

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Anna Matýsová

**Psychomotorický a sociální vývoj dětí s duálním
senzorickým postižením v rodině a v podmínkách dětského
domova**

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Janková Jana

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2012-2016

BACHELOR THESIS

Anna Matýsová

**Psychomotor and social development of children with dual
sensory impairment in the family and in terms of children's
home**

Prague 2016

The Bachelor Work Supervisor: Mgr. Janková Jana

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne Jméno *autorky*

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Janě Jankové za vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat za ochotu a spolupráci paní Janě Jarníkové, která mi poskytla veškeré informace o své dceři.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na porovnání rozdílů v psychomotorickém a sociálním vývoji dětí s duálním sensorickým postižením v rodině a v dětském domově. Součástí bakalářské práce jsou srovnávací studie, které shrnují informace z anamnéz a rozhovorů týkajících se problematiky psychomotorického a sociálního vývoje dětí s duálním sensorickým postižením v rodině a v dětském domově. Cílem práce je zdůraznit význam rodiny v péči o dítě s postižením a její vliv na život a rozvoj dítěte.

Klíčová slova

Duální sensorické postižení, hluchoslepota, mentální retardace, psychomotorický a sociální vývoj, rodina, ústavní péče.

Annotation

This bachelor's degree thesis focuses on comparison of differences in psychomotor and social development of a child with dual sensory handicap in the family and in the children's house. This thesis comprises of studies that are based on information from anamnesis and interview about psychomotor and social development of children with dual sensory handicap in the family and in the children's house. The aim of the thesis is to emphasize role of the family in the welfare of the handicapped child and its influence on life and development of the child.

Keywords

Dual sensory handicap, deafblindness, mental retardation, psychomotor and social development, family, institutional care.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 DUÁLNÍ SENZORICKÉ POSTIŽENÍ	10
1.1 Příčiny vzniku hluchoslepoty.....	11
1.2 Klasifikace osob s duálním sensorickým postižením	13
1.3 Psychomotorický a sociální vývoj dítěte s duálním sensorickým postižením	14
1.4 Biopsychosociální potřeby dětí s postižením.....	16
1.5 Komunikační strategie jedinců s duálním postižením	17
1.6 Koncepce výchovně vzdělávací péče o jedince se sensorickým duálním postižením	21
1.7 Kompenzační pomůcky	22
2 MENTÁLNÍ RETARDACE	23
3 RODINA	25
3.1 Proces akceptace postiženého dítěte rodiči	26
4 NÁHRADNÍ VÝCHOVNÁ PÉČE	28
4.1 Ústavní výchova a ochranná výchova.....	29
4.2 Dětský domov pro děti se zdravotním postižením	30
5 VÝZKUMNÉ METODY	35
PRAKTICKÁ ČÁST	38
6 DĚTSKÝ DOMOV A MATEŘSKÁ ŠKOLA SPECIÁLNÍ, BEROUN	38
7 PŘÍPADOVÉ STUDIE	40
7.1 Případová studie číslo 1 – chlapec Michael.....	41
7.1.1 Aktuální stav dítěte	43
7.2 Případová studie číslo 2 – dívka Ema	46
7.2.1 Aktuální stav dítěte	48
7.3 Případová studie číslo 3 – chlapec Daniel	51
7.3.1 Aktuální stav dítěte	52
7.4 Zhodnocení a komparace případových studií	55
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
SEZNAM PŘÍLOH	63

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce si autorka zvolila „Psychomotorický a sociální vývoj dětí s duálním sensorickým postižením v rodině a v podmínkách dětského domova“.

K danému tématu má autorka blízko, jelikož pracuje jako vychovatelka v dětském domově a mateřské škole speciální, jehož klientelou jsou děti s těžkým kombinovaným postižením. Děti mají krom duálního sensorického postižení i nějakou formu mentální retardace. Právě zkušenosti autorky z jejího pracoviště, ji vedly k tomu, aby se tématem začala více a podrobněji zabývat. Vždy autorku zajímalo, jakým způsobem děti v tomto dětském domově ovlivňuje absence vlastního domova a milující rodiny, zda by jejich psychomotorický a sociální vývoj v podmínkách pečující rodiny byl odlišný a jak. Mnohokrát si autorka práce kladla otázku, zda si děti s tak vážným handicapem uvědomují nepřítomnost rodinného zázemí. Autorka je přesvědčena, že ačkoliv chápání a uvažování těchto dětí je značně limitované, jsou přirozeně nastaveny pro vytvoření bazálního vztahu s matkou či jinou blízkou pečující osobou a pokud si tento vztah nevytvoří, mají uvnitř sebe sama určitou prázdnotu, jež ovlivňuje jejich vývojovou úroveň, schopnost rozvíjet se, učit se a vstřebávat podněty z okolního světa.

Cílem práce je analyzovat a shrnout rozdílné podmínky pro psychomotorický a sociální vývoj dětí s duálním sensorickým postižením a mentální retardací v ústavní péči a v rodině. Zásadním výzkumným problémem je kvalitativní zmapování podmínek v rodině a v prostředí dětského domova z hlediska péče, při uspokojování potřeb a celkového psychomotorického vývoje dítěte s duálním sensorickým postižením a mentální retardací.

Práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a výzkumnou. V první části jsou zpracována teoretická východiska, zabývající se duálním sensorickým postižením, psychomotorickým a sociálním vývojem dítěte, mentální retardací, významem rodiny, náhradní výchovné péče a dalšími oblastmi nutnými pro zmapování dané problematiky. Téma práce se dotýká množství příbuzných podtémat, jež by si sama o sobě zasloužila vlastní zpracování, pro potřebu bakalářské práce byla vyzdvihnuta jen ta z pohledu autorky nejpodstatnější.

Část výzkumná se opírá o případové studie tří dětí – dvou chlapců a dívky. Jako výzkumná metoda byla zvolena případová studie, jelikož umožňuje podrobně zmapovat

vývoj každého dítěte. Tato metoda je řazena mezi kvalitativní výzkumné metody. Metoda byla vybrána, vzhledem k velmi úzké skupině dětí se stanovenou diagnózou, jež navíc bývají téměř výhradně umístěny v ústavní péči. Vzhledem k tomu, že v některých případech jsou onemocnění a faktory podílející se na vzniku duálního sensorického postižení taktéž příčinou vzniku mentálního postižení, jedná se o Cytomegalovirus, Patauův syndrom, Toxoplasmózu a další, vybrané případové studie zahrnují děti s touto diagnózou.

První kazuistika, chlapec Míša, má vrozenou vadu sluchu, praktickou slepotu, těžké mentální postižení a do svých pěti let žil s rodiči, následně byl umístěn do ústavní péče, je v pravidelném kontaktu s otcem. Druhá kazuistika, pojednává o dívce jménem Ema. Emě byla stanovena diagnóza těžkého duálního sensorického postižení, středně těžké mentální postižení, vyrůstala a stále žije v rodinném prostředí. Třetí kazuistika popisuje chlapce Dana, který má těžkou vadu sluchu, těžké zrakové postižení, středně těžké mentální postižení a od narození vyrůstal v ústavní péči.

Část výzkumná je uzavřena komparací případových studií, kde jsou kazuistiky podrobně rozebrány a srovnány, podle stanovených kritérií.

Cílem případových studií je primárně poukázat na rozdílnost výchovných podmínek a možnostech rozvoje dítěte s duálním sensorickým postižením a mentální retardací v rodině a v prostředí dětského domova.

Cílem práce je zdůvodnit a porovnat psychomotorický a sociální vývoj dětí s duálním sensorickým postižením a mentální retardací v rodině a v podmínkách dětského domova.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DUÁLNÍ SENZORICKÉ POSTIŽENÍ

Duální senzorické postižení je jedním z nejdůležitějších postižení, kdy člověk má zvlášť velké bariéry v přijímání informací o okolním světě a celkově s komunikačními kompetencemi, což má samozřejmě velký vliv na rozvoj jeho osobnosti. Není vůbec jednoduché žít s tímto handicapem ve společnosti, kde je základem komunikace v nejširším slova smyslu.

Ačkoliv se v posledních letech změnil pohled na lidi s duálním senzorickým postižením k lepšímu, je zatím poměrně málo dostupných informací o této skupině osob.

Základní terminologie a definice

Hluchoslepotu, známá též pod názvem duální senzorické postižení, je řazena mezi nejzávažnější handicap, na který můžeme narazit. V současnosti neexistuje žádná jednotná celosvětově uznávaná definice hluchoslepoty.

Česká republika užívá následující definici hluchoslepoty, jak uvádí Suralová, Horáková (2008, s. 15):

„Hluchoslepotu je takové současné postižení zraku a sluchu, které je závažné do té míry, že svému nositeli způsobuje problémy ve sféře psychické, sociální a v běžných situacích všedního života. Je samostatnou kategorií, vyznačující se nutností individuálního a specifického přístupu k osobám takto postiženým, a to ať již v otázce výchovy, tak následně v oblasti vzdělávání a sociální rehabilitace. Takto postižené osoby tvoří různorodou skupinu, kde postižení každého jedince závisí na délce projevu smyslového poškození a na jeho stupni.“

1.1 Příčiny vzniku hluchoslepoty

Příčin vzniku hluchoslepoty je mnoho, můžeme sem zařadit dědičné dispozice, virové i nevirové infekce, traumata (prenatální, perinatální, postnatální), dále biologickou nezralost, malformaci různého typu, metabolické a ektodermální poruchy, mozkové nádory atd. Právě proto, že kombinace faktorů zapříčiňujících hluchoslepotu je rozmanitá, lze jen s obtížemi určit konkrétní příčinu.

Mezi nejčastější příčiny způsobující a podílející se na vzniku senzorického duálního poškození lze zařadit následující, jak uvádí Ludíková (2001):

- 1) **Předčasný porod** a následné umístění dítěte do inkubátoru je častá příčina vrozené hluchoslepoty, kromě toho může mít i další méně závažné důsledky, jako např. poruchy chování.
- 2) **Zarděnky**, známé též pod názvem rubeola, jsou jednou z nejčastěji uváděných příčin hluchoslepoty. Infekce je zvláště nebezpečná v prvních čtyřech měsících těhotenství, pokud se těhotná žena v tomto období nakazí virem zarděnek, může dojít k narušení vývoje orgánů plodu. To pak s vysokou pravděpodobností zapříčiní změny v rozvoji psychomotoriky, zpoždění vývoje, srdeční poruchy, mikrocefalus či v různých formách přímo poškození samotného zrakového orgánu (šedý zákal nebo-li katarakta, pigmentové patologické změny sítnice, glaukom – zelený oční zákal, mikroftalmus – výrazné zmenšení celého oka a porucha sluchu apod.), dále poškození sluchu – senzorická hluchota, střední ztráta sluchu – jednostranná i oboustranná apod.
- 3) **Cytomegalovirus (CMV)** je vrozená nákaza, jejíž důležitost se proměňuje od symptomatických procesů až po značné postižení. Důsledkem může být současný zánět sítnice a živnatky (chorioretinitis), zmenšení a ztenčení očního nervu, šedý zákal, intraokulární vápenatění, výrazné zmenšení celého oka a jiné defekty (mentální postižení, zvýšené napětí svalů ve vnitřních orgánech, zvláště svalů kosterních, epilepsie, mikrocefalus - abnormálně symetricky malá hlava, poškození srdce, jater, sleziny či plic).
- 4) **Syphilis** – jedná se o sexuálně přenosnou chorobu, jež infikuje plod přes matku, čili nitroděložně a také při průchodu porodními cestami. To může způsobit hned

po porodu výskyt slepoty či progresivního zánětu očí, jež následně vede ke slepotě. Toto postižení dále provází hluchota a můžeme se setkat dokonce i s mentální retardací.

- 5) **Toxoplasmóza** je parazitární nemoc přenosná ze zvířete, obvykle kočky na matku a následně na plod. Pokud se tak stane, dochází k zánětu mozku u plodu a dítě po narození trpí mentální retardací těžkého stupně a mikrofilmem (výrazné zmenšení oka - vývojová anomálie).
- 6) **Patauův syndrom** je genetické onemocnění způsobeno primárně dědičnou trizomií 13. páru chromozómu. Mezi jeho projevy patří hluchota, slepota, vrozené vady srdce, rozštěp rtu i patra, anomálie vnitřních orgánů, mikrocefalus a mentální retardace.
- 7) **Usherův syndrom** je kombinovaná vada. Vyznačuje se poruchou sluchu (od nedoslýchavosti až po totální hluchotu), jež je vrozená a postupnou ztrátou zraku, ke které dochází během dospívání. Šeroslepost, změny zorného pole a nález na zorném pozadí jsou hlavními příznaky. Samotný vznik hluchoslepoty se váže až k době pubescence a adolescence. Syndrom je dědičný, příčina neznámá. Doposud se nenašly léčebné kroky, které by vedly k vyléčení nebo které by alespoň zastavily postupy choroby. Mimořádně důležitá je včasná diagnostika. V tomto případě zůstávají osobnost a intelekt u daného jedince nezměněny. Usherův syndrom je příčinou hluchoslepoty přibližně v 50% všech vyskytujících se případech.
- 8) **Dále se řadí mezi časté příčiny syndrom CHARGE, Moebiův syndrom, Rosenbergův syndrom, syndrom Cogan I., Goldův syndrom, Goldenharův syndrom, syndrom DE TONI-FANKONI.**

Příčiny vzniku hluchoslepoty během života, jak uvádí Ludíková (2001):

- **úrazy,**
- **infekční onemocnění,**
- **infekční meningitida** - závažná infekční nemoc, kdy dochází k poškození měkké pleny mozkové. Jejíž následky jsou trvalé a patří sem hluchota, slepota, někdy též epilepsie a v nejzávažnějších případech dochází k úmrtí jedince,
- **progrese** (postu, šíření) zrakových a sluchových vad.

1.2 Klasifikace osob s duálním senzoryckým postižením

Nejčastěji používané členění v rámci České republiky je členění dle stupně duálního postižení, způsobu komunikace a doby vzniku hluchoslepoty. V některé literatuře se též můžeme setkat se členěním hluchoslepých dle délky trvání jejich vady.

Klasifikace osob hluchoslepých dle stupně senzoryckého duálního postižení, dle Ludíkové (2000):

- **osoby totálně hluchoslépé** – totálně nevidomé a neslyšící,
- **osoby prakticky hluchoslépé** – minimální zbytky zraku či sluchu,
- **osoby slabozraké neslyšící** – zbytky zraku a totální či praktická hluchota,
- **osoby nedoslýchavé nevidomé** – zbytky sluchu a totální či praktická slepota,
- **osoby slabozraké nedoslýchavé** – zbytky zraku a sluchu.

Dle způsobu komunikace můžeme hluchoslépé rozdělit do kategorií, které (tamtéž):

- **využívají slova jako podobu řeči** – hluchoslépí, jenž plynule a hodnotně ovládají slovní podobu řeči,
- **využívají znakovou podobu řeči** – hluchoslépí, jenž mají jako prioritu znakovou řeč, přestože jsou schopni slovně-řečového kontaktu – jedná se o osoby s předřečovou ztrátou sluchu, tj. v období do 7 let věku,
- **jsou němé** – hluchoslépí, kteří neovládají ani slovní formu řeči, ani znakovou řeč – mentálně retardovaní hluchoslépí, děti s ranou hluchoslepotou nebo dospělí hluchoslépí, kteří svůj život prožili v izolaci.

Na základě doby vzniku můžeme hluchoslépého člověka rozdělit do následujících skupin (tamtéž):

- hluchoslépí od narození,
- prvotně sluchově postižení se ztrátou zraku v raném věku,
- prvotně sluchově postižení se zrakovou vadou v pozdním věku,
- prvotně zrakově postižení se sluchovou vadou v raném věku,
- prvotně zrakově postižení se sluchovou vadou v pozdním věku,
- prvotně vidící a slyšící s následnou zrakovou a sluchovou vadou v raném věku,

- prvotně vidící a slyšící s následnou vadou sluchu i zraku v pozdním věku,
- prvotně slabozrací s následnou ztrátou sluchu,
- prvotně nedoslýchaví s následnou ztrátou zraku.

Duální smyslové postižení a vztah k přidruženým postižením

Duální smyslové postižení je velice těžký handicap. Většinou zde platí přímá úměra, která se vyznačuje tím, že čím větší, hlubší a komplikovanější postižení u jedince je, tím vzrůstá četnost dalších „přidružených vad“. U jedince s těžkým postižením se jedná o postižení celistvosti člověka, jsou omezeny a změněny jeho schopnosti emocionální, kognitivní, tělesné, sociální a komunikační. Jedná se o výskyt postižení v různých kombinacích, které většinou souvisí s postižením centrální nervové soustavy.

K duálnímu smyslovému postižení se nejčastěji přidružuje: mentální postižení, dětská mozková obrna a epilepsie.

1.3 Psychomotorický a sociální vývoj dítěte s duálním sensorickým postižením

Pojem psychomotorický vývoj jednak představuje vývoj dítěte po stránce psychické a pohybové, ale taktéž zahrnuje dovednosti sociální, poznávací, mentální a řečové.

M. Vágnerová (2000) vymezuje tři hlavní oblasti psychického vývoje člověka. Je to vývoj biosociální, kognitivní a psychosociální. Tělesný vývoj a veškeré proměny s ním spojené patří do oblasti biosociálního vývoje. Psychické procesy, které se spolupodílejí na lidském poznávání a zahrnují zejména kompetence myšlení, rozhodování a učení tvoří oblast kognitivního vývoje. Poslední složka, psychosociální vývoj, zahrnuje proměny způsobu prožívání, osobních charakteristik a mezilidských vztahů, je do jisté míry ovlivněna vnějšími faktory, jakými je rodina, vliv sociálních skupin a vrstev, do kterých jedinec patří. Lidská osobnost je integrovaným celkem a tudíž se popsané složky osobnosti vzájemně ovlivňují.

Duální sensorické postižení vytváří situaci sensorické deprivace. Tato závažná vada ovlivňuje rozvoj poznávacích procesů, dítě nemůže přesně a snadno vnímat všechny vizuální a akustické informace a proto je pro něho tato dimenze vnějšího světa

nedostupná, dokonce u některých závažnějších stupňů tohoto handicapu vnější dimenze světa vůbec neexistuje.

Vývoj dítěte s duálním sensorickým postižením prochází stejnými fázemi jako vývoj dítěte zdravého, ale v některých vývojových obdobích, duální sensorické postižení limituje či znemožňuje rozvoj určitých kompetencí (Vágnerová, 2004).

Znaky psychického vývoje dětí s postižením

Základním úkolem kojeneckého věku je potvrdit si pozitivní hodnotu světa. Dítě s duálním sensorickým postižením má kvůli svému handicapu zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, protože jsou jeho možnosti přijímat informace z okolního světa a schopnost orientovat se v nejbližším prostředí výrazně limitovány. Postižené dítě je vystaveno riziku strádání v oblasti podnětové a citové. Dítě s postižením nemusí být citově akceptováno matkou a jeho symbiotická vazba k matce tak může být negativně ovlivněna.

Batolecí věk je obdobím první emancipace, kdy se dítě odpoutává z mnoha vazeb (vázanost na místo, na matku). Dítě s duálním sensorickým postižením je stále závislé na podnětech nejbližšího okolí, je pasivnější, běžná stimulace je pro něho nedostatečná, opožděje se jeho schopnost samostatné schopnosti pohybu, protože jej vzdálenější prostor nepřitahuje a může být pro něho téměř neexistující.

Školní věk a nástup do školy jsou velmi důležitým mezníkem. Dítě je zde konfrontováno s vrstevníky a spolužáky. V případě dětí s duálním sensorickým postižením má škola charakter spíše terapeutický a rehabilitační, nebývá přípravou pro další vzdělávací dráhu, ale dítě se zde učí vnímat podněty, být samostatnější a více soběstačné.

Dospívání je označováno jako fáze druhé emancipace. Emancipace od rodiny je důležitým vývojovým mezníkem, ale pro postiženého adolescenta je hůře dosažitelná. Obvykle dítě s duálním sensorickým postižením nemá potřebu osamostatnění a jeho rozumový vývoj nikdy nedosáhne úrovně, aby byl schopen uvažovat o možnostech osamostatnění. Pro dospívání je charakteristické i budování identity, uvažovat o sobě sama bývá pro děti s těžkým postižením velmi obtížné a někdy této kompetence nikdy nedosáhnou (Vágnerová, 1999).

1.4 Biopsychosociální potřeby dětí s postižením

Základní biologické, psychické a sociální potřeby představují nejhlubší motivační zdroje lidského chování a jejich uspokojování je podmínkou zdravého vývoje člověka. Nejsou-li potřeby náležitě uspokojovány, dochází k psychické deprivaci, která narušuje integritu osobnosti.

Specifika v naplňování potřeb dětí s postižením

Děti s duálním sensorickým postižením mají stejné psychosociální potřeby jako ostatní děti. Vzhledem k podstatě závažnosti duálního sensorického postižení a jeho hlubokému zásahu do struktury osobnosti jedinců s tímto postižením je značně problematické uspokojování oblasti seberealizace a socializace.

Základní potřeby dětí s multihandicapem dle Vítkové (2004):

- potřeba zamezení hladu, žízně a bolesti,
- potřeba pochopení reakcí a chování dítěte ze strany okolí,
- potřeba hranic,
- potřeba stimulace (podmětů), změny a pohybu,
- potřeba jistoty a stability – spolehlivost vztahů, dodržování pravidelného režimu,
- potřeba vazby, být někým přijat a potřeba něhy,
- potřeba uznání a sebeúcty, potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení.

Mezi zvláštní potřeby pro vlastní vývoj a interakci s jinými lidmi, jsou u dětí s multihandicapem dále řazeny následující potřeby (tamtéž):

- potřeba tělesné jistoty pro získání přímé zkušenosti,
- potřeba pedagoga (terapeuta), který jim přiblíží jejich prostředí nejjednodušším způsobem,
- potřeba blízkých osob, které dítěti rozumí i bez řeči a spolehlivě o něj pečují.

1.5 Komunikační strategie jedinců s duálním postižením

Komunikace se odvozuje z latinského slova *communicatin* ve významu spojování a sdělování. Komunikace obecně představuje sdělování informací jak mezi lidmi, případně zvířaty, tak v systémech jiného druhu.

Sociologie a sociální psychologie vymezuje komunikaci jako sdělování obsahu, kterým jsou myšlenky, pocity a informace, mezi lidmi ve společenském styku (Mikuláščík, 2003).

Komunikace nezbytně patří k nejdůležitějším potřebám každého člověka. Komunikaci lidí bereme jako sociální interakci (lidé mezi sebou mají nějaký kontakt), konkrétněji jako jazykové jednání. Společně nás zajímá zdroj informací, mluvčí, a způsob, jak se informace předají a jak je přijme adresát. Hlavní podmínkou dobré komunikace jsou vědomosti a dovednosti mluvčího, které mu umožní komunikovat v dané kulturní společnosti.

Lidé se kromě mluvené řeči dorozumívají neverbální komunikací, především je to řeč těla, mimika a gesta. Lidé komunikují nejčastěji mluvenou řečí. Pro dobrý rozvoj čtení a psaní je podstatné osvojit si ji v raném dětství. Lidé se naučí za příznivých podmínek snadno mluvit během několika prvních roků svého života. Vážné komunikační a jazykové problémy může způsobit nedostatek podnětů (deprivace), které jsou pro osvojení jazyka důležité. Dojde tím k narušení schopnosti komunikovat (komunikační bariéra).

Dysfunkce člověka s duálním smyslovým postižením jsou způsobeny nedostatkem vnějších podnětů z okolního světa a informací o něm. Zpětně pak tyto dysfunkce omezují vývoj osobnosti, a to po stránce sociální, intelektové i emocionální. Funkční komunikace, především mluvená řeč mají velký vliv na rozvoj inteligence i celkové osobnosti.

Lidé, kteří mají nějaké zdravotní postižení, často nezvládnou komunikovat mluvenou řečí a musí používat jinou alternativní komunikaci. Duální smyslové postižení limituje osobu v získávání informací zrakovou a sluchovou cestou, a proto se jedinec naučí využívat a spoléhat na informace podávané alternativním komunikačním systémem.

V současnosti je celosvětový trend komunikace hluchoslepých založen na tzv. totální komunikaci. Základním principem je, že netradiční, tradiční i tvořivé jazykové i nejazykové projevy jsou považovány za vzájemně rovnocenné a vzájemně se doplňující.

Komunikační formy

Jsou upravovány podle zákona č. 423/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob v platném znění. Lidé postižení hluchoslepotou, si mohou vybírat z celé škály dorozumívacích prostředků. V našem prostředí jde konkrétně o český znakový jazyk a komunikační systémy.

Mezi nejčastěji užívané komunikační systémy hluchoslepých osob patří dle Souralové (2000) následující:

- 1) **Taktilní forma českého znakového jazyka** - jedná se o formu dotykovou, jenž se přizpůsobuje možnostem dorozumívání hluchoslepých. Během komunikace jsou jednotlivé znaky „ohmatávány“.
- 2) **Znaková řeč ruku v ruce** - tuto komunikaci nejčastěji používají jedinci, kteří jsou prakticky/totálně hluchoslepí, jenž se dříve dorozumívali znakovým jazykem, ale po zhoršení zraku nedokážou vnímat znaky zrakem. Jedinec má obě ruce u rukou osoby, která mu chce něco sdělit pomocí znaků.
- 3) **Daktylotika - prstová abeceda** - tato komunikace spočívá v tom, že tvoří různé polohy prstů jedné nebo obou rukou v prostoru. Jednotlivé hlásky sdělují různé postavení prstů. Metoda je vyhovující pro hluchoslepé, kteří mají zbytky zraku.
- 4) **Daktylotika do dlaně** – je způsob komunikace, zakládající se na obměně prstové abecedy. Komunikace je založena na různém umístění pozic ruky. Do dlaně se znaky vypisují. Hmat musí být dostatečně vyvinutý, jinak by nebylo možné zřetelné rozeznání písmen.
- 5) **Tiskací písmena psaná do dlaně** - je komunikační systém, kdy se obrysy velkých tiskacích písmen abecedy píše pravou rukou mluvčího do levé ruky hluchoslepého a ten odpovídá stejným způsobem. Tuto komunikaci užívají hluchoslepí, kteří ztratili sluch a zrak v pozdějším věku. Systém vyžaduje dobrou paměť a velké soustředění.
- 6) **Lormova abeceda** - je způsob dorozumívání využívající převážně totálně/prakticky hluchoslepími. Používá se dlaň levé ruky a prstů, na které jsou

umístěny místa a čáry, jenž znamenají určité písmeno abecedy. Člověk, který mluví, jemně mačká tyto body ukazováčkem. Píše pravou rukou do levé dlaně příjemce. Pro tuto metodu je důležité soustředění a dobrá paměť.

- 7) **Braillovo písmo s využitím taktilní formy** - komunikace, která se čte hmatem za pomoci šestibodové písma. Využívají ho hluchoslepí jedinci, kteří díky svému zrakovému postižení nedokáží číst písmo tištěné. Abeceda se dělí do řádků po deseti písmenech. Hlavních šest bodů je tvořeno dvěma třibodovými sloupci vedle sebe. Soustava umožňuje vytvořit vynecháním jednoho až pěti bodů 63 znakových kombinací, které ale nerozlišují písmena tiskací a psací.
- 8) **Jednoruční Braillovo písmo do dvou prstů** - do ukazováku a prostředníku se vpisují jednotlivá písmena v Braillově podobě.
- 9) **Dvouruční Braillovo písmo do prstů** - mluvčí položí své prsty na prsty hluchoslepeho a dotýká se jich stejným způsobem, jako kdyby psal na stroji pro Braillovo písmo.
- 10) **Odezírání** - metoda vhodná pro hluchoslepé, kteří mají zachovaný dostatečný zrak.
- 11) **Taktiling (taktilní odezírání)** – metoda též známá pod názvem "rozumění hmatem". Tuto komunikaci je vhodné používat s osobami blízkými. Hluchoslepý položí ruku na rameno mluvčího a palec na krk a tím může vnímat vibrace hlasivek.
- 12) **TODOMA** - je vibrační metoda, při které hluchoslepý položí svůj palec na rty mluvčího, ostatní prsty roztáhne směrem ke krku a cítí vibrace, pohyb čelisti a lícní a krční svaly dotyčného. Tato metoda je vhodná pro hluchoslepé osoby, které mají zbytky zraku a mohou odezírat pohyb rtů jako doplňující informaci.

Výběr optimální komunikační metody zahrnuje spolupráci speciálních pedagogů a psychologů, kteří musí postupovat individuálně s ohledem na následující faktory, jak uvádí Slowík (2010):

- úroveň porozumění řeči,
- nynější úroveň komunikace a jejich alternativních podob,
- schopnost zvládnutí vlastní volby,
- porozumění daným symbolům,

- zvládání hrubé a jemné motoriky,
- motivaci k dorozumívání se,
- přístup a vztah k druhým,
- citlivost jedince, jeho vystupování,
- kognitivní a senzorické schopnosti,
- rodinu, školu a volný čas,
- zhodnocení míry očekávání klienta a osob v jeho okolí, možnosti podpory.

Nejdůležitější faktory nutné k budování komunikace u osoby hluchoslepé, lze dle Štěrbové (2006) shrnout následovně:

- začít co nejdříve (raná péče) – důležitá je včasná diagnóza,
- umožnit poznávání okolního světa, dávat dotyčnému jedinci všechno do ruky,
- zachovávat každodenní rituály,
- najít nejvhodnější druh komunikace s ohledem na míru postižení a snažit se, aby tuto komunikaci používal každý, kdo bude s hluchoslepým dítětem (jedincem) ve styku,
- brát na vědomí, že komunikace nebude nějaký čas aktivní, ale bude vycházet jen z naší strany (je zapotřebí mít s hluchoslepou osobou adekvátní trpělivost),
- umožnit dítěti vlastní volbu, odpovídat ano či ne, komunikací může dítě vyjádřit své přání.

1.6 Koncepce výchovně vzdělávací péče o jedince se sensorickým duálním postižením

Poradenství, vzdělávání a péče o žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami se řídí školským zákonem č. 561/2005 Sb. v platném znění, dále vyhláškami 72 a 73/2005 v platném znění.

Výchovně vzdělávací koncepce zahrnuje:

- 1) Speciálně pedagogické centrum** - (dále jen SPC) je školské poradenské zařízení, které poskytuje poradenské služby dětem, žákům a studentům se zdravotním postižením, jejich rodičům (zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. SPC mají funkci diagnostickou, metodickou, terapeutickou a poradenskou. Jednotlivá SPC jsou zřizována pro klienty s různými druhy zdravotního postižení. Rozlišujeme SPC pro žáky s mentálním postižením, pro žáky s poruchou autistického spektra, SPC pro žáky s tělesným postižením, SPC pro žáky se sluchovým postižením, SPC pro žáky se zrakovým postižením, SPC pro žáky s vadami řeči a SPC pro žáky s vícečetným postižením.
- 2) Mateřská škola pro hluchoslepé** (Mateřská škola a ZŠ v Olomouci, MŠ v Berouně);
- 3) Přípravný ročník pro hluchoslepé;**
- 4) Základní škola pro hluchoslepé;**
- 5) Speciální třídy pro hluchoslepé děti** - do těchto tříd jsou zařazeny děti, které potřebují speciálně odbornou péči, děti ve třídě jsou 4, na jedno až dvě děti by měl být jeden vysokoškolsky vzdělaný pedagog se specializací surdopedie nebo tyflopédie. Děti se vzdělávají podle IVP (individuální vzdělávací plán).
- 6) Ambulantní pobyty ve speciálních třídách pro hluchoslepé děti** - jedná se o týdenní pobyt matky s dítětem v tomto zařízení. Během pobytu je dítě systematicky diagnostikováno a odborně vedeno. Následuje instruktážní zácvik matky a předání individuálně výchovně vzdělávacího programu, podle kterého rodiče s dítětem doma pracují mezi dvěma ambulantními pobyty.

V současnosti se do popředí dostává proces integrace dětí s duálním sensorickým postižením do běžných škol. Školská integrace znamená vzdělávání dětí s duálně sensorickým postižením v běžném typu a prostředí základní školy. O integraci pojednává i legislativní dokument, vyhláška 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Tento dokument říká, že speciální vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (kam spadají i žáci hluchoslepí) může probíhat individuální formou integrace, kde se žák vzdělává v běžné škole nebo ve speciální škole pro žáky s jiným zdravotním postižením. Formou skupinové integrace, kde se žáci vzdělávají v jiné třídě v běžné škole nebo ve speciální škole stanovené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Dále ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením a kombinací uvedených forem.

1.7 Kompenzační pomůcky

Každá osoba s postižením potřebuje mít pro svůj kvalitní život nejrůznější kompenzační pomůcky. Pro jedince s hluchoslepotou jsou kompenzační pomůcky zvláště důležitou součástí života, protože jim umožňují nějaký stupeň vidění a slyšení v našem světě.

Kompenzačních pomůcek existuje celé řada. Obecně veřejnost pozná osoby s hluchoslepotou na základě červenobílé hole. Ta jednak slouží jako signalizační znamení pro ostatní a upozorňuje na to, že člověk má kromě zrakového postižení i sluchovou vadu. Na druhé straně je i znaméním pro řidiče, jelikož ve společnosti koluje předsudek, že každý člověk, který má zrakovou vadu, má ale zároveň bystrý sluch.

Hluchoslepe osoby se zbytky sluchu používají kompenzační pomůcky z oblasti sudropedie i tyflopédie. V případě kompenzace sluchového postižení se jedná zejména o různé typy sluchadel, kochleární implantát apod. A v případě kompenzace zrakového postižení se užívají počítače, které mají zvětšovací programy, speciální software tzv. hlasový zobrazovač, hmatové pomůcky (hodinky, mincovník) a speciální lupové brýle (monokulár).

2 MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace je chápána jako snížení úrovně rozumových schopností, jež jsou představovány pojmem inteligence. Inteligenci lze obecně definovat jako schopnost učit se ze zkušenosti, řešit nové problémy, přizpůsobit se, myslet, používat symboly, usuzovat a orientovat se v nově vzniklých situacích (Hartl, 2004; Hartlová, 2004).

Mentální retardaci klasifikuje Švarcová (2011) následovně:

- 1) Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69** je stanovena u zhruba 80-85% lidí klasifikovaných jako mentálně retardovaní. U lidí spadajících do této skupiny bývá vývoj řeči v dětském věku opožděn, avšak později jsou schopni užívat řeč v běžném životě. Též jsou obvykle schopni plné samostatnosti při výkonu stravovacích a sebe-obslužných činností včetně oblékání, vývoj sebeobsluhy je často pomalejší. K potížím dochází při práci ve škole, protože vzdělávací program základní školy je pro ně příliš náročný, často mají problém se čtením a psaním. Mentální věk je v rozmezí 10 až 11 let. V praxi lze jedince na horní hranici lehké mentální retardace zaměstnat, ale pouze prací, která primárně vyžaduje praktické schopnosti, především tedy nekvalifikované či jen málo kvalifikované manuální práce. Další důsledky lze zaznamenat v emoční a sociální oblasti, kde má jedinec problém s přizpůsobivostí běžným kulturním tradicím či normám.
- 2) Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49** se vyskytuje zhruba u 10% postižených jedinců. Jedinci v této skupině mají znatelně zpomalený rozvoj užívání řeči a chápání, je výrazně omezena soběstačnost i zručnost. Mentální věk se pohybuje v rozmezí 4 až 8 let. Středně těžce retardovaní jedinci jsou v dospělosti schopni vykonávat manuální práci, pouze pokud jsou jednotlivé úkoly důkladně strukturovány a navíc je zajištěn odborný dohled, často tito lidé pracují ve chráněných dílnách. Samostatný život je možný jen ve velmi výjimečných případech. Lidé spadající do této skupiny mají značné rozdíly v povaze schopností, zatímco někteří dokazují vyšší úroveň v dovednostech senzo-motorických, jiní jsou více zdatní v oblasti komunikace a sociální interakce. Rozvoj řeči je variabilní, někteří jedinci se dokáží domluvit jen stěží, jiní pak

zvládají jednoduché rozhovory, ale jsou i tací, jež se nikdy nenaučí mluvit, ti pak používají nonverbální komunikaci namísto verbální.

- 3) **Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34** se vyskytuje přibližně u 5 % osob. Jedinci z této kategorie se ve většině případů vykazují značným stupněm poruchy motoriky či jinými přidruženými vadami, prokazujícími prezenci klinicky významných poškození nebo vadného vývoje nervového systému. Mentální věk je zpravidla od osmnáctého měsíce až ke třem a půl roku. Ačkoli výchova a vzdělávání osob spadajících do této kategorie je velmi náročná a podstatně omezená, dle zkušeností včasná a dostatečně kvalifikovaná péče (rehabilitační, výchovná a vzdělávací) může značně přispět k rozvoji jejich motoriky, komunikačních dovedností, rozumových schopností a tudíž celkovému zlepšení kvality jejich života samotného.
- 4) **Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20** je jen u přibližně jednoho procenta jedinců spadajících do skupiny mentálně retardované populace. Tito jedinci jsou těžce omezeni ve schopnosti porozumět mluvené řeči a nutno dodat, že většina osob je též výrazně omezena pohybově či dokonce imobilní. Schopnost sebeobsluhy je téměř nulová a dohled či stálá péče jsou v těchto případech naprosto nezbytné. Výchova a vzdělávání jsou velmi těžce omezené, ale i přesto existují metodické postupy, pomocí nichž lze rozvíjet jejich motoriku a komunikační dovednosti. Mentální věk je nižší než osmnáct měsíců. U jedinců trpících hlubokou mentální retardací jsou časté neurologické nedostatky, poškození zrakového a sluchového vnímání či epilepsie, dále vývojové poruchy, a atypický autismus.

3 RODINA

Nejdůležitější roli ve výchově a socializaci dítěte by měla hrát rodina. Rodina je prvním nejpřirozenějším prostředím, s nímž dítě přichází do styku – toto prostředí má navíc předpoklady ovlivnit některé limitující faktory vyplývající z jeho postižení, (Müller, 2003; Valenta, 2003).

Funkce rodiny podle Matějčka (1987):

- 1) **Vzájemné uspokojování psychických potřeb:** jedná se o jednu z nejdůležitějších funkcí. Uspokojování základních psychických procesů je stěžejní pro zdravý a normální vývoj dítěte. I naopak, dospělému člověku péče o své vlastní dítě přináší zkušenosti a prožitky, které uspokojují jeho psychické potřeby.
- 2) **Trvalost a hloubka citových vztahů:** díky citovým vztahům v rodině, uspokojuje člověk potřebu životní jistoty. Rodina je svazkem, který je trvalý nejen v čase, ale i v osobách, jeden druhému jakoby patří, po psychické i právní stránce.
- 3) **Společná budoucnost:** typické pro tuto funkci je, že se člověk – rodič angažuje na osudu svého dítěte, pomáhá mu plánovat, utváří a podílí se na jeho budoucnosti a sám tak zároveň formuje svou životní perspektivu.
- 4) **Prolínání soukromí:** společným žitím členů rodiny, dochází k rozvíjení postojů a pozitivních rysů osobnosti při společných úvahách, rodinných poradách, ale i při nejrůznějších konfliktech. I při nich se člověk formuje, zejména jeho osobnost, učí se vycházet s ostatními, řešit nedorozumění a krizové situace.
- 5) **Vytváření sociálních vztahů:** dítě poznává ostatní členy rodiny nejen ve vztahu k sobě, ale také v dalších pozicích, ve funkci matky, manželky a zároveň funkci ženy, výtěžného člena rodiny. Rodina pomáhá dítěti utvářet bohatý a diferencovaný obzor jeho poznání.

Dítě s postižením a jeho vliv na rodinu

Narodí-li se dítě s postižením, dochází ke změnám rodičovských postojů a neuspokojení základních rodičovských a psychických potřeb. Dítě s postižením většinou nereaguje tak, aby stimulovalo rodičovskou aktivitu. Dítě bývá apatické,

opožděné ve vývoji, neusmívá se, nepláče či naopak pláče ve větší míře, bývá podrážděné, trpí poruchami spánku. Dítě svým chováním rodičům neposkytuje adekvátní informace, rodiče získávají pocit, že mu nerozumí a že jejich úsilí nemá smysl, protože se dítě nevyvíjí tak, jak očekávali. To, že se rodiče dovědí více informací o charakteru postižení jejich dítěte, je může do jisté míry traumatizovat, ale také naopak jim mohou získané informace naučit pochopit jeho chování a zákonitosti vývoje.

Dítě s postižením rodiče citově neuspokojuje, rodiče mohou dítě zavrhnout, odmítat nebo si k němu vytvářet neadekvátní citovou vazbu. Mnoho rodičů trápí pocity viny. V důsledku postižení dítěte bývá u rodičů narušena potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže. Rodiče mají pocity méněcennosti, jejich identita je značně narušena. Nedovedou si představit, jak se bude dítě vyvíjet a jaký bude jeho osud i osud celé rodiny (Vágnerová, 2000; Hadj-Mousová, 2000).

3.1 Proces akceptace postiženého dítěte rodiči

Chování a prožívání rodičů, kteří mají postižené dítě, prochází typickými fázemi (Vágnerová, 2004):

- 1) **Fáze šoku a popření** - první reakcí rodičů bývá šok, jež se projevuje neschopností jakékoli reakce. Rodiče v této době nechtějí znát možnosti, které se týkají péče a výchovy dítěte, protože se ještě nesmířili s faktem, že jejich dítě je postižené. Informaci postupem času přijmou. Záleží také na tom, kdy a jakým způsobem se rodiče dozvěděli o postižení svého dítěte.
- 2) **Fáze bezmocnosti** - rodiče jsou bezmocní a nevědí, co dělat. V této situaci se ještě neocitli a neví, jak reagovat. Prožívají pocit viny, ponížení a studu. Na jednu stranu se bojí odmítnutí a zavržení, na druhou stranu doufají, že jim někdo pomůže, i když nevědí jak. Citové prožívání rodičů je obvykle velmi hluboké a intenzivní.
- 3) **Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem** - pro toto období je typické zvýšení zájmu o další informace. Rodiče se chtějí dozvědět veškeré informace o postižení svého dítěte, příčiny vzniku, co je typické pro toto postižení a jak mají o své dítě pečovat. Budoucnost je pro ně také důležitá. V tomto období

ještě přetrvávají negativní emoční reakce. Rodiče se cítí smutně, mají deprese z toho, že se jim nenarodilo zdravé dítě. Prožívají strach a pocit hněvu a viny.

- 4) **Fáze smlouvání** - přechodná fáze, při které rodiče již přijali skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale snaží se o jakékoliv zlepšení, když už se nemůže úplně uzdravit.
- 5) **Fáze realistického postoje** - období, kdy rodiče postupně přijímají realitu, že jejich dítě je postižené a rodiče dítě berou takové, jaké je. Chovají se vhodným způsobem, myšlenky na budoucnost jsou splnitelnější a reálnější. Ne všichni rodiče se dokáží vyrovnat s tím, že jejich dítě je postižené. Záleží na zátěži rodičů, na jejich postoji, jenž se může měnit, na vnitřní síle, podpoře širší rodiny i přátel, osobních hodnotách a mnoha dalších faktorech. Také se může stát, že se manželský nebo partnerský svazek rozpadne a tato fáze jakoby nenastane.

Jak se rodiče zvládnou vyrovnat se zátěží, ovlivňuje mnoho okolností, jako např. jejich zkušenosti, věk, osobní vlastnosti, zdravotní stav, kvalita partnerského vztahu, počet dětí, které spolu mají, na druhu a příčině postižení atd. Rodiče mohou zvládat situaci dvojím způsobem – aktivně či pasivně.

Aktivní varianta zvládání se projevuje tendencí bojovat s nepříjemnou situací. Může jít o hledání pomoci, např. lékaře, pedagoga. Zesílení činnosti může vést ke snížení psychického napětí.

Pro únikový způsob nebo-li pasivní variantu zvládání zátěžové situace, je typická nějaká podoba útěku ze situace, kterou nelze dostatečně zvládnout nebo se s ní rodiče ještě nedokázali smířit. V neposlední řadě je možné umístit dítěte do péče jiné. Další únikovou variantou je i popírání situace (tamtéž).

4 NÁHRADNÍ VÝCHOVNÁ PÉČE

Domovem nazýváme místo, kde se cítíme dobře, obklopují nás lidé, které známe, máme je rádi a udržujeme s nimi blízký vztah. Je to místo pochopení, ochrany, bezpečí a naším útočištěm. Místo, které je nám blízké, známé, prožili jsme zde dětství nebo zde vychováváme vlastní děti. Je to místo, kam se rádi vracíme a vyhledáváme jej. Jsou však děti, které vlastní domov ani rodinu nemají. O tyto děti pečuje stát prostřednictvím podpůrné sítě náhradní výchovné péče.

Náhradní výchovná péče

Náhradní výchovnou péči můžeme vymezit jako alternativní systém výchovné péče o nezletilé děti, které z nejrůznějších důvodů nemohou vyrůstat „doma“ ve vlastní biologické rodině. Jestliže vlastní rodina nemůže zajistit příznivý vývoj dítěte, je jeho výchova zajišťována institucemi náhradní výchovné péče.

Náhradní výchova je uskutečňována dvěma základními a zákony upravenými formami – náhradní rodinnou péčí a ústavní péčí.

- 1) **Náhradní rodinná péče** – dítě je svěřeno do péče osobám, jenž nejsou jeho rodiče, ti se ale snaží vytvořit dítěti takové prostředí, které se maximálně podobá přirozenému rodinnému životu. Tato péče má dle zákona o rodině a na základě mezinárodních smluv přednost před výchovou ústavní. Dítě je po rozhodnutí soudu svěřeno do péče konkrétní fyzické osoby. Nejznámější variantou náhradní rodinné péče je osvojení (adopce) a pěstounská péče.
- 2) **Ústavní péče** - představuje svěření dítěte do péče kolektivního zařízení, jenž mu nahrazuje přirozené rodinné zázemí. Dítě může být do ústavní péče svěřeno rodičem nebo soudem.

Varianty zařízení výchovné péče:

- zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – Klokánek, Dětská centra,
- kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do tří let věku, zařízení léčebně preventivní péče,
- diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, školské zařízení,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením, zařízení sociálních služeb.

4.1 Ústavní výchova a ochranná výchova

Za klíčové pojmy v problematice náhradní rodinné výchovy je definování pojmů ústavní výchova a ochranná výchova.

Ústavní výchova je výchovné opatření nařízené soudem v občansko-právním řízení, které zpravidla končí dovršením osmnácti let (výjimečně je možno prodloužit). Ústavní výchova nemá trestní charakter. Důvodem nařízení ústavní výchovy může být špatná rodina, patologie rodinného prostředí, rodina nemůže plnit svoji funkci nebo zanikla. Uskutečňuje se podle věku ve zdravotnických a školských zařízeních.

Ochranná výchova je ochranným opatřením uloženým rozhodnutím soudu, obvykle mládeži starší patnácti let (spáchalo-li dítě ve věku dvanácti až patnácti let čin, za který lze podle trestného zákona uložit výjimečný trest). Důvodem uložení ochranné výchovy jsou negativní způsoby jednání a antisociální projevy, které by u dospělého jedince byly kvalifikovány jako trestné. Časové trvání je shodné s výkonem ústavní výchovy a nezaznamenává se do trestního rejstříku.

Vedle těchto pojmů se často v odborné literatuře hovoří o tzv. předběžném opatření. Předběžného opatření se využívá v případě, ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoliv péče nebo je-li jeho příznivý vývoj vážně ohrožen. Předběžné opatření má krátkodobý charakter, trvá po dobu jednoho měsíce od jeho vykonatelnosti a může být i opakovaně prodlouženo o jeden měsíc (celková doba trvání nesmí přesáhnout šest měsíců).

Důvody umístění dětí do náhradní výchovné péče:

- špatné sociální a bytové podmínky,
- nezáměr rodičů,
- zdravotní důvody dítěte,
- pobyt rodičů v nápravném zařízení,
- psychické a fyzické týrání dítěte,
- oboustranní sirotci,
- nemoc rodičů,
- úmrtí rodičů,
- sexuální zneužívání dětí,
- zanedbaná výchova a výživa.

Významné zákony upravující danou problematiku

- zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů,
- z dalších významných zákonů, které upravují také situace rodin s dětmi přijatými do náhradní rodinné péče, jsou Dávky pěstounské péče, které upravuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

4.2 Dětský domov pro děti se zdravotním postižením

Do domovů pro osoby se zdravotním postižením jsou umisťovány děti, jejichž zdravotní handicap vyžaduje zvláštní odbornou péči a o něž se z různých důvodů nemohou postarat jejich rodiče. Cílem každého domova je uspokojit v maximální možné míře všechny základní potřeby dětí – klientů a vhodným způsobem na ně výchovně a edukačně působit, jakožto zajistit jim i odbornou a zdravotní péči atd.

Pozitiva ústavní péče:

- snaha poskytnout odbornou péči,
- péče o nechtěné děti → možnost získání nové rodiny,
- zajištění komplexní péče, odborná vyšetření,
- individuální přístup dle psychomotorického vývoje dítěte.

Negativa:

- nedostatek citů a lásky – absence rodinného citového zázemí,
- menší množství podnětů, osobních zkušeností ze života (jak tomu bývá v rodině) a absence plně individuální péče,
- nemožnost náhrady života prožívaného v milující rodině.

Otázky deprivace dětí v dětském domově

Dalším významným tématem je psychická deprivace, tu můžeme definovat jako stav, který vzniká, jestliže jedinec nemá uspokojovány základní psychické potřeby v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu. Jedná se zejména o potřeby podnětů, smysluplného světa, emoční potřeby, potřebu identity a perspektivy.

Psychickou deprivací jsou ohroženy zejména děti vyrůstající v ústavní výchově, v dysfunkční rodině, ale také děti s postižením. Projevy psychické deprivace mohou být velmi různé, například u dětí do tří let věku jde o opoždění psychomotorického vývoje, nápadná bývá povrchnost a nediferencovanost citů a sociálních vztahů, chudší duševní obzor, nezúčastněná nebo rozmrzelá nálada. Řečový projev dítěte je chudý, chybí mu typická dětská radost a zvědavost. Deprivované děti mají často odloženou školní docházku. Někdy si idealizují svoje rodiče, s nimiž nic dobrého neprožívaly. Důsledky prožité deprivace mohou přetrvávat až do dospělosti. Jde o vážné narušení psychického vývoje, jež se může projevit v celé struktuře osobnosti, v chování i sociálním začlenění (Langmaier, 2011; Matějček, 2011).

Podle oblasti strádání lze rozlišit různé typy deprivace dle Vágnerové (2004) následovně:

- 1) **Deprivace v oblasti biologických** potřeb – jedná se o nedostatek jídla a spánku.

- 2) **Podnětová deprivace** – dítě strádá v oblasti stimulace, chybí mu žádoucí množství a variabilita různých podnětů. Tímto nedostatkem mohou trpět smyslově nebo tělesně postižení lidé.
- 3) **Kognitivní deprivace** – jedná se o zanedbávání výchovných a výukových potřeb.
- 4) **Citová deprivace** – deprivace vzniká jako důsledek neuspokojení potřeby citového vztahu (s matkou).
- 5) **Sociální deprivace** – jako důsledek omezení kontaktu s druhými lidmi, sociální deprivací jsou sužováni lidé chronicky nemocní nebo postižení.

Podle Langmaiera a Matějčka (2011) je důležité, aby se dětem dostávalo podnětů z vnějšího světa v náležitém množství, kvalitě a časovém sledu tak, aby nedocházelo k ochuzení a poruchám CNS (cévní nervový systém). Je nutná stálost prostředí a v něm především stálost dospělých osob, které se dítětem zabývají.

Vnější příčiny deprivace (tamtéž):

- 1) **Izolace** – psychické potřeby dítěte nejsou uspokojovány každodenním stykem s přirozeným, věcným a společenským prostředím.
- 2) **Ústavní výchova** – dítěti je soudně nařízena ústavní výchova.
- 3) **Deprivace v rodině** – rodina neplní svoji funkci, je ve složité sociální situaci nebo je patologická (syndrom CAN).
- 4) **Separace** – jedná se o násilné přerušování již vytvořeného vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím, rizikový je věk mezi druhým až třetím rokem života, zejména se jedná o vztah mezi matkou a dítětem.

Mezi prevencí psychické deprivace řadíme:

- kvalitu, určité množství a proměnlivost vnějších podnětů,
- řád, stálost a smysl v podnětech,
- sociální a emoční vztahy,
- společenské hodnoty a společenské uplatnění,
- životní perspektivu a otevřenost budoucnosti.

Osobnost vychovatele v dětském domově

Kopřiva (1997) uvádí, že v pomáhajících povoláních má kvalita lidského vztahu pracovníka vůči klientovi prvořadý význam. Zaměstnanec dětského domova musí být na tuto roli připraven. Práce v tomto zařízení vyžaduje vstřícnost, důslednost, pevnost a spravedlivost. Vychovatel by měl být schopen ovládat své jednání a emoce. Neméně podstatný je dobrý a vřelý vztah k dětem a ke své práci. Vztah mezi vychovatelem a dítětem by měl být přátelský, založený na taktu a úctě ke každému dítěti, chápavý pro potřeby, přání, reakce a chování dítěte v daných situacích. Vychovatel by měl respektovat osobnost dítěte, měl by mít uznání pro jeho názory a postoje. Nepostradatelný je také pedagogický takt, což je spojení náročnosti s pochopením a porozuměním.

Helus (2004) se zmiňuje, o angažovanosti vlastní osobnosti pedagoga, který překonává pouhou profesionalitu a dodává své práci nový, morální rozměr. Výchova a vzdělávání už není jenom profesí, ale stává se povoláním, tedy působením, kterým pedagog realizuje své životní poslání, svou odpovědnost před dítětem, jeho rodiči, společností, svým vlastním svědomím.

Výchovné působení na dítě – vychovatel versus rodič

Vychovatel v dětském domově, ačkoliv má děti rád, je zde v roli zaměstnance, práci má jako zdroj obživy a většinou odděluje práci od svého osobního života, dětem se nedává celou svou duší, jako to činí rodič. Většina vychovatelů v dětském domově vnímá práci jako poslání, práce pro ně má hlubší smysl, práce je naplňuje a uspokojuje.

Vychovatel má oproti rodiči odborné vzdělání, profesní zkušenosti, pracuje v týmu a radí se s nejrůznějšími odborníky (lékaři, psychology, se speciálními pedagogy).

Rodič je však odborník na své dítě, je vybaven rodičovskou intuicí. Pokud se jedná o vztah rodič a dítě s handicapem, je schopný se neustále vzdělávat a hledat všemožné prostředky k vyrovnání handicapu. Toto vše je možné jen za velmi příznivých podmínek, vychovávat dítě natolik postižené je pro rodiče obzvláště náročný úkon a to nejen z hlediska psychického, ale i z hlediska času, finančních prostředků a bezmezného pozitivního přístupu. Rodiny s postiženými dětmi se často rozpadají vzhledem k nadměrné psychické zátěži, a ačkoli je z hlediska výše zmíněných faktů pro dítě lepší rodinné prostředí, často může u rodičů dojít k syndromu vyhoření, vzhledem k tomu, že

děti takto moc postižené nemají šanci samostatného začlenění do společnosti, což se může pro rodiče stát časem velmi stresujícím faktorem, který může vést k depresivním stavům. Naproti tomu odborný personál působící v dětském domově, spolupracuje se speciálním pedagogickým centrem, má nepřetržitě k dispozici rady psychologů a speciálních pedagogů, má adekvátní kvalifikaci, možnost prokonzultovat situaci se svými kolegy prostřednictvím supervize a z dlouhodobého hlediska péče o dítě mentálně postižené není pro ně natolik psychicky zatěžující, samozřejmostí je i neustálá snaha o zapojování dítěte do každodenních aktivit a ustavičné výchovné a vzdělávací působení na něj, samozřejmě v rámci jeho možností.

5 VÝZKUMNÉ METODY

Výzkum znamená proces vytváření nových poznatků. Jedná se o činnost, která je dobře uspořádaná a důkladně naplánovaná. Snaží se přispět k vývoji daného vědeckého oboru odpovídáním na kladené výzkumné otázky (Hendl, 2008).

Výzkum se dělí na typy základní, aplikovaný, evaluační, akční a kritický. Základní výzkum vytváří základní poznatky nejčastěji v laboratoři. Aplikovaný výzkum hledá řešení praktických problémů v přirozeném prostředí. V evaluačním výzkumu jde o určení hodnoty, kvality a významu intervence. Akční výzkum řeší místní praktické problémy a usiluje o změně stavu.

Výzkum zahrnuje přípravu, plán výzkumu, provedení studia a zprávu o výsledcích výzkumu. V přípravě se určí oblasti výzkumu, vymezení problému a výzkumné otázky a účely. Plán je nejdůležitější fáze a žádný výzkum ho nemůže vynechat. V tomto kroku se navrhuje celý výzkum. Jaký bude objekt zkoumání, postupy, místa a čas provádění, koho budeme pozorovat, s kým si dáme schůzku, volí se metody sběru dat. Plán dostává podobu písemnou. Cílem zodpovědět výzkumné otázky má další fáze provedení studia. V posledním kroku dáváme zprávu o výsledcích výzkumu. Nejčastěji v písemné podobě. Zahrnuje naše představy o problému. Organizujeme konečné výsledky pomocí tabulek, grafů a map. Ty nám umožní přehled o dané oblasti (tamtéž).

Ve výzkumu se využívají dvě základní formy výzkumu. Forma kvalitativní a forma kvantitativní. Kvantitativní výzkum má striktně vymezený předmět zkoumání. V původu si určí hypotézy, které ověřuje přesnými metodami a tím získá závěry pravděpodobnosti zobecnování daného vzorku na celý základní soubor. Kvalitativní výzkum ke zkoumanému přistupuje se snahou popsat jedinečnost, jeho určitých rysů. Poznatky se utváří v průběhu podrobného popisu a pozorování jednotlivých případů (Průcha, 2000).

Kvantitativní výzkum

Základními metodami kvantitativního výzkumu je statistické šetření, oficiální statistiky, strukturované pozorování a obsahová analýza. Statistické šetření spočívá na náhodném výběru a měří proměnné. Výhodou této metody je reprezentativnost a testování hypotéz. Analyzovat získaná data v minulosti umožňuje metoda oficiální

statistiky, která dokáže nashromáždit velké datové soubory. Strukturované pozorování je prováděné podle přesně určitého protokolu a je velice spolehlivé. Spolehlivé měření je díky obsahové analýze, která zjišťuje a provádí analýzu četnosti. Tyto metody kvantitativního výzkumu můžeme zobecnit na populaci. Relativně rychle a přímočaře nám umožňuje sběr dat, testování a validitu teorií. Poskytují přesnost numerických dat a výsledky nejsou závislé na výzkumníkovi. Výhodou je také užití při zkoumání velkých skupin. Nevýhodou výzkumníka může být omezený způsob získávání dat, může opomenutí určitý jev, protože se zaměřuje na teorii a testování. Získaná znalost může být moc obecná pro přímé použití v místních podmínkách.

Kvalitativní výzkum

V kvalitativním výzkumu se získává důkladná charakteristika a popis o zkoumaném subjektu v přirozeném prostředí díky dlouhému a intenzivnímu kontaktu s ním. Výzkumník shromažďuje úřední dokumenty, deníky, poznámky, fotografie, audio a videozáznamy, terénní poznámky z pozorování a rozhovoru. Kvalitativní výzkum studuje procesy, navrhuje teorie, dobře reaguje na dané podmínky a situace. Kvalitativnímu výzkumu se vytýká, že získané znalosti nemusejí být zobecnitelné a také se špatně odhaduje budoucí hodnota průběhu. Výsledky jsou ovlivněny výzkumníkem a jeho sběr dat je časově náročný. Testovat hypotézy a teorie je obtížné (Hendl, 2008).

Mezi základní metodu kvalitativního výzkumu popsanou Průchou (2000) je pozorování, které musí být plánované (kdo, co, kdy, kde, jak), výzkumník se musí systematicky zaměřit na dané osoby, věci, jevy a činnosti, které sleduje v určitou dobu. Výzkumník musí být objektivní a nesmí zasahovat do přirozeného průběhu děje, jen objektivně zaznamenává. Pozorování může být zúčastněné, nezúčastněné, strukturované a nestrukturované.

Rozhovor je další metoda kvalitativního výzkumu. Vyžaduje určité dovednosti, vnímavost, soustředění, mezilidské pochopení a kázeň. Je důležité rozmyslet si obsah, pořadí, délku a podobu otázek. Na rozhovoru je důležitý začátek, který by měl prolomit psychické zábrany a zaručit souhlas se záznamem. Na konci rozhovoru může výzkumník získat cenné informace. Výzkum pomocí experimentu spočívá na změně situace, kterou záměrně vyvolá výzkumník, aby mohl pozorovat změnu na jedincích. Výhoda experimentu je přesné měření a testování hypotéz (Hendl, 2008).

Základním přístupem kvalitativního výzkumu je případová studie, která podrobně zkoumá jeden nebo několik málo případů a sbírá o nich velké množství dat. V této studii jde o zachycení složitosti a popis případu. Důkladným prozkoumáním jednoho případu se předpokládá lepší pochopení jiných případů, které jsou mu podobné. V závěru studie se případ vřazuje do širších souvislostí. Lze ji srovnat s jinými případy a také se provádí posouzení validity výsledků.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 DĚTSKÝ DOMOV A MATEŘSKÁ ŠKOLA SPECIÁLNÍ, BEROUN

Význam zařízení

Hlavním cílem a účelem tohoto zařízení je, poskytování vzdělávání (předškolního) pro děti s narušeným komunikačním systémem a dalším kombinovaným postižením. Zařízení dále poskytuje komplexní poradenské a školské služby ve speciálním poradenském centru, které je jeho součástí. Spádová oblast zařízení je celý okres Beroun a okrajové části sousedních okresů. Celková kapacita zařízení je 18 dětí. Zařízení bylo zřízeno k datu 01.01.1993, nejprve bylo součástí Institutu pro neslyšící, později bylo přejmenováno na Speciální mateřská škola pro děti s více vadami, Beroun. V roce 2005 byl název opět změněn na Mateřská škola speciální. Na jaře 2007 proběhlo stěhování z Berouna – Závodí do nově zrekonstruovaného křídla budovy Střední zdravotnické školy Beroun, vlastníkem této budovy je Středočeský kraj. Téhož roku bylo zařízení přejmenováno na DD a MŠ speciální, Beroun, pod tímto názvem zařízení vystupuje až do současnosti.

Budova DD a MŠ je dvoupatrová a bezbariérová, v přízemní části se nachází třídy, odpočinková a rehabilitační místnost, prádelna, jídelna a sociální zařízení. V prvním patře byly zbudovány ložnice pro děti, dále vyšetřovna, sociální zařízení a izolace. Ve druhém patře se nachází Speciálně pedagogické centrum a administrativní zázemí organizace. Kolem celé budovy je velká zahrada, která slouží především za účelem odpočinku a relaxace pro děti.

Charakteristika zařízení

MŠ a DD nabízí celodenní provoz, je součástí několika škol a školských zařízení určených přímo k vedení a vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, přičemž komplexní a speciálně pedagogickou péči věnuje primárně dětem s duálním sensorickým postižením, dalšími vadami a narušeným komunikačním systémem.

Přijímání nových dětí

Do MŠ a DD jsou přijímány děti především ve věkové hranici od 3 do 6 let. Zápis pro nové děti je stanoven statutárním zástupcem školy, přičemž je možné přijetí dětí i během kalendářního roku

Zařízení pořádá pravidelné dny otevřených dveří, kdy mají rodiče možnost prohlédnout si školu a seznámit se s tamějším prostředím

Charakteristika třídy

MŠ a DD je naplňována do počtu 6 dětí, ve třídě jsou děti různého věku, jejich počet může být variabilní, ale musí korespondovat s mírou a intenzitou potřeby jejich pedagogické podpory. Při samotném vzdělávání je využívána metoda AAK, logopedická prevence, prvky znakového jazyka a metoda strukturovaného učení u dětí s poruchami autistického spektra. Dětem jsou k dispozici speciální didaktické pomůcky. O děti pečují speciální pedagožky, které s nimi provádí jednotlivé úkony a to s každým dítětem samostatně a k dispozici je i asistent pedagoga. Zařízení poskytuje dětem péči v komunikačních dovednostech jako je znaková řeč, alternativní komunikační systémy a logopedie, dále jsou prováděny multisenzorické stimulační, rozvoj sebeobslužných dovedností, rozvoj sociálních dovedností a rozvoj rozumových dovedností.

Zařízení dále pravidelně pořádá následující aktivity: akce pořádané Domem dětí a mládeže v Berouně, Den Děti, Vánoční jarmark a Masopustní karneval.

7 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Při zpracování případových studií autorka bakalářské práce, konkrétně Michaela a Daniela vycházela z odborné dokumentace, která vznikla za jinými účely, např. diagnostickými, výchovnými, terapeutickými atd. Též měla autorka možnost sama oba hochy pozorovat a to jak v interakci s ostatními dětmi, tak individuálně. S hochy pracovala a starala se o ně během osmi let svého působení v rámci profese vychovatelky v Dětském domově a v Mateřské škole speciální v Berouně. Taktéž autorka absolvovala množství rozhovorů s pedagogickými pracovníky a speciálními pedagogy tohoto zařízení, dále také se sociální pracovníci a s psycholožkou SPC.

Materiály k případové studii Emy autorka získala prostřednictvím její matky, která poskytla veškeré informace o své dceři. Komunikace probíhala většinou v rámci emailu či telefonického rozhovoru. Matka Emy byla velmi nápomocná a poskytla autorce k nahlédnutí nejnovější psychologické a speciálně pedagogické vyšetření, individuální vzdělávací plán, který pro Emu ve škole vypracovali, a ochotně zodpověděla každou otázku autorky.

S ohledem na zachování anonymity Emy, její matky i obou chlapců a následně na limit délky práce, zde autorka neuvádí jak emailovou komunikaci s matkou, tak ani konkrétní vyšetření a dokumentaci, ze které při psaní práce čerpala.

7.1 Případová studie číslo 1 – chlapec Michael

- **Jméno:** Michael
- **Rok narození:** 2000
- **Aktuální věk:** 14 let
- **Věk při kochleární implantaci:** 7,2 let
- **Druh a stupeň zdravotního postižení:**
 - prematurita – 31. týden,
 - těžká oboustranná nedoslýchavost,
 - amaurosis bila – praktická slepota, světlocit zachován,
 - centrální hypotonický syndrom,
 - mentální postižení těžkého stupně.

Rodinná anamnéza

Míša žil nedaleko Jihlavy společně se svými rodiči do ledna 2006. Matka narozena v roce 1970, neslyšela od narození na levé ucho, otec narozen 1968 je zdravý. V lednu 2005 byla matka hospitalizována v nemocnici pro zajištění péče v terminálním stádiu rakoviny konečníku a otec nemohl poskytnout svému synovi vyhovující péči.

V té době bylo Míšovi pět let. Na žádost rodičů byl Míša přijat k diagnostickému pobytu do SPC při Mateřské škole speciální pro děti s více vadami, která poskytuje nepřetržitou celoroční péči dětem s duálním smyslovým postižením. Hlavním důvodem bylo řešení složité rodinné situace. Při diagnostickém pobytu probíhal častý kontakt chlapce s rodiči.

Po smrti matky (duben 2006) byl na návrh otce v červnu téhož roku na základě usnesení Míša umístěn do péče MŠ speciální pro děti s více vadami a z rozhodnutí okresního soudu v Jihlavě mu v září 2006 byla nařízena ústavní výchova.

Otec se o svého syna nadále zajímá a i přes poměrně velkou vzdálenost syna pravidelně navštěvuje. Spolupráce s otcem je ve všech směrech dobrá. Výživné na svého syna řádně hradí a telefonicky se dotazuje na jeho zdravotní stav, pravidelně jej navštěvuje a nosí mu dárky.

Osobní anamnéza

Míša se narodil v brněnské nemocnici z třetího těhotenství matky (předtím prodělala 2 spontánní potraty), porod proběhl v 31. týdnu. Stav matky byl komplikovaný, a proto porod proběhl císařským řezem. Po narození vážil Míša 1100g a měřil 38cm, Míša byl hospitalizován na JIP nedonošených pro nestabilitu, 6 dní byl ventilován a 14 dní na kyslíku.

Průběh kochleární implantace

Míša dostal sluchadla poprvé po audiologickém vyšetření v Brně v roce 2002, v té době mu byli dva roky. Dle ORL vyšetření u MUDr. Myšky již v srpnu 2005 chtěla matka zvážít kochleární implantaci, ale žádost byla zamítnuta. Kochleární implantace proběhla až v prosinci 2007. První nastavování řečového procesoru proběhlo v únoru 2008. Ve stejném měsíci Míša dostal svoji osobní asistentku. Společně s ní se Míša pravidelně účastnil programu Bobřici, který je určen těžce sluchově handicapovaným dětem s kombinovaným postižením.

Při prvním nastavování řečového procesoru se Míša velmi vztekal. Poté nastalo dlouhé období, kdy si Míša zvykal na nošení vnější části CI. Při nasazování CI se velmi vztekal a neustále si vnější část sundával, i přes fixaci šátkem. Osobní asistentka mluvila na Míšu, opakovala mu jednoduchá slova a pokyny. Komunikovali spolu prostřednictvím zástupných předmětů, znaků na tělo a orální komunikací. V listopadu 2008 byl Míša na logopedickém vyšetření v centru kochleární implantace dětí. Zde došli k závěru, že vzhledem k mnohočetným postižením chlapce je rozvoj sluchové percepce a komunikačních schopností dítěte velmi negativně ovlivněn a pokrok v rehabilitaci je tak velmi pomalý. Reakce na zvuky byla spíše náhodná. Míša upřednostňoval vibrace, před zvuky hudebních nástrojů, nebyla vyzorována reakce na oslovení.

Školní anamnéza

V současné době je Míša již třetím rokem vzděláván v ZŠ speciální podle RVP ZŠS, II. díl Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, formou individuálního vzdělávacího plánu. Na prostory třídy, paní učitelku i spolužáky si s velkou podporou asistentky zvykl rychle. Každé ráno dojíždí svozovým mikrobusem do komunitního centra, kde se nachází detašované pracoviště ZŠ speciální.

Ve třídě kam Míša dochází, se vzdělává celkem 5 dětí s kombinovaným postižením pod vedením pedagoga, asistenta pedagoga a osobních asistentů.

7.1.1 Aktuální stav dítěte

Rozumové schopnosti

Míša je schopen se částečně orientovat v jednoduchých situacích a zvyká si na členění dne. Rozumová výchova je především zaměřena na prodlužování soustředění pozornosti a spolupráce, manipulační činnosti s předměty, hmatovou a čichovou stimulaci. Rád pracuje s modelínou či přírodními materiály. Dále pracuje s různými hmatovými deskami.

Popis chování a způsobu komunikace

V oblasti komunikace je preferována metoda totální komunikace. Kochleární implantát Míša nepoužívá, protože u něho docházelo k velkým záchvatům vzteku a afektům ve spojitosti s používáním kochleárního implantátu. A osobní asistentku už také nemá. V oblasti komunikace převládá použití specifických znaků a zástupných předmětů pro jednotlivé aktivity. Komunikace probíhá prostřednictvím zástupných předmětů (jídlo – lžička, kartáček na zuby – čištění zubů, kostička – pobyt ve třídě, kamínky – vycházka, bota – šatna, houbička – koupelna). Konec aktivity ruku v ruce zakončuje znakem „hotovo“. Znakovou řečí Míša znakuje „záchod“ a „jíst“. Sám se už naučil znakovat „ještě“ a to hlavně při volné hře.

Popis chování a způsob reakce vychovatele na dané chování:

Během dne je většinou dobře naladěný, rád se chová a mazlí, směje se, vykřikuje a čeká na odezvu. Nelibost vyjadřuje pláčem, sebepoškozováním, vztekáním se (skáče, lomcuje s předměty, bouchá hlavou o zem, do skříní, křičí, odstrkuje dospělého). Míša si v poslední době moc s hračkami nehraje. Nabídnutou věc zahodí a raději si chodí po třídě a zkoumá vše, na co narazí.

Popis chování během noci:

Je neklidný. Často než usne, vzteká se a skáče v posteli. Málo spí, stane se, že se probudí okolo 4. hodiny a už neusne. Buď klidně leží, nebo skáče na posteli. Z postele ale nevylézá.

Vztah k dospělým osobám a dětem

Většinou kladný, rád se u dospělého chová a chce ho mít jen pro sebe.

Rád si nějaké dítě vyhledá a chce se s ním mazlit jako s dospělým člověkem. Dětem se také snaží dávat prsty do pusy.

Osobní zájmy a záliby

Zvukové a vibrační hračky, hry na tělo, vycházka, houpání na dráčkovi a na houpačce na zahradě. V létě pak koupání v bazénku a relaxace v trávě, kterou si trhá a hází ji. Také rád chodí na procházky a do solné jeskyně. Když se z nějakého důvodu ven nejde, tak je to znát na jeho náladě. Je protivný, skáče. Vzteká se a ubližuje si.

Sebeobsluha

Při stolování si Míša drží jednou rukou misku a druhou lžící, s kterou nabírá jídlo. V poslední době jí Míša jídlo z misky úplně sám, aniž by mu někdo pomáhal, což je velký úspěch.

Chlapec má celodenně plenu, přes den ale nosí natahovací kalhotky a skoro pokaždé, když se chlapec vysadí na záchod, tak vykoná svou potřebu. Koupe se moc rád. Spolu s tetou se učí používat žínku, sprchu, ručník.

Při oblékání spolupracuje. Je potřeba mu dát čas, hlavu prostrčí s pomocí tety a pak ruce už prostrčí rukávy sám. U tepláků a kalhot stačí, když mu je dáme do ruky a on si je obleče jen s malou dopomocí sám. Svlékat se umí, před spaním se samostatně svlékne na svém lůžku.

Prostorová orientace a samostatný pohyb

Míša samostatně prozkoumává prostor třídy a snaží se orientovat v herně. V prostředí dětského domova je schopen se také samostatně pohybovat po chodbách, sejít schody a zastavit se u dveří. Na vycházky chodí Míša za ruku s tetou nebo se

přidrží je kočárku. Dokáže ujít celou vycházku, aniž by si chtěl odpočinout. V samostatném pohybu se zlepšil, chodí opatrně a rukama se dotýká zdi, plotu, dveří. Je více sebejistý, a s pomocí čela a rukou hledá opěrný bod. Do schodů střídá nohy. Rád si sám chodí po zahradě a zkoumá terén.

Zájem o hru a učení

Chlapec se rád mazlí a vyhledává tělesný kontakt s dospělými. Zajímají ho hladké předměty – dřevo a kov. Rád sedá ve třídě na vaku. Má rád vibrační hračky a umí je i sám zapnout. Líbí se mu na vibrační podložce i masáž vibrační lampou.

7.2 Případová studie číslo 2 – dívka Ema

- **Jméno:** Ema
- **Rok narození:** 03.02.1999
- **Aktuální věk:** 16 let
- **Věk při kochleární implantaci:** 2,5 let
- **Druh a stupeň zdravotního postižení:**
 - Dětská mozková obrna,
 - Amauros,
 - Epilepsi,
 - Středně těžké mentální postižení (podle WISC III.),
 - Těžké duální senzoričké postižení.

Rodinná anamnéza

Při porodu bylo Emině matce 35 let, těhotenství měla rizikové. Matka je vystudovaná knihovnice, jednou rozvedená. Ema je dítě z druhého manželství. Z předchozího manželství má Emina matka 3 zdravé děti (dva syny a jednu dceru). Matka je velmi cílevědomá, od prvních chvil po zjištění diagnózy si začala hledat informace, spolupracovala s mnoha odborníky a usilovně rozvíjela Emu po všech stránkách vývoje. Dokonce je autorkou knihy, ve které popisuje příběh Emy a svoje pocity při výchově dítěte s duálním senzoričkým postižením.

Osobní anamnéza

Ema se narodila ve 24. týdnu těhotenství, vážila 630g a měřila něco přes 20cm. Porod Emy proběhl spontánně. Ema byla těžce nedonošené dítě a po porodu byla převezena na JIP, kde ji matka a rodinní příslušníci každý den navštěvovali. Matka Emě nosila do nemocnice mateřské mléko, kterým byla Ema krmena necelé 4 měsíce.

Emu si rodiče přivezli domů 5 měsíců po jejím narození. V té době Ema nepřibývala, nerostla a téměř nespala. Ve 2,5 letech dostala kochleární implantát a její vývoj se výrazně zlepšil.

Ema se chodit naučila v šesti letech, samostatně jíst a pít v osmi letech. U Emy se objevují pokroky velice pomalu a postupně.

Jinak v současné době Ema bydlí s rodiči na maloměstě, její sourozenci jsou již dospělí a žijí samostatně. Kromě rodičů se o Emu starají ještě prarodiče z otcovy i matčiny strany, kteří si ji berou k sobě a v podstatě s ní podnikají ty samé věci, které dělají babičky a dědové se zdravými vnoučaty.

Průběh kochleární implantace

Ve 2,5 letech byl Emě voperován kochleární implantát. Šest týdnů po operaci proběhlo první programování řečového procesoru. V průběhu asi 14 dnů po nastavení kochleárního implantátu začala Ema bouchat a třepat hračkami, neartikulovaně vykřikovala a radovala se z vydávání zvuků. Oblíbila si zpěv a začala reagovat na hlasy různé intenzity. Zapojení kochleárního implantátu (KI) se projevilo ve všech oblastech Emina vývoje. Zvýšil se její zájem o okolí, začala se spontánně pohybovat (za zvukem, na zavolání), aktivně zkoumat hračky. Pět měsíců od zapojení KI se objevují pokusy o artikulované zvuky, po sedmi měsících rozuměla 100 slovům. Padesát dva měsíců od zapojení KI Ema komunikuje výhradně verbálně, sama komentuje, co právě dělá, užívá víceslovné věty, ve kterých často bývá podnět i přísudek. Při zpívání písniček dokáže doplnit jakoukoliv sloku, správně vytleskává rytmus a slabiky slov. Avšak Emina řeč je málo srozumitelná.

Školní anamnéza

Rodina zpočátku spolupracovala se střediskem rané péče a s mnohými dalšími odborníky. V šesti letech Ema začala navštěvovat speciální mateřskou školu, která integruje děti se speciálními vzdělávacími potřebami mezi děti zdravé. Ve školce měla Ema od samého počátku asistentku.

Na speciální mateřskou školu navazuje speciální základní škola, kterou Ema v současné době navštěvuje, nyní je v 9. třídě. Po celou dobu školní docházky má Ema asistentku, bez jejíž pomoci by se neobešla. Ema je ve škole dobře adaptovaná. Samostatná práce je problematická, Ema je zvyklá na neustálou pomoc a povzbuzování. Při psychické zátěži se rychle unaví. Schopnost učení a rozvoje všech dovedností je výrazně ovlivněn základní diagnózou a aktuálním emočním rozpoložením. Při vyučování je Ema většinou pasivní. Zadané úkoly plní dle pokynů,

ale její pracovní tempo je pomalé, má výrazné výkyvy pozornosti. Nerada dělá činnosti, u kterých jí není jasný smysl.

7.2.1 Aktuální stav dítěte

V současné době je již jasné, že Ema nikdy nebude moci žít samostatně a ani se nezapojí do běžného pracovního procesu. Vždy bude potřebovat asistenta a to i při zcela běžných každodenních činnostech. S dopomocí však dokáže leccos zvládnout, jen musí dostat dostatek času a prostoru. Je stále velice otevřená novým podnětům, nebojí se cizích lidí, ochotně komunikuje, rychle se adaptuje na nové prostředí. Ema má naději, že v budoucnu by mohla, alespoň část týdne fungovat za pomoci asistenta v nějakém chráněném bydlení v komunitě lidí s podobnými potřebami jako má ona.

Rozumové schopnosti

Aktuální intelektový vývoj (podle WISC-III: verbální část, srovnání se zdravou populací stejného věku) klesá do pásma středně těžké mentální retardace. Kvalitně se prezentuje všeobecná informovanost Emy, abstraktní logické myšlení a krátkodobá sluchová paměť. Dokáže zobecnit, zná pojmy. Slabší je (vzhledem k věku) kvalita slovní zásoby, verbální plynulost spolu se sociálním porozuměním (omezená sociální zkušenost) a numerický úsudek. Rozvoj matematických představ stagnuje. Ema nechápe příliš smysl této činnosti, čísla pro ni nejsou přitažlivá. Došlo k rozvoji časové orientace, ve dnu i v týdnu.

Rozvoj rozumových schopností probíhá stále značně nerovnoměrně. Schopnosti nelze vzhledem ke kombinaci postižení posoudit a postihnout standardizovanými metodami. Aktuální výkon je nutné interpretovat velmi opatrně vzhledem k vlivu základního kombinovaného postižení a mimo intelektových faktorů.

Popis chování a způsobu komunikace

Chování Emy je silně ovlivněno emocemi. Ema citlivě vnímá atmosféru a naladění lidí kolem sebe. Její jednání bývá většinou egocentrické. Prosociální chování se objevuje zřídka. Je pro ni těžké oddálit své aktuální potřeby. Dochází pak k mírným

afektivním reakcím, když Emě něco nejde nebo nemůže dosáhnout svého. Má ráda svůj řád a rituály.

Řeč se stále rozvíjí, Ema verbálně komunikuje a hmatem prozkoumává okolí. Rozumí i složitějším verbálním sdělením, ale reaguje výběrově. Emin verbální projev je srozumitelný, vyjadřuje se jednoslovně, po upozornění je schopna použít složitější větu. Artikulační oblast mluvidel je snižena, přesun do jednotlivých artikulačních poloh je pomalý. Vyskytuje se salivace (tvoření slin), kterou je Ema schopna po upozornění kontrolovat. Ema užívá 1. osobu čísla jednotného, používá přítomný i budoucí čas sloves. Pasivní slovní zásoba převažuje nad aktivní. Ema výborně rozumí pokynům, mluvené řeči, má osvojeny jména blízkých osob, spolužáků a vyučujících, domácích i některých cizokrajných zvířat, předmětů denní potřeby, oblečení, potravin, jevů v přírodě, základních činností, některých přídavných jmen vyjadřujících vlastnost předmětu. Ema má velký zájem o nové pojmy, které je schopna aktivně používat. Ema je schopna účastnit se jednoduché konverzace, recitovat báseň, vyjádřit své potřeby a zájmy. Tempo řeči je pomalé, hlas je tichý, pokud se Ema něčeho dožaduje nebo jí něco nejde, je schopna i křičet. V neverbálním chování přetrvávají mimovolné pohyby prstů, zápěstí, grimasování.

Vztah k lidem

Sama nevyhledává kontakty, při kontaktu, který iniciuje druhý člověk má radost, podle hlasu rozezná spolužáky, učitele i ostatní pracovníky školy.

Osobní zájmy a záliby

Ema má ráda výlety ať už vlakem, autobusem nebo autem, návštěvy divadel, koncertů, společné aktivity v domácnosti a na zahradě. Jinak má Ema jednou týdně odpoledne s asistentkou (studentkou), která pro ni vymýšlí program. Hodně chodí na procházky, nebo například do velkých nákupních center, kde je pro Emu spousta podnětů, někdy spolu třeba modelují a vaří.

Jednou týdně chodí Ema na individuální hodiny plavání, ve kterých dělá opravdu pokroky a je šance, že se jednou i naučí plavat. Rozhodně vodu a bazén miluje. Jednou týdně chodí na hodinu cvičit k fyzioterapeutce a jednou týdně má i hodinu logopedie.

Loni také poprvé absolvovala letní tábor v Orlických horách, kde bylo několik dětí postižených s asistenty a zbytek dětí zdravých. Emě se tam velmi líbilo.

Sebeobsluha

Ema je samostatná při svlékání, při oblékání potřebuje pomoc druhé osoby. Ema projevuje samostatnost při jídle a pití, pomoc potřebuje pouze při orientaci v talíři.

Prostorová orientace a samostatný pohyb

Samostatný pohyb je limitován horší motorikou a s tím souvisejícím rizikem úrazu. Ema má špatnou rovnováhu a koordinaci pohybů. Orientuje se po předem vyznačené cestě, ale v doprovodu druhé osoby. Sluchová orientace je nespolehlivá a zavádějící.

Zájem o hru a učení

Schopnost učení a rozvoje všech dovedností je výrazně ovlivněna základní diagnózou a aktuálním emočním rozpoložením. Při vyučování je Ema většinou pasivní. Zadané úkoly plní dle pokynů, ale její pracovní tempo je pomalé, má výrazné výkyvy pozornosti. Nerada dělá činnosti, u kterých jí není jasný smysl.

7.3 Případová studie číslo 3 – chlapec Daniel

- **Jméno:** Daniel
- **Rok narození:** 02.08.2002
- **Aktuální věk:** 13 let
- **Věk při kochleární implantaci:** 5,4 let
- **Druh a stupeň zdravotního postižení:**
 - Prematurita (26. týden),
 - Těžká vada sluchu – oboustranná praktická hluchota,
 - Středně těžké mentální postižení,
 - Těžké zrakové postižení, astigmatismus, retinopatie,
 - Dětská mozková obrna.

Rodinná a anamnéza

Matka Dana zanechala hned po narození v nemocnici v Praze. Pracovnice nemocnice měly snahu matku přesvědčit, aby o syna, který byl těžce nedonošený, měla zájem. Matka se zajímala o syna jen po telefonu. Protože ani otec o syna nejevil žádný zájem, byl Dan umístěn v 8. měsíci do kojeneckého ústavu v Praze. Matka se narodila v roce 1982 a otec v roce 1978. Dan má ještě mladšího bratra, kterého vychovávají prarodiče a také má kochleární implantát. V roce 2005 byl z kojeneckého ústavu předán do DD a MŠ speciální v Berouně. Matka společně s prarodiči Dana navštívili v dětském domově třikrát, z toho jednou přijel i jeho bratr. Nikdy od nich ale nic nedostal. Pravidelně matka volá telefonicky do zařízení a ptá se na něj. Dan k příbuzným nemá žádnou citovou vazbu.

Osobní anamnéza

Dan se narodil v Pražské nemocnici ve 27. týdnu, vážil 590g a měřil 34cm, ihned po narození byl hospitalizován na JIP. Ve 2 letech mu byla diagnostikovaná sluchová vada a dostal sluchadlo. Z vyšetření ERE – SSEP se jedná o oboustrannou praktickou hluchotu. Brýle dostal poprvé ve 3 letech.

Průběh kochleární implantace

Operace proběhla v roce 2007. Když měl Dan poprvé kochleární implantát, tak brečel a sundával si vnější část. Pozvolna si ale zvykal a prodlužoval se mu čas nošení. Po necelém roce si na KI zvykl a denně jej nosí, též jezdí na pravidelné nastavování.

Školní anamnéza

Dříve chodil Dan do MŠ speciální, která je součástí dětského domova, kde Dan žije. Nyní navštěvuje 6. rokem ZŠ speciální v Berouně. Ve škole se u Dana zaměřují především na rozumové dovednosti, na vytváření návyků potřebné k orientaci v okolním světě, k dosažení maximální možné míry samostatnosti, osvojování přiměřených poznatků, na návyky sebeobsluhy, též ho učí poznávat a používat věci denní potřeby a vykonávat jednoduché pracovní činnosti. Rozvíjejí jeho duševní i tělesné schopnosti a především respektují jeho individuální zvláštnosti. Učitelky a asistentky se snaží u Dana ve třídě o přátelskou atmosféru, klid a pohodu. Dan tam má pocit jistoty, bezpečí a umožňují mu koncentraci na práci.

7.3.1 Aktuální stav dítěte

Rozumové schopnosti

V současné době umí Dan držet pastelku či tužku v pravé ruce. Rád kreslí prstovými barvami, štětcem i voskovkami. Nerad pracuje ruku v ruce. Dokáže navlékat velké korálky na tkaničku, staví si z kostek věž, vkládá různé tvary do podložky s otvory, barvy si už neplete. Tvary, které má k sobě přiřazovat mu jdou pěkně. Rád si prohlíží knížky, sleduje televizi a hraje hry na tabletu. V čase se orientuje dobře. Rozumí všem slovním pokynům a umí na ně jednoslovně reagovat. Zlepšila se jeho schopnost soustředění.

Popis chování a způsobu komunikace

Z trojrozměrných symbolů se postupně přešlo na systém založený na fotografii velkého formátu (fotky známých lidí, místností, činností a her), který je doplněn verbální komunikací. Tyto fotografie aktivně využívá a některé obrázky dokáže i

pojmenovat. Jsou to slova „teta, pes, jíst, pít“ atd. Dále pár slov dokáže opakovat po tetě, ale sám od sebe je neřekne a hodně špatně je mu rozumět.

Popis chování a způsob reakce vychovatele na dané chování:

Dan je klidný a tichý chlapec. Z výchovného hlediska s ním nejsou žádné výrazné problémy. Přetrvává u něj odpor k masu, zeleninu a ovoce jí jen zřídka. Někdy odmítá vůbec začít jíst, když je na talíři nějaké maso či zelenina. Dan také hodně málo pije a tak se mu pití nabízí pravidelně i během činnosti a hře ve třídě. Dan chodí pravidelně na alergologii, protože trpí atypickým ekzémem, který si hodně často rozškrábe až do krve. Je třeba ho napomenout, aby to nedělal. Krev mu často teče i z nosu, protože se v nose šťourá prsty. Je třeba zabavit ho jinou činností, aby tyto věci nedělal.

Popis chování během noci:

Dan usíná pozdě večer a brzo ráno vstává. Též se probouzí alespoň jednou za noc a musí jít na toaletu. Během dne je pak často unavený a zívá. Když v posteli nespí, tak ale klidně leží a nebudí ostatní kamarády, kteří jsou s ním na pokoji. Ale noční vychovatelka si musí dávat pozor, aby si neškrábal ekzém. O víkendu mu tetá, která má noční službu dovoluje koukat se na pohádky i pozdě do večera.

Vztah k dospělým osobám:

Vztah k dospělé osobě je dobrý. Někdy se ostýchá cizích lidí mužského pohlaví.

Vztah k ostatním dětem:

Rád si hraje s ostatními dětmi a je kamarádský. Když mu nějaké dítě ubližuje, tak si to nenechá líbit a oplatí mu to.

Osobní zájmy a záliby:

Dan se rád kouká na pohádky, prohlíží si knížky a hraje hry na tabletu. U stolečku si rád hraje s hračkami, které blikají a vydávají zvuky. Také si rád hraje sám na piano a na orffovy nástroje. Má rád plavání, masáže, vodoléčbu, canisterapii a hiporehabilitaci. K oblíbeným činnostem patří také dlouhé procházky v přírodě a na hřišti houpání na houpačce a točení na kolotoči.

Sebeobsluha:

Chlapec si sám umí dojít na záchod. Přes noc už nemusí mít pleny, noční služba ho v 11 hodin probudí a odvede na záchod a pak už to vydrží až do rána. Koupání má moc rád. Umí si sám vlézt do vany, žínkou si omývá části těla, pak dokáže z vany na vyzvání vylézt a ručníkem se sám utírá. Jen potřebuje dohled a slovní pobídnutí. Při oblékání potřebuje jen malou dopomoc. Z boxu na oblečení si vyndá oblečení sám a postupně se oblékne. Někdy se stane, že si oblečení oblékne naruby nebo obráceně. Umí obouvat boty a zapnou si je na suchý zip. Bundy i mikiny se zipem si rozepíná sám. Při zapínání potřebuje pomoc. Špinavé oblečení s tetou hází do pytle na špinavé prádlo. Sám jí lžící či vidličkou z talíře a sám se i napije. Po jídle si odnese talíř, také hrneček a zasune židli. Společně s tetou otírá hadříkem jídelní stůl.

Pracovní činnost:

S Danem se pracuje „ruku v ruce“, ale dokáže pracovat i sám. Když ho nějaká činnost zaujme, je schopen pracovat i 20 minut. Když se mu nějaká činnost nelíbí, odchází od stolu. Rád vyhledává kostky na zemi a dává je do košíčku, vkládá různé tvary do podložky. Rád zkoumá materiály, které jsou jemné, vroubkované, či drsné. Vybírá z písku kamínky a mušle. Míčky vkládá malým otvorem do misky. Rád také pracuje s modelínou. Ruku v ruce pracuje s tetou s lepidlem i s nůžkami.

Prostorová orientace, vycházky:

Dan chodí velmi rád na vycházky. Drží se tety za jednu ruku nebo rukojeti kočáru. Nejraději chodí do přírody, kde poslouchá zpívání ptáků a šumění vody a také chodí rád na dálniční most a na vlakové nádraží, kde poslouchá troubení aut a vlaků. To se mu líbí a moc se tomu směje. Na zahradě chodí po chodníku. Poznává tam různý povrch chodníku a nedělá mu problém žádný schod, ani šikmá plocha. Pobyt na hřišti se mu také líbí. Rád se houpe na houpačce, točí na kolotoči a v létě se moc rád koupe v bazénu. V budově dětského domova se orientuje dobře, dojde si kamkoli potřebuje, nebo kam ho teta pošle (teta mu ukáže fotku dané místnosti a slovem místnost pojmenuje).

7.4 Zhodnocení a komparace případových studií

Tab. č. 1: Komparace případových studií

	Michael	Ema	Daniel
Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá/o	Rodina/DD	Rodina.	DD
Kontakt s rodinou	Občasný	Každodenní.	Žádný.
Způsob výchovného působení na dítě	Vychovatelka	Rodina (matka, otec, prarodiče, sourozenec, přátelé rodiny).	Vychovatelka
Stupeň mentálního postižení dítěte	Těžký stupeň	Středně těžký stupeň	Středně těžký stupeň
Vada zraku	Praktická slepota	Praktická slepota	Těžké zrakové postižení
Vada sluchu	Těžká oboustranná nedoslýchavost	Těžká vada sluchu	Těžká vada sluchu
Implantace Kochleárního implantátu	Ano	Ano	Ano
Věk při kochleární implantaci	7,2 let	2,5 let	5,4 let
Nošení kochleáru i v současnosti	Ne	Ano	Ano
Úroveň orientace v jednoduchých situacích	Částečně se orientuje, reakce na zvuky je víceméně náhodná.	Orientuje se v jednoduchých situacích, reaguje na zvuky.	Víceméně se orientuje v jednoduchých situacích. Na zvuky též reaguje.
Způsob komunikace	Probíhá prostřednictvím zástupných předmětů.	Reaguje na slovní pokyny a dokáže sama komunikovat (její slovní zásoba je limitovaná).	System komunikace je založen na fotografii velkého formátu. Téměř nekomunikuje. Několik slov dovede opakovat.
Vztah k ostatním lidem	Pozitivní, má rád fyzický kontakt.	Velmi pozitivní	Pozitivní

Zdroj: Autor práce - vlastní zpracování

Při srovnávání kazuistik bereme v úvahu, jak prostředí ve kterém děti vyrůstaly (rodina/dětský domov), tak úroveň jejich sensorického postižení a též jejich mentální úroveň, která má stěžejní vliv na celkový rozvoj.

Důležité je, poznamenat, že rodinu obvykle chápeme jako nejlepší a nejvíce přirozené prostředí pro výchovu dětí. Musíme si však uvědomit, že ne vždy rodina plní své funkce, a z toho důvodu může být kvalitní a lepší péče pro dítě poskytnuta v dětském domově.

V případě všech třech kazuistik je vada zraku natolik závažná, že zrak ovlivnil na pozitivním vývoji jen Dana. V případě sluchu je velmi významný přínos Kochleárního implantátu, který pomáhá, umožňuje dětem zpracovávat a vnímat zvukové podněty, jeho přínos je ovlivněn několika faktory, jedná se o věk, ve kterém byl dětem implantován, platí, že čím dříve tím lépe, velmi důležitý je způsob, jakým bylo dítě učeno, aby si na implantát přivyklo. Michaelovi byl Kochleár implantován až v sedmém roce věku, což už je poměrně pozdě. Navíc jeho mentální úroveň je ještě o stupeň závažnější než Emy a Dana. Ema, dostala implantát ve dvou a půl letech, Danovi byl voperován v pěti letech a čtyřech měsících. Emina matka se velmi snažila, aby maximálně podpořila Emin rozvoj a vzhledem k Emině diagnóze dosáhla výborných výsledků. Dan, kterému byl Kochleár implantován v pozdějším věku a navíc neměl takovou péči jako Ema, zdaleka nedosahuje stejné úrovně verbálních dovedností.

Psychomotorický a sociální vývoj

Celkový psychomotorický a sociální vývoj je opožděný u všech třech dětí, toto opoždění je dáno jejich těžkým sensorickým handicapem, jenž má za následek omezený přístup k podnětům okolního světa a v neposlední řadě i mentálním postižením. U chlapců se však opoždění prohlubuje, protože nemají uspokojenu potřebu nejbližší osoby, která by se mu věnovala v dostatečné míře a to především u Daniela, který byl od narození v péči nějakého zařízení. Za „dostatečnou míru“ považuji věnování se dítěti, kdykoliv péči a zájem druhé osoby samo vyžaduje. Vychovatelky, které Míšovi a Danovi suplují rodiče, musí péči rozdělovat mezi další handicapované děti v jejich rodinné skupině. Míša ani Dan neměli po většinu svého života v zařízení vlastní vychovatelku (Míša měl vlastní vychovatelku, zhruba čtyři roky), což nejbližší vazbu a připoutání se k pečující osobě ještě více komplikuje.

Ema zpočátku komunikovala prostřednictvím smyslů, v komunikaci převažovaly dotyky a vůně. Když bylo Emě 2,5 let, lékaři ji voperovali kochleární implantát, z Emy

se tak stala dívka se zrakovým postižením a středně těžkým mentálním postižením, lékaři a rodiče ji učili vnímat zvuky a slyšet. U Emy se kochleární implantace zdařila.

Z Míšovy dokumentace vyplývá, že Kochleární implantát odmítá, a proto mu jej vychovatelky už delší dobu nedávají. Po implantaci neměl Míša tak kvalitní péči jako Ema, nezdá implantace může být v absenci rodiny, na druhé straně nikdo nevidí do prožívání Míši a je možné, že Míša z nějakého skrytého důvodu implantát jako smyslovou náhradu nesnese. Naproti tomu Dan získal implantát dříve a je schopný reagovat na zvuky. Pokud srovnáváme Dana a Míšu, je nutné podotknout, že hlavní rozdíl mezi nimi spočívá jak v odlišném věku, kdy jim byl Kochleár implantován, tak v odlišné mentální úrovni a těžko tedy konstatovat, který z těchto faktorů má větší podíl na Míšovi ‚neschopnosti‘ implantát přijmout a využívat. Pokud dítě dlouho vyrůstá, bez možnosti ‚slyšet‘, může si na ticho natolik přivyknout, že jakýkoli hluk se pro něj stane nejen stresujícím, ale dokonce absolutně nesnesitelným podnětem z venčí. Proto je v případě implantace velmi důležité, aby proběhla co možná nejdříve, a aby byla zajištěna spolupráce rodiny a školy a důsledná každodenní rehabilitace. A tak kvalitní péče na půdě dětského domova lze jen těžko dosáhnout.

Zájem o hru a učení

Zájem o hru a učení se odvíjí jednak z míry a hloubky kombinovaného postižení, ale můžeme předpokládat, že v rozvoji zájmu o hru a učení hraje roli i množství předkládaných podnětů a stimulů. Míša projevuje větší zájem o hru na úrovni bazálních smyslových podnětů. Oproti tomu Ema má více rozvinutější zájmy – pomoc v domácnosti, na zahradě, vnímání hudby, pohádek, Ema je schopna naslouchat, vnímat podněty z okolního světa a prostřednictvím nich se učit a získávat nové informace. Pro Míšu jsou kanály z okolního světa uzavřenější. Je otázka jakou míru zde hraje role rodiny a zda by mu pečující matka byla schopna zprostředkovat více podnětů. Dan se dovede soustředit na vybranou aktivitu až dvacet minut, což je velmi dlouhá doba, tohoto výsledku lze dosáhnout pouze v případě, že jej činnost skutečně zaujme.

Z případových studií vyplývá, že dívka Ema je jednoznačně na vyšší vývojové úrovni oproti chlapci Míšovi. Toto zjištění může být dáno jednak nižší formou mentální retardací oproti chlapci, vyšší úrovni osobnostních dispozic, nicméně nezanedbatelný vliv na vývoj dívky má i její rodina. Matka dívce věnuje veškerý svůj čas, neustále

s dívkou pracuje a snaží se jí poskytovat co největší množství stimulů a podnětů z okolního světa. Díky láskyplné a pečující rodině se zdařila kochleární implantace.

U všech třech kazuistik můžeme vyzorovat, že děti mají velmi kladný vztah k dalším osobám, mají rádi fyzický kontakt, což je důležité zjištění. Je zde patrné, že ani absence rodiny v případě Dana a částečně i Michaela neovlivnila jejich vztah k dalším lidem v negativním kontextu.

Kvalita prostředí, okolních podnětů – působení na psychomotorický a sociální rozvoj dětí

Dětský domov disponuje řadou speciálních didaktických pomůcek vhodných pro rozvoj schopností dětí s konkrétním handicapem. Dětský domov nabízí standart volnočasových aktivit podle druhu a stupně postižení svých dětských klientů. Dětem je zde nabídnuta muzikoterapie, canisterapie, fyzioterapie a perličkové koupele, hippoterapie, relaxace v solné jeskyni a plavání. Děti se nejméně jednou do roka zúčastní tábora či školy v přírodě. Veškeré činnosti jsou závislé na míře finančních prostředků, finančních darů a personálního zajištění, kterým dětský domov může disponovat.

Rodina, která má dítě s určitým handicapem se může více orientovat individualitou svého dítěte a jeho aktuálními potřebami. Rodina dítěti více zprostředkovává podněty z běžného života, které jsou pro dítě v dětském domově vzácností (vůně jídel při vaření, různost stravy, jízda autem či jiným dopravním prostředkem). I když je každá rodina také limitovaná svým finančním rozpočtem, může dítěti zprostředkovávat pestřejší podněty, které jsou o to intenzivnější, protože jsou spojené s prožitkem společného zážitku s blízkou osobou příslušníka rodiny.

V dětském domově děti mají méně ukotvenou zejména potřebu jistoty a bezpečí. Mění se pečující osoby (vychovatel, personál) s ním i pravidla a povinnosti, dítě není jediným vlastníkem hraček, což má velký vliv na rozvoj jejich osobnosti.

ZÁVĚR

Duální sensorické postižení je jedním z nejvážnějších handicapů, se kterým se může dítě narodit na svět. Tento handicap představuje nejenom velkou zátěž pro samotné dítě s postižením, ale je to obrovské břímě i pro pečující osobu, rodinu. Situace je o to závažnější, pokud se dítě narodí s nějakým stupněm mentální retardace. Dítě s duálním sensorickým postižením má zvlášť velké bariéry v přijímání podnětů a informací z okolního světa a zůstává zcela závislé na osobě, která mu zprostředkovává vnější svět.

Cílem bakalářské práce bylo nastínit psychomotorický a sociální vývoj dítěte s duálním sensorickým postižením v rodinném prostředí a v podmínkách dětského domova. K tomuto účelu byly sepsány tři případové studie, dvou chlapců a dívky, s obdobným handicapem. Ačkoliv děti byly vybrány, aby si byly podstatou svého postižení co možná nejvíce podobné, je nutno upozornit, že nelze provést úplné srovnání a musíme brát v potaz individualitu každého dítěte, míru jeho postižení a jeho osobnost, včetně faktu, že Michael má navíc o stupeň závažnější mentální retardaci než Ema a Daniel.

Každé dítě s postižením má určitou individuální hranici vývoje, kterou není možno překročit, ačkoli bude rodič, učitel či vychovatel věnovat dítěti veškerou svoji energii k jeho rozvoji. Problematická je i diagnostika dětí s tímto handicapem, nejsou pro ně vytvořené standardní diagnostické metody, a proto srovnání jejich schopností nemůže být nikdy objektivní. Děti s duálním sensorickým postižením jsou ohroženy deprivacním syndromem v oblasti citového, podnětového, vztahového i komunikačního strádání. Rodič či jiná pečující osoba, dítěti pomáhá kompenzovat jeho handicap a podporuje jeho psychomotorický a sociální vývoj.

Ústavní výchova patří k hojně diskutovaným tématům, zejména pak její negativní dopad na vývoj dětí. Žádná instituce nemůže dítěti plnohodnotně nahradit milující a pečující rodinu. Ačkoli vzhledem k celkové náročnosti na zvládnutí výchovného a vzdělávacího působení na postižené dítěte, se může stát, že mu zařízení poskytne větší rozsah a lepší péči, díky profesionálnímu přístupu personálu. A to především z toho důvodu, že rodiče mohou být po nějaké době vyčerpáni péčí o své dítě a jejich přístup k potomkovi může přejít do apatického či dokonce negativního postoje.

Z případových studií vyplývá, že dívka, o kterou pečuje rodina, se vyvíjí lépe, zdařila se u ní kochleární implantace, dokáže komunikovat verbálně, umí vyjádřit své potřeby a přání, má pestrý volný čas a zájmové vyžití. Je jisté, že může mít větší osobnostní předpoklady, nicméně to, že vyrůstá v podnětné a milující rodině, nelze opomenout a je patrné, že rodina má velký význam pro psychomotorický a sociální vývoj dětí s postižením. Musíme si však uvědomit, že není každý rodič natolik schopný a odolný, jako je právě její matka.

Ačkoliv měl Michael osobní asistentku v prostředí dětského domova, jeho osobnost se vyvíjí podstatně hůře. Nedostává se mu takové pestrosti a různosti podnětů, má afektivní chování, odmítá kochleární implantát, nemá dostatečně vypěstované zájmy a volnočasovou činnost, málokterá činnost nebo hra jej těší. Pro Míšu jsou kanály z okolního světa uzavřenější. Též musíme vzít v potaz jeho těžký stupeň mentální retardace, který jeho vývoj limituje. Ani Daniel, jehož mentální stupeň je přibližně na stejné úrovni, jako je Emin, nedosahuje takových výsledků v oblasti komunikace, sociálního chování a schopnosti reagování na základní každodenní situace. Je otázka, jakou míru zde hraje role rodiny a zda by mu pečující matka byla schopna zprostředkovat více podnětů. Je podloženo, že podněty a zkušenosti, které dítě získá prostřednictvím milující osoby, si lépe a rychleji osvojí, a tak jistou roli zde může hrát i tento atribut.

Z případových studií je patrné, že prostředí milujícího domova je jednou z nejdůležitějších potřeb dítěte i s takto těžkým handicapem jakým je duální senzorycké postižení. Naproti tomu absence rodinného zázemí se nikterak nepodepsala na vnitřní potřebě a touze dětí po fyzické interakci s dalšími osobami.

Práce pro autorku byla velkým přínosem, jelikož měla možnost utřídit si znalosti a vzájemné souvislosti v dané problematice, zároveň mohla i konzultovat vývoj Emy s její matkou, což pro autorku bylo velkou zkušeností. Jako optimální přístup k výchově a vývoji dětí s duálním senzoryckým postižením vidí autorka rodinnou péči, avšak s kombinací péče o dítě v zařízení. Dítě má tak možnost odnést si to nejlepší z obou prostředí, jak lásku a péči z rodiny, tak odbornou péči a navíc interakci (do určité míry) s ostatními dětmi a zároveň je zde poskytnut prostor pro rodiče. Rodiče mohou načerpat novou energii, odpočinout si a věnovat svěží péči svému dítěti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-303-X.

HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8888-0.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnický profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-717-8150-9.

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. vyd. 4. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

LUDÍKOVÁ, L. *Vzdělávání hluchoslepých I*. Praha: Scientia, s.r.o., 2000. ISBN 80-7183-225-1.

LUDÍKOVÁ, L. *Vzdělávání hluchoslepých III*. Praha: Scientia, s.r.o., 2001. ISBN 80-7183-256-1.

MATĚJČEK, Z. *Rodičovství a zdravotně postižené dítě*. vyd. 1. Praha: Horizont, 1987. ISBN 40-011-87

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. vyd. 1. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0650-4.

PRŮCHA, J. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3603-7.

PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia v oboru*. vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8399-4.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3676-919.

SOURALOVÁ, E. *Vzdělávání hluchoslepých II*. Praha: Silentia, 2000. ISBN 80-7183-226-X.

ŠTĚRBOVÁ, D. a kol. *Hluchoslepota, lidé s ní a kolem ní*. Olomouc: 2006. ISBN 80-244-1433-3.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-718-4929-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. vyd. 3. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. vyd. 1. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-732-0039-2.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. vyd. 2. Brno: Paido, 2004. ISBN 8073150719.

VRCHOTOVÁ, J., SILOVSKÁ, Z. *Adresář služeb pro sluchově postižené 2005*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2005. ISBN 80-86792-18-8.

Seznam použitých internetových zdrojů

LORM [online]. [cit. 2015-05-16]. Dostupné z:

<http://www.lorm.cz/o-lorm/kdo-jsme-a-komu-pomahame>

DDMSBeroun [online]. [cit. 2016-01-01]. Dostupné z:

<http://www.ddmsberoun.cz/index.php/mscharakteristika/charakteristika-ms-specialni>

Zákony

Zákon č. 423/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů

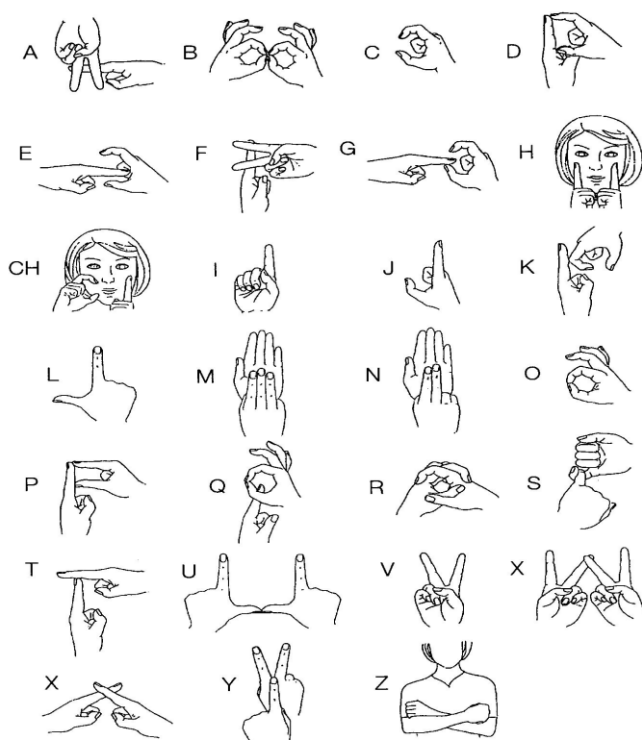
Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dvouprstová abeceda	I
Příloha B - Dvouruční Braillovo písmo	I
Příloha C - Tiskací písmena do dlaně	II
Příloha D - Zástupné předměty z DD a MŠ speciální, Beroun.....	II
Příloha E - Vibrační hračka.....	III
Příloha F - Práce u stolečku s míčky.....	III
Příloha H – Michaelův Kochleární implantát	IV
Příloha CH - Třída Míši v DD	V
Příloha I - Zahrada pro děti v DD a MŠ speciální, Beroun.....	V

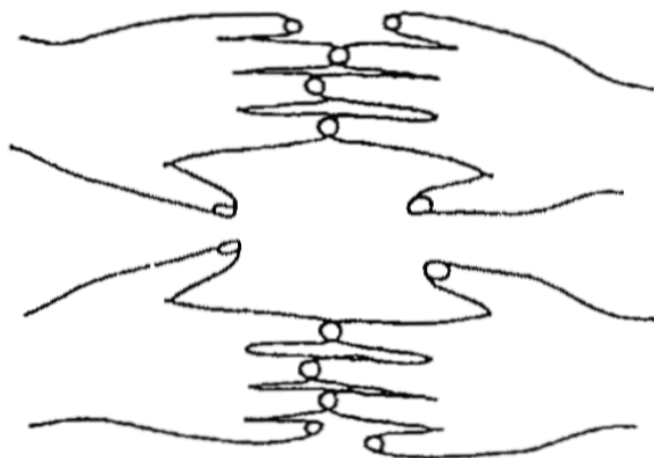
Příloha A - Dvouprstová abeceda

Prstová abeceda pro dvě ruce



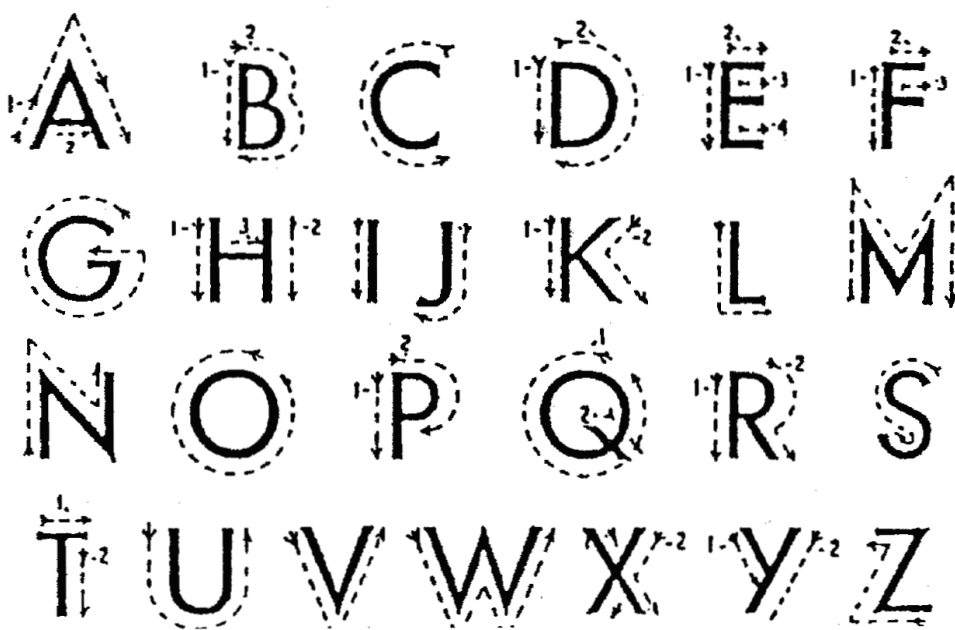
Zdroj: Suralová (2000)

Příloha B - Dvouruční Braillovo písmo



Zdroj: Suralová (2000)

Příloha C - Tiskací písmena do dlaně



Zdroj: Suralová (2000)

Příloha D - Zástupné předměty z DD a MŠ speciální, Beroun



Zdroj: Autor práce – vlastní foto, (2015, DD a MŠ speciální, Beroun)

Příloha E - Vibrační hračka



Zdroj: Autor práce – vlastní foto, (2015, DD a MŠ speciální, Beroun)

Příloha F - Práce u stolečku s míčky



Zdroj: Autor práce – vlastní foto, (2015, DD a MŠ speciální, Beroun)

Příloha G - Práce u stolečku



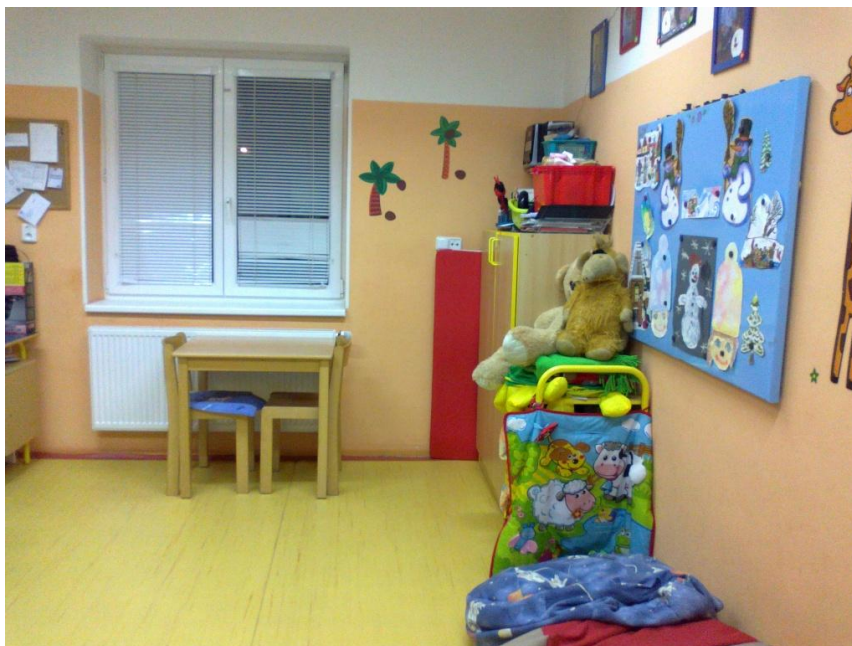
Zdroj: Autor práce – vlastní foto, (2015, DD a MŠ speciální, Beroun)

Příloha H – Michaelův Kochleární implantát



Zdroj: Autor práce – vlastní foto, (2015, DD a MŠ speciální, Beroun)

Příloha CH - Třída Míši v DD



Zdroj: Autor práce – vlastní foto, (2015, DD a MŠ speciální, Beroun)

Příloha I - Zahrada pro děti v DD a MŠ speciální, Beroun



Zdroj: Zapisdoms [online]. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z:
http://www.zapisdoms.cz/beroun/detsky_domov_a_materska_skola_specialni_beroun_mla_deze_1102.htm

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Anna Matýsová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: : Psychomotorický a sociální vývoj dětí s duálním sensorickým postižením v rodině a v podmínkách dětského domova

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh:¹ 53

Celkový počet stran příloh:² 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 21

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Jana Janková

¹ zahrnuje počet stran od úvodu po závěr práce (seznamy použitých zdrojů již nepočítáme)

² zahrnuje celkový počet jednotlivých stran příloh