

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

**Integrace dítěte s DMO do dětského letního tábora se  
zaměřením na dramatickou tvorbu - případová studie**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Miroslava Plívová**

Praha

Vypracovala:

**Běla Fuková**

srpen 2010

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Praze, dne 3.9. 2010

.....

Běla Fuková

## Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

---

## Poděkování

Mé poděkování patří paní Mgr. Miroslavě Plívové za její pomoc i cenné připomínky při vypracovávání diplomové práce. Dále pak mamince Josefa K. za vstřícný přístup a MUDr. Lukáši Bílkovi za odbornou konzultaci a korekturu.

## **Abstrakt**

- Název:** Integrace dítěte s DMO do dětského letního tábora se zaměřením na dramatickou tvorbu - případová studie
- Cíle:** Hlavním cílem této práce je sledovat vliv integrace na pozorovaného Josefa K. a jeho okolí a to jak v průběhu čtrnáctidenního dětského letního tábora zaměřeného na dramatickou tvorbu tak v průběhu celoročně konaného dramatického kroužku.
- Metody:** V mé práci jsem použila extrospektivní metodu nepřímého, otevřeného pozorování jednoho konkrétního dítěte, a to jak krátkodobého – po dobu konání čtrnáctidenního letního tábora, tak dlouhodobého – v kroužku dramatické výchovy konaném jedenkrát týdně. Další metodou sběru dat byly individuální a skupinové rozhovory s ostatními účastníky tábora rozdělenými do ohniskových skupin podle věku (skupiny 5-7 let, 8-10 let, 11-13 let, 14-16 let, praktikanti, vedoucí), a s ohniskovou skupinou tvořenou členy dramatického kroužku. Získané informace jsem zapisovala do záznamových archů.
- Výsledky:** Pozorovaný jedinec se díky volnočasovým aktivitám, které navštěvuje spolu se zdravými dětmi, seznamuje s běžným životem a umí se v něm orientovat. Je si plně vědom toho, že má komunikační omezení a dokáže rozpoznat, kdy mu okolí rozumí a kdy ne. Ostatní účastníci kroužku či tábora vnímají jeho přítomnost jako klad a možnost rozvoje vlastní empatie a přirozené komunikace a pomoci lidem s postižením.
- Klíčová slova:** dětská mozková obrna, integrace, segregace, inkluze, osobní asistence, dramaterapie

## **Abstract**

**Title:** Integration of a child with Cerebral Palsy into a drama orientated summer camp – a case study

**Objectives:** The aim of this work is to observe the intagration process and it's impact on the observed Josef K. and his surroundings during the two week's summer camp focused on drama or the drama classes run throughout the year.

**Methods:** In my thesis I used a method of extraneous surveillance of a child: a short term surveillance, during a drama summer camp; and a long term surveillance during an over year drama class, taking place once a week. The other method used was individual and group interviews (focus group) with both: summer camp participants – being divided into groups by age (5-7 years old, 8-10 years old, 11-13years old, 14-16 years old, trainees, supervisors) and drama class members. All information gained I enrolled to evidence sheets.

**Results:** Due to the attendance of the free-time activities, where he is confronted with normal children, the observed individual is used to cope with the real life situations and so manage better in his common life. He is able to distinguish when he is not being understood by his surrenders.

All the members of the group attending drama lessons with him or the summer camp appreciate his presence there, taking it as a chance to deepen their empathy level and a possibility of learning how to communicate with or to help disabled people.

**Keywords:** Infant Cerebral Palsy, Integration, Segregation, Inclusion, Personal Assistance, Drama Therapy

## Obsah:

1	Úvod .....	8
2	Cíle práce .....	9
3	Úkoly práce .....	10
4	Vědecké otázky .....	11
5	Teoretická část .....	12
5.1	DMO .....	12
5.1.1	Vymezení pojmu DMO: .....	12
5.2	Etiologie DMO: .....	14
5.2.1	Diagnostika DMO .....	15
5.3	Dělení DMO: .....	16
5.4	Některé možnosti terapie DMO: .....	17
5.5	Integrace .....	19
5.5.1	Historie .....	19
5.5.2	Definice .....	21
5.5.3	Formy .....	21
5.5.4	Stádia .....	24
5.5.5	Podmínky .....	25
5.6	Osobní asistence .....	27
5.6.1	Definice .....	27
5.6.2	Cíle a podmínky .....	28
5.6.3	Typy osobní asistence .....	29
5.7	Volnočasové aktivity .....	30
5.7.1	Dramaterapie .....	30
6	Výzkumná část – případová kvalitativní studie .....	33
6.1	Metody výzkumu .....	33
6.2	Metody sběru dat .....	34
6.2.1	Rozhovor .....	34
6.2.2	Pozorování .....	35
6.3	Charakteristika výzkumného souboru .....	36
6.3.1	Charakteristika integrovaného jedince .....	36
6.3.2	Charakteristika dotazovaného souboru osob .....	37
6.4	Výsledky .....	37
6.4.1	Kazustika .....	38
6.4.2	Rozhovory s účastníky tábora .....	40
6.4.3	Rozhovory se členy dramatického kroužku .....	46
6.4.4	Pozorování .....	47
7	Diskuze .....	49
8	Závěr .....	57
9	Seznam použité literatury .....	59
10	Přílohy .....	62

# 1 Úvod

Ještě před dvaceti lety bylo prakticky nemožné vidět na ulici člověka s postižením (ať už fyzickým nebo mentálním). Tito jedinci byli pečlivě uzavíráni před zraky veřejnosti bez možnosti sebemenší socializace. Dnes už je snad situace, a především mentalita občanů, tomuto tématu mnohem otevřenější než před lety. Není ojedinělým úkazem potkat člověka s postižením na ulici a široké spektrum nabídek sociálních služeb pro takto znevýhodněné spoluobčany dokazuje, že integrace už dávno není v naší republice tabu.

Pokud má být ale integrace úspěšná a oboustranně prospěšná, je třeba s ní začít již v útlém věku. Začlenění dítěte s postižením mezi vrstevníky tvořené zdravými dětmi může být nenahraditelné. Čím dříve je totiž dítě konfrontováno s realitou a všedním životem, tím lépe je schopno se s ní vyrovnat a obstát ve svém životě nejen před společnostmi ale i samo před sebou.

Téma této práce jsem si vybrala proto, že již deset let působím jako pedagog v dětském dramatickém souboru, kde vedu kroužky různých věkových kategorií, a po celou dobu mého působení jeden z nich navštěvuje i chlapec s DMO. Rovněž se pravidelně účastní tematických letních táborů pořádaných daným dětským divadelním souborem. Zajímalo mne, co o jeho diagnóze vědí a jak se k ní a chlapci samotnému staví jednak vedoucí a jednak i ostatní děti. Zjištění byla velmi zajímavá, často překvapivá (ať už v pozitivním či negativním slova smyslu) a v každém případě velmi podnětná a přínosná - pro obě zúčastněné strany.



## 2 Cíle práce

Cílem práce je sledovat vliv integrace na pozorovaného Josefa K. a jeho okolí a to jak v průběhu čtrnáctidenního dětského letního tábora zaměřeného na dramatickou tvorbu tak v průběhu celoročně konaného dramatického kroužku.

Socializace jedenadvacetiletého chlapce s dětskou mozkovou obrnou probíhá na dětském letním táboře, který je zaměřen na dramatickou výchovu a většina účastníků tohoto tábora také v běžném školním roce navštěvuje kroužky dramatické výchovy pod záštitou stejné organizace, která pořádá i tento tábor.

V případě jakékoli formy socializace je třeba brát v potaz průvodní vnější i vnitřní podmínky. V tomto případě jsou jimi vnější podmínky, které zahrnují kromě personálního vybavení tábora a materiálně-technického vybavení tábořiště, především postoj, po dobu letního tábora uzavřené, intaktní společnosti k pozorovanému, jakož i postoje jednotlivců k tomuto jedinci. V případě vnitřních podmínek je pozornost věnována zejména osobnosti integrovaného, pozorovaného jedince, která je z velké části podmíněna jeho celkovým rodinným zázemím.

Důraz je kladen také na nezbytnost osobní asistence pro odlehčení tlaku na vedoucí tábora i jeho účastníky.

### **3 Úkoly práce**

- prostudovat relevantní odbornou literaturu
- stanovit si vědecké otázky
- zvolit výzkumné metody (rozhovor, skupinový rozhovor, pozorování)
- zpracovat podkladové materiály k rozhovorům
- uskutečnit rozhovory a pozorování, a následně je zanalyzovat a vyhodnotit
- zkompletovat práci

## **4 Vědecké otázky**

1. Jaký vliv má přítomnost jedince s postižením na různé věkové skupiny dětí na dětském letním táboře?
2. Jaký vliv má přítomnost jedince s postižením na členy dramatického kroužku?
3. Do jaké míry může osobní asistence ovlivnit integraci jedince s postižením?
4. Jaký je celkový dopad integrace prostřednictvím volnočasových aktivit na osobnost jedince s postižením?

## 5 Teoretická část

### 5.1 DMO

#### 5.1.1 Vymezení pojmu DMO:

Dětská mozková obrna (DMO) je souhrnný název pro skupinu chorob charakterizovaných centrální poruchou hybnosti, která vzniká v časných etapách vývoje mozku a během života se zpravidla nezhoršuje, ačkoliv její projevy se mohou měnit. Jak již z názvu vyplývá, je to nemoc vzniklá v dětství, příčina postižení je v mozku, a to v jeho motorických oblastech, a hlavními projevy jsou poruchy hybnosti těla (obrna). Je třeba rozlišovat DMO od poruch funkce samotných svalů a periferních nervů (Kraus a kol., 2005).

Za všeobecně akceptovatelnou definici DMO bychom mohli považovat tuto (Kraus a kol., 2005): „DMO je neprogresivní, leč ve svých projevech nikoli neměnné postižení vyvíjejícího se mozku, které postihuje motorický systém, descendentní nervová vlákna z motorické kůry a často se spojuje s neurokognitivními, senzoryckými a senzitivními lézemi.“ Zároveň lze také DMO zařadit mezi neurovývojové poruchy, které představují funkční omezení způsobené nervovou chorobou. Začínají v raném věku a postihují řadu oblastí: kognitivní schopnosti, hybnost, zrak, sluch, způsob chování a vyvolávají záchvatová onemocnění. Disabilita se může projevit v jedné nebo více oblastech. Mohou ji vyvolat inzulty rozmanité etiologie. Mnohým z nich lze předcházet na primární, sekundární i terciární úrovni, a to prevencí, včasnou diagnostikou i vhodnou léčbou (Kraus a kol., 2005).

Typická je tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těžkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči ( Pipeková, Vítková, 2001).

Pro mnoho nemocných s diagnózou DMO je tato jejich jediným postižením. Avšak insult, který způsobí DMO, může zároveň poškodit i další mozkové funkce. Nečastěji se s DMO sdružuje porucha intelektuálního vývoje, epilepsie, poruchy růstu a poruchy zraku a sluchu (Kraus a kol., 2005, Lesný, 1959, Kliegman, Marcandante, Jenson, Behrman, 2006, Jankovský, 2001 a jinde).

**A) Porucha intelektuálního vývoje** je nejčastějším postižením sdruženým s DMO. Přibližně třetina dětí s DMO má lehký intelektuální deficit, další třetina je těžce postižena a třetina má normální intelekt. Míra mentálního postižení výrazně koreluje s rozsahem hybné poruchy (těžké postižení různých částí mozku). Tedy děti se spastickou kvadruparezou (kvadruplegií) mívají nejtěžší mentální deficit.

**B) Epilepsie** – u téměř poloviny dětí s DMO se objevují epileptické záchvaty, ať už generalizované (typický Grand Mal) nebo ve formě parciálních záchvatů různého rozsahu.

**C) Poruchy růstu** - u dětí se středně těžkými a těžkými formami DMO, obzvláště při spastické kvadruparéze, je častá růstová retardace. Projevuje se opožděním růstu a vývoje ve srovnání s vrstevníky. Prvním varovným signálem jsou u kojenců tedy malé hmotnostní přírůstky, v dalším vývoji je patrný menší vzrůst, během puberty se také přidává opožděný vývoj sekundárních pohlavních znaků. Pravděpodobnou příčinou je poškození mozkových center, která kontrolují růst a vývoj. Kromě celkové poruchy růstu bývají u hemiparetických (hemiplegických) forem končetiny na postižené straně hypotrofické ve srovnání s kontralaterálními. Tedy končetiny na postižené straně se vyvíjejí pomaleji a méně než na straně zdravé. Nejmarkantnější rozdíly jsou na akrech končetin. Uvážíme-li fakt, že dolní končetiny na postižené straně hypotrofické i u nemocných se spastickou hemiparézou, kteří jsou schopni chůze, lze téměř vyloučit, že je hypotrofie způsobena pouze nižší aktivitou postižené strany. Je naopak pravděpodobné, že pro zdravý růst končetin a jiných částí těla je nezbytné jejich komplexní nervové zásobení, které je u DMO narušeno na centrální úrovni.

**D) Poruchy zraku a sluchu** – velká část dětí s DMO šilhá. Šilhání (Strabismus) je způsobeno asymetrickou funkcí oko-hybných svalů. V důsledku toho nejsou osy očních bulbů rovnoběžné. Pokud vznikne v dospělosti, způsobí strabismus dvojitě vidění. U dětí je situace odlišná – mozek se přizpůsobuje tak, že ignoruje signály přicházející z jednoho oka. Toto oko je poté tupozraké. Pokud se nezačne včas léčit, může tento mechanismus vyústit v těžkou poruchu tupozrakého oka, což může progredovat do poruchy prostorového vidění. Léčba může být konzervativní – děti se „učí“ používat tupozraké oko. Někdy je ale vhodnější chirurgická korekce oko-hybných svalů.

U dětí se stranovým postižením se může objevit výpadek zorných polí obou očí stranově shodný s motorickým postižením (homonymní hemianopie).

U předčasně narozených dětí a dětí výrazně nezralých, se může projevit tzv. kyslíková retinopatie. Stav, který vzniká poškozením sítnice kyslíkovými radikály při oxygenoterapii. Tato porucha může vést až k úplné ztrátě zraku.

Poruchy sluchu se u dětí s DMO vyskytují také s vyšší četností, než u běžné populace.

## **5.2 Etiologie DMO:**

DMO postihuje v rozvinutých zemích 2-2.5 dětí na 1000 porodů (Kliegman, Marcandante, Jenson, Behrman, 2006). Incidence je vyšší u předčasně narozených dětí a u vícečetných těhotenství. Byly identifikovány některé rizikové faktory, při jejichž výskytu je vyšší riziko vzniku DMO. Autoři se obecně shodují na těchto rizikových faktorech působících v jednotlivých stádiích vývoje dítěte (Kraus a kol., 2005, Lesný, 1959, Kliegman, Marcandante, Jenson, Behrman, 2006, Jankovský, 2001 a jinde).

**Prekoncepční:** porucha funkce štítné žlázy u matky, potrat v anamnéze, mentální retardace v rodinné anamnéze

**Během těhotenství a porodu:** nízký socioekonomický status; epileptické záchvaty u matky; léčba hormony štítné žlázy, estrogenem, progesteronem; komplikované těhotenství (polyhydramnion, eklampsie, krvácení během třetího trimestru, mnohočetné těhotenství, růstová retardace plodu)

**Po porodu:** hypoxicko-ischemická encefalopatie; encefalopatie při hyperbilirubinémii

Etiologičtí činitelé, kteří se podílejí na vzniku DMO jsou různí a mohou se kombinovat. Opět je můžeme dělit dle vztahu k těhotenství a porodu. Jsou to příčiny prenatální, perinatální a postnatální.

### **Prenatální**

všechna onemocnění matky v těhotenství, infekční onemocnění, působení nejrozličnějších škodlivin, nedostatečná výživa matky, nedonošenost nebo přenošenost plodu, škodlivé působení RTG paprsků, rádiové záření.

## **Perinatální**

obtížný porod, překotný nebo dlouhotrvající porod, klešťový porod, porod pánevním koncem, krvácení do mozku, asfyxie, hypoglykémie.

## **Postnatální**

úrazy hlavy, infekce CNS, ale i bronchopneumonie, enteritidy, dyseptické stavy, novorozenecká žloutenka při RH inkompatibilitě apod.

Názory na období, ve kterém dochází k postižení vyvíjejícího se mozku po porodu, jsou různé, pohybují se mezi šesti měsíci a třemi roky. U nás převládá názor, že rozhodujícím obdobím, kdy dochází k poškození mozku, je celá doba nitroděložního vývoje, období porodu a dva až tři měsíce popřípadě až jeden rok po porodu.

V otázce etiologie DMO přidává Kraus myšlenku, že v posledních desetiletích se objevují nové skupiny příčin hybných postižení, která se původně řadila k DMO. Patří k nim HIV, infekce matky, chorioamniitida, a další infekce, jako je např. meningitida vyvolaná streptokokem B (Kraus a kol., 2005).

### **5.2.1 Diagnostika DMO**

Nejtěžší případy DMO lze diagnostikovat velmi brzy po narození, středně těžké postižení ještě v raném věku (Hrodek, Vavřinec a kol., 2002).

Projevuje se výrazná retardace v motorickém vývoji, včetně chůze. Nápadně patrná je také porucha řeči.

Vývoj řeči u dětí s DMO bývá v některých případech tak vážně narušen a má tak nepříznivé důsledky na celý psychický vývoj, že v těžších případech lze jen těžko odlišit, zda se jedná o primární zaostávání v mentálním vývoji, nebo jestli je toto zaostávání výsledkem dlouhodobé retardace ve vývoji řeči.

Některé postižené děti mají abnormální svalový tonus - *hypotonii*; dítě působí ochablým nebo uvolněným dojmem. Zvýšené svalové napětí se označuje jako *hypertonie*; dítě je toporné, neohebné, tuhé. V některých případech je dítě zpočátku hypotonické a později, po prvních 2-3 měsících života, se jeho svalové napětí mění do hypertonie. Nemocné děti mohou mít neobvyklou posturu (postavení) nebo zřetelně upřednostňují jednu polovinu svého těla.

### 5.3 Dělení DMO:

DMO můžeme dělit podle různých kritérií. Nejběžnější je dělení podle typu motorické poruchy, při kterém si všímáme především typu motorického postižení. Z toho lze částečně usuzovat i na neuropatologickou lokalizaci léze – spasticita-kortex, dystonie/dyskineza-bazální ganglia, ataxie-cerebellum. Dalším kritériem, podle kterého lze popisovat pacienty s DMO je rozsah a topografická distribuce jejich motorického postižení.

**Dle typu motorické poruchy (Kliegman, Marcandante, Jenson, Behrman, 2006):**

**Spastická** – nejběžnější forma, vyskytuje se u 70 – 80% případů. Je následkem postižení proximálních motorických neuronů pyramidové dráhy. Zřídka bývá oboustranná. Mluvíme o ní při výskytu alespoň 2 z následujících znaků:

Abnormální pohybové vzorce

Zvýšený svalový tonus

Patologické reflexy (např. Babinsky, hyperreflexie)

**Dyskinetická** – 10-15% případů. Je charakterizována abnormálními vzory chování a mimovolními, nekontrolovanými a opakujícími se pohyby

**Ataktická** – méně než 5% případů DMO. Je způsobena postižením mozečku. U pacientů dominuje abnormální postoj nebo pohyb a ztráta svalové koordinace, nebo obojí

**Dystonická** – také málo častá. Je charakterizována omezením hybnosti (hypokinesou) a hypotonií

**Choreoatetotická** – v současné době vzácná, vzhledem k prevenci a agresivní léčbě excesivní hyperbilirubinémie. Této formě dominuje hyperkineza a hypotonie

**Smíšená** (10-15% všech případů) – tento název se používá v případech, kdy se objevuje více pohybových vzorů a když jeden z nich jasně nedominuje. Obvykle je spojena s dalšími postiženími (senzorické postižení, epileptické záchvaty a kognitivně-perceptuální postižení)



### **Dle rozsahu postižení (Kliegman, Marcandante, Jenson, Behrman, 2006):**

**Hemiparetická (hemiplegická)** forma: převážně jednostranné postižení horních a dolních končetin na téže straně nejčastěji spastického typu, zpravidla s větším postižením horní končetiny

**Diaparetická (diaplegická)** forma: je nejčastější formou DMO a podle Krause jí trpí 4/5 postižených dětí (Kraus a kol., 2005). Projevuje se motorickým postižením obou dolních končetin, nicméně horní končetiny mohou být také v určité míře zasaženy, s kontrakturou adduktorů stehien a zkrácením lýtkových svalů, což ústí v typickou tzv. nůžkovitou chůzi

**Kvadruplegická (kvadraparetická)** forma: popisuje omezenou funkci všech čtyř končetin

## **5.4 Některé možnosti terapie DMO:**

Kauzální léčba DMO neexistuje. Léčebnými zásahy však může být ovlivněna kvalita života postižených dětí. Pokroky v léčbě tohoto postižení vedou mnohdy k tomu, že včas a správně léčený jedinec může vést téměř normální život. Nedá se najít jediná standardizovaná léčebná metoda, která by byla účinná u všech nemocných. Vždy je nutné zvolit komplexní, multioborový postup. Lékař, který vede léčbu musí nejprve ve spolupráci se specialisty rozpoznat individuální poruchy a z nich vyplývající potřeby. Poté je třeba stanovit léčebný postup, který bude nejvíce vyhovovat potřebám postiženého dítěte (Hrodek, Vavřinec a kol., 2002).

**Farmakoterapie** – v terapii DMO se využívá celé řady různých farmak rozlišných skupin, např. Antispastika (BTX (botulotoxin), Baclofen, Benzodiazepiny, Clorazepat, Ketazolam atd.), léčiva ovlivňující iontové kanály (Dantrolen, Lamotrigin, Riluzol), léčiva působící na monoaminy (Tizanidin, Clonidin), inhibiční neuromediátory (Glycin, Threonin) a další (Kraus a kol., 2005).

### **Rehabilitační metody**

**Vojtova metoda**, též nazývána jako **metoda reflexní lokomoce**, je soubor cvičebních technik používaných k léčbě tělesných a psychických poruch, objevená MUDr. Václavem Vojtou. Jejím základním principem je fakt, že v centrálním nervovém systému člověka jsou geneticky zakódované vrozené pohybové vzory. Na základě studií

léčby dětí s dětskou mozkovou obrnou z 50. let byly identifikovány specifické body, díky nimž je možné stimulovat tělo k určitým vrozeným pohybům, a to hlavně tlakem na příslušná citlivá místa (především na periost kostí a fascie). Kromě samovolné pohybové aktivity dochází současně k fyziologické aktivaci bránice a svalů břišní stěny, pravidelnému hlubokému dýchání, upravení tepové frekvence, pozitivní stimulaci nervových center a celkovému zlepšení mentální aktivity (Kolářová, Hánová, 2007).

Metoda je založena na znalosti vývoje pohybových vzorců během života dítěte. Vývoj pohyblivosti (motoriky) člověka je určen geneticky, probíhá zcela automaticky a je pokračováním vývoje v děloze.

Vývojová kineziologie se zabývá motorickým vývojem dítěte a dává terapeutovi pravidla k rozpoznání ideální hybnosti dítěte. Znalost vývojové kineziologie je přínosem nejen pro rehabilitaci pohybových poruch v pediatrii, ale má své nezastupitelné místo i v rehabilitaci dospělých (Vojta, 1993).

Terapeutický systém V. Vojty zahrnuje tři modely – polohy k vyvolání reakce stimulací příslušných bodů (Vojta, 1993):

- model, který se aktivuje v poloze na břicho se nazývá reflexní plazení
- model aktivovaný z polohy na zádech se nazývá reflexní otáčení
- model aktivovaný z polohy na obou kolenou se nazývá 1. pozice

Prostřednictvím terapeutických modelů reflexního plazení, reflexního otáčení a první pozice a odpovídajících bodů (aktivačních zón) vyvolává terapeut u pacienta svalové souhry. Tyto svalové souhry jsou identické se svalovými souhrmi, které pozorujeme u dětí během jejich motorického vývoje ve věku do jednoho roku (Kolářová, Hánová, 2007).

Cílem není naučit pacienta se otáčet či plazit, ale vyvolat, případně obnovit vrozené svalové vzorce, které umožňují kvalitní stoj a chůzi.

**Možnosti ortopedické terapie DMO** – pro pacienty s DMO je operační ortopedická léčba vždy doplňkovou. Je použitelná v okamžiku, kdy konzervativní rehabilitační a neurologické metody již dále nejsou schopny ovlivnit stav. Je plně indikovaná tehdy, když se již pacient vlivem spasticity není schopen dále pohybově rozvíjet, a když opět vlivem spasticity hrozí luxace kloubů. Primárním cílem

ortopedických operací u pacientů s DMO je vertikalizace, tedy umožnění stoje, potažmo chůze. Dalším, neméně podstatným cílem je umožnění sebeobsluhy a manuální práce. Z uvedeného logicky vyplývá, že vzhledem ke snaze o vertikalizaci, jsou nejčastější operace na dolních končetinách – vůbec nejběžnější je prolongace Achillovy šlachy, která byla poprvé provedena v roce 1831 (Schejbalová, 2005).

**Selektivní zadní rhizotomie** – je účinnou a všeobecně akceptovanou standardní neurochirurgickou metodou léčby spasticity při DMO u pečlivě vybraných pacientů. Při SDR neurochirurg rozdělí zadní kořeny v rozsahu segmentů L2-S1 na svazečky. Následuje individuální stimulace jednotlivých svazečků a monitorující tým hodnotí vyvolanou svalovou odpověď. Svazečky s abnormální odpovědí jsou vhodné k transekcí. Ideálními pacienty jsou děti ve věku 3 až 10 let, chodící, se symetrickým postižením, čistou spasticitou, dobrou svalovou silou a koordinací, bez muskuloskeletálních deformit, s dobrým intelektem, orientací a motivací. Uvedená kritéria však nejsou podmínkou a navíc je takových pacientů jen velmi málo (Kraus a kol., 2005).

## **5.5 Integrace**

### **5.5.1 Historie**

Pojmem integrace se Evropa i Amerika začala prvně více zabývat v 70. letech minulého století, v 90. let minulého století pak zažívala integrace své zlaté období rozvoje. Do České republiky se tento termín a jeho filozofie poprvé v plném slova smyslu probojoval až asi o dvacet let později, v době po pádu železné opony, v 90. letech 20. století. Dnes se kolem tohoto pojmu vedou celosvětově neustálé diskuze a stává se tématem mnoha debat i inspirací pro různé výzkumy.

Ačkoli největší evropský rozvoj institucí i dalších forem vzdělávání pro děti se zdravotním postižením spadá bezesporu až do dvacátého století, první ústavy v Evropě se začaly objevovat již na konci století osmnáctého. Bylo to období charakteristické segregovanými přístupy a podle jednotlivých druhů postižení zaměřené na výchovně vzdělávací cíle. Toto období je možno nazvat rehabilitačním (Kocurová a kol., 2002). Dnes je jednou z největších kritik tohoto období, které někde alespoň částečně přetrvává dodnes, fakt, že veškerá pozornost byla soustředěna pouze na konkrétní postižení, vadu.

V tehdejší době se ovšem jednalo o revoluční opatření – speciální školy a ústavy byly jediné instituce, v nichž se mohli jedinci s postižením vzdělávat. Jako první z těchto institucí u nás vzniklo v roce 1871 Ernestinum v Praze, po té Jedličkův ústav pro děti zmrzačelé v Praze – 1913, Ústav pro zmrzačelé v Brně – 1919 a Ústav pro děti zmrzačelé a rachitické ve Zbůchu u Plzně – 1921 (Průchová, 2008).

V Evropě i Americe zaznamenáváme první diskuze a snahy o integraci již těsně po konci druhé světové války, kdy dne 10. prosince 1948 Valné shromáždění Organizace spojených národů schválilo Všeobecnou deklaraci lidských práv. K dalšímu výraznějšímu rozvoji pak dochází po roce 1950, kdy vedle rozvoje systému speciálního školství dochází navíc ke vzniku nové pedagogické disciplíny, disciplíny speciální pedagogiky, která je přímo určená k tomu, aby se věnovala vzdělávání a socializaci znevýhodněných jedinců. Ani přesto však není společnost ani školský systém schopen poskytnout vzdělání bez výjimky všem dětem. Stále existuje skupina dětí s těžkým stupněm mentálního postižení a kombinovanými vadami, která je ze systému vzdělávání vyčleňována. V tehdejší Školském zákoně č. 95/1948 Sb. dokonce bylo stanoveno: “... děti, které podle úředního zjištění nelze vzdělávati pro těžkou nemoc anebo duševní nebo tělesnou vadu, nejsou povinny choditi do školy ...“ (Průchová, 2008).

Zatímco ve světě se v 70. a 80. letech společnost i instituce plně věnují rozvoji integrace (v roce 1971 se například v Římě koná První mezinárodní konference týkající se práv a legislativních opatření osob se zdravotním postižením, v návaznosti na Chartu práv dítěte z roku 1959 se formulují a přijímají další důležité listiny týkající se práv dětí, konkrétně například Úmluva o právech dítěte roku 1989), nemá zatím Česká republika důvod vymanit se ze stereotypu, kde je integrace pouze vzácnou výjimkou (nahrává tomu i tehdy běžně vysoký počet žáků ve třídách).

Rok 1981 je Valným shromážděním OSN vyhlášen rokem zdravotně postižených osob. Dále je přijata i Deklarace práv mentálně postižených osob a o čtyři roky později je schválena také Deklarace práv zdravotně postižených osob. Nadto je rok 2003 vyhlášen Evropským rokem osob se zdravotním postižením (Informační centrum OSN v Praze).

V České republice je naopak před rokem 1989 celý systém nastaven k podpoře segregace a běžně se v tomto období praktikuje odkládání znevýhodněných osob nebo jedinců s postižením do ústavů a léčeben, které jsou zpravidla umístěny na těžko dostupných nebo málo obydlených místech, tak aby byly úplně mimo kontakt a dohled

běžného života ostatních lidí. Až posledních dvacet let je široká veřejnost v naší republice seznamována s filozofií integrace a jejími důsledky, a s uspokojením může být konstatováno, že mezi největší změny posledních let v tomto ohledu patří důraz na rovnost a antidiskriminační politiku (Jesenský a kol, 1995).

### 5.5.2 **Definice**

Pod termínem integrace v nejširším slova smyslu rozumíme sjednocení či sjednocování. Vzniklo z latinského slova *integer*, tedy *celý, úplný* a v doslovném překladu toto slovo znamená znovu vytvoření celku.

Integrace obecně je tedy proces spojování, kumulování či scelování.

Přehled různých definic integrace zdravotně postižených jedinců nalezneme v různých materiálech zaměřených na toto téma. Například ve skriptech Marie Kocurové je uváděno že: „integrace je vrcholný stupeň procesu socializace, představující nejvyšší stupeň zapojení jedince do společnosti (Sovák); integraci lze definovat jako stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy „jeden pro druhého“ (Jesenský); integrace je určitým, kvalitativně vyšším stupněm adaptace, lze jí chápat jako takové začlenění jedince /z nějakého důvodu odlišného/ do prostředí majoritní společnosti, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí přijat a sám se s ní identifikuje (Vágnerová)“ (Kocurová, 2002).

Integraci lze rovněž definovat jako proces, při kterém se obě strany vstupující do vzájemného kontaktu něčeho vzdávají, aby zároveň něco získaly. Všem jsou dána stejná práva ve všech společenských sférách, aniž by se očekávalo, že se nově příchozí zbaví svých specifík.

### 5.5.3 **Formy**

#### **Sociální integrace**

Sociální integraci, sociologii i další společenskovední disciplíny lze definovat jako pohyb menšinových skupin, do kterých je například možné počítat etnické menšiny, uprchlíky či skupiny znevýhodněných osob, do hlavního proudu společnosti. Členové menšinových skupin tím získají plný přístup k možnosti využití práva a služeb,

kteře jsou k dispozici běžným členům tohoto hlavního proudu (Kodymová, Holda, 2008).

Z pohledu sociologie je proces sociální integrace nevyhnutelně spojený s pojmem sociální solidarity, tedy dobrovolnou společenskou soudržností, ochotou ke vzájemné pomoci a podpoře v rámci nějaké skupiny. Pro někoho se pod tímto pojmem skrývají rovné příležitosti a práva pro všechny lidské bytosti a s tím i spojené stálé zlepšování jejich životních šancí. Jiní si pod ním mohou jednoduše představit popis zavedených modelů lidských vztahů v nějaké dané společnosti (Kodymová, Holda, 2008). Zjednodušeně lze ovšem integraci vysvětlit jako sociální začlenění. Osobnost každého člověka je totiž spoluvytvářena v rámci společenství a sítě sociálních vztahů, jen díky nim si každý jedinec utváří identitu i rámec pro své konání. Vlastní cíle si pak ukládá pod vlivem společenství (rodiny, domácnosti, sousedství) a institucí (školy, sdružení).

**Vzory sociální integrace** jsou pravidla, které utvářejí národy, druhy chování, v rámci nichž se určují vztahy mezi lidmi, pravděpodobnost přežití nebo jen možnost posunout se kupředu, síly jakými je vytvářeno a distribuováno bohatství, jaké vztahy mezi člověkem a přírodou převažují. V každé situaci je možné najít vzorec sociální integrace, respektive síť sociálních vztahů, které vnitřně předurčují, co je v daných podmínkách špatné a co dobré, a také jak různé skupiny využijí své přirozené prostředí (Lebeer, 2006).

**Procesy sociální integrace** zahrnují sociální integraci a dezintegraci. Prostřednictvím těchto dvou procesů se konkrétní hodnoty či instituce buď vytvářejí nebo rozkládají. Současný zájem o dezintegraci je přímým podnětem k hledání odpovědí na otázky rozpadu institucí a morálních kódů (například států, kostelů, rodin) díky kterým bychom byli schopni lépe porozumět i těm sociálním vztahům, které se namísto nich dostávají do popředí. Rostoucí integrace naznačuje hlubší propojenost sociálních vztahů, kde životní šance jedněch jsou více spjaty s šancemi ostatních a méně samostatně života schopny. Dezintegrace naopak znamená rozpad existujících vazeb. Vztah mezi integrací a dezintegrací je ovšem velmi symbiotický – stejně jako například v kaleidoskopu tam totiž při rozpadu/dezintegraci jednoho vzoru dochází k možnosti vzniku/integraci vzoru jiného (Lebeer, 2006).

Před procesem jakékoli plánované integrace je nicméně nezbytné si položit otázku koho, v jakém slova smyslu a kam máme v úmyslu integrovat.

## Školní integrace

Podle Pedagogického slovníku z roku 1995 je integrace (respektive školní integrace) škála způsobů nebo přístupů k zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol (Průcha, Walterová, Mareš, 1995).

Integraci v tomto slova smyslu tedy chápeme jako vyučování všech žáků, za podpory učitelů, v běžných školách, a to tak, že navštěvují třídy odpovídající jejich věku. Její podstatou je společný život a společné učení handicapovaných a běžné populace. Jejím cílem tedy není pouhé sympatické akceptování poruch učení nebo chování, ale využití potenciálu žáka, zapojit žáka nejen v prostředí školy, ale úspěšně ho dovést až do dospělosti, k životu v běžném světě. Integrace jako prosté organizační včlenění žáka, bez adekvátní, odborně poučené a metodicky diferencované péče o něj, je nedostatečná (Michalík, 2005).

Školní integrace může být praktikována buď individuálně či skupinově (Výzkumný ústav pedagogický, 2010):

**Individuální integraci** rozumíme vzdělávání žáka v běžné škole nebo ve škole samostatně zřízené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Ve třídě základní školy, která není určena pro žáky se zdravotním postižením, lze s přihlédnutím k rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb integrovat nejvýše 5 žáků se zdravotním postižením.

V případě individuální integrace žáka se zdravotním postižením škola nemusí zpracovávat samostatný školní vzdělávací program.

**Skupinovou integraci** rozumíme vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve škole samostatně zřízené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Žák se zdravotním postižením je přednostně vzděláván formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem, a podmínkám a možnostem školy. V případě skupinové integrace žáků se zdravotním postižením škola zpracuje samostatný školní vzdělávací program formou přílohy ke stávajícímu ŠVP; příloha bude mít strukturu ŠVP, ale nebudou v ní uvedeny ty části, které by kopírovaly stávající ŠVP.

#### 5.5.4 Stádia

**Segregace** je pojem, který vznikl z latinského *sé-gregó*, od *grex, gregis*, tedy *stádo* a znamená původně oddělení, vyloučení ze stáda. V současné době, přeneseně, tímto slovem vyjadřujeme vyloučení určitého jedince nebo skupiny jedinců ze společnosti, respektive proces, kdy jsou jednotlivci či celé skupiny vytěšňovány na okraj společnosti a je jim omezován nebo zamezen přístup ke zdrojům, které jsou dostupné ostatním členům společnosti. V současnosti je nejčastěji pojem segregace v otázce sociální integrace používán v souvislosti s rasovou diskriminací a segregací, nejčastěji konkrétně segregací Romů, respektive ve školní integraci segregace romských dětí/žáků (Nes, Stromstad, 2006).

I na segregaci se ovšem dá dívat minimálně ze dvou úhlů pohledu a nebylo by správné ji pouze kritizovat. Například v případě segregovaného speciálního vzdělávání může být ku prospěchu věci. Jak se totiž shodují někteří autoři, vývoj speciálního vzdělávání musí být viděn a posuzován na pozadí širších kulturních, sociálních a politických změn.

**Inkluze** je pojem vyjadřující rovnoprávný vztah, a tedy i vyrovnání příležitostí a zejména úplné začlenění. Je často brána jako synonymum pojmu integrace, nežádka je ovšem chápána i jako její vyšší stupeň. Bazalová například ve své publikaci uvádí, že inkluze se dá chápat jako stav, kdy se člověk s postižením rodí do společnosti, která akceptuje jeho odlišnost a odlišnost každého svého člena, kdy je tedy normální být jiný; takové dítě se rodí do společnosti, která se nad jeho stavem vůbec nepozastavuje (Bazalová, 2006). Inkluze zahrnuje všechny lidi bez výjimky. Vyžaduje kooperaci dětí, rodičů i dalších jedinců. Podle Jankovského slyšíme nejčastěji tento pojem v souvislosti s přirozeným a nenásilným začleňováním (integrací) lidí se zdravotním postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili integrální součást této společnosti. Souvisí to s vyrovnáváním příležitostí, jde o vztah majority (intaktní populace) a minority (lidí s postižením), jehož kvalita se promítá do všech oblastí vzájemného soužití, např. volný čas, sport, zaměstnání, politika, samozřejmě edukace aj. (Jankovský, 2001). V oblasti školní integrace například tento proces zahrnuje celé školství jako systém, ne pouze některé skupiny žáků. Vychází z principu, že všichni žáci by měli patřit k jedné sociální, akademické a kulturní skupině a měly by se spolupodílet na jejím životě. V kontextu školní integrace může být tedy inkluze brána jako princip či filosofie, která předpokládá, že škola vytvoří unifikovaný systém vzdělávání všech žáků dohromady,



přičemž zachová stejnou úroveň kvality i vhodné věkové skupiny a zároveň do tohoto procesu zahrne všechny studenty, nejen studenty se speciálními vzdělávacími potřebami (Výzkumný ústav pedagogický, 2010).

Vztah integrace a inkluze v souvislostech školní integrace může být vymezen následovně (Kocurová, 2002):

**Tabulka 1: Vztah integrace a inkluze**

<b>Integrace</b>	<b>Inkluze</b>
Zaměření na potřeby jedince s postižením	Zaměření na potřeby všech vzdělávaných
Expertízy specialistů	Expertízy běžných učitelů
Speciální intervence	Dobrá výuka pro všechny
Prospěch pro integrovaného žáka	Prospěch pro všechny žáky
Dílčí změna prostředí	Celková změna školy
Zaměření na vzdělávaného žáka s postižením	Zaměření na skupinu a školu
Speciální programy pro žáka s postižením	Celková strategie učitele
Hodnocení žáka expertem	Hodnocení učitelem – zaměření na vzdělávací faktory

### 5.5.5 Podmínky

Úspěšné integraci musí předcházet splnění hned několika podmínek. Jelikož je většina těchto podmínek úzce provázána a zároveň není možné většinu těchto podmínek nijak změřit nebo vyhodnotit, je nejdůležitějším článkem mezi nimi kvalitní komunikace a to na všech úrovních a zejména mezi všemi zúčastněnými stranami. Nejdůležitějšími podmínkami ke splnění úspěšné integrace jsou rodina, škola a učitelé, včasná diagnostika a následné poradenství, dále pak prostředky speciálně pedagogické podpory jakými jsou například osobní asistent, rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky nebo úprava vzdělávacích podmínek (Michalík, 2005).

Je zvláště důležité poukázat na nezbytnost osobní asistence pro odlehčení tlaku na rodinu i důležitost socializace prostřednictvím přirozených, volnočasových aktivit.

Obecně lze podmínky úspěšné integrace rozdělit na vnější a vnitřní.

## **Vnější**

jsou podmínky, které jsou určovány v kontextu širších společenských podmínek. Mohou být rovněž nazývány strukturálními. V širším slova smyslu se jedná o celou sociální politiku včetně trhu práce a vzdělávání a jejich charakteru. Konkrétně například tyto podmínky vyplívají z jednání lidí, kteří se nacházejí mimo skupinu sociálně vylučovaných.

Vnější podmínky v souvislostech školské integrace je možné rozdělit do následujících kategorií (Vítková, 2010):

- **personální** – tedy osobnost pedagoga

U pedagogů se předpokládá určité vzdělání nebo přinejmenším orientace na poli speciálně pedagogických znalostí. Kromě základní orientace ve speciálně pedagogické problematice se dále u pedagogů předpokládá další profesní vzdělávání a samozřejmě profesní učitelské přípravy

- **materiálně-technické** – tedy adekvátní personální a materiální vybavení

Pro vzdělávání tělesně postižených žáků je příkladně předpokladem splnění nutných architektonických předpokladů, v ideálním případě vytvoření bezbariérového prostředí. Dále i ergonomické vybavení (tedy sklápěcí a výškově nastavitelné lavice, speciálně upravené židle atd.).

- **organizační**

Samozřejmostí by měl být nižší počet žáků ve třídě, volby vhodných (alternativních) vzdělávacích metod. Zejména těch flexibilních organizačních forem, u kterých je předpokladem obrát od tradičních vyučovacích hodin k formám otevřeného vyučování, například k vyučování projektovému.

- **postoj společnosti a konkrétních jedinců**

Míra předsudků a strachu rodiny (ať už vědomého či podvědomého) do velké míry ovlivňuje rozhodnutí, zda jedince s postižením umístit do běžné školy i následný proces přijetí takového jedince v dané škole. Tento proces totiž zahrnuje kromě rodiny postiženého i pedagogický sbor a spolužáky – a to jak v přístupu jednotlivců, tak i celého třídního i mezitřídního kolektivu.

## **Vnitřní**

oproti vnějším, jsou naopak ty jevy, jež jsou uváděny v existenci následkem jednání konkrétních lidí, kterých se sociální vyloučení přímo týká. Sami svým jednáním dokonce mohou situaci sociálního vyloučení způsobovat nebo jeho současnou existenci posilovat. Mohou být rovněž nazývány individuálními. Vznikají většinou jako důsledek vnějších příčin. Můžeme mezi ně řadit na jedné straně apatii a nízkou motivaci k řešení vlastních problémů, na straně druhé naopak orientaci na okamžité uspokojení svých potřeb.

Vnitřní podmínky v souvislostech školské integrace je možné rozdělit do následujících kategorií (Vítková, 2010):

- **osobnost** – tedy psychický, sociální a kognitivní vývoj žáka s postižením

Pokud vývoj žáka v oblasti psychické, sociální a zejména kognitivní odpovídá věku, je možné ho vzdělávat podle stejného vzdělávacího programu jako intaktní vrstevníky.

- **rodinné zázemí**

Jedním z nejdůležitějších činitelů v celém procesu integrace je přístup nejbližších rodinných příslušníků (matka, otec, sourozenci), jejich podpora a jimi vybudované rodinné zázemí.

## **5.6 Osobní asistence**

### **5.6.1 Definice**

Podmínkou úspěšné integrace ve školním prostředí i v rámci volnočasových aktivit je často účast osobního asistenta. Zjednodušeně lze říci, že osobní asistence je kompenzace těch činností, které nemůže klient vykonávat sám a které jej omezují v životě, v uspokojování osobních potřeb, při vzdělávání nebo v zaměstnání, prostřednictvím osobního asistenta (Kozlová, 2005). V běžném životě to znamená, že v mnoha případech by postižený člověk bez osobní asistence nemohl žít ve svém přirozeném prostředí. Osobní asistenci je tedy možno shrnout pod komplex služeb, který se skrze osobního asistenta snaží zprostředkovat pomoc člověku se zdravotním postižením, aby ten mohl zvládnout úkony, které by za normálních okolností, tedy

pokud by postižení neměl, mohl vykonávat sám.

Činnosti v rámci služeb osobní asistence zahrnují zejména běžné, každodenní úkony jako například osobní péči, pomoc při sebeobsluze, oblékání. Zabezpečení hygieny, a to včetně toalety. Asistenci při přepravě, pomoc při jídle i pití. Zároveň i ošetrovatelskou péči a pomoc při nouzových nebo havarijních situacích. Pomoc se zajištěním chodu domácnosti a nákupů (Pörter, 2009).

V neposlední řadě je ovšem nutno říci, že kromě výše zmíněných závazných činností, zahrnuje osobní asistence také zajištění kontaktu se společenským prostředím a pomoc při zájmových aktivitách.

Důležitým artefaktem poskytování služby osobní asistence je také to, že není omezena nebo předurčena časem ani místem.

### 5.6.2 **Cíle a podmínky**

Cílem poskytování služeb osobní asistence je pomoci člověku, který k životu pomoc druhého člověka potřebuje.

Hlavním cílem je zachování integrity, ve smyslu slova neporušenosti osobnosti člověka a to i navzdory jeho nemohoucnosti plynoucí z postižení, nemoci, stáří a nebo ze zcela jiné příčiny. Nezbytnou podmínkou pro splnění tohoto cíle je úcta k důstojnosti daného jedince i k jeho životnímu stylu a naplnění smyslu jeho života. V konkrétnějším kontextu je to tedy podmínka, aby daný člověk mohl žít životem, který se co nejvíce blíží běžnému standardu života intaktní společnosti (Dubec, 2007).

Výchozím cílem je pak zajištění základních životních potřeb. Do těch se jednak řadí potřeby biologické, tedy bazální lidské potřeby jako je příjem potravy, hygiena, toaleta, polohování, ale také pomoc při obstarávání domácnosti, při nákupech a dalších nezbytných pochůzkách. A jednak i potřeby společenské, tedy například pomoc při výchově dětí, pomoc při vzdělávání nebo zaměstnání i při kulturních a sportovních aktivitách (Novosad, 2009).

Osobní asistence má pomoci řešit pouze sociální zabezpečení klienta, ne jeho případné potřebné zdravotnické ošetřování. To musí být zajištěno jinými odborně připravenými osobami.

Veškeré výše zmíněné cíle a podmínky jsou nezbytnou kompenzací zdravotního

postižení.

### 5.6.3 Typy osobní asistence

**Sebeurčující osobní asistence** je taková asistence, při které má klient maximální možnost určovat si sám způsob svého života. To je umožněno tím, že si školí osobního asistenta a řídí jeho práci podle vlastních potřeb. Je to tedy typ asistence, který nevyžaduje žádné odborné školení asistentů. V případě, že je potřeba jakékoli školení přesahující základní, všeobecné vzdělání, nejedná se už o sebeurčující ale o řízenou osobní asistenci. V případě asistence sebeurčující musí totiž být klient schopen se sám z veliké části na určování procesu pomoci podílet. To znamená, že takzvaný uživatel služeb, si musí být schopen vyškolit svého osobního asistenta, a nadále i vést a organizovat jeho práci. Pokud tohoto schopen není, musí o něj být postaráno řízenou osobní asistencí, případně jinými způsoby péče (Hrdá, 1997).

**Řízená osobní asistence** se vyznačuje tím, že vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů, jelikož se týká osob, které potřebují specializovanou pomoc. Jedinec s potřebou tohoto typu osobní asistence si své osobní asistenty neškolí ani neorganizuje jejich práci. Tento typ asistence se specializuje na osoby se smyslovým postižením, kde je pro nejúčelnější využití kvalifikace osobních asistentů jednoznačně nutná koordinace zvenku. Další cílovou skupinou na kterou se tento typ osobní asistence zaměřuje jsou osoby s postižením mentálním či psychickým, které si nedovedou z podstaty svého postižení práci osobního asistenta sami řídit (Hrdá, 1997).

Ve stručnosti se tedy dá říci, že osobní asistence je jeden z druhů komplexní péče o osoby s postižením a představuje ideální způsob kompenzace postižení. Díky této kompenzaci je i člověku s velmi těžkým postižením umožněno žít doma nebo ve vlastní domácnosti životem blízkým běžnému standardu. Je to cesta k důstojnému životu, k existenci, ve kterém může i občan s těžkým postižením studovat nebo pracovat a uplatnit své schopnosti a dovednosti. Osobní asistent pak pomáhá nebo přímo vykonává ty činnosti, které by znevýhodněný jedinec dělal sám, kdyby mohl. Pomáhá řešit životně důležité situace, které by daný jedinec, s ohledem na své postižení, sám vyřešit nezvládl. Zároveň pomáhá osobě s postižením naplňovat základní životní potřeby. A to jak potřeby biologické (jako jsou jídlo, pití, spánek, toaleta, hygiena, úprava prostředí nebo pohyb), tak kulturní (jako jsou vzdělávání, zaměstnání, nakupování, procházky, kultura či styk s lidmi a úřady). Všechny výše zmíněné potřeby jsou pak naplňovány buď formou řízené nebo sebeurčující osobní asistence (Kučera, 2000).

## **5.7 Volnočasové aktivity**

Volný čas může být definován jako doba přímo související s volnočasovou aktivitou, tedy činností prováděnou dobrovolně ve volném čase každého člověka. Obecně je to doba, kdy se člověk věnuje svým zálibám, koníčkům nebo aktivitám, které si sám zvolí a které mu přinášejí radost či uspokojení. Ve volném čase má člověk prostor pro svou vlastní tvořivost a seberealizaci. Konkrétní činnost, která je ve volném čase prováděna, pak většinou souvisí s tělesnými, duševními, sociálními, uměleckými nebo duchovními prvky. Činnost prováděná v době volného času se nazývá volnočasovou aktivitou. Volnočasovou aktivitou je možno nazvat prostor, kdy si člověk svobodně volí činnost nebo činnosti, které ho zajímají a kterým se chce a bude v následující době věnovat. Tyto činnosti mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé, prováděné pravidelně či náhodně. Podmínkou však je, že tyto aktivity nejsou povinností. Člověk je musí vykonávat dobrovolně a nadto by mu tyto činnosti měly přinášet určité uspokojení. Volnočasové aktivity se ovšem nevztahují na dobu spánku a biologických potřeb člověka, ani na povinnou školní docházku. Naopak jsou to aktivity, které velice úzce souvisí se zájmem – ať už je tento zájem konkrétní (činoherní divadlo) nebo obecný (umění). V dnešní uspěchané době se zdá těžké najít přirozenou rovnováhu mezi časově náročným plněním všednodenních povinností a nezbytným odpočinkem při volnočasových aktivitách (Pávková, 1999).

### **5.7.1 Dramaterapie**

Jednou ze specifických volnočasových aktivit může být realizace uměleckých aktivit (výtvarné umění, hudba, tanec, divadlo). Vzhledem k okolnostem realizace výzkumné části předkládané práce se dále podrobněji zabývám problematikou dramaterapie.

Dramaterapie, často nazývána též dramoterapie, případně dramatoterapie může být definována různými způsoby.

The British Association for Drama Therapy definuje disciplínu takto: „Dramaterapie pomáhá porozumět a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace.“ (Pipeková, Vítková, 2001).

The National Association for Drama Therapy ve Spojených státech nabízí následující vymezení: „Dramaterapii lze definovat jako záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní a fyzické integrace a osobního růstu.“ (Landy, 1985)

Obecně lze tedy, z pohledu systematizace divadelního versus paradržadelního vnímání světa, popsat dramaterapii jako činnost záměrného upravování narušené činnosti organismu uměleckými prostředky, respektive postup upravující narušenou činnost organismu prostřednictvím dramatických, neboli divadelních, prostředků.

V celosvětovém kontextu lze pak dramaterapii zařadit pod arteterapii v širším slova smyslu.

Při konkrétnějším popisu postupu dramaterapie musíme zmínit práci se znaky a metaforami, fikcí a primárním ztvárněním jiných postav. Je to svébytný proces, kde volné asociace během improvizací, hraní v roli a vyprávění příběhů působí jako dramaterapeutické prostředky. Je k ní možné využít práci s loutkami, maskami, líčením, psaným textem či elementy muzikoterapie.

V porovnání s ostatními divadelně-terapeutickými postupy má dramaterapie zdaleka nejširší klientelu. Největší skupinu klientů tvoří mentálně postižení jedinci s autisty, druhou nejfrekventovanější skupinou jsou pacienti psychiatrických klinik, neurotici a psychotici, dále pak mládež s poruchami chování a mládež se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, mládež ohrožená sociálně patologickými jevy a mládež či dospělí jedinci nacházející se ve výkonu trestu a v neposlední řadě také gerontologičtí klienti. Poměrně okrajovou skupinu prozatím tvoří mládež a dospělí jedinci se smyslovým či tělesným postižením - pokud se nejedná o vícečetné postižení s mentální retardací (Pipeková, Vítková, 2001).

Nespecifické cíle dramaterapie jsou podle René Emunah, významné kalifornské dramaterapeutky, následující (Emunah, 1994):

- zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence
- navození schopnosti uvolnit se
- naučit se kontrolovat svoje emoce
- změnit nekonstruktivní chování

- rozšíření repertoáru rolí pro život
- navození schopnosti spontánního chování
- rozvoj představivosti a koncentrace
- posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování intrapersonální inteligence
- navození schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti

Stejná autorka se v prologu své knihy (dnes již kultovní práce v oboru dramaterapie) *Acting for Real – Drama Therapy* zamýšlí metaforicky nad posláním a významem dramaterapie: „Hraji scény v dramatu lépe, než je umím hrát v životě,“ sdělil mi jeden můj klient. Chápala jsem ho – je pravda, že scéna nabízí volnost k překonání našich obvyklých omezení. O šest měsíců později – na potvrzení této pravdy – mi klient řekl: „Způsob jakým hraji svůj současný život je stejný jakým jsem hrával předtím v dramatu.“ (Pipeková, Vítková 2001). Běžný pohled na drama působí jako zrcadlo života. Klienti často tvrdí, že „předstírání, že jsem v dramatu“ (tj. například při dramaterapeutické lekci) jim umožňuje zvládat věci v reálném životě, které se jim dříve jevily jako příliš těžké a kterých se příliš obávali. Kontext dramatu, který klienti při terapii zažili, byl v mnoha případech zažit poprvé v životě. Existuje silná vazba mezi činností na jevišti a běžnou činností v reálném životě. Hraní role a celkové emocionální portréty v dramatu se stávají součástí osobního repertoáru, a je možné je následně využít v běžných životních situacích. Drama evokuje kapacitu empatie a identifikace s druhými.

Lze tedy s jistotou říci, že užití dramatu jakožto terapie, pomáhá k osobnímu rozmachu, k rozvoji vnitřní svobody a navíc umožňuje rozkrýt a integrovat nevyužitou kapacitu nás samých, hlouběji procítit společenskou interakci či vlít více světla do toho, kdo jsme.

Základním prostředkem dramaterapie je improvizace, která má blíže ke skutečnému životu než jakýkoli strukturovaný tvar, protože podporuje vhled do modelových situací, umožňuje vyjádření aktuálního stavu a citění, rozvíjí spontaneitu a lépe odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty a volné asociace.



## 6 Výzkumná část – případová kvalitativní studie

### 6.1 *Metody výzkumu*

Základním a jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu je případová studie. V centru pozornosti tohoto typu výzkumu je případ. Případem rozumíme objekt našeho výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina, organizace atd. (Miovský 2006).

Samotný kvalitativní přístup je Miovským definován jako přístup využívající principu jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. Pracuje se v něm plánovitě s reflexivní povahou zkoumaného objektu, tedy se základní, okamžitou a neměnnou odpovědí organismu na podnět (Miovský, Čermák, Chrz, 2005).

Případová studie je rozbořením stavu, jeho vývoje a vzájemného působení prostředí a jedince nebo skupiny jedinců až celých komunit. Tyto se pak sledují, zaznamenávají a analyzují. Tím se dospěje k závěrům, které tyto stavy i jejich vztahy k vnitřním a vnějším podmínkám vysvětlí. Jinak řečeno analyzováním jednotlivých případů v průběhu celého výzkumu se usnadní vysvětlení případu v jeho celistvosti a umožní tak najít výsledky, které jdou více do hloubky a zároveň jsou i přesnější. Případovou studii lze popsat jako vhodnou strategii pokud máme malou možnost kontroly nad zkoumanými procesy a událostmi (Hendl, 1997).

Základní charakteristiky případové studie lze popsat jako strategii, která klade, v kontextu funkčních a bazálních oblastí života účastníka výzkumu, důraz na jeho celistvost. Je to metoda, kterou je možné na případové úrovni, využít ke zpětné kontrole výsledků, kterých bylo dosaženo jakoukoli jinou výzkumnou metodou či postupem.

Za obecné požadavky pro použití případové studie lze považovat jasně formulovaný cíl výzkumu, vyjádření k čemu má případová studie sloužit nebo jaký má záměr.

Vedle případových studií rodiny, sociálních skupin či organizací a institucí, je jednou z variant případové studie studie jednopřípadová. Jednopřípadová studie je nejjednodušším příkladem případové studie. Její nejznámější a nejvíce frekventovanou formou je kazuistika. Jedná se o podrobnou studii jedné osoby, kdy se zaměřujeme na různé oblasti jejího života a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co

nejširších souvislostech tak, aby tento obraz byl strukturován výzkumnou otázkou a cílem. Cíl a výzkumná otázka totiž určují směr celého významu výzkumné práce (Miovský, 2006).

## **6.2 Metody sběru dat**

Pro praktickou část této práce je stěženi kazuistika, jako metoda práce s dostupnou dokumentací, dále pozorování a rozhovory, a to jednak rozhovory s rodinnými příslušníky pozorovaného, a jednak rozhovory s účastníky všech věkových kategorií jak letního tábora, tak i dramatického kroužku, který pozorovaný navštěvuje.

Jako zdroje dat je pro případovou studii možné využít velmi široké spektrum materiálů, jakými jsou například lékařská dokumentace (zvláště pak anamnézy) nebo rekonstrukce historie rodiny nebo rozhovory, ohniskové skupiny, pozorování a další metody relevantní jednak k prostředí, kde jsou data získávána a jednak k formálním i neformálním možnostem, jež výzkumník má.

Podle Miovského jsou metody získávání kvalitativních dat následující (Miovský, 2006):

Pozorování.

Introspektivní přístup, extrospektivní metody.

Metoda moderovaného rozhovoru (interview), telefonní interview.

Nestrukturované interview, polostrukturované interview, strukturované interview.

Skupinová interview a ohniskové skupiny.

Rozdělení ohniskových skupin a jejich moderování, příprava ohniskových skupin.

### **6.2.1 Rozhovor**

Rozhovor je odborníky považován za jednu z nejobtížnějších, avšak zároveň nejvýhodnější metodu k získávání kvalitativních dat. Je z něj totiž, při jeho zvládnutí, možné získat pro výzkum maximum.

Metodou sběru dat použitou v této práci jsou individuální a skupinové rozhovory s ostatními účastníky tábora rozdělenými do ohniskových skupin podle věku (skupiny

5-7 let, 8-10 let, 11-13 let, 14-16 let, praktikanti, vedoucí), a s ohniskovou skupinou tvořenou členy dramatického kroužku.

Ohniskové skupiny jsou podle Miovského jednou z nejprogresivnějších kvalitativních metod získávání dat. Morgan vnímá ohniskové skupiny jako výzkumnou metodu, která kvalitativní data získává díky skupinové interakci, jež vzniká při debatě na téma určené výzkumníkem. Zaměření diskuse se nazývá ohniskem a právě od něj se odvíjejí cíle výzkumu i výzkumných otázek. Ohnisko by mělo být jasně ohraničenou tematickou oblastí, určitým obecnějším fenoménem srozumitelným pro všechny zúčastněné.

#### Modelové otázky:

Kdo je pro vás Pepa?

Co mu je?

Kolik mu je let?

Jak se vám s ním spolupracuje (na táborové hře/při cvičeních v dramatickém kroužku)?

Jste rádi, že je tady?

Je dobře, že je tady?

Co mu to přináší?

Co to přináší vám?

### 6.2.2 **Pozorování**

Pozorování lze, spolu s rozhovorem, považovat za nejstarší metodu získávání poznatků.

„Pozorování jako vědeckou metodu je nutno odlišit od běžného pozorování. Z hlediska druhů a forem mluvíme o sebepozorování (introspekci) a pozorování druhé osoby (extrospekci).“ (Kovář, Blahuš, 1971) Pozorování lze dále rozlišit také podle doby trvání, a to na pozorování dlouhodobé nebo krátkodobé.

Další metodou využitou v této práci pro sběr dat je extrospektivní metoda

otevřeného zúčastněného pozorování jednoho konkrétního jedince. A to jak metoda krátkodobého pozorování – po dobu konání čtrnáctidenního, letního tábora, tak i metoda pozorování dlouhodobého – v kroužku dramatické výchovy konaném jedenkrát týdně.

Třemi základními principy extrospektivní metody jsou deskriptivnost, zachycení kontextu a snaha o dosažení komplexnosti. Otevřené zúčastněné pozorování je Miovským definováno jako takové pozorování, při kterém se výzkumník pohybuje v terénu a je přímým účastníkem situací a jevů, které pozoruje a účastníci výzkumu jsou seznámeni a souhlasí s pozorováním i zaznamenáváním získaných dat (Miovský, 2006).

Podle Blahuše lze jednoduše postup pozorování shrnout následovně (Kovář, Blahuš, 1971):

- 1) pro zjednodušení práce a možnosti sledování širších charakteristik a rysů činnosti je třeba metodicky izolovat pozorovaný jev od ostatních jevů
- 2) podstatné znaky jevu se podrobně zanalyzují
- 3) je nutno postupovat tak, aby se již zjištěná fakta dala kdykoli ověřit
- 4) veškerá neověřená fakta jsou považována za omyl

Všechny získané informace musí být shromažďovány do záznamových archů.

## **6.3 Charakteristika výzkumného souboru**

### **6.3.1 Charakteristika integrovaného jedince**

Pozorovaný Josef K. trpí hypotonickou formou dětské mozkové obrny, která mu byla diagnostikována ve třech měsících věku. Příčinu se nikdy nepodařilo určit. Jako nejpravděpodobnější se jeví epizoda hypoxie během porodu. Má dva zdravé sourozence a tři zdravé neteře. Bydlí s rodiči v bytě zvláštního určení a navštěvuje praktickou školu, po které by měl nastoupit do učebního oboru. V současné době užívá pravidelně pouze Encefabol, lék na podporu prokrvení mozku, a dvakrát do roka navštěvuje psychologa. Byl zbaven způsobilosti k právním úkonům a jelikož má od 18-ti let pravidelné poluce uvažuje rodina o požádání soudu o vydání souhlasu se sterilizací. Je schopen se sám dopravovat do i ze školy a zájmových kroužků (navštěvuje

hyporehabilitace, hudebně-pohybový kroužek v Oaze<sup>1</sup> a kroužek dramatické výchovy se souborem Ty-já-tr) nebo vykonávat základní sebeobsahu, ale není například možné ho nechat doma samotného déle než třicet minut. S nutností osobní asistence (například i jako doprovod na letní soustředění s koňmi nebo dětský divadelní tábor) vypomáhá rodině občanské sdružení Podpora samostatnosti OSA.

### 6.3.2 Charakteristika dotazovaného souboru osob

Objektem případové studie je chlapec s DMO, ovšem rozhovory týkající se jeho integrace do letního dětského tábora byly prováděny se všemi účastníky tohoto tábora. Proto zde uvádím ještě základní charakteristiky jednotlivých ohniskových skupin.

Ohnisková skupina tvořena účastníky tábora z věkové skupiny 5-7 let se skládala ze čtyř chlapců a pěti dívek, přičemž průměrný věk skupiny byl šest let.

Ohnisková skupina tvořena účastníky tábora z věkové skupiny 8-10 let se skládala ze šesti chlapců a šesti dívek, přičemž průměrný věk skupiny byl devět let.

Ohnisková skupina tvořena účastníky tábora z věkové skupiny 11-13 let se skládala ze tří chlapců a třinácti dívek, přičemž průměrný věk skupiny byl dvanáct let.

Ohnisková skupina tvořena účastníky tábora z věkové skupiny 14-16 let se skládala z pěti chlapců a pěti dívek, přičemž průměrný věk skupiny byl patnáct let.

Ohnisková skupina tvořena účastníky tábora z věkové skupiny 16-18 let a praktikanty se skládala ze čtyř chlapců a pěti dívek, přičemž průměrný věk skupiny byl sedmáct let.

## 6.4 Výsledky

V kapitole výsledky shrnuji data nashromážděná pozorováním Josefa K. a rozhovory s účastníky tábora i členy dramatického kroužku. Níže uvedené poznatky jsou rozděleny do kapitol kazuistika, rozhovory s účastníky tábora (rozdělenými do ohniskových skupin dle věku), rozhovory s ostatními členy dramatického kroužku, který v průběhu roku pozorovaný navštěvuje a pozorování Josefa K. v průběhu letního tábora z hlediska jeho účasti na činnostech táborového programu a nutnosti osobní asistence.

---

<sup>1</sup> kulturní centrum pro mentálně postižené

## 6.4.1 Kazustika

Tato kazuistika je sestavená na základě individuálních rozhovorů s matkou pozorovaného jedince a prací s dostupnou dokumentací.

### 1. RODINNÁ ANAMNÉZA

rodiče: matka – zdravá, 54 let; otec – zdrav, 56 let

sourozenci: sestra – zdravá, 28 let; bratr – zdrav, 33 let

matka matky – kromě vysokého tlaku zdravá, 74 let

otec matky – zemřel ve věku 65 let na leukemii

rodiče otce – oba zemřeli na selhání srdce, otec ve věku 83 let, matka ve věku 61 let

### 2. OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pepa se narodil jako chtěné dítě. Průběh těhotenství normální, porod v termínu. Porod nejdříve probíhal bez přítomnosti lékaře, proto byl sestrou zadržován, po porodu byl Pepa kříšen. Od 3 měsíců věku u něj byla diagnostikována DMO.

Vývoj opožděn – stoj asi v 11 měsících, chůze v 19 měsících.

Od 4 měsíců cvičení Vojtovou metodou.

Od čtvrtého měsíce pravidelně užívá Encefabol (nootropikum – lék na podporu prokrvení mozku, jehož účinky jsou srovnatelné s působením kořenu gingo biloba nebo užíváním rybího tuku). Od patnáctého roku bez znatelnějších účinků. Do 18-ti let navštěvoval pravidelně neurologickou ambulanci, nyní jen s akutními problémy.

Od 2 let absolvuje pravidelně 1x ročně pobyt v lázních.

Od 5-ti let podstupuje hipoterapie<sup>2</sup>. Od 12-ti let jezdí voltiž<sup>3</sup> na lonži<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> moderní rehabilitační metoda s komplexním bio-psycho-sociálním působením na lidský organismus, při které dochází vlivem přenášení pohybu koňského hřbetu na člověka ke stimulaci centrálního nervového systému

<sup>3</sup> voltižní ježdění slouží jako terapie pro jedince s poruchami rovnováhy či pozornosti, problémy s hrubou motorikou nebo problémy v sociální oblasti

<sup>4</sup> dlouhá oprat', která umožňuje vedení koně instruktorem z centra kruhu

V 10-ti letech prodělal operaci pupeční i tříselné kýly. V 18-ti letech proběhla operace halux valgus na pravé noze, rok na to na levé noze, od té doby každý rok reoperace na obou stranách. Na podzim 2010 absolvuje další reoperaci haluxu. Pravidelně navštěvuje ortopedickou kliniku kvůli osteofytům.

### 3. SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pepa bydlí s rodiči v bytě zvláštního určení, kde má vlastní pokoj. Chodí do praktické školy, má rád koně a 2x týdně chodí na paravoltiž. Zároveň 1x týdně navštěvuje hudebně pohybový kroužek v Oaze a 1x týdně chodí do dramatického kroužku v divadle Radar.

O prázdninách jezdí bez doprovodu na 2 týdny na putovní tábor, s doprovodem osobního asistenta pak na soustředění s koňmi, a na divadelní tábor. Se školou jezdí na turistický týden.

V 18-ti letech byl po odborné konzultaci a návrhu rodiny na částečné zbavení způsobilosti k právním úkonům zbaven svéprávnosti úplně. Jeho mentální vyzrálost odpovídá čtyřem až pěti letům věku. Bez dozoru může být doma ponechán maximálně půl hodiny.

Se sourozenci má hezký vztah. Bratr je ženatý a má 3 dcery, pro které je Pepa hodný strejda. Se sestrou k sobě mají velmi blízko a tráví spolu hodně času (momentálně je sestra na čtyři měsíce pracovně v zahraničí a Pepovi se stýská).

Kamarády má Pepa ve škole i na všech kroužcích. Nejvíce si však rozumí s dospělými – zřejmě kvůli dorozumívání, jelikož kromě pár jednoduchých slov nemluví a domlouvá se víceméně pouze pomocí znakové řeči.

### 4. ŠKOLNÍ ANAMNÉZA

Deset let navštěvoval Základní školu speciální, Starostrašnická 45, Praha 10, která je určena dětem s vícečetným postižením a jejíž součástí je kromě Základní školy speciální také Přípravný stupeň základní školy speciální.

Nyní navštěvuje dvouletou Praktickou školu Karla Herforta, Josefská 4, Praha 1, (Fakultní škola Pedagogické fakulty UK). Poté by si matka přála, aby Pepa ještě navštěvoval nějakou speciální školu. Po ukončení studia na této speciální škole by měl Pepa nastoupit do učebního oboru.

## 5. SOUČASNÝ STAV

Momentálně navštěvuje praktickou školu, účastní se několika různých volnočasových aktivit určených jak zdravým jedincům tak i jedincům s postižením. Chodí na hipoterapeutická cvičení a do zájmových kroužků – jednak pod záštitou kulturního centra pro mentálně postižené, dále i do kroužku intaktní společnosti zaštitěného Domem dětí a mládeže Prahy 7. Jako chronickou medikaci užívá pouze Encefabol, je zbaven způsobilosti k právním úkonům. Prodělal operaci pupeční i tříselné kýly, halux valgus (se kterými chodí každoročně na reoperace), pravidelně navštěvuje ortopedickou kliniku.

Od 18-ti let využívá služeb občanského sdružení Podpora samostatnosti OSA.

Dvakrát do roka navštěvuje psychologa. Trpí formou sebepoškozování – okusuje a otrhává si do krve kůži v oblasti kolem nehtového lůžka.

V budoucnosti by rád pracoval se zvířaty (u koní, krav nebo v zoologické zahradě).

### 6.4.2 **Rozhovory s účastníky tábora**

Zde uvádím odpovědi na otázky položené dětem v jednotlivých věkových skupinách na letním dětském táboře. Na jednotlivé otázky neodpovídali vždy všichni členové skupiny, některé z odpovědí se opakovaly.



## 1) Kdo je pro vás Pepa?

Tabulka 2: Kdo je pro vás Pepa

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14 -16 let	16-18 let praktikanti
<ul style="list-style-type: none"> <li>- To je ten jak neumí mluvit?</li> <li>- Kamarád.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kamarád.</li> <li>- Chtěl bych ho do týmu, je dobrej v plnění úkolů.</li> <li>- Hrajeme si spolu na koníky.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kamarád.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nevim, já ho беру jako normálního člověka.</li> <li>- No, za ty leta jsme si na něj už tak zvykli, že nám nepřijde nijak divnej nebo tak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kluk z divadla, kterýho znám z od svých šesti let a vůbec se od té doby nezměnil.</li> </ul>

## 2) Co mu je?

Tabulka 3: Co mu je?

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14-16 let	16-18 let praktikanti
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Měl nemoc, když byl malej.</li> <li>- Je nemocnej jako děda – něco sněd, jedovatýho, a přestal mluvit.</li> <li>- Má menší dolní čelist než horní a proto špatně mluví.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Má špatný zuby.</li> <li>- Špatně se narodil.</li> <li>- Máma pila hodně alkohol než se narodil.</li> <li>- Kamarádka se narodila se třemi prsty.</li> <li>- Chová se jinak... je jinej... postiženej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je mentálně postižený?</li> <li>- Zmáčkli mu při porodu lebku.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je postiženej.</li> <li>- Je jinej, uvědomuje si to a mrzí ho to. Ale dokáže toho i zneužít – je vyčůranej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nevím diagnózu, ale za ta léta jsme vyzorovali, co zvládá a co ne.</li> <li>- Má nějaké omezení mluvy.</li> <li>- Je mentálně postižený a z toho vyplývají i fyzické handicap.</li> <li>- Fyzické handicap ho ale zdaleka neomezují tolik. Mentálně je na úrovni Míшы<sup>5</sup></li> </ul>

<sup>5</sup> Nejmladší člen tábora, pozn. autorky

### 3) Kolik mu je let?

Tabulka 4: Kolik mu je let

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14-16 let	16-18 let praktikanti
- Asi šestnáct.	- Šestnáct.	- Když jsem jela poprvé bylo mu 18, takže teď mu musí být už určitě jednadvacet.	- Jednadvacet.	- Dvacet jedna.

### 4) Jak se vám s ním spolupracuje (na táborové hře, v týmu), jak mu rozumíte?

Tabulka 5: Jak se vám s ním spolupracuje, jak mu rozumíte?

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14-16 let	16-18 let praktikanti
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moc mu nerozumím, ale rád luštím, co říká.</li> <li>- Hraje si s náma, snaží se nám pomoci, nemůže za to.</li> <li>- Dal jsem mu bonbón a nechal ho předběhnout ve frontě na jídlo.</li> <li>- Moc s ním nemluví, nejsem s ním v týmu.</li> <li>- Řekl mi, že se mu stejská po koníkovi, kterej mu umřel – ale s tím mi pomohl Martin<sup>6</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hodně si s ním povídám.</li> <li>- Docela mu rozumím.</li> <li>- Držím mu místo u stolu, hodně věcí mu rozumím – chce po mně vždycky, abych s ním šel na záchod (latríny v lese mimo tábořiště, mladší účastníci se báli na ně chodit sami, pozn. autorky), hrál si s ním na koníčky... koničci už mě začínají trochu otravovat</li> <li>- Je fajn.</li> <li>- Je hodnej, pomáhá nám.</li> <li>- Je kamarádskej, vychází všem vstříc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Myslí si, že spoustu věcí nezvládne – podceňuje se.</li> <li>- Něco se mu ale jenom nechce dělat – zneužívá toho.</li> <li>- Je vychytralej.</li> <li>- Martin mu zbytečně moc pomáhá.</li> <li>- Bavíme se o tom furt, že by toho mohl zvládat víc.</li> <li>- V týmu se snaží.</li> <li>- Loni jsme s ním byli a prohráli jsme kvůli němu.</li> <li>- Snaží se.</li> <li>- Není špatnej.</li> <li>- Je rád středem pozornosti.</li> <li>- Už ho známe líp, tak mu líp rozumíme než člověk, co k němu přijde poprvé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Čím dál tím líp mu rozumíme a i on nám.</li> <li>- Mám dojem, že za ta léta se ohromně zlepšil.</li> <li>- Ráda si s ním povídám – vidím totiž, že ho to zajímá a oceňuje to, ostatní děti klidně odejdou v půlce věty.</li> <li>- Naučil mě znakovou řeč.</li> <li>- Lidi na něj mluví jak na malý dítě, to ale není dobře – měli by s ním jednat jako s rovným.</li> <li>- Dokáže toho i zneužít.</li> <li>- Je vyčůranej.</li> <li>- Kdo ho nezná naletí.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jsme na něj zvyklí, víme, že je v pohodě, rozumíme mu.</li> <li>- Rozumíme mu skoro všechno.</li> <li>- Za těch čtrnáct dnů se do toho dostanu, ale ze začátku, po roční pauze, je to docela problém.</li> <li>- Je s ním víc práce, strhává na sebe pozornost.</li> <li>- Jsme na něj zvyklí, navíc je tu Martin, takže s ním nemáme sebemenší problém.</li> <li>- Když jsme ho měli v týmu byl problém – zdržoval nás, ale to jsem byl mladší, nevěděl jsem jak s ním zacházet.</li> <li>- Děti si myslí, že</li> </ul>

<sup>6</sup> Osobní asistent, pozn. autorky

		<p>- Něco třeba říká, ale pak přejde na to, co mu rozumíme – přistoupí na tu hru.</p> <p>- Ví, že je jinej a zneužívá toho – předbíhá na obědě, zkouší to na další lidi, když ho nepustíš.</p> <p>- Má větší nároky než ostatní, ale ve frontě přece nemusí předbíhat, v tom jsme na tom stejně.</p> <p>- Někdy si vymýšlí, zneužívá – řekl třeba, že někdo řekl, že je blbej.</p> <p>- Zneužívá toho, aby na něj všichni byli hodní.</p>	<p>- Lže, vymýšlí si, že o něm někdo říká ošklivé věci, aby získal soucit a lidi ho měli radši.</p> <p>- Pokecali jsme o holkách – je dobrej.</p> <p>- Je krásný, když se raduje!</p>	<p>jim to kazí.</p> <p>- Ale třeba Jay si s ním rozumí – hezky si s ním povídá.</p>
--	--	---	---	---

### 5) Jste rádi, že je tady?

Tabulka 6: Jste rádi, že je tady?

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14-16 let	16-18 let praktikanti
<p>- Ano, pomáhá nám v týmu.</p> <p>- Hraje si s námi.</p>	<p>- Ano, je dobrý v týmu.</p> <p>- Je kamarádský a vychází všem vstříc.</p>	<p>- Jak kdy.</p> <p>- Je s ním větší práce.</p> <p>- Loni jsme ho měli v týmu a prohráli jsme kvůli němu.</p>	<p>- Občas je toho moc.</p> <p>- Ale je krásný, když se raduje.</p>	<p>- Jo, nemáme s tím problém.</p> <p>- Jsme na Pepu zvyklí.</p> <p>- Je v pohodě.</p>

## 6) Je dobře, že je tady?

Tabulka 7: Je dobře, že je tady?

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14-16 let	16-18 let praktikanti
- Ano, nemůže za to, snaží se nám pomoci.	- Ano, přece nemůže za to, že je postižený. - Vedoucí ho nechávají vyhrát a dělají to tak dobře, není to nespravedlivý.	- Nevím jak pro nás, ale pro něj je dobře, že je tu. - I pro nás! - Je to oboustranně dobře. - Chvíli to nevadí, ale když jdem třeba na celodenním výletě, tak ho nechci mít na krku celou cestu.	- Jo, hlavně pro malý děti – seznámí se s tím. - Je lepší, že je tady než kdyby byl na táboře s postiženým. - Můžeme mu dát větší prostor, než když je jich takových třicet. - Může naplno prožívat vítězství s náma. - Na jiných táborech by ho možná čekala šikany, třeba i ze strany vedoucích, ale na tenhle tábor patří!	- Je to pozitivní pro něj i pro děti. - Chytil třeba Míšu <sup>7</sup> za ruku, když se bála. - Mladší děti s ním ale zacházejí jak s panenkou. - Měl by se asi při příjezdu představit – tedy být představen – tábora, vysvětlit novým dětem jak s ním jednat, jak na něj, co zvládne, kdy si vymýšlí.

## 7) Co mu to přináší?

Tabulka 8: Co mu to přináší?

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14-16 let	16-18 let praktikanti
		- Je mezi normálními lidmi a vidí, že ho berou.	- Začlení se. - Rozvíjí se. - Rozvíjí to jeho osobnost, je vidět jak se za ta léta, co s ním jezdím, posunul.	- Je to obrovský plus pro jeho osobnost a vývoj. - Rozšíří si třeba rejstřík svých gest a pokynů, kterým rozumí a zvládá je plnit. - Naučí se i nějaká nová slova – nejspíš jména.

<sup>7</sup> Nejmladší účastník tábora, pozn. autorky

## 8) Co to přináší vám?

Tabulka 9: Co to přináší vám?

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14-16 let	16-18 let praktikanti
		- Naučit se do života, že existují postižení lidé a že je nemáme litovat.	- Uvědomit si, že takový lidé jsou a je přirozené, že jsou mezi námi. - Je to dobré seznámení s realitou. Hlavně pro malé děti.	- Rozvoj pocitu empatie. - A určitě je to dobrý i pro rozvoj spolupráce.

## 9) Kdo je Martin<sup>8</sup>?

Tabulka 10: Kdo je Martin?

5-7 let	8-10 let	11-13 let	14-16 let	16-18 let praktikanti
- Táta. - Přítel. - Tlumočnick. - Náhradník.	- Napůl jeho chůva. - Asistent. - Spojenec rodičů. - Nejlepší kamarád. - Má práci, že pomáhá lidem. - Rozumí postiženejm. - Nevím jak to vyslovit – chůva to nebude, ta má na starosti malinký děti, spíš takovej strejda.	- Osobní asistent.	- Osobní asistent.	- Osobní asistent.

<sup>8</sup> Osobní asistent, pozn. autorky

### 6.4.3 Rozhovory se členy dramatického kroužku

Výsledky jsem doplnila o rozhovory se členy dramatického kroužku, kteří Josefa K. znají dlouhodobě a pravidelně se s ním setkávají na zkouškách dramatického kroužku konaného jednou týdně.

**Tabulka 11: Rozhovory se členy dramatického kroužku**

<b>Kdo je pro Vás Pepa?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Takový nejmladší, něco jako benjamínek, o kterého je potřeba se starat.</li> <li>- Něco jako mladší sourozenec.</li> <li>- Záhada.</li> </ul>
<b>Víte co mu je?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Já vím diagnózu – bratr s ním pracoval, vedl ho v kroužku a byl s ním i na tábore jako osobní asistent.</li> <li>- Je mentálně postižený.</li> <li>- Má poruchu DNA.</li> <li>- Trpí nějakou genetickou poruchou.</li> <li>- Má to od narození.</li> <li>- Jo, určitě se s tím narodil, nemá to po úraze nebo tak.</li> </ul>
<b>Kolik mu je let?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dvacet jedna, to víme.</li> </ul>
<b>Jak se Vám s ním spolupracuje (při cvičeních v dramatickém)?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jak kdy.</li> <li>- Má svoje náladičky..</li> <li>- Ale snaží se. Většinou..</li> <li>- Hledáme si k němu přístup.</li> <li>- Pro nový lidi to musí určitě být šok.</li> <li>- Jo, to je pravda, já když jsem přišla poprvý, tak to pro mě rozhodně byl šok – vůbec mě to nenapadlo, šla jsem do normálního kroužku</li> <li>- Ze začátku jsem to vnímala jako velký omezení, přítěž, ale teď to беру jako novou zkušenost.</li> <li>- Jo, je jenom jako mladší. Jako dítě.</li> </ul>
<b>Jste rádi, že je tady?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No, upřímně, jak kdy.</li> <li>- Občas je tak trochu přítěž.</li> <li>- Někdy třeba dělá, že neví nebo neumí.</li> <li>- Je vyčůranej.</li> <li>- Jo, třeba jak nechce bejt sám – my víme, že umí jet domů sám, ale když on se tak útrpně dívá, že ho prostě samotného jet nenecháme.</li> <li>- No jo, dobře ví jak toho zneužívat.</li> <li>- Ale my jsme se taky naučili ho odpálkovat.</li> <li>- Jo, jo, to jsme se všichni od Pepy hned naučili, říkat mu „popom“<sup>9</sup>, když se nám</li> </ul>

<sup>9</sup> Výraz pro „pozdějí“, který užívá pozorovaný, pozn. autorky

	<p>s ním nechce bavit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chce se s námi bavit, snaží se dorozumět, baví ho si povídat.</li> <li>- Je vidět, že je mu líto, když mu nerozumíme.</li> <li>- Mrzí ho když nevíme, co se nám snaží říct.</li> <li>- Ale zase bere, když jen z legrace děláme, že jsme hloupí, že mu jako nerozumíme – přistoupí na hru, a baví ho to.</li> </ul>
<b>Je dobře, že je tady?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stoprocentně dobře!</li> <li>- Je dobře, že je tady, je to pro něj důležitý.</li> </ul>
<b>Co mu to přináší?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontakt s normálníma lidma.</li> <li>- Víme, že chodí ještě na jiný kroužky, kde jsou jenom postižený, což je určitě dobře. Ale je rozhodně dobře, že může bejt i tady s normálníma.</li> </ul>
<b>Co to přináší Vám?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je to určitě dobře i pro nás.</li> <li>- Je to kontakt s postiženým – máme možnost zjistit, jak se k nim chovat.</li> <li>- Jinak bych nevěděla jak jim pomoci – bála bych se.</li> <li>- Teď to berem normálně.</li> <li>- To je blbý takhle říct, ale mě to třeba teď pomohlo při pohovoru na vysokou..</li> </ul>

#### 6.4.4 Pozorování

Pozorování bylo prováděno po dobu konání letního dětského tábora a zahrnovalo především pozorování Josefa K. z hlediska jeho účasti na činnostech táborového programu. Zaměřila jsem se především na to zda se programu účastní se svým asistentem nebo zda se účastní sám. Struktura tabulky zde odpovídá programu tábora. Zeleně zaznačené činnosti jsou činnosti, kterých se účastnil Josef sám, žlutě označených aktivit se účastní spolu se svým asistentem a modře označených aktivit se neúčastní vůbec.

Tabulka 12: Účast pozorovaného na činnostech táborového programu

DNY	DOPOLEDNE	ODPOLEDNE	VEČER
1.	Odjezd Cesta autobusem na tábořiště	Procházka po okolí Rozdělení do skupin Vymýšlení názvů skupin a výroba skupinových erbů	Seznámení Táborák
2.	Rozehrání dramatické situace k celotáborové divadelní herní soutěži (navození atmosféry, stanovení rolí a situace) Tematická hra	Sporty Koupání	Volno
3.	Civilní (netematické) hry	Tematická hra	Rozehrání nové dramatické situace
4.	Neherní celodenní výlet	Neherní celodenní výlet	Civilní hry
5.	Tematická hra	Keramická dílna	Táborák
6.	Sporty Koupání	Tematická hra	Rozehrání nové dramatické situace
7.	Civilní hra	Tematická hra	Rozehrání nové dramatické situace
8.	Civilní hra	Tematická hra	Dramatická hra (příjezd hostů)
9.	Herní celodenní výlet	Herní celodenní výlet	Rozehrání nové dramatické situace
10.	Tematická hra	Sporty	Civilní hra
11.	Tematická hra	Civilní hra	Táborák
12.	Neherní celodenní výlet	Neherní celodenní výlet	Brzká večerka Noční bojovka
13.	Logické hry	Ukázka zásahu místního hasičského a policejního sboru a následný workshop	Divadelní představení
14.	Civilní hry u vody	Rozehrání nové dramatické situace Tematická hra	Zakončení dramatické situace (přemožení zla) Hostina



## 7 Diskuze

Integrace chlapce s DMO na letním táboře může být pouhou rutinní prací, kdy na integrativním táboře jsou kromě dětí s různými druhy a formami postižení k nim také řádně vyškolení pracovníci, pedagogové či lidé jinak k této činnosti povolání. Proces integrace ovšem může probíhat velmi přirozeně a efektivně i na táboře, který není primárně integrativní a je určen zdravým dětem navštěvujícím během roku kroužky dramatické výchovy.

Vědecká otázka č.1.: **Jaký vliv má přítomnost jedince s postižením na různé věkové skupiny dětí na dětském letním táboře?** Salend uvádí, že inkluze se dá chápat jako stav, kdy se člověk s postižením rodí do společnosti, která akceptuje jeho odlišnost a odlišnost každého svého člena, kdy je tedy normální být jiný; takové dítě se rodí do společnosti, která se nad jeho stavem vůbec nepozastavuje (Salend in Bazalová, 2006). Výsledky rozhovorů s jednotlivými věkovými skupinami účastníků tábora potvrdily, že proces inkluze, tedy jisté, podle některých názorů prohloubené, formy integrace, na táboře probíhal. A probíhal ve své nejpřirozenější podobě. Nejpatrnější byl u zástupců nejmladší věkové kategorie, která ze své podstaty chápání a vnímání světa podstupuje tento proces jaksí přirozeně a upřímně bez pozastavení. Usuzuji tak především z odpovědi, která se velmi často opakovala „Pepa je můj kamarád.“ i z dalších: „Rád si s ním povídám a luštím, co říká.“. Z rozhovorů dále vyplynulo, že ty nejmladší děti, které jsou na táboře poprvé a nejsou s pozorovaným v týmu jeho postižení ani nezaregistrovaly, nezpozorovaly na něm nic neobvyklého, hodného zaznamenání. Domnívám se tak na základě odpovědi na otázku kdo je Pepa: „To je ten se špatnejma zubama?“, „Nevim, já ho beru jako normálního člověka.“, „No, za ty leta jsme si na něj už tak zvykli, že nám nepřijde nijak divnej nebo tak.“ Ti účastníci nejmladší věkové kategorie, kteří ho znají, ho většinou považují za kamaráda. Mají pocit, že jim v týmu, při hře pomáhá a pouští ho například ve frontě na jídlo. Hodně a rádi si s ním povídají a mají pocit, že mu i přes jeho výrazné komunikační znevýhodnění docela dobře rozumí. Téměř jednohlasně se shodují, že je dobrý v týmu, že je kamarádský a vychází všem vstříc. O tom, že nevnímají jeho postižení svědčí i fakt, že nad dotazem, co mu je, se musely zamyslet a přicházely povětšinou s názory, že buď něco špatného snědl nebo že má špatné zuby a proto nemůže mluvit, případně že maminka pila moc alkoholu, když ho čekala a proto vypadá jinak než ostatní.

Rozhovory nicméně také potvrdily, že starší věková skupina už cítí, že je s pozorovaným větší práce. Ale ačkoliv tvrdí, že „...je toho občas moc“ umí to pro ně pozorovaný vykompenzovat svou upřímnou radostí a vědomím, že tady má prostor pro seberealizaci a nejen, že ho dokáže využít, ale navíc si ho i řádně užívá. Podle Vágnerové je integrace určitým, kvalitativně vyšším stupněm adaptace a lze jí chápat jako takové začlenění jedince z nějakého důvodu odlišného do prostředí majoritní společnosti, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí přijat a sám se s ní identifikuje (Vágnerová in Kocurová, 2002). Tento stav také bylo možno po dobu tábora na všech zúčastněných pozorovat. Podle vlastních slov účastníků starší věkové kategorie tábora nemají sami s přítomností pozorovaného sebemenší problém, jsou na něj zvyklí a vědí, že „... je v pohodě“. I když si například uvědomují, že neznají přesnou diagnózu pozorovaného, myslí si, že, po tolika letech společně strávených na těchto letních táborech, vypozerovali co zvládá, a také čemu všemu rozumí. „Za ta léta jsme vypozerovali, co zvládá a co ne“, „Čím dál tím líp mu rozumíme a i on nám.“, „Mám dojem, že za ta léta se ohromně zlepšil.“. Pouze dívka, která s ním navštěvuje i dramatický kroužek ví jeho přesnou diagnózu. Ostatní jen vytuší mentální retardaci nebo nějaké mentální postižení, ze kterého vyplývají i tělesné handicap, které ho ovšem podle jejich názoru zdaleka neomezují tolik, jako ty mentální.

Nejmladší děti samozřejmě nevnímají ani skutečný biologický věk pozorovaného. Nejdříve si myslí, že je mu šestnáct, když pak někdo zmíní, že už mu začínají růst vousy tak se utvrdí v názoru, že je mu tedy 26 let. Účastníci starší věkové kategorie už dokážou logickou úvahou, vzhledem k tomu pokolikáté už je na táboře a informacím, které už o něm v minulosti získaly, vydedukovat i jeho správný věk. Jednoznačně také vnímají, že pozorovaný zvládne víc věcí než ve skutečnosti dělá. Když něco dělat nechce, jednoduše prý předstírá, že to nedokáže. Příkladně věci, které zvládají i děti z nejmladší věkové kategorie. Jeho biologický věk jsou schopni odhadnout mnohem reálněji než ten mentální. Shodují se ovšem bez rozdílu na tom, že si je pozorovaný vědom toho, že je jiný, a že toho dokáže zneužívat ve svůj prospěch. Mezi jinými zazněly například odpovědi: „Sedá si, třeba na místo, kde už někdo sedí, ačkoliv jinde je spousta volného místa – jako staří lidi, co si vynucují místo v tramvaji“. Nebo „Záměrně vyvolává lítost – vymýšlí si co o něm kdo řekl ošklivého, aby vzbudil soucit. Když to nevyjde u jednoho, zkouší to u druhého.“

Podle Jesenského je proces integrace takový stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, který lze při vzájemné podmíněnosti

vyjádřit slovy „jeden pro druhého“ (Jesenský in Kocurová, 2002). A skutečně, na táboře vznikaly situace, kdy bylo ryze na účastnících tábora a pozorovaném zda si navzájem pomohou nebo se budou ignorovat, případně si dělat naschvály. V drtivé většině těchto případů tam opravdu jeden pro druhého byly. U některých aktivit nebyl vůbec přítomen osobní asistent nebo do děje nijak nezasahoval a o pomoc pozorovanému se dobrovolně dělili sami účastníci tábora – dokládá to tabulka č. 12, kde jsou zaznamenány činnosti, kterých se Josef K. účastnil bez přítomnosti osobního asistenta (figuruje v nich i civilní hra nebo volný čas, ve kterém hrál s ostatními deskové hry a jiné). Už jen fakt, že pozorovaného pouštěli ve frontě a drželi mu místo u stolu, aby si k nim přisedl, fakt, že za ním sami chodili si popovídat, naznačuje, že ho přirozeně přijali mezi sebe a v momentech, kdy potřeboval pomoc tam pro něj byli. Naopak pozorovaný pak sám byl často oporou nejmladším účastníkům tábora. Když se na příklad při hře nejmladší člen tábora bál, pozorovaný ho uchopil za ruku, doprovázel nejmenší účastníky do lesa k latrínám, kam se jinak sami báli chodit a pohládl je po tváři, když se jim stýskalo a byli smutní. Vzájemná spolupráce tak fungovala téměř ve všech případech přirozeně stoprocentně a je možno potvrdit, že účastníci tábora i pozorovaný tam byli jeden pro druhého nejen pro případ nouze a potřeby, ale i pro chvíle zábavy a pohody. A tak se potvrdilo i další tvrzení a charakteristika procesu integrace, formulovaná Jankovským, který tvrdí, že integrace je přirozené a nenásilné začleňování lidí s postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili integrální součást této společnosti (Jankovský, 2001).

Z tabulky č.12 vyplývá, že pozorovaný se, kromě sportovních aktivit, do kterých se aktivně zapojit odmítal (přál si zůstat pouze v roli diváka – případně, jak to sám nazval, roztleskávačky) účastnil všech běžných táborových aktivit. Přičemž přinejmenším z jedné třetiny se dokázal aktivně účastnit sám. Někdy mu k účasti stačila pomoc spoluhráčů z týmu (v každém týmu byly rovnoměrně namixovány děti ze všech věkových skupin), jindy byla nutná aktivní pomoc vždy přítomného osobního asistenta. Obecně platilo, že vybraných činností se jen účastnit nechtěl, ne že by nemohl (například zmiňovaných sportovních aktivit nebo z běžných táborových činností kuchyňské služby se svým týmem – úklid po jídle, mytí nádobí nebo hygiena – čištění zubů a úklid stanu), jiných aktivit se účastnit chtěl, ale jeho stav mu to plně nedovoloval (příkladně při plnění vědomostních nebo čistě dovednostních týmových úkolů při tematických i civilních hrách musel osobu Pepy víceméně celkově zastoupit jeho osobní asistent, a Pepa se pak mohl radovat, jak úkol jemu určený splnil a tým z toho

profitoval). Celkově Josef K. nezaujímá ke sportovním aktivitám kladný vztah. Domnívám se tak z jeho reakcí doložených také v tabulce č. 12. Tento stav ovšem může být částečně způsoben jeho studem z kolektivní sportovní činnosti ve společnosti zdravých jedinců. V běžném životě navštěvuje 1x týdně hudebně pohybový kroužek a dvakrát do týdne paravoltiž, což svědčí o jeho zájmu o pohybové aktivity určitého typu.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce, inkluze zahrnuje všechny lidi bez výjimky. Vyžaduje kooperaci dětí, rodičů i dalších jedinců, což souvisí s vyrovnáváním příležitostí. Jde o vztah majority (intaktní populace) a minority (lidí s postižením), jehož kvalita se promítá do všech oblastí vzájemného soužití (např. volný čas, sport, zaměstnání, politika, samozřejmě edukace aj.). Na tomto letním táboře byl nejpatrnější požadavek na kooperaci a současně i největší zátěžový faktor vztahu a vzájemného soužití problém s komunikací způsobený těžkou vadou řeči pozorovaného. Starší účastníci tábora, kteří už vnímají kontext a souvislosti postižení pozorovaného tvrdí, že už ho za ta léta dobře znají a naučili se mu rozumět – i když ze začátku to prý vždy chvíli trvá než si zase zvyknou. A nejen, že vnímají, že oni rozumějí čím dál lépe Pepovi, ale mají dojem, že i on rozumí čím dál tím lépe jim – dnes si s ním dokážou, a rádi, popovídat o čemkoli.

Podle výsledků rozhovorů je jasně patrný jednoznačný názor na to, že je pro pozorovaného výhodou, že je na táboře mezi normálními lidmi a vidí tak, že ho tato intaktní společnost bere mezi sebe. Má tak jedinečnou možnost se začlenit, rozvíjí se tím jeho osobnost a podle většiny se tím také rozvíjí, zejména v oblasti empatie, i osobnost zdravých jedinců na táboře.

Od některých nejstarších účastníků tábora a praktikantů zazněl ovšem i názor, že by se měl pozorovaný na začátku pobytu představit celému táboru (novým dětem, účastníkům, kteří jedou na tento tábor poprvé), a upozornit je na to, jaké činnosti a aktivity pozorovaný zvládá, kde potřebuje dopomoc, že si v tomto směru vymýšlí, případně za kým ho posílat nebo s kým je možné se o tom poradit – představit osobu osobního asistenta. Domnívám se však, že představení Josefa K. by narušilo přirozený proces integrace (zejména u nejmladších účastníků tábora) a mohla by mít opačný účinek. Mohlo by totiž upozornit na odlišnost pozorovaného jedince, kterou jinak někteří ani nevnímají nebo si k ní utvoří sami postupně svůj přirozený postoj, zatímco v případě kolektivního upozornění na jeho postižení by nechtě mohl být zařazen do škatulky „ten divný“.

Vědecká otázka č. 2: **Jaký vliv má přítomnost jedince s postižením na členy dramatického kroužku?** Z odpovědí vyplývá, že kromě toho, že je pro většinu Pepa stále tak trochu záhada, je zároveň pro všechny něco jako mladší sourozenec, nejmladší člen skupiny, o kterého je třeba se starat, věnovat mu víc pozornosti i péče. Jedna z dívek diagnózu zná (tabulka č. : „Já vím diagnózu – bratr s ním pracoval, vedl ho v kroužku a byl s ním i na táboře jako osobní asistent.“). Nakonec se společnými silami dobírají toho, že je Pepa mentálně postižený, že trpí poruchou DNA nebo nějakou genetickou poruchou, a to od narození. Z odpovědí na otázku zda jsou rádi, že je Pepa s nimi v kroužku usuzují, že každému někdy připadá (a naštěstí se tyto pocity dost vyváženě střídají a nejdou ve vlnách napříč kroužkem) tak trochu jako přítěž, ale s jeho přítomností v kroužku souhlasí: „No, upřímně, jak kdy.“, „Má své náladičky“, „Většinou se ale snaží.“. Tuší, že pro nově přichozí lidi do kroužku to musí být šok (kroužek je evidován jako běžný kroužek dramatické výchovy domu dětí a mládeže, ne jako kroužek integrativní). Každý si ale k němu našel cestu, svůj osobitý přístup. V tomto roce nově přichozí dívka se svěřuje, že to pro ni byl z počátku šok. „Já když jsem přišla poprvý, tak to pro mě rozhodně byl šok – vůbec mě to nenapadlo, šla jsem do normálního kroužku. Ze začátku jsem to vnímala jako velký omezení, přítěž, ale teď to беру jako novou zkušenost.“ Momentálně se právě tato dívka nejvíce angažuje v hledání příležitostí pro Pepu, vhodných aktivit a rolí, o kterých ví, že je zvládá nebo že je má rád.

Většinu času jsou rádi, že je tam s nimi, ale jsou i chvíle, kdy vědí, že si vymýšlí, kdy poznají, že jen záměrně dělá, že nerozumí, ačkoliv všichni dobře vědí, že rozumí. Někdy z něho dokonce mají pocit, že je vypočítavý a umí svého postižení využívat ve svůj prospěch. Tak usuzují z odpovědí v tabulce č.5: „Je vyčůranej.“, „Někdy třeba dělá, že neví nebo neumí.“, „Třeba jak nechce bejt sám.“ Vyjadřují se, že ačkoliv všichni dobře vědí, že je s jeho rodiči domluvené, že Pepa jezdí z kroužku domů sám, že cestování mhd je pro něj rutina, kterou podstupuje denně, jen málokdy ho nakonec nechají jet opravdu samotného. Dokládá to tvrzení z tabulky č. 11: „my víme, že umí jet domů sám, ale když on se tak útrpně dívá, že ho prostě samotného jet nenecháme“. Na druhou stranu přiznávají, že je vlastně komunikace a čas s ním strávený baví. Učí se, rozvíjejí tím svou fantazii, i když cítí, že to není jen legrace a tipování, co se Pepa snaží říct. Jsou i chvíle, kdy na něm poznají, že ho mrzí, když mu lidi nerozumí. Na druhou stranu ale potvrzují, že Josef umí přistoupit na hru, kdy člověk záměrně dělá, že mu nerozumí. Kdy ze sebe jen dělá hloupého, jakože neví, a to Pepu baví. Jednohlasně se

shodují, že je dobře, že navštěvuje tento kroužek, že je to pro něj důležité. Ostatní zájmové kroužky, které navštěvuje, probíhají pod záštitou specializovaných organizací zaměřených na zdravotně postižené jedince a navštěvují je tedy pouze lidé s postižením, zatímco tady je mezi intaktní společností: „Víme, že chodí ještě na jiný kroužky, kde jsou jenom postižení, což je určitě dobře. Ale je rozhodně dobře, že může být i tady s normálníma.“

Vědecká otázka č. 3: **Do jaké míry může osobní asistence ovlivnit integraci jedince s postižením?** Podle Michalíka jsou nejdůležitějšími podmínkami ke splnění úspěšné integrace, kromě rodiny, také speciálně pedagogické podpory jakými jsou například osobní asistent (Michalík, 2005). To také potvrdily výsledky pozorování, ze kterých vyplynula nezbytnost přítomnosti osobního asistenta pozorovaného na táboře, respektive nemožnost přítomnosti pozorovaného na tomto táboře bez osobního asistenta. Jak tvrdí Kozlová, zjednodušeně lze říci, že osobní asistence je kompenzace těch činností, které nemůže klient vykonávat sám a které jej omezují v životě, v uspokojování osobních potřeb, při vzdělávání nebo v zaměstnání, prostřednictvím osobního asistenta (Kozlová, 2005). A skutečně, ačkoliv byl pozorovaný schopen účastnit se některé části programu tábora sám nebo s minimální pomocí ostatních dětských účastníků tábora, byla by plná odpovědnost za tohoto jedince, bez spolupráce osobního asistenta, pro běžný chod tábora, při účasti více než šedesáti dětí, nepřijatelnou zátěží. Například nejběžnější činnosti typu základních hygienických potřeb jako je čištění zubů, údržba stanu a uchovávání všech osobních věcí včetně oblečení ve velmi stísněných podmínkách, utíkání z místa konání sportovních aktivit, které nechtěl vykonávat, to vše byly situace bez podpory osobního asistenta pro hladký průběh tábora nemyslitelné. Domnívám se ovšem, že i osobnost osobního asistenta může zásadně ovlivnit běh tábora, proces integrace i chování a aktivní postoj pozorovaného. V minulých letech se tohoto divadelního tábora pozorovaný zúčastnil sám, bez osobního asistenta, což bylo záhy shledáno nerealizovatelným. Z rozhovorů s vedoucími (které byly uskutečněny mimo rámec výzkumné části této diplomové práce) jsem zjistila, že v následujícím roce se s Josefem K. účastnila tábora, jako jeho osobní asistentka, dobrovolnice z občanského sdružení Podpora samostatnosti OSA, která se zmiňovaným spolupracuje i v Praze. Ani toto řešení se však nedalo nazvat úspěšným. Svou nadměrnou péčí o pozorovaného mu vlastně znemožňovala přirozené včlenění. Zároveň se snažila ovlivňovat a řídit předem důkladně připravený program v Pepův prospěch, což způsobovalo negativní odezvy ze stran vedoucích zodpovědných za tento

program. Tím, že se o pozorovaného přepečlivě starala dávala průchod jeho přirozené lenosti a bránila tím jeho rozvoji. Když po této zkušenosti začali na tábory Josefa K. doprovázet jako osobní asistenti jeho vedoucí z kroužku dramatické výchovy, jeho osamostatňování, osobnostní rozvoj i začlenění do společnosti se viditelně zlepšily.

Zajímavá byla skutečnost, kterou odhalily výsledky rozhovorů, a to, že děti od věkové kategorie 11-ti let už znaly pojem osobní asistent. A zároveň, že tatáž věková kategorie (věková skupina 11-13 let) se během rozhovorů, a po nich, velmi detailně zajímala o budoucnost pozorovaného. Děti si například kladly otázku, co se s ním stane až zemřou jeho rodiče. Kdo se o něj bude v takovém případě starat, když sám se o sebe nepostará a osoba osobního asistenta vstupuje do života pozorovaného jen nepravidelně, časově omezeně a má nebo bude mít vlastní rodinu, které se bude věnovat a nemohl by si ho tedy vzít k sobě domů. Zajímali se o jeho schopnost vnímání svého postižení a svého věku, o stavu jeho mentální úrovně i inteligenčního kvocientu, o možnostech jeho vzdělávání (zajímalo je do jaké chodí třídy a co všechno je schopen se naučit) a budoucího zaměstnání.

Vědecká otázka č. 4: **Jaký je celkový dopad integrace prostřednictvím volnočasových aktivit na osobnost jednice s postižením?** Nedílnou a velmi pozitivní částí života pozorovaného na táboře (a mimo něj v rámci dramatického kroužku v souboru Ty-já-tr) bylo drama a dramatické situace – hraní zadaných rolí, improvizace. Jak trefně zmiňuje Vítková, dramaterapie pomáhá porozumět a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace (Pipeková, Vítková, 2001). V průběhu čtrnáctidenního pobytu se také nejednou stalo, že pozorovaný si sám, z vlastního podnětu, vytvořil a zorganizoval krátké vystoupení, které pak předvedl celému táboru. Jednalo se například o improvizované taneční vystoupení. Nejen, že toto vystoupení (upřímně pobavilo všechny zúčastněné bez rozdílu věku, kteří rytmickým vytleskáváním podporovali aktéra během celé skladby a svou spokojenost projevíli obrovskými ovacemi a vyžadováním podpisu po konci vystoupení. Zejména také očividně bavilo a naplňovalo pozorovaného. Jak totiž velmi výstižně uvádí Landy, dramaterapii lze definovat jako záměrné použití dramatických neboli divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní a fyzické integrace a osobního růstu (Landy, 1985). A skutečně, během vystoupení pozorovaného i po něm se zdál pozorovaný nejen velmi šťastný a uvolněný,

ale také velmi sebevědomý a soběstačný. Jak tedy uvádí Vítková, lze s jistotou říci, že užití dramatu jakožto terapie, pomáhá k osobnímu rozmachu, k rozvoji vnitřní svobody a navíc umožňuje rozkrýt a integrovat nevyužitou kapacitu člověka samého, hlouběji prožít společenskou interakci či vlít více světla do toho, kdo jsme. Navíc dokáže upřímně potěšit a pobavit jak diváky, tak zúčastněného.

Obecně je možno říci, že společnost lidí sdružujících se kolem divadla a divadelního umění je něčím specifická. Lidé zabývající se aktivně divadlem jsou většinou otevřenější, extrovertnější a tedy přístupnější nestandardním podmínkám. Naopak je možná vyhledávají a rozšiřují si tím své zkušenosti a tím i potenciální herní rejstřík. Je možné, že stejná forma integrace by v jiné společnosti nefungovala nebo fungovala na jiné bázi než jak tomu bylo na táboře tvořeném skupinou lidí z divadelního spolku Ty-já-tr.



## 8 Závěr

Absolvovat čtrnáctidenní letní tábor, kde je mezi pětadesáti dětmi i jeden chlapec s diagnózou DMO, je bezesporu zajímavá zkušenost. Nejen pro vedoucí, kterým tím objektivně vyvstává více zodpovědnosti a často nečekaných, respektive nestandardních situací k řešení, samozřejmě i pro chlapce samotného, který je uváděn do situací, kdy si nutně musí uvědomit své odlišnosti a smířit se s faktem, že není schopen ve všech úkolech obstát stejně jako zbytek společnosti ve stejných podmínkách, ale v neposlední řadě i pro všechny ostatní, dětské účastníky tábora, kteří jsou, často poprvé v životě, konfrontováni a velmi blízce seznamováni s realitou existence osob s postižením.

Ačkoliv tábor proběhl jak ze strany organizačního týmu tak ze strany účastníků tábora i rodiny integrovaného chlapce velmi hladce, a to zejména díky mnohaleté zkušenosti obou zúčastněných stran, je vždy co vylepšovat. Doporučením do budoucnosti by mohla být lepší informovanost organizačního týmu o zdravotním stavu a samotné diagnóze integrovaného (90% vedoucích neznalo chlapcovu diagnózu, a jen se domnívalo o jaký druh postižení se jedná), ale především o jeho schopnostech a dovednostech. O tom, jaké požadavky na něho mohou a mají být kladeny, aby nedocházelo k nezáměrné segregaci.

Dalším zlepšením by mohlo být informování děti, které jsou na tomto táboře poprvé a neměly tedy příležitost se s Pepou setkat, o přítomnosti jedince se speciálními potřebami v táboře, a doporučení formy jednání s ním a veřejné pojmenování zodpovědné osoby, na kterou se v případě potřeby nebo dotazů mohou obracet, tedy osobního asistenta.

Na druhou stranu je ovšem nutno přiznat, že i bez těchto informací probíhala integrace pozorovaného za těch nejpřírozenějších podmínek – nejmladší děti vlastně žádné odlišnosti nevnímaly, starší mladší s ním výborně vycházely a dobře si s ním rozuměly i bez jakéhokoli doporučování a starší už ho všichni znali z let minulých a měli tedy zažitou vlastní zkušenost, která je nakonec stejně tou nejcennější informací ze všech.

Na závěr nutno dodat, že komunita lidí na tomto táboře je svým zaměřením na divadelní umění specifická a je tedy nezbytné ji jako takovou vnímat i v procesu integrace a vztahu k Josefu K. Dětská otevřenost, přirozenost a hravost se v této

společnosti neztrácí ani v pozdějším věku a zejména proto se v ní i pozorovaný cítí svobodný a nesvázaný. Ne každá společnost toto umožňuje, ovšem na straně druhé ne každý jedinec toto vyžaduje. Je proto nezbytné ke každému integrovanému přistupovat ryze individuálně a proces socializace přizpůsobit nejen vnějším ale i vnitřním podmínkám integrace.

## 9 Seznam použité literatury

- BAZALOVÁ, B.: *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: MU 2006. ISBN 80-210-3971-X.
- DUBEC, M.: *Adaptační (stmelovací) soustředění*. Praha: Projekt Odyssea, 2007. ISBN 978-80-87145-22-7
- EMUNAH, R.: *Acting for Real: Drama Therapy Process, Technique and Performance*. New York: Banner/Manzel, Inc., 1994
- HENDL, J.: *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1997
- HOFFMAN, L.; PARIS, S.; HALL, E.; SCHELL, R.: *Developmental Psychology Today*. New York: McGraw-Hill, Inc., 1988. ISBN 0-07-555027-X
- HRODEK, O.; VAVŘINEC, J. a kol.: *Pediatric*. Praha: Galen, 2002. ISBN 80-7262-178-5
- JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-192-7
- JESENSKÝ, J. a kol.: *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0
- KLIEGMAN, M. R.; MARCDANTE, J. K.; JENSON, B. H.; BEHRMAN, E. R.: *Nelson Essentials of Pediatrics*. Philadelphia: Elsevier Inc., 2006. ISBN 978-1-4160-0159-1
- KOCUROVÁ, M. a kol.: *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň: ZČU 2002. ISBN 80-7082-844-7.
- KODYMOVÁ, P.; HOLDA, D.: *Ohrožené skupiny*. Praha: UK MFF, 2008. ISBN 978-80-7308-224-6
- KOLEKTIV AUTORŮ: *Kurs integrace dětí se speciálními potřebami*. Praha: Portál, s.r.o., 1997. ISBN 80-7178-206-8
- KOVÁŘ, R.; BLAHUŠ, P.: *Stručný úvod do metodologie*. UK v Praze 71. 60-60-73
- KOZLOVÁ, L.: *Sociální služby*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-662-7
- KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-1018-8
- LANDY, R.: *Drama Therapy: Concepts and practices*. Springfield, IL: C.C. Thomas, 1985

- LEBEER, J. (ed.): *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. ISBN 80-7376-103-4
- LESNÝ, I.: *Raná dětská mozková obrna*. SZdN, 1959.
- MICHALÍK J.: *Školská integrace žáků s postižením na základních školách v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1045-1
- MIOVSKÝ, M.; ČERMÁK, I.; CHRZ, V.: *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV*. Olomouc, 2005. ISBN 80-224-1159-8
- MIOVSKÝ, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4
- NES, K.; STROMSTAD, M. *Strengthened adapted education for all – no more special education?* International Journal of Inclusive Education. Jul-Sep 2006. s.363 – 378.
- NOVOSAD, L.: *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7
- PÁVKOVÁ, J. a kol.: *Pedagogika volného času*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-295-5
- PIPEKOVÁ, J.; VÍTKOVÁ, M.: *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: PAIDO, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- PÖRTER, M.: *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J.: *Pedagogický slovník*. Praha: PORTÁL, 1995. ISBN 80-7178-579-2.
- SCHEJBALOVÁ, A. (2005): *Ortopedická terapie dětské mozkové obrny*. In *KRUAS a kol.: Dětská mozková obrna, Praha, Grada, str. 159-171*.
- UMBERSON, D. (1987). *Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration*. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 28, September, 306-319
- UMBERSON, D. (1989): *Structures and Processes of Social Support*, Journal of Family Issues, Vol. 10, No. 4, 427-439
- VÁGNEROVÁ, M.; STRNADOVÁ, I.; KREJČOVÁ, L.: *Náročné mateřství, být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2
- VOJTA, V.: *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*, Praha: Grada Publishing, 1993. 1. vydání. Avicenum. ISBN 808-54-2498-3

## Jiné zdroje:

- ŠVP a integrace žáků se zdravotním postižením v běžných základních školách.*  
Metodické pokyny. VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ. 2010. Dostupné z <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2010/05/integrace-zaku-se-ZP.pdf>
- VÍTKOVÁ, M. (2010): *Podmínky integrace žáků s tělesným postižením v základní škole.* Studijní opora. Dostupné z <http://svp.muni.cz/ukazat.php?docId=553>
- KOLÁŘOVÁ, J.; HÁNOVÁ, P. (2007): *Včasná diagnostika hybných poruch kojenců v prvním trimenonu prvního roku života.* Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Vojtovo centrum České Budějovice. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2007/05/03.pdf>
- PRŮCHOVÁ P. (2008): *Integrace - Inkluze dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do škol hlavního proudu.* Přehledová studie. Dostupné z [tarantula.ruk.cuni.cz/KKP-14-version1-petra\\_pruchova.doc](http://tarantula.ruk.cuni.cz/KKP-14-version1-petra_pruchova.doc)
- KUČERA, P. (2000): *Uplatnění osobní asistence u jedinců s autismem.* Diplomová práce. MU Brno. Dostupné z [http://www.brno.apla.cz/aplajm\\_diplom1.htm](http://www.brno.apla.cz/aplajm_diplom1.htm)
- HRDÁ, J. (1997): *Osobní asistence.* Příručka postupů a rad pro klienty. Praha: POV. Dostupné z [www.cuni.cz/UK-3390-version1-osobni\\_asistence.doc](http://www.cuni.cz/UK-3390-version1-osobni_asistence.doc)
- Organizační struktura.* Informační centrum OSN v Praze. Dostupné z [www.osn.cz/system-osn/organizacni-struktura](http://www.osn.cz/system-osn/organizacni-struktura)

## 10 Přílohy

Obrázek 1



Obrázek 2



Obrázek 3



Obrázek 4





Obrázek 5



Obrázek 6

