

Integrace dětí s tělesným postižením

1. Cílová skupina

Pokud v televizi, v radiu nebo v běžném hovoru zazní pojem zdravotní postižení, většina lidí si v první chvíli s největší pravděpodobností představí člověka s tělesným postižením. Je to přirozené. I v dobách minulého režimu, kdy potkat na ulici člověka se zrakovým, sluchovým, neřku-li mentálním postižením patřilo mezi nevšední zážitky, to byli právě lidé s tělesným postižením, s nimiž se běžný člověk mohl setkat nejčastěji. A do jisté míry to platí i dnes. Jedním z důvodů je pochopitelně počet lidí s tělesným postižením. Jak vyplývá např. ze šetření Českého statistického úřadu, ze všech lidí se zdravotním postižením žijících v České republice, kterých je zhruba 1 000 000, tedy asi 10 % populace, jsou nejpočetnější skupinou právě lidé s tělesným postižením, jichž je přes 550 000, tedy asi 55 %.

Dalším důvodem, pro který je pro mnoho lidí tělesné postižení synonymem postižení zdravotního, je ve zkratce řečeno „normalita“. Lidé s tělesným postižením jsou na tom v oblasti rozumových schopností, v komunikaci, ve vnímání atd. obdobně, jako většinová populace. Navíc jejich úděl je díky určité sebeprojekci ostatních vnímán s lítostí. Člověk si uvědomí, že něco podobného může potkat i jeho samotného, jeho rodinu, blízké... Důkazem pro převážně pozitivní, tolerantní vnímání lidí s tělesným postižením většinovou populací jsou řadu let prováděná šetření Centra pro výzkum veřejného mínění. V nich osoby s tělesným postižením patří dlouhodobě k nejlépe vnímaným menšinovým skupinám, když více než 90 % respondentů nemá vůči nim žádné výhrady a byli by ochotni bydlet v jejich sousedství. Mimochodem pro srovnání, tento výsledek je výrazně lepší, než třeba v případě bohatých lidí (83 %), homosexuálů (68 %) nebo psychicky nemocných lidí (39 %). Na základě těchto informací bychom mohli snadno dospět k názoru, že integraci lidí s tělesným postižením do společnosti nic nebrání a že oproti osobám s jinými typy postižení jsou výrazně výhodnější pozici. Byl by to však závěr unáhlený, který by ignoroval fakt, že vada, respektive na jejím podkladě vzniklé postižení není a nemůže být (jediným) kritériem pro hodnocení míry nutné pomoci a podpory lidem se zdravotním postižením. Nestor české speciální pedagogiky, prof. Sovák k označení tohoto fenoménu zavedl pojem defektivita, což v jeho pojetí znamenalo narušení vztahů člověka s postižením ke společnosti. Defektivita je v tomto smyslu individuální a její míra závisí na úrovni vzájemného vztahu mezi člověkem s postižením a jeho sociálním prostředím. Tedy jinak řečeno záleží na jedné straně na tom, jak se jednotlivec vyrovnává se svým postižením, jak ho prožívá a jak ho prezentuje navenek, ale také na tom,

jak jeho samého a jeho postižení vnímají jeho nejbližší, jakým způsobem se k němu chovají a jakou mu tím dávají zpětnou vazbu. Z uvedeného je tedy zřejmé, že obtížnost, resp. úspěšnost integrace není možné odvozovat od typu a rozsahu vady, tzn. pouze na základě lékařské diagnózy. Např. člověk s lehkým vrozeným postižením hybnosti může své, na první pohled těžko postřehnutelné postižení prožívat velmi negativně a jeho subjektivně vnímaná kvalita života je velmi nízká. Jeho vada sice není vidět a nevzbuzuje tak pozornost ani soucit okolí, ale na druhou stranu ho diskvalifikuje z činností, jimž by se chtěl věnovat, omezuje možnosti výběru zaměstnání, ale zároveň mu nedává žádnou možnost využití sociální pomoci. Naproti tomu třeba člověk, který je po autonehodě upoután na vozík, ale neztratil chuť do života, rodinné zázemí, zaměstnání, koníčky ani přátele z doby před úrazem, může svůj život vnímat jako zajímavý, naplňující, „kvalitní“. Dětem s tělesným postižením tak i přes předpokládaný relativně snazší průběh integračního procesu musíme věnovat dostatečnou pozornost.

Vnímání postižení a vyrovnávání se s ním je záležitostí značně subjektivní, a tím také individuální. Vedle nezpochybnitelného částečného (objektivního) vlivu typu a stupně postižení zde hrají zásadní roli psychické a sociální faktory – osobnost, vrozená i získaná odolnost k zátěži, morálně volní vlastnosti, výchova, vztahy v rodině, sociální status, vztahy v komunitě atd., ale také faktory ekonomické, geografické, demografické apod. – ekonomická situace rodiny, místo bydliště, občanská vybavenost atd. Integrační proces je u každého člověka jedinečný a nelze jej jednoduše zobecňovat. Z tohoto důvodu je třeba nepodceňovat přípravu a realizaci integrace dětí s tělesným postižením, byť je to obecně řečeno skupina s největším integračním potenciálem.

Pozornost si integrace dětí s tělesným postižením zaslouží ale také díky jejich počtu. Vždyť ve věkové skupině 0-14 let žije u nás téměř 17 000 dětí s tímto typem postižení, což je asi 1,1 % všech dětí. Možná toto číslo není na první pohled nikterak ohromující, ale pokud si ho představíte např. jako počet obyvatel Pelhřimova, Jičína nebo Rakovníka, kterým by všem do jednoho měla být poskytnuta pomoc při začlenění nebo znovuzачlenění do společnosti, pak možná získává tento údaj poněkud jinou dimenzi.

2. Tělesné postižení – příčiny a členění

Ještě než se budeme podrobněji zabývat problematikou integrace dětí s tělesným postižením, je třeba vymezit oblast, v níž se budeme pohybovat. Většina autorů odborné literatury se shoduje na tom, že společným poznávacím znakem pro tělesné postižení je omezení pohybových schopností, a to jak ve smyslu kvantitativním, tak kvalitativním. Časté

jsou také kombinace tělesného a dalšího postižení. Této problematice se však v následujících řádcích věnovat nebudeme. Důvodem je to, že z hlediska řešení integrace lidí s kombinovaným postižením jsou téměř vždy primární ostatní typy postižení, tedy postižení smyslové či mentální, které člověka v jeho sociálním začleňování omezují výrazněji.

Tělesné postižení vzniká na podkladě vad:

- nervové soustavy (vady centrální nervové soustavy i periferních nervů),
- kosterní soustavy (vady kostí, kloubů),
- svalové soustavy (vady šlach a svalů),
- oběhové soustavy (poruchy cévního zásobení).

Z hlediska doby vzniku rozlišujeme tělesná postižení na vrozená a získaná. Doba vzniku postižení hraje důležitou roli vzhledem k vývoji jedince. Zejména v raných fázích je vazba mezi pohybem na jedné straně a rozvojem vnímání a schopnosti učení na straně druhé velmi úzká a při nedostatečné kompenzaci, tedy nahrazení deficitu pohybu může dojít k opoždění psychického vývoje. Získané postižení naopak na člověka klade velkou zátěž při vyrovnání se s touto situací a adaptací na nové podmínky. Nelze pochopitelně paušalizovat - vývoj jednotlivců a jejich prožívání je značně individuální, přesto však určité vazby mezi dobou vzniku postižení a vztahu člověka k jeho sociálnímu prostředí existují (viz níže) a je vhodné znát a při práci s dětmi mít na zřeteli.

Vrozená postižení mohou mít původ buď v dědičné zátěži (vnitřní, endogenní příčiny) nebo mohou vzniknout na základě působení vnějších, exogenních faktorů v době před porodem (prenatální), v průběhu porodu (perinatální) nebo v období do jednoho roku po narození dítěte (postnatální). Mezi nejčastější příčiny vzniku vad v prenatálním období patří:

biologické vlivy (onemocnění matky, např. toxoplazmóza, zarděnky, infekce cytomegalovirem apod.),

fyzikální vlivy (mechanické poškození plodu, ozáření apod.),

chemické vlivy (intoxikace matky léky, návykovými látkami, chemikáliemi apod.),

vlivy výživy (nedostatečný přísun vitamínů, stopových prvků a dalších minerálů apod.)

V perinatálním období může dojít k poškození dítěte z důvodu:

- nedostatku kyslíku při abnormálních nebo protrahovaných porodech,
- mechanického poškození hlavy nebo ostatních částí těla dítěte,
- krvácení do mozku při protrahovaných porodech.

Postnatální období jsou pro dítě rizikové zejména:

- infekční onemocnění centrální nervové soustavy (meningitidy, encefalitidy),
- úrazy.

Skupina lidí s tělesným postižením je výjimečná nejen svým počtem, ale také růzností a odlišností vad, které jsou příčinou jejich postižení. Účelem tohoto textu však není poskytnout vyčerpávající sumu informací o všech diagnózách, proto jen stručně základní členění a popis nejčastějších vad a onemocnění, které dostatečně poslouží pro prvotní informaci pedagoga.

Centrální obrny

- patologické omezení volní, tedy záměrné a vůlí ovládané hybnosti (hovorově nazývané také jako ochrnutí) způsobené poškozením mozku nebo míchy. Rozlišujeme dva základní typy – částečnou obrnu (paréza) a úplnou obrnu (plegie).

Dětská mozková obrna (DMO)

- spastické (křečové) formy DMO charakterizované zvýšeným napětím (tonus) svalů
 - diparetická forma DMO – postižení hybnosti dolní části těla včetně dolních končetin, typickými znaky jsou nepřírozeně napnuté dolní končetiny včetně chodidel, tzv. nůžkovitá chůze, při níž se třou kolena o sebe a končetiny se kříží, a chůze po špičkách
 - hemiparetická forma DMO – postižení hybnosti levé nebo pravé poloviny těla, typickými znaky jsou napnutá dolní končetina s chůzí po špičce a horní končetina ohnutá v lokti
 - kvadraparetická forma DMO – postižení hybnosti celého těla, typickými znaky jsou napnuté dolní končetiny, v loktech a zápěstích ohnuté horní končetiny, trup prohnutý dozadu
- nespastické formy DMO
 - dyskinetická forma DMO – postižení charakterizované nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, nejčastěji horních končetin
 - hypotonická forma DMO – postižení hybnosti celého těla, zejména však dolních končetin, typickým příznakem je svalová ochablost (snížený svalový tonus), zvýšený rozsah pohybu v kloubech, postižení vnímání rovnováhy; vyskytuje se zejména u dětí do 3. roku věku, poté se ve většině případů mění ve formu dyskinetickou, případně v některou ze spastických forem

Mišní obrny

- vznikají následkem utlačení nebo poškození míchy, zejména následkem úrazu, ale také vlivem nádorového onemocnění nebo enormní deformace páteře, projevují se

parézou nebo plegií části nebo celého těla, míra postižení závisí na lokalizaci poškození míchy (čím výše, tím větší část těla) a na rozsahu poškození míchy.

Periferní obrny

- tzv. chabé obrny, které vznikají v důsledku poškození periferních nervů, a to zejména vlivem mechanického poškození, zánětlivého onemocnění nebo chronického onemocnění (např. cukrovka – diabetická neuropatie), svaly jsou následkem obrny částečně nebo zcela neschopné pohybu (kontrakce) a ochablé, mají tendenci atrofovat (degenerují)

Deformace

- vrozené nebo získané vady charakterizované patologickým tvarem některé části těla
 - *vrozené deformace*
 - luxace a subluxace kyčelního kloubu – vykloubení nebo částečné vykloubení vlivem nedostatečně vyvinuté kloubní jamky
 - kososvislá noha – noha se stáčí dovnitř, při chůzi nášlap na špičku a na zevní okraj nohy
 - kosá noha – přední část nohy je zahnutá směrem dovnitř
 - hákovitá noha – nepřirozené ohnutí nohy směrem vzhůru k bérce
 - *získané deformace*
 - skolióza páteře – vychýlení páteře do strany, tedy směrem od předozadní roviny těla
 - zvětšená krční lordóza - patologické zvětšení předozadního esovitého prohnutí páteře v oblasti krku typická předsunutou a zakloněnou polohou hlavy
 - zvětšená hrudní kyfóza – patologické zvětšení předozadního esovitého prohnutí páteře patrné na první pohled sevřením hrudníku mezi rameny a odstálými lopatkami
 - zvětšená bederní lordóza - patologické zvětšení předozadního esovitého prohnutí páteře v bederní oblasti s následkem uvolnění břišních a hýžd'ových svalů a špatným sklonem pánve
 - nedostatečné zakřivení páteře – následkem jsou plochá záda a
 - plochá noha – patologické snížení nebo vymizení klenby chodidla s následkem bolestí nohou, zad, deformitou prstů atd.

Malformace

- vrozené defekty pohybového aparátu
 - *rozštěp páteře* – nedostatečné uzavření páteřního kanálu vlivem nedovyvinutí obratlových oblouků, u závažnějších forem dochází k vyhrěznutí míšních obalů nebo míchy
 - *malformace končetin*
 - amelie – chybění celé končetiny

- peromelie – absence části horní končetiny
- fokomelie – ruka vyrůstá přímo z trupu
- dysmelie – tvarová odchylka končetiny
- mikromelie – zmenšení končetiny
- polydaktilie/oligodaktylie/syndaktilie – zvýšený počet, zmenšený počet nebo srůst prstů

Myopatie

- svalové poruchy postihující kosterní svalstvo, často progresivního charakteru, podmíněné dědičností nebo způsobené metabolickými či hormonálními poruchami, které má za následek svalovou slabost nebo degeneraci svalů
 - *Duchenneova svalová dystrofie (DMD)* – onemocnění vzniklé na základě genové mutace, postihuje téměř výhradně chlapce, příznaky se projevují ve 3.-5. roce věku, onemocnění je progresivní, člověk s DMD umírá většinou mezi 20.-30. rokem věku, integrace v dětském věku je možná, pouze je třeba kompenzovat pohybové omezení
 - *Beckerova svalová dystrofie (BMD)* – podobná charakteristika jako u DMD, onemocnění se projevuje později (mezi 5.-15. rokem života, případně i v dospělosti), progresse je pomalejší, délka života výrazně delší

Amputace

- odstranění končetiny chirurgicky nebo následkem úrazu

3. Zásady pro komunikaci s dětmi s tělesným postižením

Pro komunikaci s dětmi s tělesným postižením platí, stejně jako u dětí s jinými formami postižení, jedno zásadní pravidlo – mluvm s nimi pokud možno ve všech ohledech stejně, jako se všemi ostatními dětmi. Nesnažme se komunikaci s nimi vyhýbat, ale na druhou stranu se s nimi nebavme za každou cenu více a častěji než s jinými dětmi. Buďme přirození. A mějme na paměti, že naším úkolem je připravit dítěti prostředí k tomu, aby se mohlo samo realizovat, a to jak v činnostech, tak v interakci s ostatními dětmi a dospělými, nikoli za něj tyto činnosti vykonávat a vztahy navazovat a uskutečňovat.

Častou chybou při komunikaci s dítětem s tělesným postižením (ale i při komunikaci s dětmi bez postižení!) je, že se o dítěti bavíme s doprovodem (rodičem, asistentem...), byť bychom se mohli zeptat přímo jeho. Dítě má pak oprávněný pocit, že není ani částečně rovnocenným partnerem. Vytrácí se tak nejen vztah důvěry k pedagogovi, který tímto dává na vědomí formálnost své autority, ale narušuje se tím i úcta dítěte k sobě samému, jeho sebevědomí.

Obecně platí, že pokud komunikujeme s lidmi v nějakém užším kruhu nebo tzv. mezi čtyřma očima, je vhodné, abychom navázali oční kontakt a hleděli na sebe přibližně zpřímá, tedy aby ani jeden z komunikujících nebyl ve výrazně vyšší či nižší pozici. Vyšší pozicí vyjadřujeme určitou nadřazenost a bráníme tím otevřené komunikaci, vytváříme určitou psychickou bariéru. U lidí, kteří jsou upoutáni na vozík, se proto snažíme přizpůsobit jejich výšce a při rozhovoru s nimi si sedneme nebo alespoň podřepneme.

V případě, že dítě potřebuje naši pomoc při sebeobslužných činnostech, jako je oblékání, pomoc na toaletě, stravování apod., zeptáme se ho nejdříve, jakým způsobem mu máme pomoci. Dítě samo nejlépe ví, co potřebuje nebo jak mu pomáhají jeho blízcí či asistenti. Nesnažíme se také pomáhat mu za každou cenu a bez jeho vůle. Pokud dítě pomoc potřebuje, mělo by o ni adekvátním způsobem požádat. A pokud máme pocit, že nastal čas mu pomoci, aniž by se o pomoc hlásilo, zeptáme se ho nejprve, zda naši pomoc potřebuje, respektive jestli mu můžeme nějak pomoci. V případě, že mu svoji pomoc vnucujeme nebo mu pomáháme bez jeho výslovného přání, ho systematicky vedeme k nesamostatnosti, k závislosti na druhých, snižujeme jeho vlastní aktivitu, ale zejména negativně ovlivňujeme jeho sebepojetí a sebehodnocení, což se následně promítá i do jeho subjektivně vnímané kvality života.

Při činnostech dbáme na to, aby dítě mělo od začátku ve svém dosahu kompenzační pomůcky, které nezbytně potřebuje. Pomáháme mu tím získat jistotu v daném prostoru a umožňujeme mu být samostatný. V případě, že měníme prostředí, např. jdeme na výlet nebo jedeme na tábor, měli bychom dbát na to, aby dítě mělo při sobě stále své kompenzační pomůcky. Typickým příkladem je vozík – nemůžeme počítat s tím, že v místě pobytu jsou vozíky k dispozici a my tím ušetříme čas a prostor při přepravě. Je to důležité nejen z hlediska psychiky dítěte, ale také z důvodu rizika možného zhoršení zdravotního stavu v případě nevyhovujících pomůcek.

V případě, že má dítě vlivem svého postižení narušenou komunikační schopnost, je třeba domluvit se s rodiči nebo s asistenty, jakým způsobem je vhodné naši komunikaci přizpůsobit, respektive jaké užívat metody alternativní či augmentativní (rozšiřující) komunikace. V případě, že dítě mluví pomalu a s obtížemi, nesnažíme se odhadovat obsah jeho sdělení, radit mu, dořikávat za něj, napovídat. Musíme v sobě najít trpělivost a vyčkat, až dítě domluví. Pokud máme pocit, že jsme jeho sdělení nerozuměli, raději se ještě jednou zeptáme nebo využijeme alternativní způsob komunikace pro potvrzení, jestli jsme pochopili správně. Je to sice komplikovanější, ale předejdeme tak zbytečným potížím nebo trapným situacím způsobeným nedorozuměním.

4. Informace, které se mohou hodit

poradenská zařízení

Speciálně pedagogická centra pro děti s tělesným postižením

- většinou se nachází jedno centrum na každý bývalý kraj, kontakty lze nalézt na internetových stránkách Asociace pracovníků speciálně pedagogických center <http://www.apspc.cz/>

Pedagogicko-psychologické poradny

- sídlí v každém bývalém okresním městě a v některých dalších větších městech, kontakty lze najít na stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/pedagogicko-psychologicke-poradny>

Odborné sociální poradenství

- síť poraden není rovnoměrně rozmístěna, kontakty lze nejnáze zjistit v registru sítě sociálních služeb, který provozuje Ministerstvo práce a sociálních věcí a v němž lze nalézt veškeré aktuálně provozované poradny - <http://iregistr.mpsv.cz>

publikace

obecné informace

FISCHER, S. – ŠKODA, J. *Speciální pedagogika : edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

RENOTIÉROVÁ, M. – LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

somatopedie

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

RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 2002. ISBN 80-244-0532-6.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

integrace

VALENTA, M. (ed.) *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Pedagogická fakulty Univerzity Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní školní (speciální) pedagogika : Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, 2004. ISBN 80-86633-22-5.

poradenství

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-X.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.

psychologie

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M. – HADJ-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.

kompensační a didaktické pomůcky

BENDO VÁ, P. – JEŘÁBKOVÁ, K. – RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompensační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1436-8.

KUBÍČOVÁ, Z. *Kompensační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-166-0.

VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Liberec: Technická univerzita, 2009. ISBN 978-80-7372-449-8.

Legislativa (k přečtení např. na www.msmt.cz, www.mpsv.cz)

Zákon č. 561/2004 Sb., **školský zákon** (pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami platí do 31. 8. 2015), následně jej nahrazuje **zákon č. 82/2015 Sb. - novela školského zákona a souvisejících zákonů**. Ten je již v platnosti, jen část týkající se právě vzdělávání dětí s SVP má odloženou platnost od 1. 9. 2016

Vyhláška č. 116/2011 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Vyhláška č. 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (platnost do 31. 8. 2016, navazující vyhláška zatím nebyla schválena)

Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání

Zákon č. 197/2014 Sb., zákon o pedagogických pracovnících

Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách

*Všechny právní normy lze stáhnout zdarma v aktuálním znění na portálu veřejné správy
www.gov.cz*

periodika

Skok do reality (Národní rada osob se zdravotním postižením)	www.nrzp.cz
Vozíčkář (Liga vozíčkářů)	www.vozickar.com
Vozka (Ostravská organizace vozíčkářů)	www.vozickari-ostava.cz
Můžeš (Sdružení přátel Konta Bariéry)	www.muzes.cz

informace na Internetu

Helpnet.cz	www.helpnet.cz
Infoposel.cz	www.infoposel.cz
InternetPoradna	www.iporadna.cz
Národní rada osob se zdravotním postižením	www.nrzp.cz

volnočasové organizace se zkušenostmi s integrací

Užitečný život, o. s., Praha	www.uzitecny-zivot.cz
Kaňka, o. s., Tábor	www.kanka.info
Klub Sluně, o. s., Slaný	http://slune.slansko.cz

organizace, které by vám mohly pomoci

Svaz paraplegiků - Centrum Paraple	www.paraple.cz
Somatopedická společnost	www.somspol.wz.cz
Pražská organizace vozíčkářů, o. s.	www.pov.cz
Liga vozíčkářů	www.ligavozic.cz
Svaz tělesně postižených v ČR, o. s.	www.svaztp.cz
Občanské sdružení PROSAZ	www.prosaz.cz

Česká abilympijská asociace www.abilympics.cz
Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně, o. s. www.dmoinfo.cz

finanční zdroje pro integraci

Konto BARIÉRY www.bariery.cz
Nadace O2 www.nadaceo2.cz
Nadace ČEZ www.nadacecez.cz
Nadace Divoké husy www.divokehusy.cz
Nadace rozvoje občanské společnosti www.nros.cz
Nadace Vize 97 www.vize.cz
Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové www.vdv.cz

grantové programy měst a obcí

grantové programy krajských úřadů

grantové programy z evropských fondů

kompensační a didaktické pomůcky

Petit, o. s., Olomouc

Vývoj a prodej speciálních výchovně vzdělávacích a diagnostických počítačových programů, prodej pomůcek pro snadnější ovládání počítače.

www.petit-os.cz

Svaz paraplegiků - Centrum Paraple, Praha

Prodej a zapůjčení speciálních pomůcek pro ovládání počítačů, návod na nastavení pomůcky systému Windows pro tělesně postižené, různé druhy speciálních klávesnic a speciálních hardwarových ovladačů.

www.paraple.cz

Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci s.r.o, Praha

Prodeji a zapůjčení speciálních zařízení usnadňující osobám se zdravotním postižením přístup k počítači, výukový software, speciální software a pomůcky pro alternativní komunikaci.

www.alternativnikomunikace.cz

ITAAC - Mgr. Lucie Laudová, Praha

Pomůcky určené lidem, kteří mají obtíže s přímým ovládním počítače či dalších pomůcek z důvodu omezené pohyblivosti ruky.

www.itaac.com