znakový jazyk by měl být uznán jako legitimní jazykový systém a měl by mít stejné postavení jako ostatní jazykové systémy.

V roce 1988 Evropský parlament oficiálně schválil rezoluci o znakovém jazyce pro dvanáct zemí EU. Evropský parlament by měl:

- 1) Uznat znakový jazyk, užívaný v každé členské zemi
- 2) Hledat cesty k odstranění překážek, kladených znakovému jazyku
- 3) Povzbuzovat členské země, aby zavedly opatření, která by vedly k ustavení, podpoře a rozvoji výzkumu, kurzu a tlumočení znakového jazyka.⁷³

⁷² http://www.pomoc.chytrak.cz/psychologicka_problematika.doc-

4.5 Sociální význam sluchového postižení

„ Je velmi těžké neslyšet a přitom žít mezi lidmi, kteří se navzájem dorozumívají zvukovým jazykem. Člověk má pocit, jako by žil za sklem: může sledovat, co ostatní dělají, ale neví, proč to dělají a o čem spolu mluví“

(Strnadová, 1995, s.22)

Z důvodu komunikační bariéry bývá sluchové postižení považováno za společensky stigmatizující. Odlišný způsob komunikace a z toho vyplývající obtíže, omezují možnost chápat dění ve společnosti, která komunikuje orálním způsobem. Neslyšící člověk může dobře ovládat znakový jazyk, ale to mu v integraci do společnosti slyšících moc nepomůže. Problémy může mít, i pokud se snaží mluvit orální řečí. Jeho projev může být pro slyšící těžko dešifrovatelný. Vzhledem k obtížnosti odezírání, nemusí pochopit vše a může reagovat nepřiměřeně.

Neslyšící mnohdy působí (vzhledem k dezorientaci) směšně, tj. bývá hodnocen jako člověk s nižší inteligencí. Posměch může vyvolat i komunikace znakovou řečí. Nepřiměřeně mohou působit i mimické projevy, jež doprovází znakování. Zdravý člověk nechápe, že mají stejný informační význam jako modulace hlasu v projevu slyšících.

Hodnocení sluchově postižených bývá spojeno s generalizujícím přesvědčením, že jde o lidi, jejichž schopnosti jsou omezené. Podceňující postoj slyšících, může u sluchově postižených posilovat pocity nejistoty a sklon k izolaci.⁷⁴

⁷³ Jabůrek, Josef., Bilingvální vzdělávání neslyšících... 1.vyd. Praha: Septima, 1998, s. 6 - 11

⁷⁴ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 228 - 229

5. Tělesné postižení jako funkční a estetický handicap

Tělesné postižení je **vadou pohybového a nosného ústrojí**, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, i poškození nebo porucha nervového ústrojí, jestliže se projevuje porušenou hybností. Řadíme sem také všechny odchylky od normálního tvaru těla a končetin.

Výchovou a vzděláváním tělesně a zdravotně postižených se zabývá **somatopedie**. Jde o vědní obor speciální pedagogiky. Termín somatopedie je složen z řeckých slov soma – tělo a paideia – výchova. Tento název (ostatně jako názvy ostatních oborů speciální pedagogiky, byl vytvořen v duchu tradice pedagogického díla J. A. Komenského, který nazval jeden ze svých stěžejních spisů Pampaedie (Vševýchova). Ve druhé kapitole této knihy poukazuje na možnosti výchovy a vzdělávání tělesně a smyslově postižených.⁷⁵

Tělesná postižení mohou být **vrozená** nebo **získaná**.

Vrozené tělesné postižení

Vrozené postižení ve větší míře ovlivňuje vývoj dítěte. Dítě není subjektivně traumatizováno, protože jedinec s vrozeným handicapem je na své postižení adaptován. Vrozené tělesné postižení můžeme definovat jako vadu, která vznikla v průběhu těhotenství, vlivem dědičnosti, působením vnějších vlivů (alkohol, tabákové výrobky, infekční onemocnění) či dlouhým komplikovaným porodem.

Získané tělesné postižení

Jde o později získané postižení, které může být charakterizováno jako větší psychické trauma, kdy jedinec může srovnávat, uvědomuje si, co ztratil a svůj stav jednoznačně považuje za horší či nepřijatelný.⁷⁶

⁷⁵ Kábele, F. a kol., Somatopedie, UK... 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993 s. 7

⁷⁶ <http://www.spckaminek.websnadno.cz/Telesne-postizeni.html>

Druhy tělesných postižení

Vrozená tělesná postižení

- syndrom dětské mozkové obrny
- Duchennova svalová dystrofie
- vrozené malforace
- vrozený rozštěp páteře

Získaná tělesná postižení

- dětská mozková obrna vzniklá v období perinatálním (doba porodu)
- Duchennova svalová dystrofie (projevená v období 3 – 5 let)
- amputace horních končetin
- amputace dolních končetin⁷⁷

5.1 Vývoj pohybově postiženého dítěte

Pohybové postižení ovlivňuje rozvoj psychických funkcí již v raném věku, neboť omezuje možnost získat potřebné podněty a z nich vyplývající zkušenosti. Dítě je ve všem odkázané na rodiče a nemůže si vybírat, co by chtělo poznat. Omezené jsou i jeho možnosti kontaktu a komunikace s jinými lidmi. Zůstává stranou běžného dění, kterého se nemůže aktivně zúčastnit.

Kojenecký věk

V kojeneckém věku nemá pohybové postižení definitivní charakter. Pohybové postižení negativně ovlivňuje i vývoj poznávání. Jelikož dítě nezvedá hlavičku, nesedí a neleze, nemůže získat tolik poznatků, kolik by potřebovalo. Taktéž nemožnost manipulovat s různými objekty, bude mít za následek nemoc poznávat jejich vlastnosti. Komplexní opoždění psychického vývoje pohybově postižených dětí vyplývá z omezení stimulace a nemusí být trvalé. Jakmile dítě začne sedět, lézt, dojde i ke zlepšení jeho poznávacích schopností.

⁷⁷ <http://www.spckaminek.websnadno.cz/Telesne-postizeni.html>

Rozvoj řeči je závislý na hybnosti mluvidel a jejich koordinaci, která může být u dětí s DMO narušena. Vzhledem k tomu mívají takové děti často problémy s artikulací. Pohyby jejich mluvidel mohou být neobratné a nepřesné, může být narušena i dechová koordinace. Důsledkem toho dítě nemluví, nebo je jeho řečový projev méně srozumitelný. Mnohdy i nekoordinovaně sliní, což v pozdějším věku vyvolává nežádoucí pozornost okolí.

Pohybově postižené děti bývají omezeny i v sociálním kontaktu. Jestliže nejsou schopné reagovat na ostatní lidi, přiměřená komunikace se rozvinout nemůže. Tak tomu bývá u dětí, které nejsou schopné ovládat pohyb rukou a mimiku. Důsledkem toho se obvyklým způsobem nerozvíjí ani vztah s matkou. Takové děti nereagují na matku obvyklým způsobem - reagují jen minimálně. Nejde o projev nezájmu, ale o pouhou neschopnost používat ke komunikaci pohyby rukou, mimiku a podobně.⁷⁸

Batolecí a předškolní věk

Chůze je důležitým vývojovým mezníkem, který umožňuje rozvoj dalších schopností a dovedností. Dítě, které nemůže chodit, zůstává závislé na nejbližším okolí.

Ve třech letech je ve většině případů jasné, jaká je prognóza dalšího vývoje pohybově postiženého dítěte a jaký pohybový deficit bude mít. V batolecím věku by se dítě mělo postupně odpoutávat ze závislosti na matce. Tento předpoklad ovšem platí jen pro zdravé děti, pro pohybově postižené je to obtížné. Špatně pohyblivé dítě je natolik závislé na jiných lidech, že k emočnímu odpoutávání od matky dochází až v pozdějším věku. Projevy negativismu, které signalizují uvědomění vlastní osobnosti a potřebu prosadit svou vůli, se u nich objevují později. Pohybové postižení dítěti znemožňuje, aby jednalo samostatněji.

V předškolním věku dochází k postupné stabilizaci pohybového postižení. Nedostatek vlastních zkušeností může být kompenzováno verbálním výkladem a vyprávěním. Vývoj rozumových schopností takových dětí může být v normě, ale jejich sociální dovednosti bývají obvykle opožděné.

Závažně pohybově postižené děti mívají méně možností ke kontaktu s vrstevníky a hlavně se nemohou aktivně účastnit společných her. Vzhledem k tomu je pro děti přínosné, když v rodině je více sourozenců. V sourozenecké skupině se učí jednat s lidmi v rámci svých omezených možností.

⁷⁸ Vágnerová, M., Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči... 1. vyd., Praha: Středisko náhradní rodinné péče, s. 34 - 35

Životní situace pohybově postižených dětí je spojena s nutností zvládat více zátěží, obvykle souvisejících s jejich zdravotním stavem (dlouhodobou rehabilitace, pobyty v nemocnici, léčebnými výkony). Vzhledem k tomu mohou být takové děti úzkostnější a báznělivější.⁷⁹

Školním věk a dospívání

Ve školním věku přetrvávají problémy jako osamostatňování a odpoutávání se ze závislosti na rodině. Jestliže jedinec není schopný samostatného pohybu, není samostatný v oblasti samoobsluhy, nelze uvažovat o jeho úplném osamostatnění.

Obtížná je identifikace s vrstevníky, tělesně postižený jedinec si uvědomuje svou odlišnost a určitou míru nedostačivosti.

S tělesným postižením se hůře vyrovnávají dívky, jsou citlivější, vnímavější na emoční projevy ze strany rodičů, přátel i spolužáků. V porovnání s chlapci mají nižší sebehodnocení, cítí se méně schopné a přitažlivé. Mívají sníženou sebeúctu, jsou méně sebejisté, emočně nevyrovnané a zranitelnější. Dívky mají tendenci uzavírat se do světa fantazie – jde o jejich obranný mechanismus.⁸⁰

5.2 Syndrom dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna (DMO) je řazena mezi tělesná postižení, do oblasti centrálních obrn. Centrální obrny se projevují postižením mozku nebo míchy, svým rozsahem se mohou rozdělovat na parézy nebo plegie.⁸¹ Parézy jsou charakterizovány pouze částečným ochrnutím mozku nebo míchy, plegie úplným ochrnutím.⁸²

Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci (psaní, stříhání nůžkami), s udržení rovnováhy a s chůzí, problémy s pohyby (kroutivé pohyby rukou).

Příznaky jsou u každé jedince odlišné a mohou se v průběhu času měnit. Někteří lidé s DMO mohou být postiženi dalšími zdravotními problémy včetně epileptických záchvatů a poruch mentálních funkcí. Diagnóza DMO nemusí vždy znamenat těžký handicap.

⁷⁹Vágnerová, M., Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči... 1. vyd., Praha: Středisko náhradní rodinné péče, s. 35 - 37

⁸⁰Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 257 - 258

⁸¹Renotíerová, M., Ludvíková, L. Speciální pedagogika... 2. doplněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004

⁸²Renotíerová, M. Somatopedické minimum... 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého 2002, s. 34

Dítě s těžkou formou DMO je mnohdy zcela neschopné chůze a potřebuje velmi náročnou, komplexní a celoživotní péči, dítě s lehkou formou postižení může být jen lehce nemotorné a obejde se bez speciální pomoci. Přes veškerý dosavadní výzkum není toto onemocnění vyléčitelné, a neexistuje jeho spolehlivá prevence.⁸³

Historie dětské mozkové obrny

První zpráva o tomto onemocnění je v díle římského dějepisce Tranquilla. Ten zaznamenal případ římského císaře Claudia (42 – 54 n. l). V jeho případě šlo o dyskinetickou formu DMO. Císař od narození kulhal, koktal, měl mimovolní pohyby. Jeho vzhled byl abnormální, byl ve svém okolí považován za slabomyslného. Ani po dosažení plnoletosti mu nebyla přiznána svéprávnost. Podle toho, že napsal dvě historická díla a podle jeho panování na trůnu však lze usoudit, že byl nadprůměrně inteligentní. Další historickou osobností, která byla pravděpodobně postižena dětskou mozkovou obrnou, byl anglický král Richard III. Sám Shakespeare popisuje tohoto panovníka ve svém díle, jako „tak zohaveného, že po něm psi štěkají“. První známé výtvarné zobrazení dětské mozkové obrny pochází od José Ribera: jedná se o obraz ze sedmnáctého století, umístěný v pařížském Louvru. S názvem „Koňská noha“.

Další umělec byl George Gordon, lord Byron, největší anglický básník 19. století. Tento slavný bojovník za svobodu utlačených národů trpěl diparetickou formou dětské mozkové obrny. Podle soudobé korespondence a různých pamětí se tento umělec narodil při těžkém porodu, pozdě a špatně se stavěl na nohy, měl vždy vadnou chůzi. Sám se rehabilitoval plaváním.⁸⁴

Příznaky DMO

Příznaky DMO se projeví zpravidla před 3. rokem věku a ve většině případů to jsou právě rodiče, kteří pojmu podezření, že se jejich dítě v pohybových dovednostech nevyvíjí normálně. Děti s DMO se často opoždí v dosahování normálních vývojových milníků, jako je přetáčení, sezení, lezení, smích nebo stoj a chůze. To bývá označováno jako vývojové opoždění (retardace).

⁸³ <http://kdyzsluncenesviti.webnode.cz/jake-jsou-formy-dmo-/>

⁸⁴ <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=424>

Některé postižené děti mají abnormální svalový tonus (svalové napětí). Snížený svalový tonus se označuje jako *hypotonie*. Dítě dělá ochablý dojem. Zvýšené svalové napětí se označuje *hypertonie*; dítě je toporné, neohebné. V některých případech je dítě zpočátku hypotonické a po prvních 2-3 měsících života, se jeho svalové napětí mění do hypertonie. Nemocné děti mohou mít neobvyklé postavení nebo zřetelně upřednostňují jednu polovinu svého těla.⁸⁵

Formy DMO

Spastická forma DMO

Postihuje asi 70-80% nemocných s DMO. Svaly jsou v postižených partiích ztuhlé a trvale stažené. Bližší popis těchto forem nemoci vychází z určení, které končetiny jsou stažené. Pokud má nemocný spastické obě dolní končetiny, znamená to, že končetiny vtáčí dovnitř a při chůzi kříží kolena přes sebe. Pokud takto postižený vůbec chodí, je jeho chůze nemotorná a velmi obtížná.

Athetoidní forma DMO

Jde o mimovolní pomalé kroutivé pohyby. Tyto abnormální pohyby postihují obvykle ruce i nohy, případně celé horní či dolní končetiny. V některých případech je postiženo svalstvo tváře a jazyka což vede ke grimasování, žmoulavým pohybům úst, mlaskání... Abnormální pohyby se zvýrazňují při emočním stressu a mizí ve spánku. Postihuje asi 10-20% nemocných.

Ataktická forma DMO

Tato vzácná forma postihuje především vnímání rovnováhy. Postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci, jejich chůze je nestabilní, chodidla pokládají daleko od sebe. Problémy nastávají při pokusu o rychlý a přesný pohyb, jako je psaní nebo zapínání knoflíků na oděvu. Nemocní mohou mít třes objevující se při volní hybnosti (snaží se uchopit knihu). Touto formou trpí asi 5-10% nemocných s DMO.

Smišené formy DMO

Výše uvedené formy se mohou různě kombinovat. Nejčastější kombinaci představuje spastická forma s athetoidními pohyby, ale i jiné kombinace jsou možné.⁸⁶

⁸⁵ <http://kdyzsluncenesviti.webnode.cz/jake-jsou-casne-priznaky-dmo/>

⁸⁶ <http://kdyzsluncenesviti.webnode.cz/jake-jsou-formy-dmo/>

5.3 Komunikace s tělesně postiženými

Lidé s tělesným postižením, kteří nemají jiné postižení např. smyslů či intelektu, nevyžadují zvláštní přístupy v komunikaci. Pro správný způsob komunikace je nutné vzít v úvahu, zda má jedinec postižení vrozené nebo získané. U získaného tělesného postižení je důležité, zda jde o handicap dlouhodobí či aktuální.

Zásady komunikace s jedinci s postižením pohybového aparátu:

- obvykle není problém s verbální komunikací, ale s tím, jak nabídnout fyzickou pomoc
- důležité je znát rozsah postižení a možná omezení v komunikaci
- zachovávat běžná společenská pravidla v komunikaci
- přizpůsobit postoj a pohled postiženému (sedneme si k němu), abychom zajistili setkání tváří tvář
- přes různé atypické projevy předpokládáme normální inteligenci
- jednat s úctou, tolerancí, porozuměním a s taktem k osobě s defektem
- pokud je nemocným vozičkář, nemanipulujeme vozíkem bez vědomí a žádosti nemocného
- pokud nabízíme pomoc, vždy se zeptáme nemocného, jaký způsob pomoci mu vyhovuje
- nekomunikujeme s doprovodem postiženého, ale přímo s postiženým⁸⁷

Asistenční psi

Možností, jak snížit závislost tělesně postiženého na pomoci druhých lidí, je získání asistenčního psa. Asistenční pes, který je plně vycvičený, ovládá okolo 90 povelů, které podle potřeb postiženého dokáže kombinovat.

Už od 60. let se v USA využívají asistenční psi jako součást osobní asistence vozičkářů. Oproti člověku - asistentovi má psí asistent několik výhod, zejména tu, že nenarušuje soukromí klienta a zůstává s ním po celý den a několik let.

Jedním z hlavních úkolů asistenčního psa je pomoci tělesně postiženému, který spadl z invalidního vozíku. Pes je buď schopen přivolat pomoc, nebo být oporou

⁸⁷Venglářová, M., Mahrová, G., Komunikace pro zdravotní sestry...Praha: Grada Publishing, 2006, s. 134-135

postiženému, aby se dostal zpět na vozík. Někteří psi bývají vycvičeni k tomu, aby pomáhali postiženým, kteří užívají hole nebo chodítka, s udržením rovnováhy.

Asistenční pes je schopen:

- rozsvítit nebo zhasnout světlo
- přinést určený předmět (telefon, vodítko, poštu ze schránky, noviny, léky, ovladače)
- sundat postiženému oblečení (ponožky, rukavice, svetr...)
- podat předměty, které spadly na zem (klíče, tužku, brýle...)
- otevírat a zavírat dveře různých typů
- přivolat výtah
- nosit batůžek s drobnými předměty
- pomoci při nákupu
- táhnout invalidní vozík
- odnést pytel s odpadky
- otevřít chladničku, dvířka a zásuvky v domácnosti⁸⁸

5.4 Sociální význam tělesné postižených

Tělesné postižení představuje sociální znevýhodnění, neboť jeho projevy jsou viditelné na první pohled.

K tělesně postiženému se obvykle vztahují nižší očekávání. Na jedné straně bývá podceňován, na straně druhé jsou jeho projevy ve větší míře tolerovány.

Tělesně postižený snadno vzbuzuje extrémní postoje. Ve společnosti může být izolován, odmítán, může se stát objektem posměchu či naopak může být častěji opatrován a ochraňován. Handicapovaný člověk nepopírá své zdravotní problémy, ale není ochoten akceptovat, že je kvůli nim postižený i sociálně.⁸⁹

⁸⁸ Venglářová, M., Mahrová, G., Komunikace pro zdravotní sestry... Praha: Grada Publishing, 2006, s. 135-136

⁸⁹ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese... 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 258 - 259

6. Empirická část

6.1 Stanovení cíle průzkumu a hypotéz

Cílem průzkumné části je zjistit znalosti, postoje a názory mladistvých a dospělých lidí na problematiku zdravotně postižených. Cílem je získat informace o tom, do jaké míry je veřejnost o této problematice informována a jaký postoj k ní zaujímá.

Vyhodnocení získaných dat bude sloužit k závěru směřujícímu k tomu, zda je společnost o lidech zdravotně postižených informována, zda je k této problematice lhostejná a jestli je třeba, aby se touto problematikou více zabývala.

K dosažení cílů byly stanoveny tyto hypotézy:

Souhlasí respondenti s integrací zdravotně postižených osob do společnosti?

H1 Většina respondentů souhlasí s integrací zdravotně postižených osob

Je zdravotně postiženým osobám poskytována dostatečná péče?

H2 Většina respondentů si myslí, že zdravotně postiženým osobám je poskytována dostatečná péče a pomoc ze strany našeho státu.

Setkali se respondenti v životě se zdravotně postiženou osobou?

H3 Většina respondentů se již setkala se zdravotně postiženou osobou.

6.2 Nástroje sběru dat

K získání základních informací od veřejnosti jsem si vybrala metodu dotazníkového šetření. Respondentům byl rozdán dotazník s předtištěnými otázkami, na které odpovídali. Zkoumaná osoba si z navržených možných odpovědí vybírala jednu

variantu, na základě svého uvážení, svých názorů, postojů a znalostí na danou problematiku.

V dotazníku jsou kladeny otázky jak otevřené tak uzavřené. U otázek otevřených má respondent možnost volby, zda si vybere z nabízených variant, či sám napíše jinou možnost, v dotazníku neuváděnou. Uzavřené otázky jsou jak alternativní (odpověď se na ně vylučuje: Ano - Ne) tak výběrové, kde je několik navržených možných odpovědí, z nichž respondent vybírá jednu variantu. Otázky jsou také vedeny ke zjištění tvrdých dat (věk a pohlaví respondentů).

Dotazník má sloužit k získání názorů a postojů respondentů na problematiku zdravotně postižených. Otázky jsou kladeny tak, aby mi pravdivost hypotéz, které jsem si stanovila, potvrdily, či je popřípadě vyvrátily.

Respondenti byli s účelem tohoto dotazníku seznámeni, byli ujištěni o jeho anonymitě a jeho znehodnocení po zpracování.

6.3 Vlastní průzkum

Pro tento průzkum, jsem si zvolila respondenty ve věku od 16 let. Dotazníků bylo rozdáno celkově 130, z nichž se vyplněné vrátilo v počtu 129. Celkově dotazník vyplnilo 75 mladistvých na SPŠ MV a 54 respondentů dospělé populace na VPŠ a základní odborné přípravě policistů).

Věková skupina a instituce byly zvoleny záměrně, neboť na uvedené škole studují lidé z celé České republiky a výsledky průzkumu by tak mohly být objektivnější.

Průzkum byl prováděn v rozmezí měsíců leden a únor roku 2012. Třístránkový dotazník byl rozdán na Střední policejní škole Ministerstva vnitra a na Vyšší policejní škole v Holešově. Dotazované osoby dotazník vyplňovaly v době vyučování. Při vyplňování dotazníků na školách jsem se s negativními ohlasy zkoumaných osob nesešla. Naopak všichni respondenti dotazník vyplňovali se zájmem a ochotou.

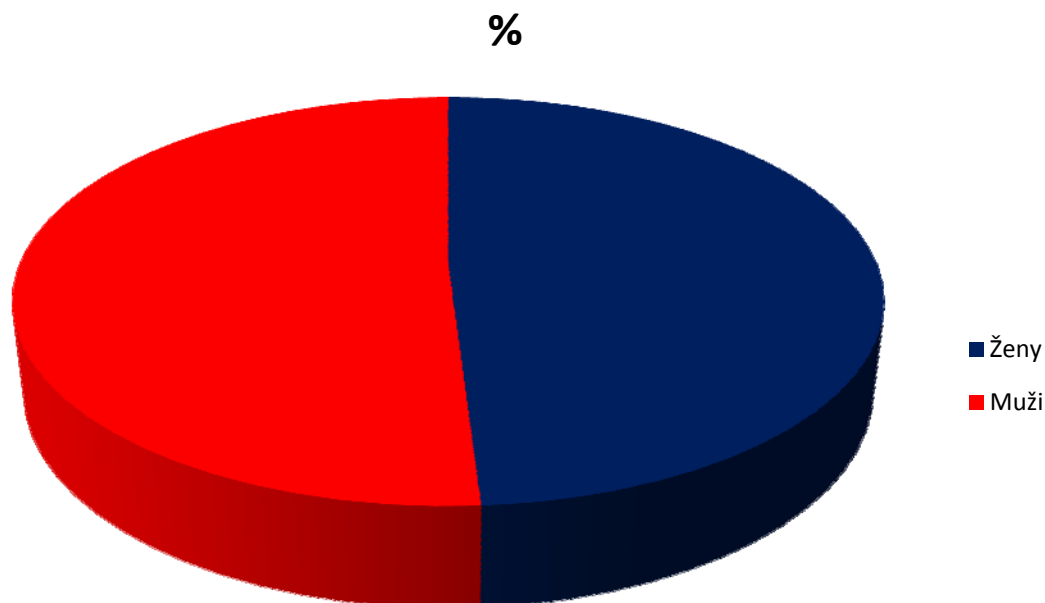
6.4 Vyhodnocení a zpracování získaných dat

Dotazník vyplnilo celkem 129 respondentů z celkového počtu rozdaných dotazníků 130. Z toho počtu dotazník vyplnilo celkem 64 žen a 65 mužů. Dotazník (viz. příloha č. 1), se skládá ze 12 otázek uzavřených i otevřených.

Složení respondentů

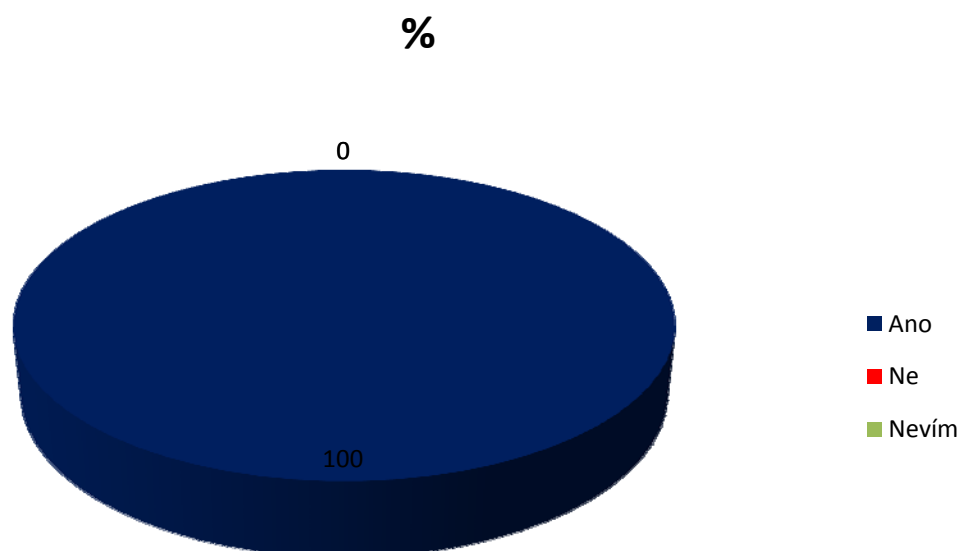
Respondenti	15-17 let	18-25 let	26-35 let	36+ let	Celkem	%
Ženy	30	15	6	13	64	49
Muži	27	19	10	9	65	51
Celkem	57	34	16	22	129	100,0

Graf 1 Složení respondentů



Otázka č. 1 Setkal (a) jste se s osobou zdravotně postiženou?

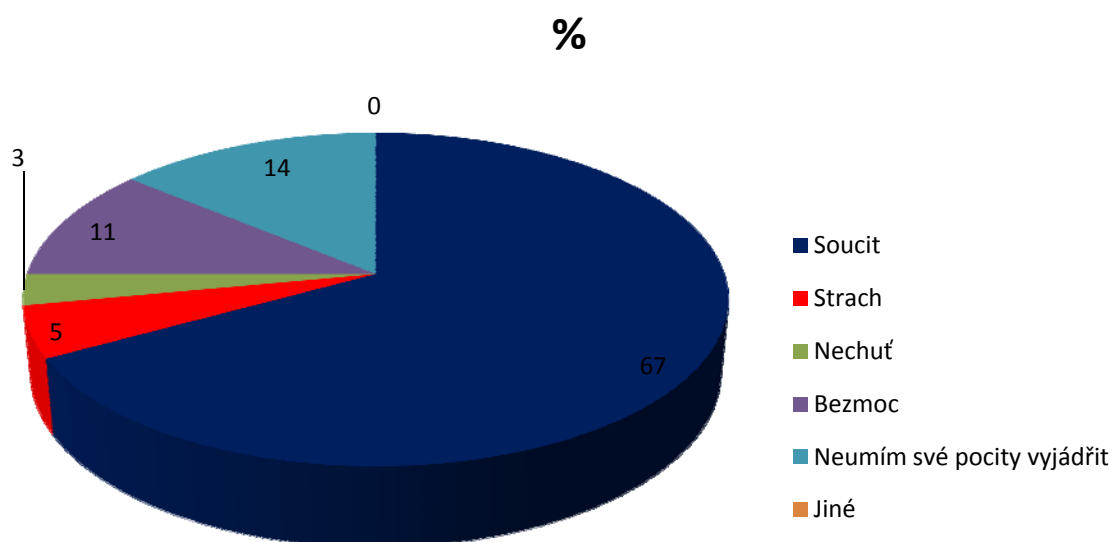
Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Ano	64	65	100
Ne	0	0	0
Nevím	0	0	0
Celkem	64	65	100



Na tuto otázku všichni respondenti shodně uvedli, že se již někdy v životě setkali s osobou zdravotně postiženou.

Otázka č. 2 Jaký pocit máte při setkání se zdravotně postiženou osobou?

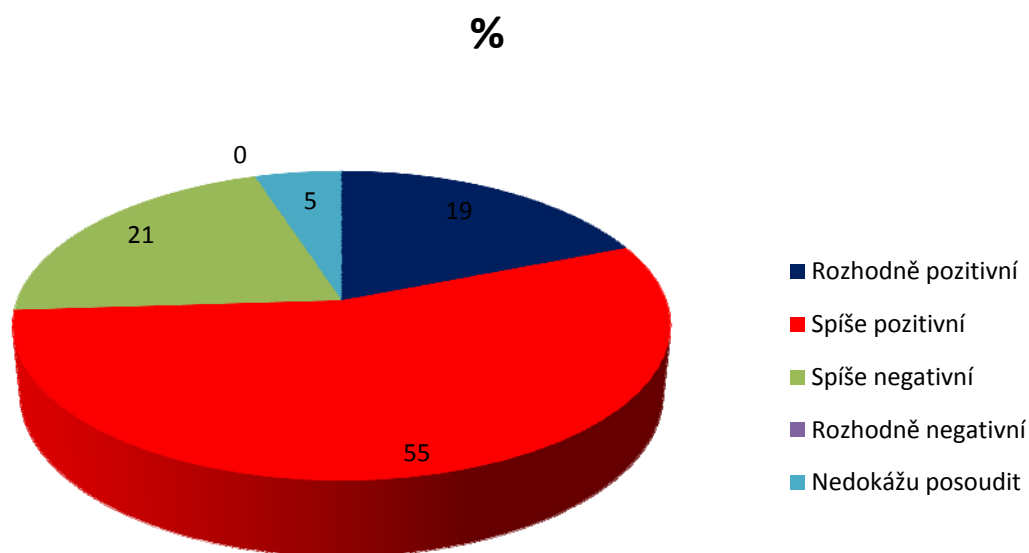
Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Soucit	43	44	67
Strach	4	2	5
Nechuť	0	4	3
Bezmoc	4	10	11
Neumím své pocity vyjádřit	13	5	14
Jiné	0	0	0
Celkem	64	65	100



Na otázku „Jaký pocit máte při setkání se zdravotně postiženou osobou?“ 67% respondentů uvedlo, že pociťují soucit. 5% dotázaných odpovědělo strach. Pouze 3% procenta uvedli, že k takovým osobám pociťují nechuť (a to 4 muži, ženy takové pocit nemají). 11% respondentů cítí bezmoc a 14 % respondentů nedokáží své pocity vyjádřit.

Otázka č. 3 Jaké postoje má společnost, dle Vás, ke zdravotně postiženým osobám?

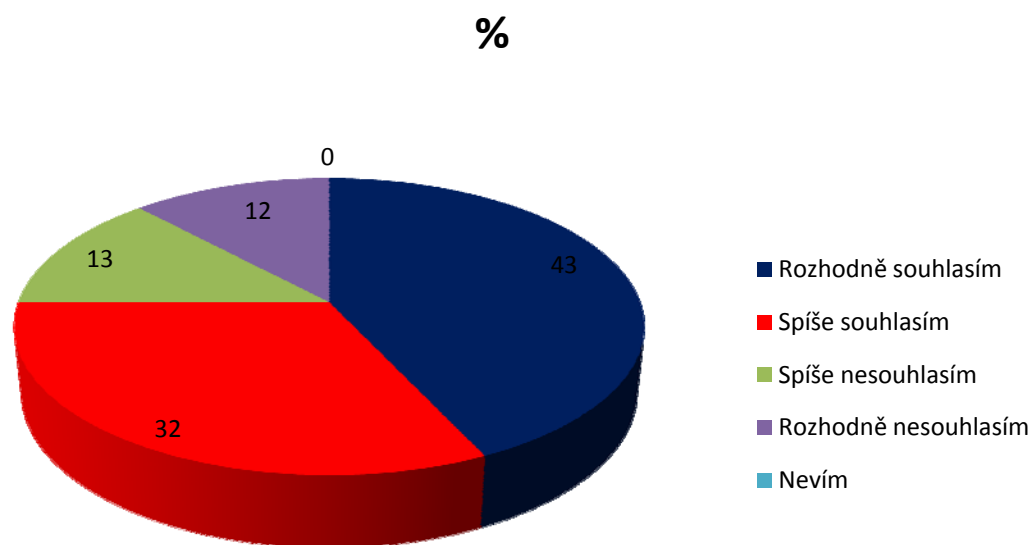
Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Rozhodně pozitivní	0	25	19
Spíše pozitivní	50	21	55
Spíše negativní	14	13	21
Rozhodně negativní	0	0	0
Nedokážu posoudit	0	6	5
Celkem	64	65	100



Z průzkumu vyšlo, že 50 žen si myslí, že postoje společnosti jsou spíše pozitivní, rozhodně pozitivní si nemyslí žádná z nich. Oproti tomu 25 mužů uvedlo, že postoje společnosti jsou rozhodně pozitivní a 21 mužů, že spíše pozitivní. Spíše negativní postoj uvedlo 27 respondentů (14 žen a 13 mužů). Rozhodně negativní postoj společnosti ke zdravotně postiženým nevedl nikdo a pouze 6 respondentů nedokáže posoudit. Z průzkumu tedy celkově můžeme soudit, že postoj společnosti je spíše pozitivní (55% respondentů).

Otázka č. 4 Souhlasíte s tím, aby mentálně postižené a zdravé děti navštěvovaly společnou školu?

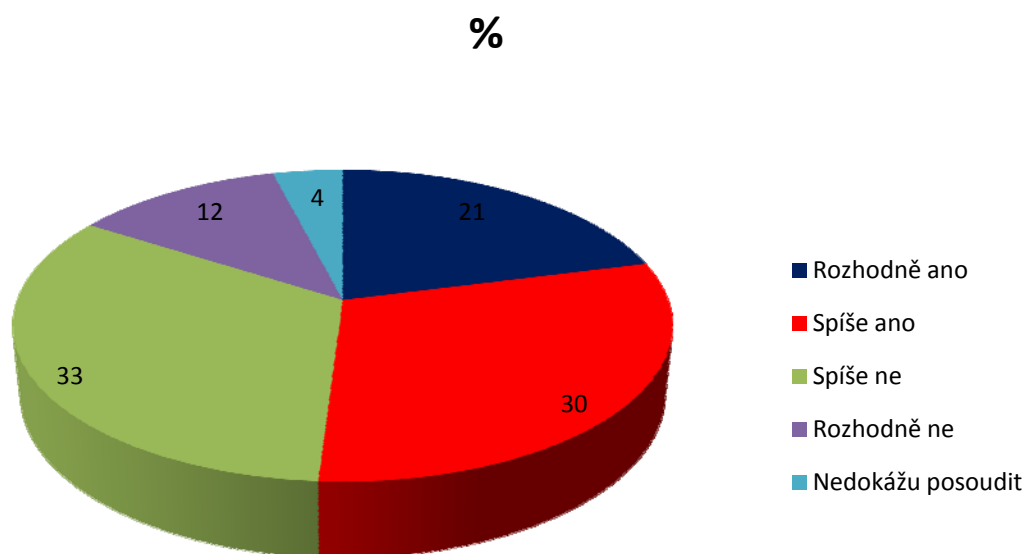
Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Rozhodně souhlasím	39	16	43
Spíše souhlasím	15	27	32
Spíše nesouhlasím	8	9	13
Rozhodně nesouhlasím	2	13	12
Nevím	0	0	0
Celkem	64	65	100



Na tuto otázku odpovědělo 43% respondentů, že rozhodně souhlasí se začleňování mentálně postižených dětí do škol se zdravými dětmi. 32% dotazovaných spíše souhlasí a 13% spíše nesouhlasí. Zásadně proti začleňování těchto dětí je 12 % respondentů.

Otázka č. 5 Myslíte si, že pobyt zdravých dětí společně s mentálně postiženými dětmi, může negativně ovlivnit jejich vývoj (vývoj zdravých dětí)?

Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Rozhodně ano	2	25	21
Spíše ano	17	21	30
Spíše ne	27	16	33
Rozhodně ne	13	3	12
Nedokážu posoudit	5	0	4
Celkem	64	65	100

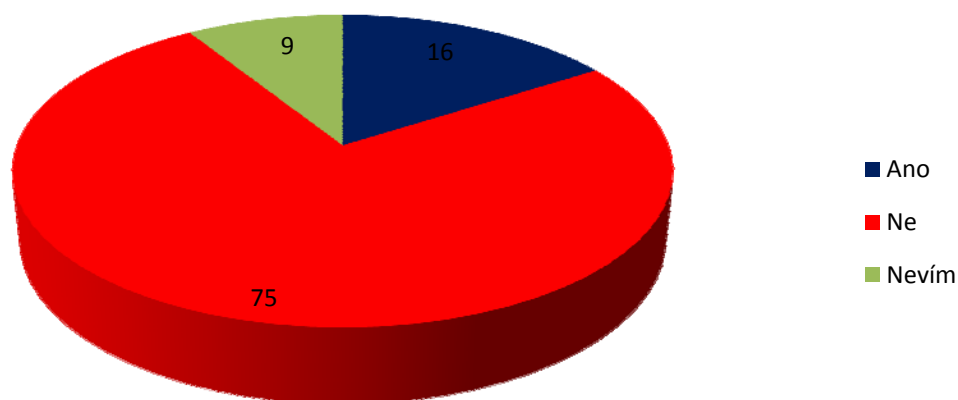


Z celkového počtu dotazovaných, tj 129, 33% uvedlo spíše ne. Oproti tomu 30% odpovídalo spíše ano a 21% rozhodně ano. Pouze 12% si myslí, že pobyt mentálně postiženého dítěte se zdravým dítětem na jeho vývoj rozhodně nemá vliv. 4% nedokáže posoudit.

Otázka č. 6 Myslíte si, že zdravotně postižení lidé by měli žít v ústavech sociální péče?

Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Ano	10	11	16
Ne	48	48	75
Nevím	6	6	9
Celkem	64	65	100

%

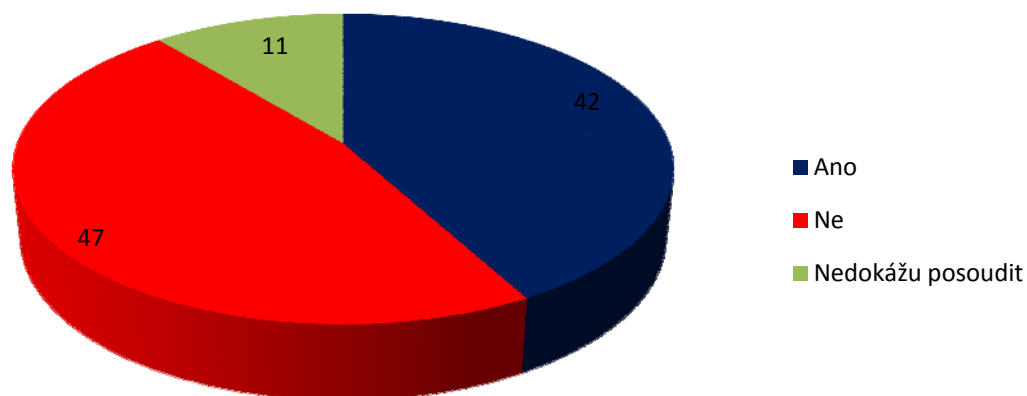


Z průzkumu vyšlo, že 10 žen a 11 mužů, celkově tedy 16% si myslí, že by takový lidé měli žít v ústavech. 75% respondentů (48 žen i 48 mužů) uvedlo, že by neměli žít v ústavech, ale se svými rodinami. 9 % netuší, zda by v ústavech sociální péče měli či neměli žít.

Otázka č. 7 Domníváte se, že lidé zdravotně postižení jsou ve společnosti diskriminováni?

Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Ano	18	37	42
Ne	38	22	47
Nedokážu posoudit	8	6	11
Celkem	64	65	100

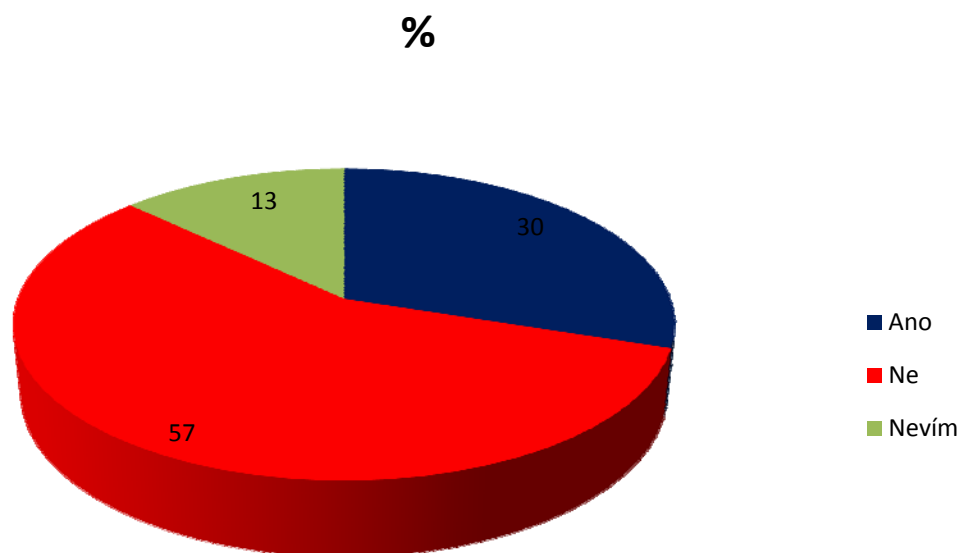
%



Na tuto otázku byli odpovědi respondentů celkem vyrovnané. 47 % si myslí, že handicapovaní lidé v naší společnosti nejsou diskriminováni, to si převážně myslí ženy v počtu 38. 42% dotazovaných se domnívají, že postižení jsou diskriminováni, tady si to zase převážně myslí muži v počtu 37. 11% dotázaných nedokáže posoudit.

Otázka č. 8 Myslíte si, že péče, pomoc o zdravotně postižené je u nás v ČR dostatečná?

Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Ano	30	9	30
Ne	27	47	57
Nevím	7	9	13
Celkem	64	65	100

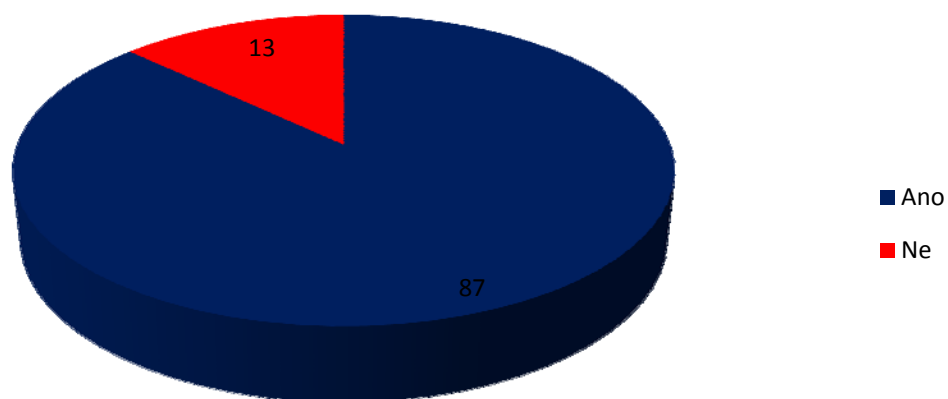


Na tento dotaz respondenti nejčastěji uvedli odpověď „ne“ tedy, že péče o handicapované u nás není dostatečná. Oproti tomu 30% si myslí, že je dostatečná a 13% neví.

Otázka č. 9 Máte nějaké informace o problematice těchto osob?

Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Ano	56	56	87
Ne	8	9	13
Celkem	64	65	100

%

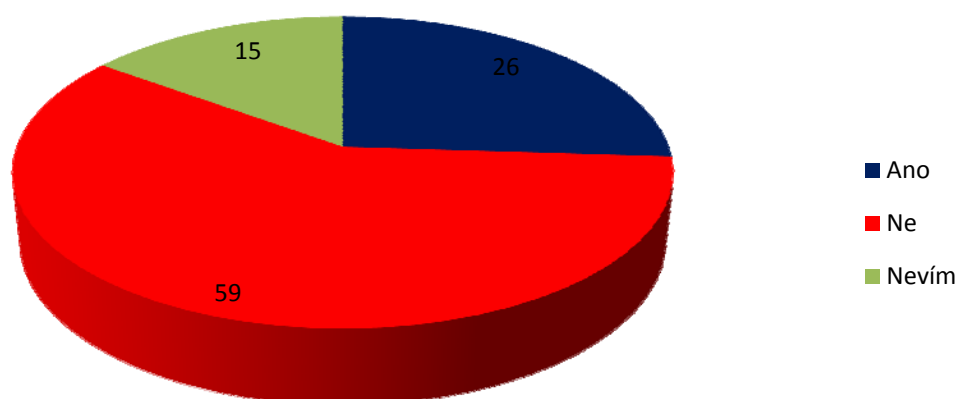


Respondenti uvedli v 87%, že informace o problematice zdravotně postižených osob mají a ví kde je hledat. Pouze 13% dotazovaných informace nemá.

Otázka č. 10 Vadilo by Vám, kdybyste se měli pravidelně setkávat se zdravotně znevýhodněnou osobou?

Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Ano	12	22	26
Ne	42	34	59
Nevím	10	9	15
Celkem	64	65	100

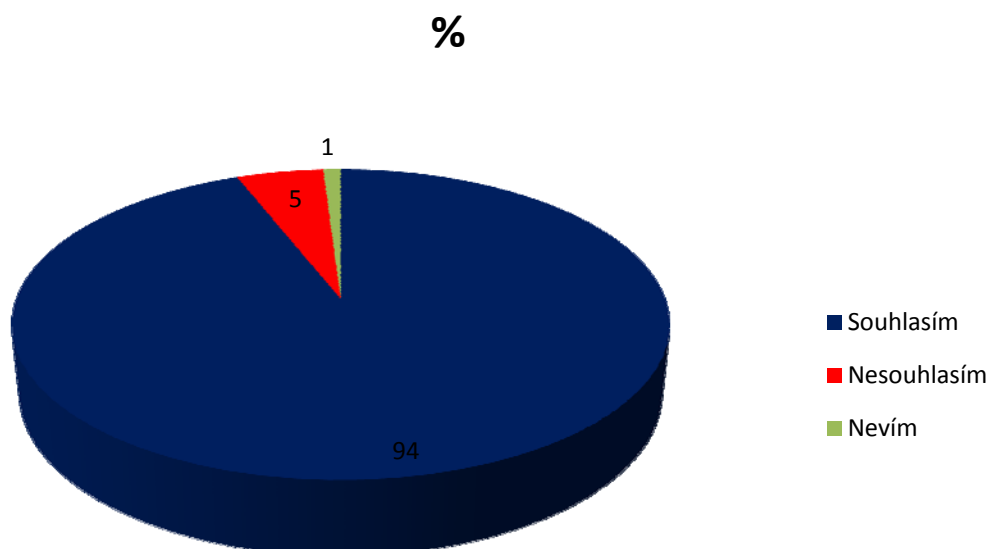
%



Na tuto otázku více jak polovina respondentů, tedy přesněji 59% uvedlo, že by jim setkání a kontakt s handicapovanou osobou nevadil. 26% respondentů (12 žen a 22 mužů) odpovědělo, že by jim pravidelný kontakt s postiženým člověkem nebyl příjemný. 15% dotázaných neví, zda by jim kontakt vadil či nevadil.

Otázka č. 11 Souhlasíte se začleňováním osob se zdravotním postižením do škol, zaměstnání apod.?

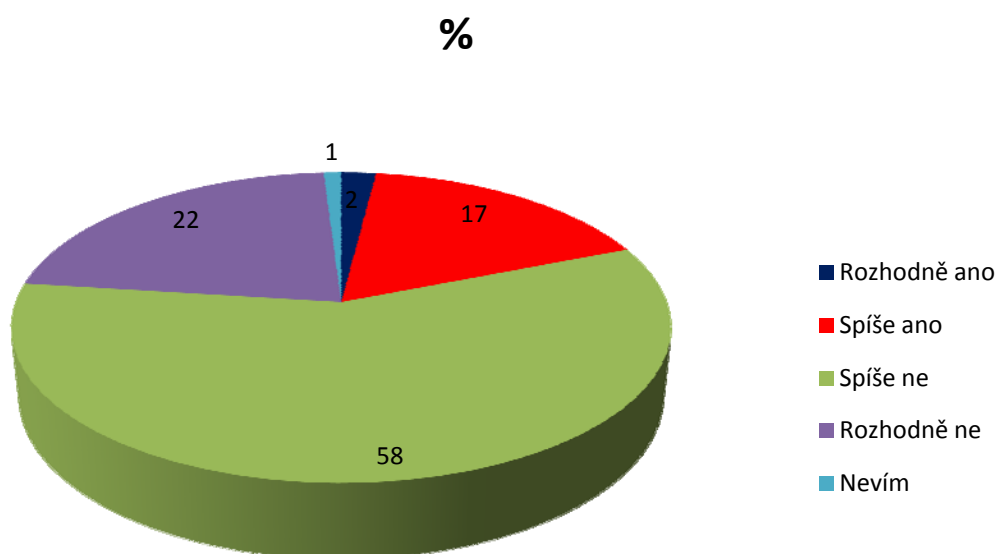
Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Souhlasím	59	63	94
Nesouhlasím	6	1	5
Nevím	0	1	1
Celkem	64	65	100



Téměř všichni respondenti souhlasí s tím, aby se postižené osoby integrovali do společenského života, do zaměstnání, škol apod. Pouze 5% respondentů s tím nesouhlasí, a to převážně ženy. 1% neví.

Otázka č. 12 Domníváte se, že úroveň péče o osoby zdravotně postižené je u nás srovnatelná s vyspělými zeměmi?

Respondenti	Ženy	Muži	Celkem %
Rozhodně ano	2	0	2
Spíše ano	3	19	17
Spíše ne	52	23	58
Rozhodně ne	6	23	22
Nevím	1	0	1
Celkem	64	65	100



Z celkového počtu dotazovaných, tj 129, 58% uvedlo odpověď „spíše ne“, odpověď „rozhodně ne“ uvedlo 22% respondentů. 17% dotazovaných uvedlo spíše ano a rozhodně ano uvedli pouze 2%. Pouze 1% neví.

6.5 Ověření platnosti hypotéz

H1 Většina respondentů souhlasí s integrací zdravotně postižených osob.

Tato hypotéza byla **potvrzena**. Ze všech dotazovaných, tj. 129, uvedlo 122 respondentů (59 žen a 63 mužů), že souhlasí se začleňováním zdravotně postižených do škol, zaměstnání a společnosti. Pouze 7 dotazovaných (6 žen a 1 muž) nesouhlasí s integrací těchto osob a jeden respondent – muž neví. (*viz. strana č. 83*)

H2 Většina respondentů souhlasí s tím, že zdravotně postiženým osobám je poskytována dostatečná péče a pomoc ze strany našeho státu.

Tato hypotéza se **nepotvrdila**. Z celkového počtu dotazovaných, tj. 129, 74 respondentů (27 žen a 47 mužů) si nemyslí, že by péče o zdravotně postižené u nás byla dostatečná. Oproti tomu 39 dotazovaných (30 žen a 9 mužů) si myslí, že je u nás péče o tyto osoby dostatečná. 16 respondentů (7 žen a 9 mužů) nedokáže posoudit. (*viz. strana č. 80*)

H3 Většina respondentů se již setkala se zdravotně postiženou osobou.

Tato hypotéza byla **potvrzena**. Ze všech dotazovaných, tj. 129 (64 žen a 65 mužů), jednoznačně všichni respondenti označili kladnou odpověď Tedy, že se již někdy setkala, nebo setkává se osobou zdravotně znevýhodněnou..(*viz. strana č. 73*)

Závěr

Jakýkoli defekt nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost postiženého jedince a vytváří specifickou sociální situaci. Postoj laické veřejnosti k postiženým lidem mívá často charakter předsudku ovlivněného nedostatečnou informovaností. Různá postižení vyvolávají rozdílné reakce, někdy může jít až o sociální stigmatizaci. Podobné postoje stereotypy ke společnosti zdravých si vytvářejí i postižení. Vrozené a později získané postižení se v mnoha směrech liší, mají jiný objektivní i subjektivní význam. Vývoj dítěte s vrozeným postižením má své obecné znaky, každá vývojová fáze je spojena s jinou zátěží. Významně jej ovlivňuje postoj rodičů a způsob, jakým se s touto skutečností sami vyrovnali. V dospělosti je důležité, v jaké míře zatíží zdravotní problémy zvládnutí profesní, partnerské a rodičovské role.

Problematika zdravotního postižení je velmi rozsáhlá, že jen těžko lze formou diplomové práce postihnout veškeré její oblasti. Ve své práci jsem se snažila zachytit důležité informace týkající se vztahu majoritní části české společnosti ke zdravotně postiženým, které s ním souvisí. Zvláštní pozornost byla také v samostatné kapitole věnována zdravotně postiženým dětem.

Cílem praktické části bylo zjistit názory a postoje mladé a střední generace lidí, jak na tuto problematiku pohlíží, jaký postoj k handicapovaným zaujímá a zda si myslí, že je těmto osobám poskytována dostatečná péče, pomoc i podpora.

Z výsledků vyplývá, že respondenti k těmto osobám mají postoj spíše pozitivní. Většina z nich souhlasí s integrací těchto osob a každý z respondentů se někdy setkal s handicapovanou osobou. Více jak padesát procent si myslí, že v České republice není handicapovaným osobám poskytována dostatečná péče, pomoc a podpora.

A co říci úplným závěrem? Přestože je tato problematika velice rozsáhlá a složitá, mohla by má práce a informace v ní podat ucelenější obraz o handicapovaných a přispět k celkové informovanosti veřejnosti.

Resumé

Diplomová práce v první kapitole shrnuje historii a právo zdravotního postižení, podle zákona je citována asistence handicapovaným a dále je obecně popsán sociální význam zdravotního postižení.

Druhá kapitola má název „Zdravotně postižené dítě“, kde popisují vývoj dítěte s vrozeným postižením, mentální postižení a dále důležité informace týkající se dítěte s handicapem.

Třetí, čtvrtá a pátá kapitola se zaměřuje na problematiku jednotlivých typů postižení – zrakové, sluchové a tělesné. Kapitoly popisují typy a vývoj jednotlivého handicapu od narození, dále se zaměřují na komunikaci a jejich sociální význam. Také jsou zde informace, které jsou specifické a týkají se jednotlivých handicapů.

Šestá kapitola diplomové práce je zaměřena na praktickou část. Zde jsou popsány cíle výzkumu, stanovené hypotézy, nástroje sběru dat, dále je zde uveden vzorek šetření, popis a interpretace výsledků získaných z dotazníkového šetření, poslední podkapitola je věnována ověření platnosti hypotéz.

Cílem práce je v teoretické části vystihnout důležité informace vztahující se k danému tématu „Vztah majoritní části české společnosti ke zdravotně postiženým“. Cílem praktické části je poukázat na tuto problematiku a zjistit, jak k ní veřejnost přistupuje, zda o této problematice něco ví. Dále je snahou zjistit, zda společnost souhlasí s integrací zdravotně postižených osob a zda je těmto lidem poskytována dostatečná péče, pomoc a podpora ze strany státu.

Anotace

Ve své diplomové práci v teoretické části popisuji historii a právo handicapovaných, dále cituji ze zákona asistenci těmto lidem a zmiňuji sociální význam postižení. Dále se v diplomové práci zaměřuji na zdravotně postižené dítě a důležité informace okolo něj. Samostatné kapitoly jsou pak věnovány jednotlivým typům postižení. Praktická část této práce na základě kvantitativního průzkumu prováděného formou dotazníku má nastínit, jak veřejnost vnímá zdravotně postižené, zda souhlasí s integrací takových osob do běžného života a zda je handicapovaným poskytována dostatečná péče, pomoc i podpora ze strany našeho státu.

Klíčová slova

Zdravotní postižení, handicap, rodina s postiženým dítětem, postoje společnosti k postiženým, integrace.

Annotation

In his thesis on the theoretical part describes the history and the right of handicapped, and I quote from the Act further assistance to these people and I mention the importance of social disability. Furthermore, in this thesis focused on disabled children and important information about him. Separate chapters are devoted to specific types of disabilities. The practical part of this work on a quantitative survey conducted by questionnaire to outline how the public perceives people with disabilities, whether they agree with the integration of such persons in everyday life and that the handicapped provided with sufficient care, help and support from our state.

Keywords

Disability, handicap, family with a handicapped child, the attitudes of the disabled, integration.

Použitá literatura

Zákony a vyhlášky

- 1) Z. č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod
- 2) Z. č. 29/1984 Sb. o soustavě základních a středních škol a vyšších odborných škol
- 3) Z. č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře
- 4) Z. č. 100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení
- 5) Z. č. 65/1965 Sb. Zákoník práce
- 6) Z. č. 435/2004 Sb. o zaměstnání
- 7) Vyhláška MPSV č. 115/1992 Sb. o provádění pracovní rehabilitace občanů se ZPS

Knižní publikace

- 8) EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
- 9) HORÁKOVÁ, R.: *Uvedení do surdopedie*. In: Kolektiv autorů: Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: IMS, 2008, 223 s.
- 10) CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001,
- 11) JABŮREK, Josef. *Bilingvální vzdělávání neslyšících*. 1.vyd. Praha: Septima, 1998, 44 s. ISBN 80-7216-0524.
- 12) JANOTOVÁ, N., SVOBODOVÁ K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. 2. vyd. Praha: Septima, 1998, 64s. ISBN 80-7216-050-8.
- 13) KÁBELE, F. a kol., *Somatopedie, UK*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1993, 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
- 14) KEBLOVÁ, A. *Zrakově postižené dítě*. 1.vyd. Praha: Septima 2001, 67 s. ISBN 80-7216-191-1.
- 15) KLOZAR, J. ET AL.: *Speciální otorinolaryngologie*. Praha: Galen, 2005, 224 s. ISBN 80-7262-346-X.
- 16) LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
- 17) LITVÁK, A.G. *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1972, 172 s. ISBN 14-408-79.

- 18) MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.vyd. H&H Vyšehradská, 2001, 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- 19) NEWMAN, Sarah. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, 168 s. ISBN 80-7178-872-4.
- 20) RENOTIÉROVÁ, M. LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 306 s. ISBN 80-244-1073-7.
- 21) RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého 2002. ISBN 80-244-0532-6.
- 22) RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
- 23) ROUČKOVÁ, Jarmila. *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006, 152 s. ISBN 80-7367-158-1.
- 24) RUBINŠTEJNOVÁ, S. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976, 222 s. ISBN 14-463-76.
- 25) ŘEHOŘ, A. *Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce*. Institut mezioborových studií Brno.
- 26) SLOWÍK, J.: *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- 27) SVOBODA, M. a spol. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006, 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- 28) ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 184 s. ISBN 80-7178-506-7.
- 29) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: Portál 1999. 444 s. ISBN 80-7178-496-6.
- 30) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 872 s. ISBN 978-80.7367-414-4.
- 31) VÁGNEROVÁ, M. *Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči*. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 52 s. ISBN 978-80-87455-04-03.
- 32) VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- 33) VĚTOŇOVÁ, L. *Základy oftalmopedie*. 1.vyd. Brno: MU, PED. F. 1993, 22 s. ISBN 80-210-0667-6.
- 34) UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010, 136s. ISBN 978-80-7367-764-0

Internetové zdroje

- 35) <http://asistencnipsi.webnode.cz/psi-pro-nevidome/>
- 36) <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=424>
- 37) <http://kdyzsluncenesviti.webnode.cz/jake-jsou-formy-dmo-/>
- 38) <http://www.kochlear.cz/index.php?text=66-typy-sluchovyh-vad>
- 39) <http://www.lekari-online.cz/orl-otorinolaryngologie/novinky/kochlearni-implantat>
- 40) <http://www.nicm.cz/klasifikace-zrakoveho-postizeni>
- 41) <http://www.nicm.cz/klasifikace-sluchoveho-postizeni>
- 42) <http://petrahele.webnode.cz/news/omyly-v-komunikaci-mezi-vidicim-a-nevidomym/>
- 43) <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006101101>
- 44) http://www.pomoc.chytrak.cz/psychologicka_problematika.doc
- 45) <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim.shtml>
- 46) <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/tyflopédie>
- 47) <http://www.sons.cz/>
- 48) <http://www.spckaminek.websnadno.cz/Telesne-postizeni.html>
- 49) http://www.terriers.wz.cz/clanky/004_vodici_pes.html
- 50) http://www.trckovajitka.estranky.cz/clanky/brozura-socialnich-sluzeb/brozura---socialni-sluzby-pro-nevidome-osoby-v-okrese-znojmo-i_cast.html#_edn29
- 51) <http://www.vodicipsi.cz/stenata.htm>

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

Příloha č. 3 Zásady komunikace se zrakově postiženými

Příloha č. 4 Desatero komunikace s pacientem se syndromem demence

**Dotazník – Vztah majoritní části české společnosti ke zdravotně
postiženým**

Dobrý den,

prosím Vás o vyplnění dotazníku. Informace z dotazníku budou sloužit pouze k účelům diplomové práce na téma: „Vztah majoritní části české společnosti ke zdravotně postiženým.“ Po zpracování budou dotazníky znehodnoceny. Dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za Vaš čas a ochotu při vyplňování

Bc. Tereza Lehká

Pohlaví: a) žena
b) muž

Věk:

1. Setkal (a) jste se s osobou zdravotně postiženou?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

2. Jaký pocit máte při setkání se zdravotně postiženou osobou?

- a) soucit
- b) strach
- c) nechut'
- d) bezmoc
- e) neumím své pocity vyjádřit
- f) jiné (uveďte prosím jaké)

3. Jaké postoje má společnost, dle Vás, ke zdravotně postiženým osobám?

- a) rozhodně pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) spíše negativní
- d) rozhodně negativní
- e) nedokážu posoudit

4. Souhlasíte s tím, aby mentálně postižené a zdravé děti navštěvovaly společnou školu?

- a) rozhodně souhlasím

- b) spíše souhlasím
- c) spíše nesouhlasím
- d) rozhodně nesouhlasím
- e) nevím

5. Myslíte si, že pobyt zdravých dětí společně s mentálně postiženými dětmi, může negativně ovlivnit jejich vývoj (vývoj zdravých dětí)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nedokážu posoudit

6. Myslíte si, že zdravotně postižení lidé by měli žít v ústavech sociální péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Domníváte se, že lidé zdravotně postižení jsou ve společnosti diskriminováni?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

8. Myslíte si, že péče, pomoc o zdravotně postižené je u nás v ČR dostatečná?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Máte nějaké informace o problematice těchto osob?

- a) ano
- b) ne

10. Vadilo by Vám, kdybyste se měli pravidelně setkávat se zdravotně znevýhodněnou osobou?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Souhlasíte se začleňováním osob se zdravotním postižením do škol, zaměstnání apod.?

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

12. Domníváte se, že úroveň péče o osoby zdravotně postižené je u nás srovnatelná s vyspělými zeměmi?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

1. Komunikace přes papír s neslyšícími je většinou neúčinná. Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamena úlevu.
2. S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s prázdnými ústy. Při mluvení by jednáající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodnější udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
3. Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
4. Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30 – 40 %.
5. Pokud jednáající osoba neslyšícím nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.
6. Zná-li jednáající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.
7. Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.
8. Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
9. Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky.

10. Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku „ Co jste mi rozuměl?“.

Zásady komunikace se zrakově postiženými

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížen. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „ Dobrý den pane Nováku“ aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
4. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit: „Podávám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
5. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „, Teď to píchne, teď to bude tlačit, teď Vás to bude trochu pálit“ nezbytné.
6. Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého ukládat na stejné místo. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
8. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: „vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si“. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.

9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.

10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

Desatero komunikace s pacientem se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla), a že netrpí komunikační poruchou
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, frázím či ironickým protimluvům, používáme výrazy známé a přiměřené. Užíváme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud to lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. V případě, že pacient něco správně nepochopil, použijeme, je-li to možné jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně rozuměl. Důležité údaje píšeme na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta. Jsme vnímavý k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli, nebo zda konzultace skončila.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence, pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit. Během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.

9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme je důstojně jménem, či jak si sám přeje či vyžaduje.