

**Univerzita Karlova v Praze**

**Pedagogická fakulta**



**Téma: Překážky v socializaci dětí s centrální poruchou  
hybnosti DMO a přidruženou komunikační vadou**

Lucie Falcníková

Katedra speciální pedagogiky

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Překážky v socializaci dětí s DMO a přidruženou komunikační vadou (dysartrií) vypracoval pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Datum

.....

podpis

**NÁZEV:**

Překážky v socializaci dětí s DMO a přidruženou komunikační vadou

**AUTOR:**

Lucie Falcníková

**KATEDRA (ÚSTAV):**

Katedra speciální pedagogiky

**VEDOUCÍ PRÁCE:**

doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

**ABSTRAKT:**

Práce je zaměřena na začleňování osob s tělesným postižením do společnosti. Cílem práce je zachytit a popsat jednu z nejdůležitějších oblastí v životě každého člověka, kterou je socializace, nejen v třídním kolektivu a v rodině, ale také do společnosti.

Práce je rozdělena do dvou částí. První je teoretická část, ve které je definována dětská mozková obrna, její příčiny, výskyt a formy. Dále se zabýváme socializací v různých oblastech, které nejvíce zasahují do života respondentů. Poslední oblastí teoretické části je problematika komunikace dětí s DMO.

Praktická část zachycuje metody a výsledky výzkumu, který zachycuje socializaci respondentů hlavně tak jak ji vnímají oni sami. Metodou výzkumu je strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

**KLÍČOVÁ SLOVA:**

Dětská mozková obrna, dysartrie, socializace dítěte s postižením, tělesné postižení, bariér

TITLE:

Crimp in socialization of people with cerebral palsy

AUTHOR:

Lucie Falcníková

DEPARTMENT:

Department of Special Education

SUPERVISOR:

doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

ABSTRACT:

The work is aimed at integration of people with disabilities into society. The aim is to capture and describe one of the most important parts in everyone's lives - integration not only in the class group but also approximation to the socialization into a whole society.

The thesis is divided into two parts. There are theoretical and practical parts. In the theoretical part we can find definitiv of cerebral palsy, its causes, incidence and forms. We also deal with socialization in different areas, which most affect the lives of respondents. The last component of the theoretical part is the issue of communication of children with cerebral palsy.

The practical part describes the methods and results of research which captures socialization of respondents, especially their perception of socialization. The research method is a structured interview with open questions.

KEYWORDS:

Cerebral palsy, dysarthria, socialization of the child with disabilities, disabilities, barriers

## Obsah:

Úvod

|   |          |
|---|----------|
| <b>1. Teoretická část .....</b>   | <b>7</b> |
| 1.1. Dětská mozková obrna (DMO) .....   | 7        |
| 1.1.1. Vymezení pojmu dětská mozková obrna .....  | 7        |
| 1.1.2. Prevalence DMO .....   | 8        |
| 1.1.3. Etiologie DMO .....  | 9        |
| 1.1.4. Formy DMO .....  | 10       |
| 1.1.5. DMO jako kombinované postižení .....   | 12       |
| 1.2. Vymezení pojmu socializace .....   | 15       |
| 1.2.1. Socializace v mladším školním věku .....   | 15       |
| 1.2.2. Socializace rodinná .....  | 16       |
| 1.2.3. Socializace ve škole .....   | 17       |
| 1.3. Problematika komunikace dětí s DMO .....   | 18       |
| 1.3.1. Vývojová dysartrie .....   | 18       |
| 1.3.2. Formy vývojové dysartrie .....   | 18       |
| 1.3.3. Logopedická péče a možnosti stimulace .....  | 19       |
| <b>2. Praktická část – Analýza míry socializace žáka prvního stupně na základní škole</b> |          |
| 2.1. Metodologie .....  | 21       |
| 2.1.1. Cíle výzkumu .....   | 21       |
| 2.1.2. Použitá metoda .....   | 21       |
| 2.1.3. Způsob získání dat .....   | 22       |
| 2.1.4. Představení respondentů .....  | 22       |
| 2.2. Výsledek výzkumu .....   | 25       |
| 2.2.1. Závěr šetření .....  | 34       |

Závěr

Použitá literatura

Seznam příloh

## Úvod

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) je již mnoha odborníky prozkoumané téma, avšak socializace dětí s tímto postižením už ne. V dřívějších dobách byl přístup k osobám s postižením velice odmítavý, lidé žili jen v ústavech a na okraji společnosti. Naštěstí se takové přístupy dnes už neobjevují, nebo se je snažíme vyvracet. Myslím si, že největším zlomovým obdobím pro všechny děti, je vstup na ZŠ. Pro děti s DMO je toto období ve všech ohledech ještě náročnější. Toto období je provázeno mnoha problémy, které jsou velice vázané na socializaci a klima, jak ve školním prostředí, tak v rodině.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je dále dělena dle tří oblastí na dětskou mozkovou obrnu, socializaci a dysartrii. Každá tato oblast je dále podrobněji prozkoumána. Praktická část je rozdělena na představení metod výzkumu, respondentů a výsledek výzkumu, který je zaměřen na socializaci dětí s dětskou mozkovou obrnou na prvním stupni základní školy. Jeho cílem je zjistit a poukázat na překážky, které jsou kladeny těmto dětem. Použitá metoda v tomto výzkumu je strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. S respondenty byl proveden rozhovor, na jehož základě byla rozebrána míra socializace a největší úskalí dětí s DMO na prvním stupni ZŠ.

Cílem práce je poukázat na problémy, se kterými se setkávají děti na prvním stupni základní školy s DMO a co těmto dětem nejvíce brání při socializaci. Případné zlepšení podmínek pro tyto děti na základní škole ale i v dalších věkových etapách.

## 1. Teoretická část

### 1.1. Dětská mozková obrna

#### 1.1.1. Vymezení pojmu dětská mozková obrna

Tímto postižením se zabývalo již mnoho odborníků. První diagnostiku DMO provedl římský dějepisec Tranquilla u císaře Claudia. Za nejvýznamnější považují Williama Johna Littla, po kterém bylo toto postižení dříve pojmenováno a Dr. Ivana Lesného, který popisuje DMO ve své knize *Raná dětská mozková obrna* (1959). Dle MKN-10 druhého aktualizovaného vydání (1.1.2010) došlo ke změně názvu tohoto onemocnění z používaného názvu dětská mozková obrna na termín mozková obrna (kód G80). V odborných textech se v současné době používají oba termíny (J.Pipeková et al,2010, s.183)<sup>1</sup>

DMO je tělesné postižení, které je definováno podobně. J. Tichý (1998)<sup>2</sup> definuje DMO jako syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku. DMO není nakažlivá (na rozdíl od poliomyelitidy, známé též jako dětská obrna) ani dědičná. Dětská mozková obrna je trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Léze mozku, které způsobují DMO, jsou rozmanité a projevují se jednotlivými syndromy (J. Kraus et al,2005, s.67-68).<sup>3</sup>

Důležité je oddělit DMO od Dětské infekční obrny (poliomyelitidy).

DMO je infekční, nepřenosné a nedědičné onemocnění. Celosvětový výskyt je 1-2 promile. Má úzkou vazbu na prematuritu a nízkou porodní hmotnost. Vždy je přítomna hybná symptomatika. (CTP- centrální tonusová porucha, CKP- centrální koordinační porucha) Dětská infekční obrna je chabá obrna svalů horních i dolních končetin a trupu. K tomuto onemocnění dochází po infekci poliovirem. Od roku 2002 je Evropa region „polio free“. ČR patří mezi 193 členských států WHO, kde proběhla úspěšná eradikace. U nás není žádná nová incidence od roku 1961. Celosvětová redukce incidence je 99%.

---

<sup>1</sup> PIPEKOVÁ,J.,ET AL.:*Kapitoly ze speciální pedagogiky*.3.vyd.,Brno, Paido 2010.

<sup>2</sup>TICHÝ,J.,ET AL.: *Neurologie*.Praha, Karolinum 1998.

<sup>3</sup>KRAUS,J.,ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1.vyd.,Praha, GradaPublishing 2005.

### 1.1.2. Prevalence DMO

Vzhledem ke zvyšující se kvalitě péče o pacienty, tedy i o matku a dítě, a snížení jejich úmrtnosti je počet dětí nemocných dětskou mozkovou obrnou více než ve 20. století. Dnes žijící děti by dříve tuto možnost neměly.

Relativní výskyt DMO v populaci se udává v rozmezí 2.5 promile, což představuje 2-5 případů na každých 1000 živě narozených dětí. Počet živě narozených dětí s DMO však výrazně souvisí s jejich porodní hmotností. V souvislosti s porodní hmotností nižší než 1500g se uvádí výskyt okolo 5-10%, ve skupině pod 1000g v rozmezí 12-23% (J.Kraus et al, 2005, s.53-54 ).<sup>4</sup>

Detekce a identifikace DMO v raném věku

- Posturální screening ( dle Vojty)

Provádí se u dětí, které jsou ohroženy centrální lézí. Tento systém hodnocení je strukturovaný. Cílem je stanovení odchylky u každého dítěte v posturálním vývoji.

Diferenciální diagnostika případných poruch hybnosti, postury a psychomotorického vývoje. Jiná etiologie by měla být vyloučena do konce 9. měsíce života dítěte, ale definitivní stanovení formy DMO do 15. měsíce věku.

Tento screening zahrnuje tři oblasti. Posturální aktivita, posturální reaktivita a dynamika „primitivních reflexů“.

Pravděpodobnost chůze dle formy:

-hemiparéza 100%

-diparéze 90%

-kvadruparéza 50%

-atetóza 70%

-ataxie 100%

---

<sup>4</sup>KRAUS,J.,ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1.vyd.,Praha, GradaPublishing 2005.



### 1.1.3. Etiologie DMO

Dětská mozková obrna ve své podstatě není jediným onemocněním, ale spíše celou skupinou příbuzných chorob různé etiologie. Při pátrání po příčině DMO u konkrétního dítěte berou lékaři v úvahu zejména formu DMO, anamnézu matky (zejména průběh těhotenství a porodu) a anamnézu dítěte od porodu až do současnosti. Obecně však platí, že ve většině případů není přesná příčina DMO známá (S. Fischer, J. Škoda, 2008, s.49-50).<sup>5</sup> Příčiny DMO jsou prenatální- v prvních měsících jsou to všechny infekce matky, v pokročilých fázích těhotenství oběhové poruchy matky, které mají za následek nedostatečné okysličení plodu. Perinatální- porodní asfyxie, nedonošenost, přenošenost, těžké komplikované protahované porody. Postnatální- všechny infekce zejména do šesti měsíců. (J. Pipeková et al, 2010, s.183).<sup>6</sup>

#### Symptomatologie DMO

Soubor příznaků této poruchy se projevuje v těchto oblastech:

- Oblast motorického systému- poruchy koordinace, tonusové ve smyslu hypertonie či hypotonie, opožděný vývoj motoriky.
- Oblast kognitivních funkcí- narušený rozvoj myšlení, omezená schopnost učení a ztížení sociální adaptace na běžné životní podmínky.
- Oblast zrakového a sluchového vnímání- refrakční vady, amblyopie, strabismus, nystagmus, poruchy sluchu u dyskinetické formy DMO.
- Oblast řečových schopností- u 1/3 dětí s DMO.
- Oblast mozkových funkcí- epilepsie, u 15-55% dětí s DMO, při přítomnosti mentálního postižení u 71%.
- Oblast psychických procesů a stavů- střídání nálad a nerovnoměrná duševní výkonnost.

Další komplikace, které mohou nastat, jsou například nedostatečná ventilace plic a obtížné odkašlávání. Obtíže při příjmu potravy, polykání, nadměrná salivace, snížená imunita, ortopedické komplikace (Kraus 2005, s 53-54)<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> FISCHER, S., ŠKODA, J.: *Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha, Triton 2008.

<sup>6</sup> PIPEKOVÁ, J., ET AL.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd., Brno, Paido 2010.

<sup>7</sup> KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005,

#### 1.1.4. Formy DMO

Formy DMO se, co se týče vymezení, v odborné literatuře lehce liší. Dělení dle J. Krause (2005) je velice podrobné s koncepcí D. Opařilové(2003) ,ta ale nesouhlasí s F. Kábele(1986), jelikož zařazuje mezi DMO i lehkou mozkovou dysfunkci (LMD). Proto jsem si vybrala vymezení dle M. Vítkové (2004).<sup>8</sup>

##### **Spastické formy DMO**

Spastické formy DMO (diparetická, hemiparetická a kvadruparetická forma), vznikají jako následek poškození centrálních motorických neuronů. Mezi základní charakteristické znaky spastických forem DMO patří porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie, stereotypní pohyby. Spastické formy tvoří asi 60% všech DMO.

Diparetická forma DMO se projevuje postižením obou dolních končetin. Postižení může být symetrické, ale i asymetrické, kdy hovoříme o diuréze s pravou či levou orientací.Vzniká charakteristický obraz chůze, který je popisován jako nůžkovitá chůze.

Hemiparetická forma je spastická obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, zpravidla s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. J. Pipeková (2010)<sup>9</sup> uvádí, že příčinou postižení hemiparetickou formou DMO je lokalizované poškození vznikající krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry. V případě postižení pravé hemisféry bývá u 40% případů snižená inteligence (průměrné IQ 90). Oboustranná hemiparéza je způsobena rozsáhlejším poškozením mozku v obou hemisférách koncového mozku.

Třetí formou spastické formy DMO je forma kvadruparetiká. Jde o nejtěžší formu DMO. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Téměř vždy se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Tvoří kolem 5% případů a znamená závažný problém, neboť postižené děti jsou zcela závislé na pomoci druhých. Hranice této formy s dystonickou není ostrá, a proto je lépe pro hraniční případy použít termín spasticko-dyskinetické formy(J.Kraus, 2005, s.79-80).<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup>VÍTKOVÁ,M. (ed.):*Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální.* 2.vyd., Brno, Paido 2004

<sup>9</sup> PIPEKOVÁ,J.,ET AL.:*Kapitoly ze speciální pedagogiky.*3.vyd.,Brno, Paido 2010.

<sup>10</sup>KRAUS,J.,ET AL.: *Dětská mozková obrna.* 1.vyd.,Praha, GradaPublishing 2005.

Při kvadruparéze je postiženo celé tělo, hlava, trup a všechny čtyři končetiny. Hlava se nachází v tzv. opistotonním postavení (opistotonus) způsobené spasmu zádových a šíjových svalů. Trup je v důsledku svalových spasmů ohnutý dozadu. Ruce jsou zařaty v pěst, vytočeny v zápěstí směrem dolů a ven. Ruka se nepodílí na úchopu. Nohy a kyčle jsou často v chybném postavení, natažené, s vnitřní rotací (M. Vítková, 2004).<sup>11</sup> Jelikož je narušen celkový tonus svalů, je narušena také schopnost polykání a pohyb jazyka. Tím je velmi ztížen vývoj řeči.

### **Nespastické formy DMO**

Pro tyto formy je charakteristická absence svalového napětí (D. Opatřilová, 2003).<sup>12</sup> Pro cílenou volní motoriku je rozhodující korové motorické centrum. Bez motorické kůry by nebyl možný úmyslný pohyb, ale bez nižších oblastí mozku (bazální ganglia, retikulární formace) by nebylo možné jeho přesné a jemné řízení (S. Fischer, J. Škoda, 2008, s.45-46).<sup>13</sup> U člověka je důležitá souhra všech těchto aspektů.

#### Dyskinetická forma (extrapyramidová, dystonicko-dyskinetická nebo atetózní)

Tato forma tvoří 10% případů DMO. Základní poruchou dystonicko-dyskinetické formy je neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu. Přetrvávají primitivní pohybové vzory, jako jsou asymetrické tonické šíjové reflexy a mnohdy je přítomný i podíl spastické složky. Klinicky se rozlišují dva subtypy dyskinetické formy DMO: hyperkinetická a dystonická forma. U hyperkinetické podskupiny v hybnosti dominují masivní, nápadně neúčelné, mimovolní pohyby. Mohou mít několik typů: atetóza postihuje akra končetin, chorea postihuje proximální svaly. V dystonické podskupině hybnou poruchu charakterizují náhlé abnormální změny svalového tonu (J. Kraus et al, 2005, s.81-82).<sup>14</sup>

#### Hypotonická forma DMO

---

<sup>11</sup>VÍTKOVÁ, M. (ed.): *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální.* 2. vyd., Brno, Paido 2004.

<sup>12</sup> OPATŘILOVÁ, D.: *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou.* Brno, Masarykova univerzita 2010.

<sup>13</sup>FISCHER, S., ŠKODA, J.: *Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním.* Praha, Triton 2008.

<sup>14</sup>KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna.* 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

Tato forma bývá ve starší literatuře označována jako ataktická nebo cerebrální. Poškozena bývá zejména oblast mozečku. Tato vzácná forma (pouze 6% výskytu všech DMO) postihuje především vnímání rovnováhy a tzv. hlubokou citlivost (propriocepci). Svalový tonus je velmi snížen. Je zřejmá celková pohybová pasivita. Nemocní mohou mít také tzv. intenční tremor, třes objevující se při volní hybnosti. V novorozeneckém období je patrná nápadná svalová hypotonie, novorozenci musí být krmeni sondou, neboť chybí některé reflexy nutné pro příjem potravy (S. Fischer, J. Škoda, 2008, s. 47).<sup>15</sup>

#### 1.1.5. DMO jako kombinované postižení

Dětská mozková obrna přináší v závislosti na formě vedle poruch hybnosti i často i další přidružená postižení. Nejčastějším přidruženým postižením je mentální postižení. (blíže viz tabulka I.) Mentální retardace výrazně zhoršuje možnost socializace či resocializace postiženého jedince do společnosti. Osoby s DMO kombinovanou s těžkou mentální retardací jsou celoživotně odkázány na pomoc druhých (S. Fischer, J. Škoda, 2008, s. 48).<sup>16</sup>

Tabulka I. Výskyt mentální retardace (MR) u postižených s DMO<sup>17</sup>

| Forma DMO       | Těžká MR | Středně těžká MR | Lehká MR |
|-----------------|----------|------------------|----------|
| Diparetická     | 5,3%     | 16,7%            | 26,7%    |
| Hemiparetická   | 1,2%     | 13,7%            | 20%      |
| Kvadruparetická | 8,3%     | 25%              | 33,3%    |
| Dyskinetická    | 0%       | 19,5%            | 21,9%    |
| Hypotonická     | 6,2%     | 31,2%            | 37,5%    |

S dětskou mozkovou obrnou se dále pojí epilepsie. Kraus (2005)<sup>18</sup> uvádí, že v populaci se frekvence výskytu pohybuje kolem 2-3%. Tento rozdíl zvýrazňuje význam epilepsie jako komplikujícího, připojeného nebo přidatného faktoru u pacientů, kteří mají DMO. Při současné přítomnosti mentální retardace s DMO se výskyt epilepsie zvyšuje na 71%. (Podrobnější informace viz tabulka II.)

<sup>15</sup> FISCHER, S., ŠKODA, J.: *Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha, Triton 2008.

<sup>16</sup> FISCHER, S., ŠKODA, J.: *Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha, Triton 2008.

<sup>17</sup> KÁBELE, F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí dětskou mozkovou obrnou*. Praha, MPSV 1987.

<sup>18</sup> KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

Tabulka II. Výskyt epilepsie u jednotlivých forem DMO<sup>19</sup>

| Forma DMO                          | Epilepsie (%) |
|------------------------------------|---------------|
| Kvadruparetická                    | 50-94         |
| Hemiparetická                      | 33-50         |
| Diparetická spastická či ataktická | 16-27         |
| Dyskinetická                       | 25            |
| Čistá ataxie                       | vzácná        |

Socializaci jedince s DMO často více než samotné pohybové postižení znesnadňují poruchy řeči. Mozková centra ovládající řeč a porozumění řeči, tedy Brockovo centrum (Brodmannova area 44 a 45) a Wernickeovocentrum (Brodmannova area 39,40), leží v blízkosti primárního motorického kortexu a oblastí sensorické mozkové kůry, které bývají nejvíce postiženy zejména u kvadruparetické formy DMO. Velmi důležitá je proto včasná logopedická péče nebo v horších případech nácvik metod alternativní komunikace (S. Fischer, J. Škoda, 2008, s. 49).<sup>20</sup>

(Procentuelní zastoupení vad řeči při DMO viz. tabulka III.)

<sup>19</sup>KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

<sup>20</sup>FISCHER, S., ŠKODA, J.: *Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha, Triton 2008.

Tabulka III. Výskyt poruch řeči u postižených s DMO<sup>21</sup>

| <b>Porucha řeči</b> | <b>Výskyt</b> |
|---------------------|---------------|
| Dysartrie           | 19,6%         |
| Anartrie            | 2,8%          |
| Dyslalie            | 10,2%         |
| Opožděný vývoj řeči | 6,4%          |
| Koktavost           | 1,9%          |
| Palatolalie         | 1,8%          |

Kromě uvedených postižení se u dětí s DMO mohou vyskytovat i jiná postižení například poruchy učení a chování, smyslové poruchy a jiné.

---

<sup>21</sup> KLENKOVÁ, J.:*Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 1.vyd., Brno, Paido2000.

## 1.2. Vymezení pojmu socializace

*„ Nemoc je zároveň zmatek, chorobná jinakost v lidském těle zasahující až do nitra života, ale také přirozený fenomén s vlastní pravidelností, podobností a typologií.“*

(Foucault, 2007, s. 8)<sup>22</sup>

K tomu, aby se mohl proces socializace osobnosti uskutečnit, slouží socializační mechanismy. Smyslem procesu socializace je humanizace jedince a utvoření lidské individuality jako jedinečné a autonomní součásti lidského společenství. Na celém procesu se zásadní měrou podílejí socializační činitelé, ti na daného jedince působí. Socializace je celoživotní proces, jehož těžiště se nachází v období dětství a mládí každého. Hlavním socializačním činitelem je rodina a důležité místo zaujímá škola a vrstevnické skupiny (Helus, 1997, s. 93).<sup>23</sup>

### 1.2.1. Socializace v mladším školním věku

Důležitý aspekt pro socializaci je míra schopností v tomto procesu uspět, proto je důležitá včasná péče, která může předcházet řadě problémů.

Péče o rodinu s dítětem s postižením je jednou z priorit sociální politiky, proto byla v roce 2005 na zadání Moravskoslezského kraje vypracována studie o pojetí rané péče v kraji. Z výstupu studie vyplynulo, že jedním z nedostatků v této oblasti je malá informovanost odborné veřejnosti o rané péči. Raná péče je terénní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do sedmi let. Služba se poskytuje především v přirozeném sociálním prostředí osob (Opatřilová, 2012 s.98).<sup>24</sup>

V širším slova smyslu socializací rozumíme celoživotní proces, kterým se lidský jedinec stává bytostí společenskou. V procesu socializace lidé dosahují určitého sociálního statusu, určité sociální pozice a přijímají odpovídající sociální roli. Sociální status a pozice závisejí na vrozených a získaných vlastnostech jedince (J. Kraus et al, 2005, s. 263).<sup>25</sup>

Není-li diagnóza včas stanovena a dítě rehabilitováno, pak se včas neotáčí za hračkou, nesnaží se ji získat, s opožděním (či vůbec) se vzpřimuje, sedá, leze a chodí. Proto má

---

<sup>22</sup> FOUCAULT, M.: *Slova a věci*. Praha, ComputerPress 2007.

<sup>23</sup> HELUS, Z.: *Psychologie*. Praha, Fortuna 1997.

<sup>24</sup> OPATŘILOVÁ, Dagmar a Zita NOVÁKOVÁ. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením: Early support and intervention for children with disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012,

<sup>25</sup> KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

chudší sociální kontakty než dítě zdravé, které je svým pohybem a schopností se pohybovat může aktivně vyhledávat (J. Kraus et al, 2005, s. 266).<sup>26</sup>

### 1.2.2. Socializace rodinná

Postižení dítěte mění životní perspektivy rodiny od základu. Výchova postiženého dítěte a péče o ně znamená těžkou emoční zátěž, má velké časové nároky a může být i fyzicky náročná. Psychická zátěž vede mnohdy i k rozpadu rodiny. Matka se upíná na péči o postižené dítě, otec rodinu opouští.

Coping-proces:

Pro zvládnutí náročné životní situace, jakou je péče o dítě s postižením, platí několik zásad:

- a) Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět
- b) Postižení není neštěstí, ale úkol
- c) Rodiče mají být obětaví, ale nesmějí se obětovat
- d) Rodiče mají být realisty i s výhledem do budoucnosti
- e) Dítě s postižením samo netrpí
- f) Veškerá péče o dítě se musí dít v pravý čas a v náležité míře
- g) Rodiče s postiženým dítětem nejsou sami
- h) Rodiče dítěte s postižením nejsou ohrožení
- i) Je potřeba chránit manželství a rodinu
- j) Orientace na budoucnost

Podpora tohoto procesu je důležitou úlohou všech zúčastněných. Jde o to, aby byla překonána představa rodičů o bezmocnosti, aby byly respektovány jejich kompetence a aktivovány zejména psychické schopnosti. „Coping- proces“, tedy proces zvládnutí situace a sžití se s problémem ( J. Kraus, 2005 s. 267-272)<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup>KRAUS,J.,ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1.vyd.,Praha, GradaPublishing 2005.

<sup>27</sup> KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1.vyd.,Praha, GradaPublishing 2005.



### 1.2.3. Socializace ve škole

Sekundární socializace je zejména socializace ve vzdělávacích institucích a vrstevnických skupinách. Začlenění do určité vrstevnické skupiny je důležitý mezník v procesu socializace a působí na všechny složky osobnosti.

Na počátku školní docházky je u tělesně postižených žáků důležité zjištění zda se mohou sami pohybovat nebo jen s cizí pomocí. Někdy je nezbytné adaptovat školní prostředí podle individuálních potřeb žáka (J. Pipeková et al, 2010, s. 220)<sup>28</sup>

Osoby s viditelným tělesným postižením jsou častěji postiženi negativními sociálními reakcemi než ty, u kterých není postižení vidět. Dle Monatové (1996, s. 16-24)<sup>29</sup> viditelné tělesné odchylky ztěžují mezilidskou interakci, a tím negativně působí na sociální vztahy. Viditelné nebo sdělené poškození vyvolává často u intaktních osob nežádoucí sociální reakce, jako např. pohledy, soucit, vnučovanou pomoc nebo agresivitu. K tomu se přidávají procesy stigmatizace, tzv. připisování určitých znaků, které mají za následek často interakční poruchy. Pedagogická práce s dítětem s tělesným postižením obsahuje jak medicínské poznatky, tak informace o působení medicínské intervence, terapie a pomocných opatření. Integrovaní fyziologických zvláštností a problémů osob s postižením v neposlední řadě znamená přehlížení podstatné části osobnosti člověka a jeho změněné reality vzhledem k intaktnímu dítěti.

Přijímání dětí a žáků s tělesným postižením do běžných škol a školských zařízení, a tím realizace společného vyučování žáků s postižením a nepostižených žák, se děje zpravidla bez většího odporu, pokud je hodnocen psychický, sociální a zvláště kognitivní vývoj žáků se somatickým postižením (J. Pipeková 2010, s. 224-225).<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> PIPEKOVÁ, J., ET AL.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3.vyd., Brno, Paido 2010.

<sup>29</sup> MONATOVÁ, L., *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1996.

<sup>30</sup> PIPEKOVÁ, J., ET AL.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky* .3.vyd., Brno, Paido 2010.

### 1.3. Problematika komunikace dětí s DMO

Vývoj řeči u dětí s DMO je determinován zejména mírou postižení hybnosti, ale i jejich celkovým zdravotním stavem a intelektovou úrovní, dále podnětností okolního prostředí, jakož i výskytem dalších přidružených postižení a omezení, jako je například postižení zraku, sluchu, hydrocefalus, epilepsie atp. (J. Klenková, 2000, s.33-39).<sup>31</sup>

#### 1.3.1. Vývojová dysartrie

Pojem vývojová dysartrie zahrnuje poruchy vzniklé na základě organického poškození CNS dítěte. Proto je nejčastěji spojován se skupinou dětí narozených s projevy dětské mozkové obrny (DMO). Rozdělení jednotlivých typů vývojové dysartrie také do značné míry koresponduje s názvy konkrétních neurologických syndromů přítomných v rámci DMO (E. Škodová, I. Jedlička a kol, 2003, s. 306).<sup>32</sup>

Dysartrie má řadu příznaků a ty jsou závislé na lokalizaci a rozsahu léze. Poškození centrální nervové soustavy, kdy dochází k poruše procesu artikulace, může mít různou etiologii a může zasáhnout centrální nervovou soustavu na úrovni kortikální až po periferní léze. Tato poškození způsobují spasticitu, atetózy, ataxii, dále poruchy sluchu, zraku, vnímání a intelektu (J. Klenková, 2006, s. 118)<sup>33</sup>

#### 1.3.2. Formy vývojové dysartrie

Dělení vývojové dysartrie se u různých odborníků liší. Dříve bylo dělení z hlediska neurologických symptomů, ale v naší literatuře je nejužívanější dělení na typy dysartrie podle lokalizace poškození. Škodová (2003) dělí typy vývojové dysartrie velice podobně jako Klenková (2006).

---

<sup>31</sup>KLENKOVÁ, J.:*Řeč dětí s DMO*. In KLENKOVÁ, J. Kapitoly z logopedie I. Brno: Paido, 2000.

<sup>32</sup>ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003.

<sup>33</sup>KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006.

Dělení dle Klenkové (2006, s.120-121).<sup>34</sup>

Kortikální (korová dysartrie) - poškození motorických korových oblastí mozku. Řeč má spastický charakter, objevují se iterace (opakování první slabiky slova), strádají prosodické faktory řeči.

Pyramidová dysartrie – jde o spastickou obrnu svalstva mluvidel. Tonus orofaciálního svalstva je zvýšený, proto je řeč tvrdá. Výskyt zvýšené nosovosti (hypernazality) je častý díky narušení funkce měkkého patra.

Extrapiramidová dysartrie- má formu hypertonickou a hypotonickou. Při hypertonické je řeč pomalá, jakoby ztuhlá. Patologická intervence měkkého patra způsobuje zvýšenou nosovost. Při hypotonické formě strádá mluva díky nerušenému dýchání a výrazné artikulaci některých hlásek, některé hlásky a slabiky jsou vyražené, jiné zní slabě.

Bulbární dysartrie – nedostatečným svalovým napětím je porušena výslovnost hlásek, které vyžadují přesnou koordinaci pohybů a zvýšené svalové napětí.

Cerebrální (mozečková) dysartrie – vzniká při poškození mozečku a jeho drah. Dochází k poruše dýchání. Častý je výskyt otevřené huhňavosti. Artikulace hlásek je nepřesná, dochází k prodlužování hlásek. Hlas je tvořen námahou, síla a výška hlasu je neměnná.

Smíšená nebo také kombinovaná dysartrie – v praxi se vyskytuje často. Může dojít k poškození kteréhokoli komponentu nebo všech komponentů centrální i periferní nervové soustavy. Potom se může projevit více než jedna forma dysartrie.

### 1.3.3. Logopedická péče a možnosti stimulace

Logopedická péče má mnoho ložností a terapií, které mohou dítěti s dysartrií pomoci při lepší komunikaci a tím i lepší začlenění do společnosti jak svých vrstevníků, tak celé společnosti.

---

<sup>34</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006.

Škodová (2006) uvádí tři základní oblasti, které je třeba zohlednit při realizaci logopedické péče:

1. Snaha o koordinaci práce se somatickou rehabilitací;
2. Úsilí o navození uvolněné stabilní polohy a relaxace při terapii řečových schopností;
3. Snaha minimalizovat souhyby těla a mluvidel, nevyvolávat pohyby mluvidel za cenu vyvolávání výrazně zvýšené spasticity těla či vzrůstu mimovolních neovladatelných pohybů.

Aktuálně jsou nejvíce používány tyto rehabilitační metodiky:

Bobathova metodika-logopedická terapie s využitím terapeutem stanovené inhibiční polohy.

Metodika reflexní lokomoce (podle Vojty)- možnost zvýšení stimulace orofaciální motoriky a dýchání užitím spouštěvých bodů v této oblasti při cvičení reflexního otáčení.

Kabatova metodika- v stimulaci hybnosti mluvidel zapojení cvičení proti odporu.

Metoda Castillo- Morales- je přímo specializovanou reflexní metodikou pro orofaciální oblast, zaměřuje se na činnost obličejových svalů, polykání a řečových projevů. Využívá tah, tlak a vibraci v obličejové a orofaciální oblasti a zintenzivňuje již stávající metody této oblasti.

Myofunkční terapie- je efektivní metodikou pro práci s projevy svalové a funkční nerovnováhy v orofaciální oblasti. Svým zaměřením a typy cvičebního programu je určena spíše pro intaktní populaci s vývojovými obtížemi v artikulaci než pro oblast neurogenních poruch (E. Škodová, I. Jedlička a kol, 2003, s.315- 316) <sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003.

## **2. Praktická část – Analýza míry socializace žáka prvního stupně na základní škole**

### 2.1. Metodologie

#### 2.1.1. Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou největší překážky v socializaci dětí na prvním stupni základní školy s DMO a přidruženou komunikační vadou. Zaměřuji se na tři základní oblasti socializace a to rodinu, školu a vrstevnické skupiny, jelikož tyto skupiny lidí jsou pro každého člověka nejdůležitější.

#### 2.1.2. Použitá metoda

Metodologie se zabývá metodami, jejich tvořením a následnou aplikací. Metodologie má různé disciplíny. V této práci se bude uplatňovat metodologie společenských věd, metoda kvalitativního výzkumu.

Jako techniku sběru dat jsem zvolila metodu strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Tento rozhovor se skládá z řady pečlivě zformulovaných otázek, na něž respondenti jednotlivě odpovídají. Chtěla jsem v tomto typu rozhovoru co nejvíce minimalizovat vliv tazatele na respondentovi odpovědi a případné navádění k odpovědi. Rozhovor jsem zvolila hlavně kvůli osobnímu přístupu. Kostra rozhovoru je přiložena v příloze (viz příloha). Ukázka informovaného souhlasu je k dispozici také v příloze (viz příloha).

### 2.1.3. Způsob získání dat

Rozhovor jsem realizovala s pěti respondenty. Otázky, jsou koncipované do třech oblastí zkoumání. Rodina, škola a vrstevnické skupiny. Všechny tyto oblasti jsou zkoumány ohledem na téma socializace. Rozhovory jsem měla možnost doplnit o pozorování respondentů jak během rozhovoru, tak v běžném prostředí základní školy. Tři respondenty jsem již znala, což bylo také přínosné.

### 2.1.4. Představení respondentů

Rozhovor byl realizován s pěti respondenty, ze dvou základních škol. Čtyři z nich navštěvují Jedličkův ústav a školy v Praze a jeden respondent je integrován na ZŠ Velvary. Všechny děti navštěvují první stupeň základní školy. Ve výzkumném vzorku se objevují osoby s různou formou DMO. Jelikož stupeň postižení není pro tento výzkum důležitý, není zohledňován ani zkoumán.

V Jedličkově ústavu jsem byla již na odborné praxi, některé mnou vybrané žáky jsem měla možnost poznat a tyto rozhovory byly příjemnější a otevřenější.

Všechna jména nejsou z důvodů zachování anonymity zadána.

Tabulka IV. Přehled vybraných respondentů, jejich pohlaví, ročník ZŠ a věk.

| Respondent / pohlaví | Ročník ZŠ | Věk |
|----------------------|-----------|-----|
| R.1. / chlapec       | 5. třída  | 12  |
| R.2. / chlapec       | 4. třída  | 10  |
| R.3. / dívka         | 2. třída  | 8   |
| R.4. / dívka         | 5. třída  | 11  |
| R.5. / chlapec       | 4. třída  | 10  |

#### Respondent 1.

Chlapec s centrální poruchou hybnosti. Je trvale na invalidním vozíku, kde je během dne různě polohován a nucen ke správnému držení těla. Žák je dalekozraký a nosí brýle. Při práci u stolu je velice shrbený a jeho oční vada mu to velice ztěžuje, jelikož musí být očima blíže k čtenému textu. Na to, že je mu 12 let, je velice rozumově vyspělí. Během rozhovoru mě překvapoval svými odpověďmi a přehledem o jeho okolí. Respondent chodí na fyzioterapii a vodoléčbu. Nepředpokládá se výrazné zlepšení jeho stavu.

#### Respondent 2.

Tento chlapec byl při rozhovoru velice aktivní a dokázal se soustředit po celou dobu. Je jen částečně ochrnutý a jeho postižení ho v pohybu nějak zvlášť neomezuje. Jelikož toto byl respondent, se kterým jsem se nikdy před tím nesetkala, bylo zvláštní, že byl nejvíce bezprostřední a hned na konci našeho rozhovoru mě objímal a byl přítulný. Také jako jediný se mi svěřil s nepříjemnými situacemi, které se mu staly. Troufám si soudit, z reakcí personálu školy, že toto chování není u chlapce nic neobvyklého.

#### Respondent 3.

Rozhovor s touto dívkou probíhal velice aktivně a bylo zřejmé, jak z odpovědí, tak z vystupování, že tato dívka má velký potenciál v učení a školních aktivitách. Pohybuje se na vozíku, ale horní končetiny jsou bez známky spasticity. I když byla z respondentů nejmladší její vystupování a komunikační dovednosti byli velice dobré.

#### Respondent 4.

Tato dívka je velice komunikativní a její řeč je plynulá s drobnými dyslalickými prvky. Je upoutána na invalidní vozík s tím, že dolní končetiny jsou úplně ochrnuté a bez známky citlivosti. Další komplikací je neovladatelné vylučování moči. Domnívám se, že kdyby nebylo třeba tuto dívku cévkovat, byla by vhodnou kandidátkou na integraci. Nevím, do jaké míry jsou její potíže s vylučováním řešitelné, ale kdyby byl toto jediný důvod, byla by to jistě škoda.

Respondent 5.

Tento jediný žák navštěvuje základní školu běžného typu. Obsluhuje invalidní vozík, ale je dostatečně mobilní na to, aby se sám přesunul z jedné místnosti do druhé, jen s přidržováním o zábradlí. Žák trpí hemiparetickou formou DMO a řeč je jen částečně narušena artikulace, ale bez větších problémů se srozumitelností. Respondent žije na malém městě, kde navštěvuje i základní školu.



## 2.2. Výsledek výzkumu

První zkoumaná oblast se týká školního prostředí. V této části rozhovoru respondenti odpovídali na šest otázek týkajících se tohoto tématu. U každé otázky bude přepis odpovědí všech respondentů pro lepší orientaci a následné zhodnocení celé oblasti.

### 1. Do školy se spíše těšíš nebo ne?

R.1. *„Jo, jo každý den.“*

R.2. *„Ne, protože mě to nebaví. Je tu nuda.“*

R.3. *„Jo, baví mě to, těším se pořád.“*

R.4. *„Ne. Některý předměty mě nebaví. Vlastivěda a čeština“*

R.5. *„Ne, protože nesnáším učení.“*

### 2. Je nějaký předmět, který ti dělá obtíže a nebaví tě se na něj učit nebo dělat domácí úkoly?

R.1. *„Nejmíň Vlastivěda, samí nezajímavý věci. Nejvíce Počítače.“*

R.2. *„Přírodověda, referáty a tak, ty mě nebaví.“*

R.3. *„Ani nic, všechno mě baví i domácí úkoly mě baví.“*

R.4. *„Vlastivěda, to je nuda. Nejvíc mě baví přírodověda.“*

R.5.: *„Vlastivěda, bavíme se o známých pověstech a to mě nebaví.“*

### 3. Učíš se nebo děláš úkoly každý den?

R.1. *„Jo každý den. Mam jeden úkol každý den.“*

R.2. *„Jo hodinku.“*

R.3. *„Jo, hodně úkolů. Od rána do večera se učím.“*

R.4. *„Jo“*

R.5. *„Někdy jo a někdy ne.“*

4. Pomáhá ti někdo s učením?

R.1. : „Máma většinou.“

R.2. : „Máma s tetou. Někdy nevědí sami tak se učí se mnou.“

R.3. : „Ne, sama, mamka jenom kontroluje.“

R.4. : „Sama a když tak máma.“

R.5. : „Pomáhá mi máma nebo táta.“

5. Ve škole ti pomáhá asistent? Rozumíte si spolu?

R.1. : „Ladislav. Chodíme na soukromé výlety, třeba sami dva. Rozrostli se, narodil se mu syn Šimon.“

R.2. : „Celá třída, nemusí mi pomáhat. Asistentka Terka ta je hodná. „

R.3. : „Jo Maruška. Někdy o víkendu mě berou ven.“

R.4. : „Ne akorát sestřičky na cévkování. Jenom dvou se bojím ty jsou přísnější.“

R.5. : „Jo, Šárka, pomáhá mi o geometrii, protože mi ujíždí pravítka a o tělocvik když nevím co dělat.“

6. Je škola, do které chodíš kompletně bezbariérová?

R.1. : „ Nemám problémy. Chodím na terapii do suterénu na vodu.“

R.2. : „Jo.“

R.3. : „Jo a doma taky.“

R.4. : „Jo, doma v baráku máme taky výtah.“

R.5. : „Jo, ale na angličtinu chodím pěšky po schodech s paní učitelkou.“

### **Rozbor odpovědí z oblasti Škola:**

Podle Durkheima má vzdělání pomáhat při řešení konfliktů. Umožňuje náležitou socializaci jedince, tím že má možnost si vyzkoušet přizpůsobivost na různé vývojové stupně společnosti. Škola je jednou z nejdůležitějších oblastí socializace, škola jedince učí, že každý může svým konáním ovlivnit svou budoucnost. Dále učí plánování a schopnost uspořádání času, podpora sociální integrace a rozvoje osobnosti a sjednocení kultury. Jednotliví respondenti mají samozřejmě různý náhled na školu a vzdělávání. Z pěti žáků se do školy těší dva, což je pochopitelné i s ohledem na to, že žáci s postižením musí vynakládat více energie a snahy na jakoukoliv činnost, i na takové aktivity spojené se sebeobsluhou a hygienou.

Zajímavostí je, že u tří respondentů (R.1., R.4., R.5.) je nejméně oblíbený předmět Vlastivěda. Pro některé žáky je předmět nezajímavý či nudný. Respondent 5. říká: „*Vlastivěda, bavíme se tam o známých pověstech.*“ U tohoto žáka bylo zřejmé, že tento předmět ho nebaví, jelikož probíranou látku již zná. Samozřejmě, že to může být aktuální stav trvající jen krátké období, ale u zbylých dvou respondentů je to záležitost spíše motivace k danému předmětu.

Osobní asistenci využívá pouze jeden žák a to R.5. Ostatní respondenti nemají osobního asistenta, ale využívají pouze třídního asistenta (není určen přímo jednomu žákovi, spolužáci využívají jeho služby) nebo zdravotní sestry. Domnívám se, že osobní asistent nepřispívá dobrému začlenění do třídního kolektivu. V případě, že je asistent přítomen během celého školního dne nemá žák tolik možností kontaktu se spolužáky. Tento fakt je zřejmý i z odpovědí R.5. Tento žák je integrován do základní školy běžného typu a asistentka přichází jen na předměty, které mu dělají potíže kvůli jeho mobilitě. Na otázku z druhé oblasti (vrstevnické skupiny) odpověděl na otázku: Co nejčastěji děláš o přestávky, takto: „*Sedím v lavici.*“ Žádný z ostatních respondentů neřekl tak rychlou a jednoznačnou odpověď na tuto otázku. Domnívám se, že zkušenosti s kontaktem s vrstevníky není tak velký jako u respondentů z JUŠ.

Druhá zkoumaná oblast se týká vrstevnických skupin. Tato členská skupina hraje zásadní roli v procesu socializace.

Socializace jedince probíhá nejdříve v rámci rodiny a školy, poté ovšem do tohoto procesu zasahují i jiné činitele- vrstevnické skupiny, televize, práce atd. Všechny tyto činitele se samozřejmě vzájemně doplňují. Konečným cílem socializace je začlenění jedince do společnosti. Zároveň jsou však tyto činitele velice rozmanité a mohou si konkurovat, což je jednou z příčin složitosti procesu socializace.

7. Máš ve třídě nějakého dobrého kamaráda nebo kamarádku?

R.1.: „Jo, Jonáše.“

R.2.: „Martina, toho nejvíc.“

R.3.: „No mám, Matouše, s tím nejvíc.“

R.4.: „Není ze školy. Danuška, dcera asistentky, je na mateřský, má syna. Taky jsem ho viděla. Zkamarádily jsme se na škole v přírodě.“

R.5.: „Jo Michal, chodí se mnou do třídy.“

8. Bavíš se se spolužáky i po škole? Navštěvujete se doma?

R.1.: „Ne, jenom s asistentem.“

R.2.: „Bavíme se v Klubu. Doma ne bydlím daleko.“

R.3.: „V klubu, můžeme chodit i do kavárny a tak.“

R.4.: „V Klubu po škole doma ne.“

R.5.: „Jo doma, jenom doma, venku ne.“

9. Pomáhají ti spolužáci při vyučování?

R.1.: „Jo, při svačině, já už si to pak obstarám.“

R.2.: „Mě ne, více já jim.“

R.3.: „Jo Matouš, všichni pomáhají. Já nepotřebuju. Víc pomáhám Báře, nemůže zvedat ruku.“

R.4.: „No jo, někdy jo, při češtině a vlastivědě.“

R.5.: „Jo trošku jo. Nevadí mi to, že málo.“

10. Co nejčastěji děláš o přestávky?

R.1.: „Zavírám a otvírám dveře. Furt. To mě baví, dělám to i doma.“

R.2.: „Hraju si s legem. Stavím statek, koně, psy a kočky- to je super.“

R.3.: „Koukám do učebnice. Odpočívám.“

R.4.: „S Ládou paříme u počítače. Hrajeme vodu a oheň.“

R.5.: „Sedím v lavici.“

11. Byl k tobě někdy ve škole někdo nepřátelský?

R.1.: „Ne, to ne. To zase jako, já už sem chodím 5 let.“

R.2.: „Ivan, štve mě, bere mi něco, bourá mi statek a pak to musím znova stavět.“

R.3.: „Ne, vůbec ne.“

R.4.: „Jo, prostě jenom provokují. Jednou Filip vzal nějaký prstýnek a nechtěl nám ho půjčit. A já mu občas podtrhnu nohu a on spadne, ale nic se mu nestane, ale u Standy to ne, je větší a tak.“

R.5.: „Ne, vůbec.“

12. Máš kamarády v místě tvého bydliště?

R.1.: „Jo oni chodí ke mně. Už nejsem normální dítě, ale jsem dospělejší.“

R.2.: „Sousedy, chodíme na hřiště.“

R.3.: „Mám dvě kamarádky. Jedna s berlemi a jedna má elektrický vozík a chodíme ven.“

R.4.: „Jo, chodíme do Kunratického lesa. Je to tam moc hezký.“

R.5.: „Ne“

## Rozbor odpovědí z oblasti Vrstevnické skupiny:

Z první otázky je zřejmé, že ve třídním kolektivu má kamaráda každý z respondentů. Jediná R.3. na otázku odpověděla jinak než ostatní respondenti „*Není ze školy. Danuška, dcera asistentky, je na mateřský, má syna. Taky jsem ho viděla. Zkamarádily jsme se na škole v přírodě.*“ Dle mého názoru, předchozích zkušeností a odpovědí z rozhovoru soudím, že tato dívka má větší okruh přátel a nemá velké problémy s komunikací s lidmi ze svého okolí i mimo něj.

Co se týče kontaktu se spolužáky, mimo školní prostředí odpovídala většina respondentů, že se s nimi nestýká. Respondenti z Jedličkova ústavu se se spolužáky stýkají jen ve škole nebo ve školním Klubu. U R.5. je situace odlišná. Tento žák bydlí na malém městě a jeho vrstevníci chodí do stejné základní školy. Sociální kontakt s jinými vrstevníky je tedy ztížený. Jeho spolužáci ho navštěvují jen doma, a když jsem se chlapce dotázala, proč nechodí společně ven, nedokázal mi odpovědět. Chlapec je přitom velice mobilní a dokáže s dopomocí chodit. Toto je spíše otázka pro rodiče respondenta a jejich uvážení. Důležitá otázka je přístup matky k daným situacím, její strachy z pohybu mimo domov. Z mého pohledu by byl chlapec schopen samostatného pohybu na vozíku po městě a jistě by to pomohlo při jeho lepším začlenění mezi vrstevníky.

Žáci z Jedličkova ústavu jsou samozřejmě více empatičtí ke spolužákům a berou v potaz jejich postižení a míru pomoci jakou potřebují. Hlavně z tohoto důvodu je R.5. odkázán na pomoc asistentky a třídní učitelky. Jeho spolužáci samozřejmě nemají, a ani nemohou mít, zkušenosti s dopomocí postiženému DMO, a proto je tento žák více izolovaný než ostatní respondenti. R.5. po svých spolužácích pomoc ani nevyžaduje a z jeho odpovědi vyplývá, že mu to nevádí, troufám si říci, že o ni ani nestojí.

Na otázku: Co nejčastěji děláš o přestávku?, se odpovědi u R.2., 3. a 4. výrazně nelišili od mých osobních zkušeností ze základní školy. Zajímavá je odpověď R.1.: „*Zavírám a otvírám dveře. Furt. To mě baví, dělám to i doma.*“ Nevím, jestli má tento pohyb spojený s nějakou pozitivní zkušeností nebo je to jen činnost jemu příjemná. Této aktivity u R.1. jsem si všimla již na průběžné praxi, ale nepřikládala jsem tomu zvláštní pozornost. Bylo by zajímavé se této otázce věnovat hlouběji, ale toto není věc mého výzkumu. R.5. odpověděl: „*Sedím v lavici.*“ A opravdu tomu tak bylo, i když jsem vešla do třídy. Žák sedel na židli a vozík měl na druhé straně třídy. Ve třídě bylo mezi lavicemi velice málo místa a

žák seděl v první lavici. Chápu iniciativu učitelky, aby žák nebyl izolován v poslední lavici, ale v případě, že člověku s částečně ochrnutýma nohama vezmeme vozík, je odkázán na velmi omezený pohyb a o přestávku mu opravdu nezbývá nic jiného než sedět v lavici.

Předposlední otázka: pro mě byla největší, ale velice pozitivní zážitkem. Je prokázané, že v dětském věku není člověk tolik empatický a neumí se dostatečně vcítit do druhého člověka. Proto mě příjemně překvapilo, že ani jeden z respondentů neměl žádné nepříjemné zkušenosti s vrstevníky, jen klasické situace, které se objevují v souvislosti určování rolí a sociálního statusu v každé třídě základní školy.

Z poslední otázky bych se chtěla poznamenat odpověď respondenta 1.: *„Jo oni chodí ke mně. Už nejsem normální dítě, ale jsem dospělejší.“* Tyto děti jsou více dospělé, než děti bez postižení. Jsou nuceny se o sebe více starat a více se hlídat v běžných každodenních činnostech. Musí mít více zodpovědnosti vůči své nemoci. Zajímavá je též odpověď od respondentky 3.: *„Mám dvě kamarádky. Jedna s berlemi a jedna má elektrický vozík a chodíme ven.“* Což může být dalším problémem v socializaci jedince s DMO. Tato dívka má ve svém okolí vrstevníky jen s postižením. Navštěvuje základní školu v Jedličkově ústavu, kde jsou jen žáci s postižením a dle odpovědi na otázku se i ve svém volném čase stýká s dětmi s postižením. Má tedy jen málo zkušeností s kontaktem s intaktní společností a to by jí mohlo ve vyšším věku dělat problémy, jelikož se bude dostávat do situací, které pro ni budou nové a bude si muset osvojit nové vzorce chování. Poslední respondent bydlí ve stejném městě, kam chodí do školy a na poslední otázku odpověděl, že nemá kamarády v místě svého bydliště. Se svými vrstevníky se tedy stýká jen ve škole nebo u chlapce doma. Tento chlapec je tedy velice izolován od okolního světa, přičemž je schopen samostatného pohybu a je velice dobře mobilní.

Třetí zkoumaná oblast je rodina. Jednou ze základních funkcí rodiny je i nadále zajištění socializace. Rodina dítěti předává základní hodnoty celé společnosti i konkrétní společenské skupiny ve větší míře než škola. Roli socializačního činitele sdílí se školou, kterou svým významem ovšem zdaleka překračuje- svou životní dráhu dítě začíná v rodině(Montoussé, 2005, s.286- 295).<sup>36</sup>

13. Jsi jedináček nebo máš sourozence? Pokud ano kolik je mu/jí let?

R.1.: „Mám bráchu, je mladší o pět let.“

R.2.: „Mam tři. Dva bráchy a jednu ségru. Všichni jsou starší.“

R.3.: „Pět. Tři kluci a dvě holky a já jsem nejmladší.“

R.4.: „Bráchu a ségru. Je jim 22 a 17, ale ségra bydlí u přítele a brácha u přítelky.“

R.5.: „Starší sestru, ale už s náma nebydlí.“

14. Byl na tebe někdy nepřátelský někdo cizí?

R.1.: „Zatím ne.“

R.2.: „Jeden kluk, ten mě venku nadával a byl zlý. Pořád.“

R.3.: „Vůbec nikdo.“

R.4.: „Nebyl.“

R.5.: „Ne“

15. Co nejčastěji děláš o víkendu?

R.1.: „Dělám si věci na computeru. Pouštím si videa. Chtěl bych pracovat tady ve škole jako vychovatel.“

R.2.: „Koukám na televizi. Nejvíc na pohádky, třeba Princezna ze mlejna, Čertův švagr, Zlatovláska.“

R.3.: „Hraju si s kočkou. Dělám úkoly. Jezdíme na výlety jednou za 14 dní v pátek, třeba do planetária, zahrady.“

R.4.: „S Čárou na výlety. To je můj pudlík. A když jsem u táty tak ten dlouho spí a rád, tak si ráno hraju, dělám úkoly. Na počítači vůbec a chodíme na výlety.“

R.5.: „Hraju si na počítači. Na procházky nechodíme.“

---

<sup>36</sup> MONTOUSSÉ, Marc a Gilles RENOARD. *Přehled sociologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 335 s. ISBN 80-7178-976-3.



V tomto okruhu otázek mne nejvíce zaujala první otázka týkající se sourozenců. Čtyři z pěti žáků jsou nejmladší z několika dětí v rodině. Ve většině případů, i když celkem mladí, už sourozenci s rodinou nežijí. Mohu se jen domnívat jaké to má příčiny, jestli je to jen shodou náhod nebo na tento fakt má vliv, že v rodině je jeden člen s postižením. Nedotazovala jsem se na věk rodičů, ale z některých odpovědí se dá vydedukovat, že někteří respondenti se rodičům narodili ve vyšším věku, což mohl být jeden z faktorů predikující postižení. S tímto problémem nastává otázka, zda není, především matka, s přibývajícím věkem úzkostnější a nepřenáší svůj strach na dítě. Můžeme to pozorovat nejvíce u chlapce 5. Ten má starší sestru a na otázku: Co nejčastěji děláš o víkendu? Odpověděl takto: „*Hraju si na počítači. Na procházky nechodíme.*“ Respondent žije na malém městě, kde je informovanost o spoluobčanech výrazně vyšší. S ohledem na předchozí odpovědi tento chlapec nechodí téměř vůbec ven. Spolužáci chodí jen k němu domů a jiné kamarády než ve škole nemá. Domnívám se, že toto není otázkou špatných komunikačních a socializačních dovedností respondenta, ale malá míra možností kontaktu s vrstevníky mimo ZŠ.

Na otázku, jestli byl na respondenta někdy nepřátelský někdo cizí, odpověděli téměř všichni jednoznačně a velmi rychle, že se nikdy v takovéto situaci neocitli. Samozřejmě, že tato skutečnost mě těší, jelikož je to indikátor lepší informovanosti intaktní společnosti o životě a chování lidí s postižením.

### 2.2.1. Závěr šetření

Ve své práci jsem se snažila zjistit, jaké jsou překážky v socializaci osob s DMO a přidruženou komunikační vadou. Při zpracovávání teoretické části jsem zjistila, že není mnoho publikací, které by se zaměřovaly na socializaci osob s DMO ve školním věku. Je mnoho informací o rané péči, rehabilitačních a facilitacích technikách jak pro odborníky tak rodiče a širší veřejnost. Myslím, že socializace je jednou z nejvýznamnějších oblastí v životě všech osob. Ovlivňuje celou osobnost jedince a objevuje se ve všech obdobích života.

Osoba, která má nejvíce možností ovlivňovat míru socializace jsou samozřejmě rodiče, nejvíce matky dětí (viz otázka č. 12 a 15). Zjistila jsem, že u většiny mých respondentů jsou děti s postižením v rodině nejmladší (viz otázka č.13) . Rodiče jsou tedy starší a pohledy na výchovu se mění už jen s ohledem na jejich věk, ale i na skutečnost, že jejich poslední dítě má určité postižení a jejich úkolem je tyto děti ještě více chránit. To ale znamená, že jejich kontakt s okolím bude omezený a tím pádem si jedinec nemůže vyzkoušet buď úspěšně, nebo se setkat s odmítnutím. Rodiče se samozřejmě snaží, aby se dítě nikdy s odmítnutím nesetkalo, jelikož těch špatných zkušeností má hodně s ohledem na jeho nemoc, ale odmítnutí komunikace nebo sblížení je důležitou součástí socializace. Jedinec si poté uvědomí jaký je pocit být odmítnutý a bude více motivován ke zdokonalování a neméně důležité je, že si uvědomí, že i on může sociální kontakt odmítnout. Pokud nemá možnost být součástí vrstevnických nebo jiných sociálních skupin, bude mít značné potíže při navazování kontaktů v pozdějším životě.

Důležitým faktorem zasahujícím do socializace je školní prostředí. Jelikož čtyři z pěti respondentů navštěvují speciální školství, jsou v kontaktu s více či méně postiženými lidmi. Mají více možností kontaktu s vrstevníky a tolik se nebojí o své zdraví jako žák z běžné základní školy, kde každý spolužák ví, že je jiný a i nedostatečně informovaný personál se může vyhýbat kontaktu s jedincem s postižením. Což je zrovna případ mého respondenta 5. Jeho sociální prostředí se skládá z rodiny a spolužáků. Jelikož nemá ani jinou možnost sociálního kontaktu, nevyhledává ho. V pozdějším věku bude mít větší problémy se začleněním do kolektivu či společnosti než jeho vrstevníci z JUŠ. Na druhou stranu z tohoto výzkumu vyplývá, že jedna žákyně se setkává jen s vrstevníky, kteří jsou znevýhodnění. Tato žákyně nemá tedy zase zkušenosti v komunikaci a kontaktu s intaktní společností. Jelikož se setkává jen s lidmi, kteří jsou obeznámeni s druhem a riziky spojenými s jejím

postižením, bude se tedy setkávat s lidmi, kteří jsou absolutně neinformovaní (obchody, práce, úřady, aj.) a kontakt s těmito lidmi pro ni bude nezvykle složitější, než s lidmi s postižením.

Domnívám se, že tito dva respondenti budou mít nejvíce překážek při socializaci, jelikož se budou s některými druhy situací a různými lidmi setkávat poprvé a jejich vzorce chování budou muset přijmout novou situaci, což je v období pubescence až dospělosti velice obtížné.

Další oblastí, kterou musím zohlednit, v procesu socializace jsou komunikační dovednosti. Respondenti neměli značné potíže při komunikaci. Někteří měli problémy v komunikaci s ohledem na artikulaci. R.1. má vadu řeči, v oblasti artikulace. Jeho řeč je pomalejší, překotné mluvení ale srozumitelné i pro člověka, který nemá zkušenosti s komunikací s člověkem s vadou řeči. U tohoto respondenta je vada řeči jen okrajovým postižením, které výrazným způsobem nezasahuje do procesu socializace. R.3. je velice snaživá při komunikaci. Má ochablé orofaciální svalstvo a svaly jazyka, Je zřejmé, že dělá pokroky a komunikace jí nedělá žádné velké problémy. Její artikulace je srozumitelná. V předškolním věku byli její komunikační schopnosti slabší, ale žádné výrazné následky, díky logopedické péči a cvičení, nemá.

Z tohoto vzorku jsem tedy zjistila, že logopedická vada nemá výrazný vliv na socializaci člověka s postižením na prvním stupni základní školy.

## Závěr

Úvodem jsem uvedla, že cílem této práce je poukázat na problémy, se kterými se setkávají děti s DMO a co těmto dětem nejvíce brání při socializaci. Případné zlepšení podmínek pro tyto děti na ZŠ, ale i v dalších věkových etapách.

V průběhu psaní této práce, jsem měla určitý pohled, jakými způsoby se může člověk začlenit do společnosti a existenci jedince v ní. Jak velkou měrou může jedinec s postižením ovlivnit své postavení ve společnosti. Každý jedinec si do svého života nese určité dispozice, ať už jsou pozitivní či negativní, a musí se s nimi ztotožnit či vyrovnávat. Socializace probíhá u každého jedince, je jen otázkou, zda jsou všechny předpoklady pro ni ve správnou chvíli dostatečně vyvinuty na to, aby socializace probíhala úspěšně.

Významnou složkou socializace a překážek při ní jsou rodiče. Tento aspekt žádný jedinec nemůže ovlivnit, jelikož se s biologickou vybaveností rodíme. Jak se zmiňuji v empirické části, je tato složka pro socializaci velice důležitá. Rodiče jsou zdrojem vzoru, kulturních a společenských hodnot. Je zřejmé, že v případě, kdy sami rodiče nejsou v sociálním kontaktu dostatečně vybaveni, není pro dítě jednoduché si tyto znalosti vytvářet bez předešlých zkušeností. V mém výzkumu bylo u respondenta 5 zřejmé, že jeho sociální kontakt je velice omezený. Byl vázán jen na kontakt s rodinou a spolužáky ve škole. Jiné sociální zázemí neměl možnost poznat. Kdyby měly rodiče možnost se setkávat s jinými rodinami s dětmi s podobným druhem postižení a vyslechnout si jejich postoje a metody, byl by to jistě přínos i pro respondenta 5. Lepší informovanost na malých městech by přispěla, jak lidem s postižením a jejich rodinám, ale také odborníkům a i široké veřejnosti.

Co bych dále chtěla zmínit je integrace. Jelikož jsem měla respondenty, jak ze speciálního školství, tak klasické základní školy, velice ráda bych tuto oblast zhodnotila. Integrace je stále diskutované téma mnoha odborníky. Někteří zastávají integraci za všech okolností a někteří jsou zásadně proti ní. Cesta je podle mě přesně uprostřed. Respondentky 3 a 4 jsou podle mého názoru a dle výsledku výzkumu, vhodné kandidátky na integraci. Navštěvují Jedličkův ústav a školy, samozřejmě, že se jim zde dostává dostatečné péče, ale byli by schopni navštěvovat základní školu běžného typu. Pro respondentku 3 by to bylo velice přínosné, i s ohledem na to, že nemá žádného kamaráda, se kterým se stýká, bez postižení. V dívce 3 vidím velký potenciál a chuť se rozvíjet a integrace by jí mohla pomoci pro získání dobré pracovní pozice a následné uspokojivé zařazení do společnosti. Je

důležité, aby tyto děti měli podporu a vzory, chtěli na sobě pracovat a měli dostatečnou motivaci k sebezdokonalování. Důležité je, aby každý člověk měl určitý cíl nebo přání, kterého chce dosáhnout. S motivací k výběru a pomocí by mělo dítě pomoci právě úzké sociální prostředí, které dítě obklopuje a kterému dítě věří a má v něm oporu v jeho rozhodování. Cesta skrze vzdělávání může být jednou z možností, jak dětem pomoci a přiblížit jim možnosti, kterými mohou dosáhnout svého cíle. Značná podpora pro další vzdělávání může být pro dítě právě integrace. Důvěra ve schopnosti a dovednosti dítěte je velkou motivací pro dítě. Samozřejmě, že žák musí být dostatečně připravený a schopný zvládnout náplň výuky na základní škole běžného typu.

Ve zkoumané části, která se týkala školy, jsem zohledňovala osobní asistenci. Někteří z respondentů asistenta využívají a někteří jen asistenta pedagoga. Při mé odborné praxi jsem měla možnost se účastnit výuky v JUŠ a některé respondenty pozorovat při práci, případně jim pomoci a asistovat při činnostech, které jim dělaly potíže. Ve třídě bylo pět žáků a R.4. jsem nemusela pomoci ani jednou. To je pro paní učitelku značnou výhodou, ale pro žákyni nikoliv. R.1. využíval služeb asistenta mnohonásobně více a v tuto chvíli neměla R.4. nic na práci a nudila se. Toto je též otázkou integrace, ale v tomto případě i velkou překážkou v socializaci.

Co se týče architektonických bariér, je Jedličkův ústav velice dobře vybaven a veškeré bariéry jsou řešeny výtahy či plošinami. Na základní škole ve Velvarech je část školy bezbariérová a část není, ale i v tomto případě se dá pohyb po škole dobře realizovat i na invalidním vozíku. Dnes je bariérovost velké téma a jsem ráda, že mnoho škol své bariéry odbourává.

Jedním z nejdůležitějších období socializace je předškolní a mladší školní věk. V tomto věku se formuje osobnost a člověk si osvojuje mnoho důležitých postojů a hodnot. Také je dítě v tomto období nejméně vnímavé k citění svých vrstevníků. Otázka 11. a 14. se týká tohoto tématu a byla jsem překvapena, že ani jeden z respondentů neměl žádnou výraznou negativní zkušenost v této oblasti. V případě respondentů 1., 3. a 5. je tato skutečnost spíše kvůli tomu, že neměli mnoho možností přijít do bližšího kontaktu s intaktní společností a to jak s vrstevníky tak dospělými osobami.

Domnívám se, že v této problematice jsou ve výzkumu značné mezery. Kdyby byl vypracován podrobnější výzkum na problematiku asistence, přístupu rodičů nebo

integraci, jistě by to pomohlo mnoha jedincům s postižením a jejich rodinám či učitelům. Velice vhodné by bylo vypracování vhodných přístupů či příručky pro manipulaci s člověkem na vozíku a mimo něj. Přístupy postiženého k sociálním rolím a jejich přijetí. Přiměřená pomoc a rady pro rodiče dítěte s poruchou hybnosti.

Ráda bych ve své magisterské práci navázala na získané zkušenosti a jednu z těchto oblastí více prozkoumat a zpracovat, a tím pomoci lidem s tělesným postižením pro lepší začlenění do společnosti.

## Použitá literatura

- BENDOVIÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 150 s. ISBN 978-80-247-3853-6.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- FOUCAULT, Michel. *Slova a věci*. Vyd. 1. Brno: ComputerPress, 2007, v, 309 s. ISBN 978-80-251-1713-2.
- HELUS, Zdeněk. *Psychologie: pro střední školy*. [2. vyd.]. Praha: Fortuna Print, 1997, 119 s. ISBN 80-7168-406-6.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001, 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
- KÁBELE, František. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou obrnou*. 1. vyd. Praha: Stát. pedagog. nakl., 1987, 173 s.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie*. 2., přeprac. vyd. Brno: Paido, 2000, 94 s. ISBN 80-85931-88-5.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000, 123 s. ISBN 80-85931-91-5.
- KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 344 s., [6] s. obr. příl. ISBN 80-247-1018-8.

- KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012, 186 s., [8] s. obr. příl. ISBN 978-80-262-0178-6.
- MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1996, 77 s. ISBN 80-85931-20-6.
- MONTOUSSÉ, Marc a Gilles RENOUARD. *Přehled sociologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 335 s. ISBN 80-7178-976-3.
- NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA. *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012, 491 s. ISBN 978-80-7435-161-7.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar a Zita NOVÁKOVÁ. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením: Early support and intervention for children with disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 321 s. ISBN 978-80-210-5880-4.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TICHÝ, Jiří. *Neurologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Karolinum, 1998, 340 s. ISBN 80-7184-750-x
- VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-7315-134-0.