

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Ústav primární a preprimární edukace

**Prvky muzikoterapie v edukaci žáků s těžkým mentálním  
postižením a kombinovanými vadami**

Diplomová práce

Autor: Veronika Jandáčková  
Studijní program: M 7503 Učitelství pro základní školy  
Studijní obor: Učitelství pro 1. stupeň základní školy  
Vedoucí práce: Mgr. Jana Fikarová

Hradec Králové

2015

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Veronika Jandáčková

Osobní číslo: P08788

Studijní program: M7503 Učitelství pro základní školy (1. stupeň)

Studijní obor: Učitelství pro 1. stupeň základní školy

Název tématu: Prvky muzikoterapie v edukaci žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami

Zadávací katedra: Ústav primární a preprimární edukace

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í:

Teoretická část diplomové práce bude zaměřena na obecnou charakteristiku žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami. V další části bude popsána terapeutická technika muzikoterapie. Praktická část bude obsahovat jednotlivé kasuistiky žáků, u kterých byla muzikoterapie dlouhodobě praktikována, a dále zde budou uvedeny praktické příklady muzikoterapeutických činností vhodných pro žáky s daným postižením.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Fikarová, nezname pracoviste

Oponent diplomové práce: PhDr. Pavel Zikl, Ph.D.

Datum zadání diplomové práce: 9.3.2012

Termín odevzdání diplomové práce: 9.3.2014

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.

děkan

PhDr. Pavel Zikl, Ph.D.

vedoucí katedry

dne

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Janě Fikarové za odborné vedení diplomové práce. Děkuji své rodině za trpělivost a pochopení.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové 17.6.2015

.....

## **Anotace**

JANDÁČKOVÁ, Veronika., 2014. *Prvky muzikoterapie v edukaci žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. Diplomová práce.

Teoretická část diplomové práce bude zaměřena na obecnou charakteristiku žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami. V další části bude popsána terapeutická technika muzikoterapie. Praktická část bude obsahovat jednotlivé kasuistiky žáků, u kterých byla muzikoterapie dlouhodobě praktikována, a dále zde budou uvedeny praktické příklady muzikoterapeutických činností vhodných pro žáky s daným postižením.

Klíčová slova: těžké mentální postižení a kombinované vady, muzikoterapie

## **Annotation**

JANDÁČKOVÁ, Veronika. 2014. *Elements of music therapy in the education process of pupils with serious mental illnesses and combined handicaps*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové. Diploma Thesis.

The theoretical part of my thesis is focused on general characteristics of pupils with serious mental illnesses and combined handicaps. In the next part, I will describe a therapeutic technique called music therapy. My practical part will contain individual casuistics of pupils who experienced a long-term music therapy and I will also introduce several music therapeutic activities that are suitable for pupils with the given handicap.

**Keywords:** pupils with serious mental illnesses and combined handicaps, music therapy

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

V Hradci Králové.....

.....

# **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>1 VYMEZENÍ OKRUHU OSOB.....</b>	<b>11</b>
1.1 MENTÁLNÍ RETARDACE .....	11
1.2 PÁSMA MENTÁLNÍ RETARDACE .....	12
1.3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	15
1.4 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	16
<b>2 PÉČE O OSOBY S POSTIŽENÍM V OBLASTI VZDĚLÁVÁNÍ ...</b>	<b>19</b>
2.1. LEGISLATIVNÍ OPATŘENÍ .....	19
2.2 SYSTÉM VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S TĚŽKÝM ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	21
2.3 ŠKOLSKÁ PORADENSKÁ ZAŘÍZENÍ .....	26
2.4 SPECIFIKA EDUKACE ŽÁKA S TĚŽKÝM ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	28
<b>3 MUZIKOTERAPIE.....</b>	<b>31</b>
3.1 POJEM A DEFINICE MUZIKOTERAPIE.....	31
3.2 VÝVOJ MUZIKOTERAPIE .....	32
3.3 MUZIKOTERAPEUTICKÁ MÍSTNOST .....	37
<b>4 MUZIKOTERAPIE U ŽÁKŮ S TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A KOMBINOVANÝMI VADAMI .....</b>	<b>39</b>
4.1. VÝZKUMNÝ CÍL A METODOLOGIE .....	39
4.2 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO ZAŘÍZENÍ .....	40
4.3 PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	42
4.4 MUZIKOTERAPEUTICKÉ PROGRAMY .....	52
4.5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....	56
4.6 ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	58
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>60</b>
<b>LITERATURA A PRAMENY.....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>64</b>



## ÚVOD

*„Hudba a rytmus nacházejí cestu k nejskrytějším místům duše.“ (Platón)*

Hudba a rytmus provázejí člověka od nepaměti. Lidé od pradávna podvědomě cítili, že ve zvuku a tónu je něco magického, něco, co v člověku probouzí emoce, nejskrytější touhy, pocity a něco, co léčí. Věděli to staří Egypťané, když s nemocnými pluli po řece Nilu za doprovodu hudby, věděli to staří Řekové, kteří hudbu považovali za součást mentální hygieny, věděli to i Římané, kteří se hudbou a tancem snažili léčit uštknutí hadem.

I mě hudba provázela od útlého dětství. Její léčivou silou jsem se začala zabývat v době, kdy jsem přijala práci pedagoga v základní škole speciální. Nejen dle tehdejších osnov, ale i podvědomě, jsem od počátku zařazovala u svých žáků prvky muzikoterapie, relaxační chvílky při hudbě a hudbu jsem využívala jako motivaci i prostředek k dosažení pedagogického cíle. K pojmu muzikoterapie mě dovedla nejen četba a zájem o další možnosti vzdělávání žáků s postižením, ale i studium speciální pedagogiky a začínající nabídky muzikoterapeutických kurzů. Jeden z prvních jsem absolvovala zhruba před deseti lety i u paní Mgr. Jany Fikarové, která vzbudila můj zájem o ucelenější pojetí muzikoterapie, a v současné době byla tak laskavá, že se ujala vedení mé diplomové práce.

Cílem diplomové práce je analyzovat vliv muzikoterapie na rozvoj žáků základní školy speciální. Vedle hlavního cíle byly stanoveny dílčí výzkumné otázky, jejichž cílem bylo prokázat, že při muzikoterapeutických programech dochází k rozvoji v oblastech jemné motoriky a hrubé motoriky, komunikace a dále, že muzikoterapie má vliv na odstranění nežádoucích projevů chování.

Diplomová práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola vymezuje okruh osob s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami a zabývá se klasifikací a etiologií těchto vad. Druhá kapitola se zaměřuje se na systém vzdělávání osob s těžkým zdravotním postižením a osvětluje specifika edukačního procesu těchto žáků. Třetí kapitola se zabývá otázkou muzikoterapie. Vymezuje základní pojmy, popisuje vývoj z historického hlediska. Uvádí formy muzikoterapie a zabývá se prostorem a vybavením muzikoterapeutické místnosti.

V praktické části je popsáno zařízení, ve kterém muzikoterapie probíhá. Dále jsou zde uvedeny případové studie sledovaných žáků a ukázky muzikoterapeutických programů a činností. Závěr představuje výsledky šetření a zhodnocení praktické části.

# 1 VYMEZENÍ OKRUHU OSOB

## 1.1 Mentální retardace

Pojem mentální postižení či také mentální retardace<sup>1</sup> je v současné době ohraničován řadou definic. Všechny tyto definice se shodují ve vymezení pojmu jako celkové snížení intelektových schopností jedince. Švarcová (2006, s. 30) definuje mentální postižení jako „*trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.*“ Pedagogický slovník vymezuje mentální postižení jako „*trvalé snížení rozumových schopností, jehož příčinou je organické postižení mozku. U jedinců mentálně retardovaných dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, s. 120). Valenta, M., Müller, O. (2009, s. 12) charakterizují mentální retardaci jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií*“. Pipeková (2006, s. 269) určuje mentální retardaci jako „*vývojovou poruchu integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální.*“ Krejčířová (2006, s. 195) popisuje mentální retardaci jako „*závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.*“ Slowík (2007, s. 109) definuje mentální retardaci jako „*syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách.*“ Všechny tyto definice využívají pouze negativní kritéria, ale pokud má definice vyjadřovat také míru potřebné podpory, měla by obsahovat i další podmínky. Dle definice AAMR ( American Association for Mental Retardation) z roku 2002 je „*mentální retardace snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech*“ (Luckasson et al. in Černá 2002, s. 8).

---

<sup>1</sup> Ve své práci využívám termíny mentální postižení a mentální retardace jako synonyma. Někteří autoři označují termín mentální postižení jako pojem nadřazený pojmu mentální retardace.

Tento stav není nemocí, je to stav trvalý a nezvratný. K určení mentální retardace a jejího pásma je zapotřebí nejen stanovit inteligenční kvocient (pod 70 IQ), ale také úroveň sociálního chování a dalších složek osobnosti jedince.

Odborná literatura uvádí jednotlivé znaky, které se mohou u osob s MR objevovat v různé intenzitě a převaze. Je to: zvýšená závislost na blízkých osobách, snížená mechanická i logická paměť, zpomalená chápavost, nedostatečná pozornost, porucha motoriky a celkové pohybové koordinace, infantilnost osobnosti, sklon k úzkosti, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opožděný psychosexuální vývoj, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha mezilidských vztahů a komunikace, impulsivnost, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, repetitivní chování, malá srovnávací schopnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita.

## **1.2 Pásma mentální retardace**

K rozlišení jednotlivých pásem mentální retardace je používán inteligenční kvocient (dále jen IQ) určující výši rozumových schopností. Mentální retardace se v dnešní době klasifikuje s využitím 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která je platná od roku 1992.

Mentální retardace se podle této klasifikace dělí takto:

- F 70 Lehká mentální retardace ( IQ 69–50)
- F 71 Středně těžká mentální retardace ( IQ 49-35)
- F 72 Těžká mentální retardace ( IQ 34-20)
- F 73 Hluboká mentální retardace ( IQ 19 a méně)
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

### **Lehká mentální retardace**

Tento typ mentální retardace mívá příčinu v dědičnosti, sociokulturní deprivaci nebo nedostatku stimulace. V menší míře se objevuje organická etiologie. Z počátku se většinou vyznačuje pouze opožděným vývojem řeči, ale také snížením úrovně komunikačních dovedností, malou slovní zásobou, vadami řeči. Může se ovšem objevit

i zpomalení psychomotorického vývoje, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Výraznější rozdíly začínají být patrné s nástupem povinné školní docházky. Převažuje mechanické myšlení, objevuje se slabší schopnost logického myšlení, slabší paměť, motorické schopnosti jsou lehce opožděné, narušena je také pohybová koordinace. Sociální dovednosti jsou rovněž omezeny, ovšem v sociálně nenáročném prostředí bývají tito jedinci zcela bez problémů. V oblasti citů a vůle se projevuje impulsivnost, úzkostnost, labilita i sugestibilita.

Osoba s lehkou mentální retardací se vzdělává podle odpovídajícího vzdělávacího programu zpravidla v základní škole praktické nebo při splnění podmínek je zde možnost integrace do běžné základní školy. Po splnění základní školní docházky mají osoby s lehkou MR možnost pokračovat ve vzdělání na odborných učilištích nebo praktických školách. Výchovou a vhodným rodinným prostředím se dá dosáhnout významných pokroků ve všech oblastech, především pak v oblasti socializace (Pipeková, 2010).

### **Středně těžká mentální retardace**

Středně těžká mentální retardace mívá většinou organickou etiologii. Rozvoj myšlení a řeči je u těchto osob značně opožděný a přetrvává do dospělosti. K tomuto typu mentální retardace se často přidružují další neurologické potíže, často také epilepsie a autismus. Řeč se omezuje na jednoduchá slovní spojení, je obsahově chudá, objevují se agramatismy, někdy se vyskytuje pouze nonverbální forma komunikace. Hrubá i jemná motorika je opožděná, přetrvává celková neobratnost a snížená schopnost koordinace pohybů. Schopnost sebeobsluhy je často nedostatečná. Mechanická paměť výrazně převažuje nad logickou, velmi snížená je schopnost kombinace a úsudku. V emocionální oblasti jsou tito jedinci značně labilní, často se u nich objevují nepřiměřené afektivní reakce.

Osoby se středně těžkou mentální retardací se vzdělávají podle odpovídajícího vzdělávacího programu zejména v základních školách speciálních nebo při splnění podmínek mají možnost integrace do běžné základní školy. K dalšímu vzdělávání těchto osob jsou určeny praktické školy (Pipeková, 2010).

### **Těžká mentální retardace**

Těžká mentální retardace má jak negenetickou (poškození zárodečné buňky, malformace CNS, infekce, mechanické poškození mozku) tak genetickou etiologii. Jedinci mají velmi opožděný vývoj psychomotoriky, vyznačují se značnou pohybovou neobratností, výrazně koordinaci pohybů. Sebeobslužné činnosti a základní hygienické návyky si osvojují obtížně, někteří si je nejsou schopni osvojit vůbec. Pokud si jsou schopni vytvořit řeč, je velmi jednoduchá, často se vyskytují pouze jednotlivá slova, často mechanicky vyslovovaná, bez chápání významu. Schopnost komunikace je velmi omezená. V emocionální sféře převažuje nestálost nálad, impulzivita. Lidé s těžkou mentální retardací jsou naprosto neschopni samostatného života. Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu-nejčastěji rehabilitačního v základní škole speciální (Pipeková, 2010).

### **Hluboká mentální retardace**

Hluboká mentální retardace má většinou organickou etiologii. Jedinci mají výrazné omezení motoriky, vyznačují se automatickými stereotypními pohyby. Většinou mají retardaci kombinovanou se smyslovým postižením a těžkými neurologickými poruchami. Často se přidružuje atypický autismus a sebepoškozování, afektivní sféru mají zcela narušenou. Nejsou schopni sebeobsluhy, nepoznávají okolí, jejich nonverbální komunikace je beze smyslu, jen výjimečně rozumí jednoduchým požadavkům. Tito jedinci se dožívají nízkého věku (Pipeková, 2010).

### **Nespecifikovaná mentální retardace**

V případě, kdy je mentální retardace s jistotou prokázána, ale není dostatek informací k tomu, aby bylo určeno její pásmo, používá se k označení termín nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová, 2006, s. 36).

### **Jiná mentální retardace**

Tato kategorie se užívá tehdy, pokud stanovení inteligenčního kvocientu pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné z důvodu přidruženého senzorického nebo somatického postižení. Takovým příkladem mohou být osoby nevidomí, neslyšící, nemluvící, osoby s těžkými poruchami chování, osoby s autismem i osoby s těžkým tělesným postižením (Švarcová, 2006, s. 36).

### 1.3 Etiologie mentální retardace

Příčiny mentální retardace jsou velmi různorodé a často také nezjistitelné. Přes značný vývoj vědy, je známá zhruba polovina etiologických faktorů. Valenta, Müller (2009) uvádí, že v současné době není možné prokázat etiologii mentálního postižení zhruba u třetiny osob. Příčiny vzniku mentální retardace jsou hůře prokazatelné především v pásmu lehké mentální retardace. Soudí se, že „čím je mentální retardace hlubší, tím častěji lze najít biologickou příčinu a tím častěji se lze setkat s nedostatečným nebo abnormálním tělesným vývojem a degenerativními stigmaty“ (Raboch, Zvolský in Černá, 2009, s. 85).

Tak jak jsou různorodé příčiny vzniku mentální retardace, jsou různorodé i klasifikační systémy etiologických faktorů. Současná klasifikace podle AAMR z roku 2002 rozděluje etiologii mentální retardace dle doby vzniku postižení, a to na příčiny perinatální - vlivy působící v době před porodem, prenatální - vlivy působící v době porodu a postnatální - vlivy působící v průběhu života (Valenta, Müller, 2009). Do perinatálních příčin řadí tito autoři i dědičné faktory, a to z důvodu zpřehlednění celé klasifikace.

Nejčastěji se vyskytujícími prenatálními vlivy, které způsobují mentální postižení jedince, jsou chromozomální aberace, z nichž je nejrozšířenější Downův syndrom, způsobený trizomií chromozomu 21. Další příčinou je Turnerův syndrom vyskytující se pouze u žen nebo syndrom fragilního X chromozomu. Mezi metabolické a výživové poruchy se řadí fenylketonurie, nemoc Tay-Sachsova či Prader-Williho syndrom. Nezanedbatelnými příčinami jsou infekce matky v těhotenství (zarděnky, syfilis, toxoplazmóza, Rh inkompatibilita) a podmínky prostředí (fetální alkoholový syndrom, drogová závislost). Vznik mentálního postižení může být také ovlivněn nedostatkem plodové vody a vrozenými vadami lebky a mozku – hydrocefalus a mikrocefalus (Valenta, M., Müller, O., 2007, s. 59). Tížíž autoři se zmiňují i o názoru, že na ohrožení duševního zdraví dítěte se může podílet prenatální deprivace, např. silně nechtěné dítě.

V perinatálním stádiu může dojít k poškození mozku zaviněného hypoxií nebo asfyxií, porodním úrazem nebo jako následek klešťového porodu. Další příčinou poškození mozku může být nízká porodní váha, předčasný porod, těžká novorozenecká žloutenka. Často se také uvádí protrahovaný porod, ovšem pokud nedojde k poškození mozku

nedostatkem kyslíku či mechanickému poškození, nemá délka porodu na vznik mentálního poškození vliv (Valenta, Müller, 2009).

Po porodu dítěte může způsobit mentální poškození velmi mnoho faktorů. Poškození mozku může být způsobeno mikroorganismy, které vyvolávají záněty mozku a CNS. Mezi nejrozšířenější patří klíšťová encefalitida, meningitidy a meningocefalitida. Mechanické poškození může být zapříčiněno traumaty, mozkovými lézemi při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku. S narůstajícím věkem pak onemocněními, která zhoršují inteligenci, např. Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, schizofrenie, alkoholová demence, epileptická demence a další (Valenta, Müller, 2009). Vliv na snížení intelektových schopností má i senzorická, sociokulturní a citová deprivace. Ohroženy jsou děti vyrůstající v nepodnětném prostředí a v institucionální péči.

## 1.4 Kombinované poškození

Tak jako v celé speciální pedagogice je terminologie nejednotná, i tento pojem má celou řadu termínů a definic. Termíny, které se v současné odborné literatuře využívají, tedy těžké mentální poškození, kombinované vady, extrémně psychomotoricky retardovaný vývoj, těžké narušení vnímání, hluboké poškození, těžké a hluboké poškození, sdružené defekty, multihandicap či souběžné poškození více vadami, vymezují stejný okruh osob (Opatřilová, 2008). Stejně jako termínů, tak i definic je velmi mnoho. Sovák (1980, s. 22) chápe „*kombinaci poškození jako sdružení několika vad u téhož jedince, kde určujícím činitelem závažnosti vady je spíše hledisko metodické než etiologické*“. Švarcová (2006, s. 86) uvádí termín těžké a hluboké poškození, ale nedefinuje ho. V defektologii mluvíme o kombinovaných vadách, „*když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami*“ (Sovák, M. 1982, s. 174).

Další z definic uvádí, že se *jedná o vady, pro něž je signifikantní duševní poškození a další nedostatek ve sféře, smyslové, tělesné či mravní* (Teplý in Ludíková, 2005, s. 9). Definici a charakteristiku vícenásobného poškození nalezneme i ve Věstníku MŠMT ČR (č. 8/1997, č. j. 25602/97-22): „*Za postiženého více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy poškození, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky*



*odpovídá speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.“*

Velmi náročné je také určení společných faktorů osob s kombinovanými vadami a následná diferenciací jedinců do jednotlivých kategorií. Pro příklad uvádím dělení kombinovaných vad dle principu dominantního postižení.

1. Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení
2. Mentální postižení s tělesným postižením
3. Mentální postižení se sluchovým postižením
4. Mentální postižení s chorobou
5. Mentální postižení se zrakovým postižením
6. Mentální postižení s obtížnou vychovatelností
7. Smyslové a tělesné postižení
8. Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou (Jesenský in Ludíková, 2005, s. 10)

V oblasti vzdělávání se žáci rozdělují dle těchto společných faktorů:

1. Společným faktorem první skupiny je mentální retardace. Ta je určující pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a míru výchovy. Při vřazování do systému vzdělávání je považována za vadu dominantní.
2. Druhou skupinu tvoří kombinace postižení tělesných, smyslových a narušení komunikačních schopností. Specifickou skupinu tvoří žáci hluchoslepí.
3. Samostatnou skupinu tvoří žáci s poruchou autistického spektra.

Etiologie kombinovaných vad je velmi různorodá, mnohdy nejasná, velmi často dochází ke kombinaci příčin a to v různých stádiích vývoje jedince. Nejzávažnější postižení však vzniká v prenatálním stadiu (Vančová, 2001). K nejzákladnějším etiologickým faktorům patří genetické vlivy, chromozomální aberace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, infekce, intoxikace, traumata nebo fyzikální faktory, metabolické poruchy a nutriční činitelé, nízká porodní hmotnost, vlivy prostředí, neznámé prenatální, perinatální a postnatální příčiny a kombinace příčin. Mnozí autoři uvádějí, že nejčastěji se těžké postižení pojí s mentální retardací, která bývá primárním symptomem postižení (Opatřilová, 2005). Tatáž autorka dále uvádí: „*Všeobecná*

*pravděpodobnost: čím závažnější stupeň mentální retardace, tím závažnější bude stupeň dalších postižení a jejich četnost. Čím těžší stupeň projevu a příznaků jednotlivých poruch, tím závažnější bude vliv na oblast kognice a mentálních schopností vůbec (Opatřilová, 2005, s. 14).*

## 2 PÉČE O OSOBY S POSTIŽENÍM V OBLASTI VZDĚLÁVÁNÍ

### 2.1. Legislativní opatření

Právo na vzdělání patří mezi základní lidská práva, je legislativně ukotveno v Listině základních práv a svobod a usnesením předsednictva z roku 1993 je součástí Ústavy České republiky. *„Základním východiskem je nerozlišování dětí na handicapované a intaktní a změna v zaměření na dítě v celé jeho šíři jeho osobnosti a sociálních vztahů, nikoli se zřetelem pouze na jeho postižení, ať se jedná o handicap zdravotní či sociální“* (Bartoňová, M., Vítková, M. 2007, s. 43). K základním dokumentům uznávaných Českou republikou se rovněž řadí Úmluva o právech dítěte, přijata Valným shromážděním OSN v roce 1989. Úmluva hovoří mimo jiné i o právu na vzdělání: *„Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznají právo dítěte na vzdělání a s cílem postupného uskutečňování tohoto práva a na základě rovných možností [...]“* (Vláda, 2008). Koncepčním dokumentem české vzdělávací politiky je Národní program rozvoje vzdělávání, zpracovaný v roce 1999, tzv. Bílá kniha. Tento dokument definuje doporučení a požadavky pro jednotlivé stupně vzdělávání a pro jednotlivé vzdělávací oblasti. (Skutil, Zikl a kol., 2011)

K neméně významnému dokumentu, který vznikl na základě Deklarace práv zdravotně postižených osob z roku 1975, patří Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Tento dokument byl Českou republikou ratifikován v září roku 2009. Úmluva sice nezakládá žádná nová práva, ale vyžaduje jejich důsledné dodržování. *„Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti“* (MPSV, 2010). Česká republika v roce 1992 schválila Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, v současné době je v platnosti již šestý plán, který opět navazuje na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením a je vydán pro období 2015 – 2020.

Rovný přístup ke vzdělání je rovněž zakotven v zákoně č.561/2004 Sb. ve znění 370/2012 Sb. v § 2 (školský zákon). Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jsou definováni v § 16 jako osoby se zdravotním postižením, zdravotním a sociální znevýhodněním. *„Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné,*

*zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování“* (zákon č. 561/2004 Sb. [online]). Osobami se zdravotním znevýhodněním jsou děti, žáci a studenti se zdravotním oslabením, dlouhodobě nemocní, s lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení nebo chování. Sociálním znevýhodněním se rozumí znevýhodnění z důvodu rodinného prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením, se sociálním ohrožením (patologické jevy, nařízená ústavní či ochranná výchova) a dále znevýhodnění v důsledku postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu (Valenta, Müller, 2009). Vzdělávání žáků se speciálně vzdělávacími potřebami upravuje vyhláška č. 147/2011 Sb. Ta mimo jiné říká, že *„podpůrnými opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, [...]“* (zákon č. 561/2004 Sb. [online]). Dalšími opatřeními jsou snížené počty žáků ve třídách, zajištění služeb asistenta pedagoga, využívání kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů. V neposlední řadě je nutná spolupráce se školskými poradenskými zařízeními, kterými jsou pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Jejich působení upravuje vyhláška č. 116/2011 Sb.

Nejdůležitějším kurikulárním dokumentem je Národní program vzdělávání. Po schválení tohoto programu zpracovalo Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy Rámcové vzdělávací programy (dále jen RVP) pro předškolní, základní, gymnaziální, střední odborné a ostatní vzdělávání (Valenta, Müller, 2009). Tyto dokumenty jsou zpracovány na státní úrovni. Na jejich základě jsou na školních úrovních vytvořeny Školní vzdělávací programy (dále jen ŠVP), které musí být v souladu s příslušným RVP. ŠVP tvoří pedagogičtí pracovníci a vydává ho ředitel školy. Dokument je otevřený, v průběhu doby se přizpůsobuje novým podmínkám a požadavkům. Je přístupný pedagogické i nepedagogické veřejnosti.

Vzdělávání žáků s mentálním postižením je zakotveno v RVP samostatně. Pro žáky s lehkým mentálním postižením je zpracována Příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, která je součástí RVP základního vzdělávání. Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální (dále jen RVP ZŠS) poskytuje základy vzdělání a je rozdělen na dva díly. První díl je určen pro vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením, druhý pak pro žáky s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. V tomto dokumentu jsou

mimo jiné vytyčena specifika Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální, mezi nimiž je např. uvedeno, že RVP ZŠS:

- respektuje opoždění psychomotorického vývoje žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, jejich fyzické a pracovní možnosti a předpoklady;
- umožňuje využití podpůrných opatření zohledňujících speciální vzdělávací potřeby žáků, s jejichž pomocí mohou žáci dosahovat výsledků, které odpovídají jejich maximálním možnostem;
- umožňuje upravit vyučovací hodiny podle potřeb žáků a vyučovací hodiny dělit na více jednotek;
- specifikuje úroveň klíčových kompetencí, jíž by mohli žáci s těžkým postižením dosáhnout na konci základního vzdělávání;
- vymezuje vzdělávací obsah – očekávané výstupy a učivo na úrovni, kterou by si žáci v průběhu základního vzdělávání měli osvojit;[...] (RVP ZŠS, 2008[online])

## **2.2 Systém vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením**

Výchova a vzdělávání obohacuje každého člověka, tedy i osoby s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami. Proces vzdělávání chápeme jako celoživotní, u žáků s těžkou mentální retardací to platí dvojnásob. Jejich kognitivní procesy probíhají významně pomaleji, je nutná potřeba ustavičného opakování naučeného, prohlubování jejich znalostí a dovedností a jejich vytrvalého vedení k samostatnosti (Švarcová, 2006).

Současný systém vzdělávání umožňuje žákům s těžkým postižením vzdělávání ve dvou formách speciálního vzdělávání. A to jednak zařazením žáka do hlavního vzdělávacího proudu (integrace), které může mít dvě formy, a to individuální integrace nebo skupinová integrace (tj. vznik speciální třídy v běžné škole nebo studijní skupiny uvnitř třídy) a dále pak zařazením do školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, tedy do školy speciální (Zikl, 2011). Výjimku tvoří žáci s hlubokým mentálním postižením, u nichž může vzdělávání probíhat jiným způsobem plnění školní docházky. Formu tohoto vzdělávání stanoví příslušný krajský úřad se souhlasem zákonného zástupce žáka. Jiným způsobem plnění školní docházky se rozumí v prvním

případě individuální vzdělávání bez pravidelné účasti žáka ve vyučování, kdy žák dochází do školy pouze na přezkoušení. Toto vzdělávání je povoleno výhradně na prvním stupni a na základě žádosti rodičů ho povoluje ředitel školy. Druhým případem je vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením. To je zpravidla realizováno určeným speciálně pedagogickým centrem nebo základní školou speciální, a to pravidelnými návštěvami pracovníka v místě bydliště žáka.

Způsob vzdělávání každého jednotlivého žáka by měl být pečlivě zvážen s ohledem na jeho možnosti a potřeby. O zařazení žáka rozhoduje ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení. Nezbytnou podmínkou pro zařazení žáka je souhlas jeho zákonného zástupce.

### **Předškolní vzdělávání dětí s těžkým zdravotním postižením**

Mateřská škola poskytuje předškolní vzdělávání, které se organizuje pro děti od tří do šesti, popř. sedmi let. Je legislativně zařazena do vzdělávací soustavy jako druh školy a tedy v procesu vzdělávání se řídí obdobnými pravidly. Dítě s těžkým mentálním postižením může být vzděláváno v běžné mateřské škole, v mateřské škole speciální určené pro děti s mentálním postižením nebo speciální třídě či skupině pro děti s mentálním postižením. Hlavním cílem předškolního vzdělávání je rozvoj schopností a dovedností dítěte k úrovni, které je schopno dosáhnout. Úkolem předškolního vzdělávání není vyrovnání výkonů dětí, ale vyrovnání jejich vzdělávacích možností (Švarcová, 2006).

V mateřských školách se děti vzdělávají podle školního vzdělávacího programu, který si každá mateřská škola vytváří dle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Tento dokument vymezuje rámcové a dílčí cíle, klíčové kompetence, vzdělávací obsah a výstupy předškolního vzdělávání. Vychází z respektování individuálních potřeb a možností dítěte a je tedy určen i jako základní dokument k tvorbě programu pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání je rozdělen do pěti oblastí, které jsou vzájemně propojeny. Jsou to oblasti: Dítě a jeho tělo, Dítě a jeho psychika, Dítě a ten druhý, Dítě a společnost, Dítě a svět.

Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro vzdělávání všech dětí společné, při vzdělávání dětí se speciálně vzdělávacími potřebami je však nutno jejich

naplňování přizpůsobovat možnostem a potřebám těchto dětí. Cílem je vytvoření takových podmínek, aby dítě na základě svých možností dosáhlo co nejvyšší míry rozvoje a samostatnosti. Toho lze u dětí s mentálním postižením dosáhnout v případě, že:

- je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení
- jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky
- je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení)
- počet dětí ve třídě je snížen (RVP PV, 2008[online])

### **Základní vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením**

Základní škola speciální poskytuje vzdělání žákům se středně těžkým, těžkým, a hlubokým mentálním postižením, dále pak s kombinovaným postižením a žákům s poruchou autistického spektra. Školní docházka žáka je zahájena nejpozději ve školním roce, ve kterém dítě dosáhne věku osmi let a je ukončena nejdéle ve školním roce, ve kterém dosáhne dvaceti šesti let. Základní škola speciální má deset ročníků, ve kterých žáci plní povinnou devítiletou školní docházku. Docházka je rozdělena na dva stupně, první stupeň – 1. až 6. ročník, druhý stupeň – 7. až 10. ročník, přičemž desátý ročník je nepovinný, je však považován za součást vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením (Švarcová, 2006). Žáci absolvováním základní školy speciální získávají základy vzdělání. Vzdělávání v základních školách speciálních probíhá na základě školních vzdělávacích programů jednotlivých škol. Programy jsou vytvořeny v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělání základní škola speciální. RVP ZŠS I. díl je základním dokumentem pro tvorbu ŠVP pro žáky se středně těžkým mentálním postižením, ŠVP pro žáky s těžkým postižením jsou zformovány dle II. dílu RVP ZŠS. Vzdělávacím oblastem určeným žákům s těžkým postižením je stanovena nejvyšší míra podpůrných opatření. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory (vyučovacími předměty), které lze propojovat. Týdenní časová dotace je 21 hodin. Vyučovací předměty vymezené RVP ZŠS jsou rozumová výchova, smyslová výchova,

řečová výchova, hudební výchova, výtvarná výchova, pracovní výchova, pohybová výchova a zdravotní (rehabilitační) tělesná výchova.

Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením je velmi náročné. Pro jeho kvalitní zajištění jsou nutná podpůrná opatření, kterými se rozumí:

- speciální metody, forma a postupy
- speciální učebnice, didaktické pomůcky
- kompenzační pomůcky
- zařazení předmětů speciálně pedagogické péče
- poskytování pedagogicko-psychologických služeb
- služby asistenta pedagoga
- snížené počty žáků (Zikl, 2011, s.17)

### **Přípravný stupeň**

V případě, že dítě není po dovršení šestého roku natolik dostatečně fyzicky či psychicky zralé, aby zahájilo základní vzdělávání, může ředitel školy na základě žádosti zákonného zástupce a doporučení školského poradenského zařízení a pediatra, odložit zahájení školní docházky nejdéle do začátku školního roku, ve kterém dítě dovrší osmi let. V případě, že tak učiní, může dítě nastoupit do přípravného stupně základní školy speciální, který trvá jeden až tři roky a nezapočítává se do povinné školní docházky. Příprava na vzdělávání v přípravném stupni respektuje vývojové zvláštnosti těchto dětí v době před nástupem povinné školní docházky. Pro přípravný stupeň základní školy speciální nebyl vytvořen rámcový vzdělávací program, ovšem školy, které otevírají přípravný stupeň, musí mít pro tento obor školní ŠVP vytvořený. Doporučením Výzkumného pedagogického ústavu je zařazení ŠVP přípravného stupně s určitými obměnami do ŠVP ZŠS nebo vytvoření samostatného ŠVP. Ve vzdělávání v přípravném stupni je třeba respektovat především tato specifika:

- v přípravném stupni jsou vzdělávány děti před započítáním školní docházky, jedná se tedy o vzdělávání předškolní
- východiskem pro pojetí a zpracování vzdělávacího obsahu je Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále RVP PV)



- vzdělávání je individualizované, probíhá většinou na základě individuálních vzdělávacích plánů
- nezbytnou součástí vzdělávání v přípravném stupni je speciálně pedagogická péče individuální i skupinová
- vzdělávání je v přípravném stupni polodenní (čtyři hodiny denně, resp. 20 hodin týdně)
- v přípravném stupni je snížený počet dětí
- dle stupně svého postižení a mentálních schopností se děti vzdělávacího programu v přípravném stupni účastní jeden až tři roky (VÚP, 2010[online])

### **Možnosti dalšího vzdělávání**

Žáci, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole speciální, se mohou dále vzdělávat v praktických školách jednoletých nebo dvouletých. Praktické školy jednoleté vzdělávají žáky na základě RVP pro obor vzdělání praktická škola jednoletá. Vzdělávání se soustředí na *„rozvoj komunikačních dovedností a dosažení nejvyšší možné míry samostatnosti a nezávislosti na péči druhých osob. Poskytuje přípravu na osvojení manuálních dovedností a jednoduchých činností využitelných v oblastech praktického života, které absolventům usnadní integraci do společnosti“* (RVP PRŠ 1, 2010 [online]). Ukončení vzdělávání je závěrečnou zkouškou a dokladem o dosažení stupně vzdělání je vysvědčení o závěrečné zkoušce. Žáci, kteří absolvovali praktickou školu jednoletou, se mohou uplatnit dle svých možností při pomocných pracích pro oblast služeb a výroby (např. ve zdravotnictví, v sociálních a komunálních službách, ve výrobních podnicích, v zemědělství), případně na chráněných pracovištích (RVP PRŠ 1, 2010 [online]).

V praktických školách dvouletých se žáci vzdělávají na základě RVP pro obor vzdělání praktická škola dvouletá. Ukončení studia je závěrečnou zkouškou a dokladem o dosažení stupně vzdělání je vysvědčení o závěrečné zkoušce. Absolventi praktické školy dvouleté se po ukončení přípravy pro jednoduché pracovní činnosti uplatnit v oblasti zdravotnictví, v sociálních a komunálních službách, ve výrobních podnicích, v zemědělství nebo pokračovat v dalším vzdělávání (RVP PRŠ 1, 2010 [online]).

## 2.3 Školská poradenská zařízení

Školská poradenská zařízení jsou určena dětem, žákům a studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením, kterým své služby poskytují bezplatně (Skutil, Zikl a kol., 2011). Činnost těchto zařízení je vymezena vyhláškou č. 116/2011 Sb. Školská poradenská zařízení jsou pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra a dále se poradenská činnost realizuje přímo ve školách, kde působí výchovný poradce, školní metodik prevence, popř. školní psycholog nebo speciální pedagog.

### **Pedagogicko-psychologické poradny**

*„Pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP), poskytují služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc“* (Skutil, Zikl a kol., 2011). Hlavní součástí činnosti PPP je přímá práce s dětmi a žáky škol a školských zařízení ve věku od 3 let do ukončení středního, resp. vyššího odborného vzdělání a s jejich rodiči, a to zejména formou individuální péče, ale i formou skupinové práce. Poradenská činnost probíhá ambulantně, popř. návštěvami pracovníků zařízení ve školách. K poskytování poradenství je nutný vždy souhlas žáka, v případě nezletilého žáka souhlas jeho zákonného zástupce. Pracovníky PPP jsou psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Mezi hlavní činnosti PPP patří:

- diagnostika školní zralosti a doporučení optimální formy vzdělávání
- diagnostika a reedukace specifických poruch učení
- zjišťování speciálních vzdělávacích potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízeny pro žáky se zdravotním postižením
- služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti
- prevence sociálně patologických jevů
- koordinace školních metodiků prevence
- metodická podpora školy
- kariérové poradenství

## **Speciálně pedagogická centra**

Služby speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) jsou určeny žákům se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve všech typech škol, zpravidla od 3 – 4 let věku dítěte do ukončení školní docházky (Skutil, Zikl a kol., 2011). Na rozdíl od PPP, které se zaměřují na širokou klientelu, se SPC orientují na ucelenou péči o klienty s určitým druhem postižení (Švarcová, 2006). Často jsou zřizována při školách a školských zařízeních daného typu postižení. Činnost je prováděna ambulantně přímo v SPC, ve školách a školských zařízeních, popř. v rodinách či ústavních zařízeních. Pracovníky SPC jsou speciální pedagogové, psychologové a sociální pracovníci, popř. další odborníci z oboru speciální pedagogiky, psychologie či lékařství. Jednotlivá SPC svoji činnost zaměřují na žáky:

- s vadami řeči
- se zrakovým postižením
- se sluchovým postižením včetně hluchoslepých
- s tělesným postižením
- s mentálním postižením a více vadami
- s poruchami autistického spektra

SPC pro žáky s poruchou autistického spektra působí samostatně nebo jsou součástí SPC pro žáky s mentálním postižením a to formou krajských koordinátorů (Valenta, Müller, 2009).

Mezi standartní činnosti SPC patří:

- depistáž žáků se zdravotním postižením
- komplexní speciálně pedagogická a psychologická diagnostika
- vytváření strategie komplexní podpory žáka
- přímá práce se žákem
- konzultace pro zákonné zástupce, pedagogy, školy a školská zařízení
- sociálně právní poradenství
- podpora při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu
- zapůjčování odborné literatury, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- pomoc při integraci žáka
- podpora ucelené rehabilitace žáka, popř. jeho rodiny

- vedení a zpracování dokumentace
- tvorba a nabídka pomůcek (Švarcová, 2006)

Některá SPC se zaměřují na standartní speciální činnosti mezi něž patří např. cvičení pro děti raného věku, rozvíjení motoriky, nácvik sebeobsluhy, hudební výtvarné a pohybové činnosti, rozvíjení grafomotoriky a slovní zásoby, logopedickou péči popř. zaměření na alternativní a augmentativní komunikaci, využívání muzikoterapie a arteterapie (Švarcová, 2006).

## 2.4 Specifika edukace žáka s těžkým zdravotním postižením

V procesu edukace žáků s těžkým zdravotním postižením si musíme v první řadě uvědomit skutečnost, že je pro ně často velmi obtížné uspokojovat i svoje základní potřeby tedy *zamezení hladu, žízně a bolesti, potřeba podnětů, změny a pohybu, potřeba jistoty a stability – spolehlivost vztahů, potřeba vazby - být někým přijat, potřeba něhy, potřeba uznání a sebeúcty a potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení* (Vítková in Opatřilová, 2005, s. 22). Kromě těchto základních potřeb také *„potřebují tělesnou blízkost pro získání přímé zkušenosti, pedagoga/terapeuta, který jim přiblíží jejich prostředí co nejjednodušším způsobem, umožní pohyb a změnu polohy a vůbec každého, kdo jim rozumí i „bez řeči“ a spolehlivě o ně pečuje“* (Vítková, 2004, s. 327). Na základě této skutečnosti lze stanovit základní úkoly edukačního procesu. Vančová (2010, s. 95) uvádí tyto:

- Optimálně uspokojovat speciálně edukační potřeby kombinovaně postižených
- Zabezpečit osvojení si stanoveného obsahu edukace v plném rozsahu nebo alespoň jeho podstatných částí
- Podporovat optimální rozvoj kognitivních procesů a komunikačních předpokladů, schopností a zručností
- Podporovat optimální rozvoj motoriky, sensoriky
- Podporovat optimální rozvoj sebeobsluhy a samostatnosti
- Podporovat optimální rozvoj emocionality
- Podporovat osvojování si žádoucích forem chování
- Podporovat optimální rozvoj adaptačních schopností jako předpoklad pro sociální učení a integraci do společnosti

- Podporovat proces rozvoje pojmové, praktické, sociální a emocionální inteligence
- Podporovat budování mechanismů autoregulace
- Podporovat budování co nejvyšší úrovně samostatnosti a nezávislosti
- Podporovat proces komplexní rehabilitace

Na základě těchto stanovených cílů a úkolů, je třeba definovat dílčí úkoly, stanovené pro konkrétního žáka či skupinu, a to vždy za respektování míry zdravotního postižení, věku a specifických edukačních potřeb (Vítková in Opatřilová, 2005). Prostředkem k dosažení cílů je použití přiměřených forem výuky. U těžce zdravotně postižených žáků je třeba si uvědomit, že vyučování zahrnuje všechny pedagogické situace, tedy i ošetrovatelskou péči. Dále je nutno využívat všech podpůrných opatření, výuku zařazovat nejen do třídy, ale i do dalších prostor školy i okolí školy. Důležitým faktorem jsou fázová cvičení a navozování situací, které jsou přiblížením k reálnému životu (Opatřilová, 2005).

V procesu edukace je velmi důležitý výběr a aplikace metod. Východiskem pro zvolení vhodné metody je v první řadě speciálně pedagogická diagnostika, podrobná znalost rodinného prostředí, možnost podpory ze strany rodiny, doporučení dalších odborníků. Nutné je také zvážit reálné možnosti osobnosti edukátora a materiální a organizační možnosti. Při zprostředkování informací jsou využívány metody obecné i speciální. Patří sem:

- vícenásobné opakování informace
- nadměrné zvýraznění informace
- zapojení více kanálů k přijímání informace
- optimální kódování
- intenzivní zpětná vazba
- algoritmizace obsahu edukace (Vašek in Opatřilová, 2005, s. 28)

V neposlední řadě je velmi důležité volit efektivní organizační uspořádání výuky, mezi něž patří především individuální práce se žákem, práce s malou skupinou, souběžná činnost dvou edukátorů a společná práce se skupinou (Vančová in Opatřilová, 2005, s. 29).

Do procesu edukace je nutno zařazovat terapeutická a podpůrná opatření, kterých je v současnosti velmi mnoho. Mezi nejvyužívanější patří koncept bazální stimulace, míčkování, multisenzorická místnost – snoezelen, umělecké terapie (muzikoterapie, arteterapie), zooterapie (canisterapie, hypoterapie), léčebná rehabilitace - Vojtova metoda, Bobath koncept, hydroléčba, synergická reflexní terapie a další.

Edukační proces u těžce zdravotně postižených žáků je celkově velmi náročný a je ovlivněn celou řadou specifík. Vančová (2010, s. 148-150) je shrnuje takto:

- edukace je výrazně ovlivněná extrémně pomalým tempem vývojových změn
- s procesem rozvoje osobnosti je důležité začít ihned po identifikaci postižení
- důležitá je důkladná a dlouhodobá funkční speciální pedagogika
- při edukci je důležité se soustředit nejprve na rozvoj motoriky, sensoriky a sebeobsluhy
- nevyhnutelná je provázanost procesu speciální edukace s procesem speciální stimulace
- uskutečňování úkolů speciální edukace musí být v souladu s uspokojování základních životních potřeb dítěte
- edukační proces je výrazně ovlivňován zdravotním stavem a aktuálním stavem průceschopnosti (sensoriky, motoriky, emocionálním vyladěním, stavem uspokojení základních životních potřeb, ale i počasím či momentálním prostředím apod.)
- je třeba si uvědomit, že zpětné vazby jsou často minimální nebo i žádné
- edukační proces je nevyhnutelné realizovat na základě individuálních vzdělávacích programů
- je nutné využívat speciální pomůcky, často velmi individuální
- edukační proces je nutné podporovat dalšími složkami ucelené rehabilitace
- edukační proces je nutno chápat jako výsledek týmové práce pod vedením speciálního pedagoga
- v edukačním procesu hraje důležitou úlohu osobnost speciálního pedagoga

## 3 MUZIKOTERAPIE

### 3.1 Pojem a definice muzikoterapie

*„Pojem muzikoterapie má řecko-latinský původ. Řecky moisika, latinsky musica znamená hudba; řecky therapeia, latinsky iatreia znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat“ (Mátejová, Mašura in Kantor, Lipský, Webr a kol., 2009). Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií. Tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být svoji povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové.*

Snaha o definování muzikoterapie bývá často ovlivněna individuálním pohledem konkrétního člověka. V podstatě by se dalo říci, co muzikoterapeut, to jiná definice. Všechny se ovšem shodují v tom, že hudba je člověku prospěšná a má léčivý účinek. Mátejová, Mašura (1992, s. 16) definují muzikoterapii jako *„léčebně výchovnou metodu vysoce komunikativního charakteru s mimořádnou šíří indikačního zaměření. Prostřednictvím neverbálních a verbálních médií muzikoterapie je možné preventivně a kurativně působit na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání.“* Světová federace muzikoterapie uvádí, že *„Muzikoterapie je profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody [...]“*, (www.musictherapyworld.net in Gerlichová, 2014, s. 12). Uznávaný americký terapeut Kenneth Bruscia o muzikoterapii píše: *„Muzikoterapie je interpersonální proces, při kterém se využívají zkušenosti s hudbou za účelem zlepšení, stabilizace a znovuobnovení zdraví. Je to systematický proces intervence, během které terapeut podporuje klienta v procesu jeho uzdravování [...]“*, (Bruscia in Zeleiová, 2007, s. 28).

Z rozboru různých definic vyplývají charakteristické znaky muzikoterapie:

- využívá hudební zkušenost, která může zahrnovat hudbu, hudební elementy ale i pouhý zvuk
- klienti nemusí mít hudební vzdělání ani předešlou hudební zkušenost
- hudba má neverbálně komunikační, strukturální, emocionální, kreativní a estetické kvality
- zahrnuje osobnost klienta i terapeuta a jejich vzájemný vztah
- měla by být realizována kvalifikovaným muzikoterapeutem
- je využívání pro cílové skupiny různého věku, sociokulturního zázemí, specifických potřeb a schopností
- může vyvolat pozitivní změny ve všech dimenzích lidského organismu
- je využívána k naplnění tělesných, emocionálních, kognitivních, sociálních nebo spirituálních potřeb klientů
- muzikoterapeutické cíle jsou označovány jako nehudební cíle, zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení, do které náleží léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládnutí bolesti a stresu, zvýšení kvality života, osobnostní a spirituální rozvoj aj.
- může být realizována za různých uspořádání terapeutické situace (individuální nebo skupinová terapie, aktivní nebo receptivní)
- má uplatnění v prevenci, léčbě a následné rehabilitaci
- muzikoterapeuti pracují v široké nabídce institucí, která zahrnuje medicínská, vzdělávací, psychiatrická, gerontologická a nápravná zařízení i soukromou praxi (Kantor, Lipský, Webr a kol., 2009, s. 26-27)

### **3.2 Vývoj muzikoterapie**

Rytmus a hudba provázely lidstvo od nepaměti. Zpočátku byla hudba chápána jako prostředek dorozumívání s nadpřirozenými silami nebo jako léčebný prostředek chorob a úzkostí. Lidé se hudbou snažili ovlivnit jednání bohů a démonů tak, aby příznivě pohlíželi na jednotlivce či celý kmen. Při magickém léčení byl důležitý především rytmus, vyvolávaný např. údery holí do dutého kmene nebo kamene. Střídání intenzity a tempa úderů umocňovalo magický vliv a zpěv šamana strhával ostatní k živelnému a



pohybovému projevu (Šimanovský, 2007). Z primitivního způsobu magického léčení se postupně vyčlenily formy rituálů, které se vázaly k určitému druhu onemocnění. Postupem času si lidé vytvářeli různé nástroje, jednotlivé kmeny se odlišovaly vlastními rituály i užíváním různých nástrojů. Některé přírodní kmeny si svoje rituály uchovali do dnešní doby. (J.Schánilcová – Vodňanská in Šimanovský, 2007), s. 17 uvádí, že hudba je *“...u přírodních národů nezbytnou součástí denního konání, je součástí kultury, magických obřadů i léčení. Píseň je zde vždy funkční. S její pomocí bojuje přírodní člověk o zdraví, o dobrý lov, o štěstí, o lásku. Je součástí rituálů smrti narození nebo přivolávání slunce a deště. Mimo obřady se ta která píseň nikdy nezpívá. Základním stavebním materiálem všech rituálů je hudba a tanec. Pasivní publikum neexistuje, tančí a zpívají všichni. Zlí démoni jsou zaháněni monotónními zpěvy, v nichž se opakují krátké intervaly, krátké motivy a které se vždy vracejí na výchozí tón. K tomu připojený rytmicky se opakující tanec vzbuzuje pocity euforie, extáze, jež zde však není spojována s pouhým prožitkem slasti radosti. Jde o něco víc: O stav vytržení mezi životem a smrtí, o stav mezi božstvím a lidstvím. Jedině v tomto stavu se napojují na magické síly, které ovlivňují jejich život[...]*“

Ve starověku znaly terapii hudbou téměř všechny civilizace. Léčebný účinek hudby uznávali ve starověkém Řecku, Babylonu, Izraeli, Sýrii, Řecku i Římě. Starý zákon se zmiňuje o Davidovi, který vyléčil krále Saula z depresí pomocí hry na harfu, v Řecku je bůh Apollon bohem hudby a zároveň dárce zdraví. I řečtí myslitelé Pythagoras, Platon i Aristoteles zkoumali účinky hudby na lidské zdraví. Aristoteles doporučoval poslech hudby k získání pocitu uvolnění a odplavení zátěžových faktorů. *“Aristotelés dále doporučoval využití dórské stupnice, které připisoval duchovní sílu, a stupnice lydické, které naopak připisoval velký vliv na pozitivní vývoj dětí“* (Gerlichová, 2014, s. 13). Léčitel Aeskulop předepisoval hudbu citově narušeným pacientům a Platon doporučoval podávat lék na bolest hlavy současně se zpěvem. Od Řeků převzali tradici Římané, kteří dále hudbu využívali jako terapeutický prostředek. Například lékař Galenos aplikoval hudbu jako protijed při uštknutí hadem.

S nástupem středověku byla tradice terapie hudbou postupně zapomínána. Ne nadarmo se tomuto období přezdívá období temna. Pouze při církevních obřadech sehrávala zklidňující prostředek. Ojediněle se objevují zmínky o léčení hudbou nemoci tance svatého Víta.

Teprve koncem 17. století se muzikoterapie opět objevuje. V období renesance a novověku lidé znovu objevují léčivé účinky hudby a začínají se objevovat ucelené publikace o systému muzikoterapie. V roce 1673 vydal jezuita Athanasius Kircher významné dílo *Phonurgia Nova*, ve kterém se zabývá hudbou a jejím působením na harmonické složení těla a jeho vnitřní fyziologické a biochemické procesy. V Anglii se začalo využívat hudby při léčbě duševních poruch a ve Francii na chirurgicky léčené pacienty. První ucelenou koncepci muzikoterapie zformoval anglický lékař R. Brocklesby. Ten zdůrazňoval souvislost mezi psychosomatickými pochody lidského těla a vnímáním hudby. Koncepce byla založena na přesvědčení, že vibrace způsobované hudbou z nemocného těla vypuzují jedovaté látky. Za nejpřínosnější byl považován rytmus, proto byly komponovány speciální léčebné skladby tanečního charakteru (Gerlichová, 2014). E. A. Nicolai zkoumal somatické reakce při poslechu hudby, zaměřoval se především na změny tepu a rytmu dýchání. V 17. a 18. století se objevila profese, která byla přímým předchůdcem muzikoterapeutů – iatrohudebníci. „*Psychické změny chápali jako následek fyziologických pochodů v těle a léčili živou hudbou prostřednictvím léčivých skladeb*“ (Schánilcová-Vodňanská in Šimanovský, 2007, s. 20). Počátek 19. století nepřinesl v muzikoterapii žádný pokrok, pouze v některých psychiatrických léčebnách se organizovalo zaměstnání za pomoci hudby. Teprve na začátku 20. století se objevují nové snahy o využití léčby hudbou.

Přelom nastal po skončení druhé světové války. V roce 1948 zakládá A. Pontvik švédskou školu muzikoterapie. „Ta vychází z hlubinné psychologie a funkci muzikoterapie pokládá za ústřední, protože „hudba je schopna proniknout do hlubších vrstev psychiky než slovo“. Ke švédské škole se hlásí také Norsko, Dánsko, Finsko a Island. Všechny tyto státy zastřešuje muzikoterapeutická společnost „Nordisk Forbund for Pedagogisk Musikterapi“ (Mátejová in Gerlichová, 2014, s. 13). V tomtéž roce vzniká škola americká, která se zaměřuje především na problematiku chování. Představiteli americké školy jsou např. L. Shatin, J. Massermann nebo R. Dreikurs a R. Wagner. V roce 1950 je v Americe založena Americká asociace muzikoterapie. V Evropě byl studijní obor muzikoterapie otevřen v roce 1959 ve Vídni. Rok předtím založila ve Velké Británii hudebnice Juliette Alvinová a dirigent Adrian Boult Britskou společnost pro muzikoterapii (British Society for Music Therapy, BSMT), vydávající časopis *British Journal of Music Therapy*. Ve Francii byl Muzikoterapeutický ústav

založen v roce 1969. Činnost tohoto ústavu se zaměřuje i na terapii dětí s poruchou autistického spektra a na skupinovou terapii psychotiků.

Nejvýznamnějšími představiteli léčby hudbou v České republice byli MUDr. Karel Slavoj Amerling (1807–1884), ředitel Ústavu pro slabomyslné děti v Praze, a František Bakule (1877–1957), pedagog a ředitel Jedličkova ústavu. Tito pedagogové byli doslova průkopníky ve využití hudby jako léčebného a výchovného prostředku. Bakule v roce 1917 založil Sbor Bakulových zpěváčků, tvořený dětmi s tělesným postižením, který se proslavil i po světě. V podobném duchu se pak v Jedličkově ústavu rozvíjela muzikoterapie pod vedením profesora Františka Kábeleho a profesora Miroslava Štřeláka. V průběhu šedesátých let 20. století se muzikoterapie začala využívat v Psychiatrické léčebně v Praze-Bohnicích a na Foniatické klinice v Praze pod vedením MUDr. Miloše Seemana a v Logopedickém ústavu v Praze (Šimanovský, 1998).

Významnými osobnostmi muzikoterapie v České republice jsou především Jitka Schánílcová-Vodňanská, která se muzikoterapii věnovala v Protialkoholní léčebně U Apolináře v Praze, a dále muzikant Josef Krček, který založil muzikoterapeutickou školu Musica Humana. Každý z nich představuje osobitý směr muzikoterapie a jsou pro rozvoj muzikoterapie v České republice zásadní. Nelze opomenout ani další význačná jména současné muzikoterapie – Zdeněk Šimanovský, Jana Procházková, Noemi Komrsková, Zdeněk Šimanovský, Matěj Lipský, Jiří Kantor, Tomáš Procházka, Zdeněk Vilímek, Jana Weber, Markéta Gerlichová a další.

### **3.3 Formy muzikoterapie**

Formy muzikoterapie se rozdělují z hlediska počtu klientů, popř. z hlediska systému, v němž muzikoterapie probíhá. Nejčastěji je využívána forma individuální, skupinová a komunitní, v menší míře pak párová a hromadná.

#### **Individuální forma**

Individuální forma se odvíjí pouze ve vztahu klient – terapeut. Klient se účastní zcela samostatně, výjimečně lze využít tuto formu jako součást skupinové terapie v případě, že jsou sníženy interakce mezi členy skupiny. Někdy může být individuální forma přípravou pro účast ve skupinové formě. Tento postup je využíván u klientů, kteří

potřebují nejprve získat sociální zkušenost. Jedná se např. o klienty s poruchou autistického spektra nebo o osoby s těžkým mentálním postižením. Individuální forma je časově, finančně i personálně náročná, ale v některých případech je jedinou možností, aby byl splněn muzikoterapeutický cíl.

K těmto případům dochází u klientů:

- se závažným tělesným, mentálním a kombinovaným postižením
  - kteří potřebují bipolární vztah
  - u kterých je individuální forma efektivnější než skupinová
  - kteří nejsou schopni efektivně pracovat ve skupině z důvodu vážného sociálního narušení (nerespektování pravidel, odmítání spolupráce, agrese)
  - pro které by skupinová forma terapie znamenala příliš velkou zátěž
- (Kantor, Lipský, Webr a kol., 2009)

### **Skupinová forma**

Skupinová terapie vyžaduje od terapeuta dobrou znalost skupinové dynamiky, jejích fází a specifik (Zeielová, 2007). Skupinová dynamiky je definována jako „*souhrn skupinového dění a skupinových interakcí*“ (Kratochvíl in Kantor, Lipský, Webr a kol., 2009, s. 123). Tato forma terapie poskytuje příležitost pro sociální učení klientů. Počet klientů v malé skupině může být tři až osm, ve velké osm až patnáct. Zeielová (2007) uvádí horní hranici počtu klientů dvanáct.

Muzikoterapeutická skupina může být krátkodobá, u níž se doporučuje homogenní složení (klienti s podobnými problémy) a dlouhodobá, která by měla být natolik heterogenní, aby poskytovala dostatek vzorů pro sociální učení (Yalom in Kantor, Lipský, Webr a kol., 2009).

Skupina, která nepřijímá nové členy, jakmile se vytvoří, je skupina uzavřená. Je vhodná pro klienty, kteří se vyznačují sníženou schopností adaptace, tedy i pro osoby s těžkou mentální retardací, kombinovanými vadami a poruchou autistického spektra. Otevřená skupina, naopak nahrazuje každého člena, který ze skupiny odchází a zachovává si tím stálou velikost. Je jedinou možností v zařízeních jako je klinické a poradenské zařízení, školy při nemocnicích, diagnostické ústavy apod., kde se složení klientů neustále mění.

## **Komunitní terapie**

Komunitní terapie se vyznačuje tím, že se zde uměle nevytváří skupina klientů, ale terapeut pracuje s přirozeně sestavenou skupinou. Komunitní terapie se týká především rodin, skupin spolupracovníků, vrstevníků apod. Významný rozdíl mezi terapií skupinovou a komunitní je v tom, že u skupinové terapie je cílem dosáhnout terapeutické změny pouze u jednotlivce, u komunitní terapie jak u jednotlivce, tak u celé komunity (Kantor, Lipský, Webr a kol., 2009).

Z hlediska účasti klienta rozlišujeme muzikoterapii aktivní a receptivní. Podle (Břicháčkové, Vilímka, 2008, s. 10) je aktivní nebo-li produktivní muzikoterapie taková forma terapie, při které klient hudbu tvoří. Naproti tomu receptivní nebo-li poslechová forma muzikoterapie je ta, při které klient hudbě naslouchá.

### **3.3 Muzikoterapeutická místnost**

Prostor, který bude využíván jako muzikoterapeutická místnost by měl především splňovat základní bezpečnostní a hygienické podmínky. Pokud je zařizována muzikoterapeutická místnost nově, a je možno si vybrat, je dobré si uvědomit tato specifika:

- místnost by měla poskytovat soukromí a neměla by být rušena provozem zařízení
- místnost by měla být odhlučněna, aby muzikoterapie nerušila provoz v ostatních prostorech
- v místnosti by měl být dostatek prostoru pro pohybové i relaxační aktivity, místnost by měla mít možnost zatemnění
- klienti i muzikoterapeuti by měli na sebe vzájemně vidět, ideální je možnost sezení v kruhu
- místnost by měla odpovídat specifickým potřebám různých skupin, např. větší prostor, bezbariérový přístup, dostatečné osvětlení pro slabozraké klienty apod. (Kantor, Lipský, Webr a kol., 2009)

## **Vybavení místnosti**

Základem jsou pomůcky pro sezení, ležení, popř. polohování klientů. Tedy židle, sedací vaky, polštáře, polohovací pomůcky, závěsná křesla apod. Pro receptivní muzikoterapii je dobré mít místnost vybavenou kvalitní audiotechnikou s reproduktory umístěnými v rozích u stropu, aby zvuk rovnoměrně pokryl prostor. S tím je spojena potřeba dostatečného množství kvalitních různorodých nahrávek.

Hudebních nástrojů existuje nepřeberné množství, základem by měl být klavír, kytara, Orffův instrumentář. Dalšími vhodnými nástroji jsou: buben djembe, ocean drum, šamanský buben, tibetské mísy, zvonky, chřestidla, kastaněty, rourkový bubínek, rolničky, lyra, metalofony a xylofony a další.

Kromě tohoto vybavení je v muzikoterapeutické místnosti dobré mít uloženy materiály pro hudebně pohybové, herní a výtvarné činnosti, tedy loutky, plyšové hračky, papíry, pastelky, míčky, knížky, šátky, masážní pomůcky atd., a dále pak pomůcky, které napomáhají zklidnění a relaxaci, jako jsou solné lampy, aroma lampy apod.

## 4 MUZIKOTERAPIE U ŽÁKŮ S TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A KOMBINOVANÝMI VADAMI

### 4.1. Výzkumný cíl a metodologie

#### Cíl práce

Cílem diplomové práce je analyzovat vliv muzikoterapie na rozvoj osobnosti žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami.

**Výzkumná otázka:** Lze pomocí dlouhodobého působení muzikoterapie dosáhnout rozvoje osobnosti žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami v různých oblastech?

#### Dílčí cíle:

1. Zjistit vliv muzikoterapie na oblast jemné a hrubé motoriky.
2. Zjistit vliv muzikoterapie na oblast komunikace
3. Zjistit vliv muzikoterapie na odstranění nežádoucích projevů chování.

#### Metodologie výzkumného projektu

Teoretická část diplomové práce je zpracována monografickou procedurou. Základem jsou poznatky vycházející z odborné literatury a dalších odborných zdrojů. Výzkumná část je zaměřena na rozvoj jemné a hrubé motoriky, na rozvoj oblasti koncentrace a na odstranění nežádoucích projevů chování u žáků s těžkým zdravotním postižením. Předkládá pět případových studií. Výzkumné šetření u dané cílové skupiny probíhalo v období jednoho roku.

K dosažení výzkumných cílů byla využita kvalitativní metoda výzkumu a byly použity tyto techniky šetření:

- přímé zúčastněné pozorování
- případová studie
- analýza dokumentů
- analýza odborné literatury

## 4.2 Charakteristika sledovaného zařízení

Sledovaným zařízením je základní škola speciální, která vzdělává žáky se středně těžkým až hlubokým mentálním postižením, kombinovanými vadami a poruchou autistického spektra. Škola je umístěna ve starší budově, v níž je také umístěn denní stacionář, který umožňuje absolventům základní školy speciální možnost využití sociálních služeb. Obě zařízení spolu úzce spolupracují. Škola je malotřídního typu, poskytuje základy vzdělání žákům od přípravného stupně do desátého ročníku. Žáci jsou rozděleni do pěti tříd s přihlédnutím k věku a zdravotnímu postižení. Kapacita zařízení 25 žáků, provozní doba je od 7.15 do 15.00. Škola zajišťuje svoz žáků. Škola se nachází v centru města, s dobrou dostupností autobusového a vlakového nádraží, rehabilitačního centra a lékařské péče. Škola je umístěna v prvním nadzemním podlaží, bezbariérovost je zajištěna výtahovou plošinou. Prostředí školy je přizpůsobeno žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Žáci jednotlivých tříd mají k dispozici učebnu, hernu a relaxační místnost. Třídy jsou vybaveny nábytkem přizpůsobeným individuálním požadavkům - výškově nastavitelné lavice a židle, pro žáky s tělesným postižením jsou k dispozici speciální rehabilitační židle a vozíky pro pohyb ve škole. Pro žáky s těžkým tělesným postižením mají zaměstnanci školy k dispozici zvedací zařízení. Každá třída má k dispozici interaktivní tabuli, počítačovou sestavu, speciální počítačové ovladače (myši, velkoplošné klávesnice). Ke vzdělávání žáků se využívají programy Petit, Altík, Mentio apod. Pedagogům je k dispozici odborná literatura, žákům speciální pomůcky didaktického a kompenzačního charakteru. Součástí prostor je multisenzorická místnost snoezelen, místnost pro fyzioterapii, muzikoterapii, počítačová učebna. Ke stravování slouží žáků i pedagogům výdejna obědů a jídelna. Obědy jsou zajištěny pravidelným rozvozem z místní základní školy. Pitný režim je žákům k dispozici po celou dobu pobytu ve škole. Součástí školy je prostorná školní zahrada, která je upravena pro pohyb handicapovaných žáků. Zahrada je vybavena pérovými houpačkami, trampolínou, pískovištěm, dětskou herní sestavou s prolézačkami, houpačkami a skluzavkou. Součástí zahrady je kryté posezení s krbem, dále stůl na stolní tenis, hřiště na míčové hry, sprcha a zahradní domek s úložným prostorem pro speciální jízdní kola, koloběžky a tříkolky. Ve spodní části zahrady se nacházejí květinové a zeleninové záhony. Zahrada je celá oplocená. Vedle hlavního chodu do školy je přistavěn přístřešek pro rehabilitační kočárky a vozíky.



Pedagogický sbor je kvalifikován v řadě podpůrných terapií, především v konceptu bazální stimulace, muzikoterapii, canisterapii, míčkování apod.

### **Prostor pro muzikoterapii**

Místnost pro muzikoterapii je v současné době umístěna v přízemí v prostorách stacionáře. Využívají ji jak žáci školy, tak uživatelé stacionáře. Místnost prozatím není odhlučněna, je počítáno s její rekonstrukcí. Prostor je poměrně velký a světlý. Na zemi je položen modrý koberec, stěny jsou vymalovány bíle. V místnosti jsou rozmístěny sedací vaky, polohovací pomůcky a polštáře. Židle jsou složeny ve vedlejší učebně a v případě potřeby si je mohou žáci nebo pedagogové přenést. Celá místnost je ozvučena kvalitní audiotechnikou, reproduktory jsou zavěšeny u stropu ve všech čtyřech rozích. Pod oknem stojí skříňka, ve které jsou uloženy audionahrávky, drobné nástroje, výtvarné pomůcky, šátky, masážní pomůcky, čichové a hmatové sáčky apod. K dispozici je zde celá řada nástrojů: klavír, kytara, tibetské mísy, zvonky, bubny djembe, chimes, ozvučné tuby, dešťové hole, Orffovy nástroje, různé druhy chřestidel a drhel (příloha č. 1). Celý prostor lze zatemnit žaluziemi, k osvětlení se dají využít dvě velké solné lampy.

## 4.3 Případové studie

### Případová studie č. 1

Jméno: Anna

Věk: 16

#### **Diagnóza:**

opožděný psychomotorický vývoj v pásmu mezi hlubokou a těžkou mentální retardací, oční vada, nedoslýchavost, centrální hypotomický syndrom, epilepsie

#### **Osobní anamnéza:**

Anna je dítě z druhé gravidity. Těhotenství probíhalo bez komplikací, porod nastal v 39. týdnu těhotenství. V průběhu druhé doby porodní

#### **Rodinná anamnéza:**

Anna žije v městském bytě s matkou, jejím přítelem a starším bratrem. Otec odešel od rodiny po narození Anny a nejeví o ni zájem. Žádná podstatná zátěž není známa.

#### **Společenská adaptabilita a sociální vztahy:**

Adaptace na školní prostředí a na odloučení od rodiny bez problémů. Ve škole se každé ráno se všemi přivítá a dává najevo svou radost. Anička je kamarádká a společenská. Vyžaduje ovšem stálou pozornost, pokud jí není dopřána, dává najevo nespokojenost zvuky, boucháním do stolu, kopáním do lavice, popř. mírnou agresivitou vůči ostatním osobám v okolí. Lpí na stálém režimu, změny snáší velmi těžko, reaguje na ně zpravidla pomočováním.

#### **Sebeobsluha a hygienické návyky**

Anička se zvládne samostatně najíst, při jídle používá lžici, jídlo si nenakrájí. Dokáže pít z hrnku či skleničky. Toaletu zvládá poměrně samostatně, ukáže si. Pomočování je občasné, na noc je plenována. Při mytí a koupání je nutný dohled i mírná dopomoc. Obléká se samostatně, je důležitý dohled a slovní vedení, pomoc potřebuje při zavazování tkaniček nebo zapínání zipu.

## **Pedagogická diagnostika**

Anička navštěvuje 7. ročník základní školy speciální. Je vzdělávána na základě školního vzdělávacího programu a individuálního vzdělávacího plánu. Před začátkem každé činnosti je velmi nutná motivace, po ukončení činnosti musí následovat kladné hodnocení formou pochvaly, pohlazení, písničkou, výjimečně malou sladkostí. U Aničky je velmi důležité být důsledný, trvat na dokončení každé činnosti a dodržovat denní režim.

Anička komunikuje verbálně pouze zvuky, neverbální komunikace je tvořena jejími vlastními gesty a částečně Znakem do řeči. Díky této kombinaci se dobře domluví na základních potřebách, je však velmi důležité jí alternativní komunikaci rozšiřovat, pokud se nedomluví, projevuje se velmi negativně. V současné době bezpečně užívá znaky: jíst, pít, sladkost, záchod, odpočívat, plavat, zpívat, jet autem, jít na procházku, poslouchat (hudbu), koupat se ve vaně. Začíná užívat znaky: pes (canisterapie), pracovat, jablko, malovat. Anička bezpečně rozliší svoji fotografii, zvládne rozlišit i fotografie většiny spolužáků a pedagogů. Rozliší barvy – roztřídí, přiřadí. Bezchybně třídí předměty dle barvy, tvaru, dle velikosti s občasnou chybovostí. Zvládá skládání obrázků i puzzle, vkládání kostek do modelů atd. Číselnou řadu ani číslice nezvládá. Anička velice ráda pracuje s pracovními listy, využívá velké formáty papíru, zrcadlo, interaktivní tabuli. Prstová cvičení napodobuje v rámci svých možností, úchop trojhranné tužky má správný. Výtvarný projev zůstává v úrovni čmárání. Z grafomotorických cvičení zvládá motanice, snaží se dodržet vymezený prostor. Ráda pracuje s modelínou, prstovými barvami. Stříhá celkem samostatně, zvládá trhání papíru, Veškeré činnosti záleží na rozpoložení Aničky, pokud už jí činnost nebaví, spěchá a chybje. Důležité je aktivity často střídat. Anička reaguje na své jméno, slovní pokyny rozpozná. Rozliší některé zvuky nástrojů bez podpory zraku (buben, kytara, klavír). Z hudebních a muzikoterapeutických cvičení vyhledává zpěv s kytarou, improvizaci na klavír, z rytmických nástrojů vajíčko, rumba kouli. Má dovoleno při poslechu hry na kytaru přikládat ucho ke kytaře, ráda naslouchá zvukům zblízka. Velmi ráda a poměrně dobře rytmicky hraje na bubny djembe. Anička velice vstřícně reaguje na bazální stimulaci, ráda má i canisterapii. Vyhledává pobyt na školní zahradě, její oblíbenou činností je trampolína, šlapadlo, hry s míčem. Při pohybových hrách je spokojená, ale musí to být hry krátké, veselé. Při masáží z konceptu bazální stimulace

a relaxačních dotykových cvičení, které jsou uplatňovány především ve snoezelenu a jsou podpořeny hudbou, je velmi spokojená.

## **Případová studie č. 2**

**Jméno: Tomáš**

Věk: 17

### **Diagnóza:**

těžká mentální retardace, epilepsie kompenzovaná, těžká zraková vada – oboustranná ageneze očních bulbů

### **Osobní anamnéza:**

Tomáš je dítě ze třetí gravidity, těhotenství probíhalo bez komplikací ihned po porodu zjištěno těžké zrakové postižení, následně pak opožděný psychomotorický vývoj bez zjištěné etiologie.

### **Rodinná anamnéza:**

Tomáš je od 12 let věku v pěstounské péči. Rodina je plně funkční, oba pěstouni se se mu velmi věnují. Anamnéza biologické rodiny není známa.

### **Společenská adaptabilita a sociální vztahy:**

Adaptace na školní prostředí a na odloučení od rodiny bez problému. Tomáš preferuje klidné prostředí, bez hluku většího počtu lidí. Pokud je prostředí příliš rušné, reaguje podrážděně – hází věcmi, zakrývá si uši.

### **Sebeobsluha a hygienické návyky**

Tomáš se nají u svačiny i oběda sám, občas se však stává, že mu něco nechutná. Potom jídlo odsouvá a nechce ho. Jí lžící, čistota stolování je prozatím malá, nepatrně se zlepšila používáním zábrany na talíř. Když mu jídlo chutná, dovede si poprosit na přidání. Vzhledem k Tomášově nelibosti v rušném prostředí obědvá v klidu ve třídě s osobní asistentkou. Svlékne a oblékne se s malou pomocí asistentky, je nutné ho pobízet

slovně a především důsledně vyžadovat vyplnění zadaného úkolu. Na toaletu je pravidelně vysazován, má problémy s udržením stolice, stále se „čistí“. Pomočuje se zřídk. Při delších aktivitách mimo školu (solná jeskyně, výlet..) je plenován. Tom se velmi rád myje a koupe, při hygieně je nutný dozor i dopomoc.

### **Pedagogická diagnostika**

Tomáš navštěvuje 7. ročník základní školy speciální, je vzděláván dle školního vzdělávacího programu a individuálního vzdělávacího plánu. V Tomášově chování se objevují stereotypy typické pro osoby s poruchou autistického spektra – točivé pohyby s kolečkem, míčkem, provázek v dlani, kývavé pohyby, lpění na režimu dne. Tuto poruchu prozatím nemá diagnostikovanou, čeká na vyšetření v organizaci APLA - asociace pomáhající lidem s autismem. Problémem zůstává Tomášovo agresivní chování, kterému se někdy dá na úkor pedagogického ústupu předejít, někdy Tomáš bez příčiny, která se dá vysledovat, atakuje. V případě záchvatu agresivity je nutné zajistit bezpečnost jak Tomášovi, tak ostatním žákům a pedagogům školy. Často se stává, že to nelze jinak než fyzicky. Záchvaty agresivity nejsou časté, v současné době 4x-5x za rok. Tomáš je vzhledem k těžké zrakové vadě velice vnímavý ke všem zvukům z okolí. Registruje i na zvuky, kterým my nepřikládáme význam. Na své jméno reaguje dobře, z intonace hlasu pozná, zda je chválen či kárán. Velmi dobře se dle zvuku pohybuje, např. za tleskáním a hlasem pedagoga a to jak v místnosti, tak venku. Ve třídě a prostorách školy orientuje celkem bezpečně. Důležité je vždy zabezpečit prostor k samostatnému pohybu, aby Tomáš získal jistotu a důvěru. Je velmi obratný, má cit v rukou i nohou. Hmatem rozpozná známé předměty, dovede je roztřídit dle tvaru, rozpozná povrchy. Bez chybovosti třídí předměty výrazně odlišného tvaru (míček, kostka). Poznává své spolužáky, pedagogy, rovněž předměty denní potřeby a hračky. Skládá jednoduchá puzzle, staví kostky na sebe i vedle sebe, zvládá různé druhy vkládaček, vyhledává předměty v sypkých materiálech. Stříhá bouchacími nůžkami, zvládá trhání a lepení papíru. Tomáš dobře spolupracuje při činnostech s modelínou, prstovými barvami, vodou. Pozornost udrží zhruba po dobu deseti minut, za tento čas dokáže splnit tři až pět úkolů. Odměnou je pochvala, popř. sušenka a vždy musí následovat odpočinek před další činností. Tomova verbální komunikace je na úrovni zvuků a jednotlivých slov, některá jsou nesrozumitelná, jiná vcelku dobře rozpoznatelná (plavat, pít, koiko – kolečko, houpačka, atd.). K jeho verbálním projevům patří i křik, hlasitý smích, někdy i

hlasitý pláč. Umí gestem poprosit, pokud něco chce. Vyhledává houpavý pohyb - trampolína, houpačka, vodní postel. Zvládne jednoduché překážkové dráhy, cvičení na velkém míči. Je spokojený při relaxačních činnostech ve snoezelenu, uvolněný je při masážích z konceptu bazální stimulace. Tomáš vyhledává hudbu a to jak reprodukovanou, tak živou. Sám velmi rád improvizuje na klavír a kytaru, doslova si se zvukem hraje.

V současné době je jeho oblíbenou činností hra na kytaru, kdy pedagog drží akord a Tomáš prsty přejíždí struny. Z Orffových nástrojů preferuje rolničky, z etnických buben djembe. Reprodukovanou hudbu má rád i při relaxačních činnostech. Aktivně se zapojuje do hudebně pohybových her.

### **Případová studie č. 3**

**Jméno: Michal**

**Věk: 16**

**Diagnóza:**

těžká mentální retardace

**Osobní anamnéza:**

Michal je ze čtvrté gravidity, těhotenství probíhalo bez obtíží, taktéž porod, který nastal ve 38 týdnu. Michal se narodil zdravý, v šesti měsících přišel náhlý atak fibrilních křečí a následné kóma, ve kterém byl tři týdny. Důsledkem bylo trvalé poškození mozku.

**Rodinná anamnéza:**

Michal je z plně funkční rodiny, má tři starší sourozence, všichni zdraví. Žijí v rodinném domku se zahradou, oba rodiče se Michalovi velmi věnují, v nedávné době se stali pěstouny šestileté dívky se středně těžkou mentální retardací. Z rozhovoru s rodiči vyplývá. Že je Michal na dívku velmi fixovaný.

**Společenská adaptabilita a sociální vztahy:**

Adaptace na školní prostředí a na odloučení od rodiny bez problémů, dle rodičů se Míša do školy těší. Míša vyžaduje permanentní dohled. Pokud je ve známém prostředí své

třídy, je spokojený, výchovným činnostem se přizpůsobuje dobře. Jen málokdy projevuje svůj nesouhlas nebo nelibost vzdorovitými gesty. Spolužáky poměrně vyhledává, sedá si k nim a pozoruje je, popř. je hladí.

### **Sebeobsluha a hygienické návyky**

Při oblékání a svlékání je nutné Michala slovně pobízet a učit ho větší samostatnosti. Obouvá se s malou dopomocí. Na toaletu je pravidelně vysazován, pomočuje se výjimečně, problémy s defekací nejsou. Mytí rukou a obličej zvládá na slovní pokyn, při koupání je nutná větší dopomoc a především dohled. Michal se nají i napije samostatně, je poměrně čistotný. Úklid věcí zvládá na slovní pokyn.

### **Pedagogická diagnostika**

Míša je vzděláván v 7. ročníku základní školy speciální na základě školního vzdělávacího programu a individuálního vzdělávacího plánu. Aktivní zapojení do činností během dne záleží na jeho aktuálním zdravotním stavu, střídá se aktivita a pasivita. Mluvenému slovu poměrně rozumí, občas má problém s dekódováním. Chápe jednoduché slovní instrukce, na jméno a jednoduché pokyny reaguje dobře, některé úkony zvládá samostatně. Verbálně nekomunikuje, radost projevuje usmáním, někdy má náhlé výpady, pokud chce na něco nebo na někoho dosáhnout. Lateralita je spíše levostranná.

Michal se v prostředí školy i třídy orientuje pouze s dopomocí, v některých konkrétních místnostech ví, jaká činnost se zde provádí (toaleta, jídelna, snoezelen). Na fotografii pozná sám sebe, ukáže na sebe rukou. Spolužáky ani pedagogy nerozlišuje. Koordinace oko -ruka je vcelku v dobrá. Michal řadí kostky na sebe i vedle sebe, nejvíce však tři až čtyři. Barvy nerozliší ani nepřihadí. Věci denní potřeby poznává částečně. Podobnost a shodnost určuje s velkou chybovostí. Třídění předmětů zvládne s pomocí a pouze dva rozlišné komponenty. Samostatně zvládne mačkání a trhání papíru, šroubování víček, vkládání víček do lahve, vkládání různých přírodnin a jiných předmětů do válců, krabic apod. Stříhá pouze s dopomocí terapeutickými nůžkami. Ke čmárání terapeutickou pastelkou nebo fixou na zrcadlo či tabuli je nutná motivace, slovní doprovod. Michal má rád všechny činnosti, ve kterých zapojuje hmat, ať to jsou prstové barvy, písek, přírodniny, luštěniny, papír nebo textil. Začíná chápat systém práce na interaktivní tabuli – přetahování, kouzelné pero. Pachy ani vůně nerozlišuje. Foukání na pokyn ani

bez pokynu, nezvládá. Je nutné klidným přístupem Míšu podporovat v prodlužování doby soustředění, má rád pochvalu a pohlazení. Míša rád poslouchá hudbu reprodukovanou i živou. Aktivně se zapojuje do hudebně pohybových her. Rád improvizuje na rytmické i melodické nástroje, nejčastěji na djembe a xylofon, začíná objevovat klavír a kytaru. Pro Michala jsou velmi příjemné relaxační činnosti ve snoezelenu, má rád masáže z konceptu bazální stimulace a míčkování. Velmi má rád vodu, pohupování na trampolíně, canisterapii. Při vycházkách zvládne ujít poměrně velké vzdálenosti.

#### **Případová studie č. 4**

**Jméno: Pavel**

**Věk: 11**

**Diagnóza:**

Westův syndrom, hyperkinetický syndrom, těžká mentální retardace, zrakové postižení

**Osobní anamnéza:**

Pavel je z první gravidity, těhotenství probíhalo bez obtíží, porod ve 37. týdnu, etiologie postižení nezjištěna.

**Rodinná anamnéza:**

Pavel žije pouze s matkou v rodinném domě, otec po narození Pavla od rodiny odešel, o dítě se prakticky nezajímá. Rodiče zdraví.

**Společenská adaptabilita a sociální vztahy:**

Adaptace na školní prostředí a na odloučení od matky je bezproblémové. Prostředí školy je mu známé, nemá problém ani při vycházkách do okolí školy. Pavel osoby ve svém okolí nerozlišuje.



### **Sebeobsluha a hygienické návyky:**

Je plně závislý na pomoci asistentky či pedagoga při všech sebeobslužných činnostech, tzn. krmení, oblékání, svlékání, mytí. Je plně plenován. Při jídle vyžaduje přehrávač MP3 se stereotypně se opakujícími písničkami, jinak nejí.

### **Pedagogická diagnostika:**

Pavel je vzděláván ve 4. ročníku základní školy speciální na základě školního vzdělávacího programu a individuálního vzdělávacího plánu. Pavlík dovede zrakem fixovat předměty, které ho zaujmou, koordinace oko ruka je nestabilní, projevují se velké výkyvy. Nerozlišuje předměty ani fotografie, nerozezná spolužáky ani pedagogy. Na jméno reaguje spíše náhodně, za zvukem se otáčí. Verbální komunikace nevyvinuta, Pavel pouze zvukuje. Umí dát najevo svou nelibost a zároveň spokojenost úsměvem i smíchem. Při všech činnostech během dne V komunikačních činnostech se asistovaným pohybem účastní říkadel, pohybových her – při odporu pouze pasivně. Vždy je potřeba na Pavla mluvit, veškeré činnosti slovně doprovázet a používat jednoduché věty a jednotlivá slova. AAK vzhledem k rozumovým schopnostem není možná.

Pavel je v současné době schopen s oporou vstát a ujit několik kroků. Chůze je nejistá, má velký problém s udržení rovnováhy, často hrozí pád. Leze, při lezení střídá končetiny. Prostorovou ani směrovou orientaci Pavel nezvládá, je ale schopný si dojít pro předmět, který ho zaujme. Pasivní cvičení mu je nepříjemné, prozatím negativně reaguje i na masáže z konceptu bazální stimulace. Dobře se cítí ve vodě a to jak v masážní vaně, tak bazénu. Ve snoezelenu se cítí bezpečně a spokojeně. Pavel má také rád pobyt venku, na školní zahradě se pohybuje samostatně, pouze se záchranou, popř. vedením za loket a paži. Na vycházky jezdí na invalidním vozíku. Při manipulačních činnostech je Pavlík zvědavý, musíme ho usměřňovat ve zkoumání předmětů ve třídě. Má rád hmatové terapie – voda, písek, vše se snaží zkoumat orálně. Zvládne úchop předmětu. Muzikoterapie se účastní především pasivně, příjemná mu je živá i reprodukováná hudba. Při všech činnostech záleží na Pavlově aktuálním rozpoložení. Někdy je více vnímavý, někdy méně. Doba soustředění je minimální.

## **Případová studie č. 5**

**Jméno: Vojtěch**

**Věk: 14**

### **Diagnóza:**

DMO, pravostranná hemiparéza, EPI syndrom, těžká mentální retardace

### **Osobní anamnéza:**

Vojta je dítě z druhé gravidity, těhotenství bylo dvojčetné jednovaječné, bratr zcela zdravý. Během těhotenství těžká perinatální zátěž, předčasný porod ve 33. týdnu rizikového těhotenství. Vojta narozen jako dvojče A.

### **Rodinná anamnéza:**

Vojtěch vyrůstá v úplné harmonické rodině, rodiče, starší bratr a bratr dvojče zcela zdraví. Vojtovi se velmi věnuje i široká rodina. Otec pracuje na plný úvazek, matka na částečný.

### **Společenská adaptabilita a sociální vztahy:**

Vojta se adaptuje velmi rychle a bez problémů. Dobře zná všechny své spolužáky, i pedagogy, umí je oslovit jménem. Vyhledává spíše společnost dospělých. Je komunikativní, celkově klidný, často projevuje nadšení z činností, pouze občas je vzdorovitý.

### **Sebeobsluha a hygienické návyky:**

Vojta potřebuje pomoc ve všech uvedených oblastech. Stojí samostatně, pouze s malou pomocí při vyškrabávání kelímku nebo talíře. Na talíř je užívána obruba zamezující vypadávání pokrmu. Zvládá úklid svého místa, vše se slovním vedením. Při oblékání a svlékání se snaží pomáhat – vsouvat ruku do rukávu, obouvat boty, rozepnutí zipu. Je plně plenován, při přebalování vyžaduje stání. V koupelně rád pouští vodu, pozná svůj ručník, je však třeba dohlédnout, aby si umyl ruce.

## **Pedagogická diagnostika:**

Vojta je vzděláván v 6. ročníku základní školy speciální na základě školního vzdělávacího programu a individuálního vzdělávacího plánu. Do školy chodí rád. K činnosti je třeba ho kladně slovně motivovat, nátlak pouze přiměřený, většinou pak reaguje vzdorovitě. Slovním pokynům rozumí, většinou je bez odporu plní. Rád je středem pozornosti, vypráví, je veselý. Doba jeho soustředění se pomalu prodlužuje. Vzhledem k epileptickým záchvatům je nutno mít nad ním stálý dohled z důvodu zajištění jeho bezpečnosti.

Vojta v běžné komunikaci aktivně používá poměrně velké množství slov, často se objevuje echolálie a stereotypně užívané věty či slova. Rozumí jednoduchým pokynům. S Vojtou je důležité komunikovat krátkými, jednoduchými větami, hovořit srozumitelně, sledovat, zda poslouchá. Vojta bezpečně rozliší svoji fotografii, zvládne rozlišit i fotografie většiny spolužáků a pedagogů. Přiřadí, rozliší a pojmenuje barvy, věci denní potřeby, základní domácí zvířata, dopravní prostředky. Jsou využívány obrázky, fotografie, interaktivní tabule. Předměty dle velikosti neřadí, prostorové pojmy nevládá, shodnost a podobnost s velkou chybovostí. Zvládá skládání jednoduchých obrázků i puzzle. Vojta rozezná pravou a levou ruku, jinak pravolevá orientace nevládnutá. Prostorové pojmy prozatím neosvojeny. Vojta velmi rád pracuje s barvami, modelínou, hlinou, papírem a dalšími materiály. Rozlišení povrchu předmětů pouze hmatem zvládá Vojta s dopomocí, rozlišení předmětu dle hmatu se zrakovou podporou zvládá s mírnou dopomocí. Práci se sypkým materiálem a vodou nevyhledává, ale pokud je kladně motivován, splní zadaný úkol. Stříhá s dopomocí, výtvarný projev je stále ve fázi čmárání. Z grafomotorických cvičení zvládá motanice, s dopomocí vodorovnou linii. Snaží se pracovat ve vymezeném prostoru, nacvičuje vybarvování. Rád pracuje na velkých plochách papíru, na zrcadle nebo interaktivní tabuli. Vojta má velmi rád hudební i muzikoterapeutické činnosti. Rytmizační říkadla a hudebně pohybové hry Vojta provádí s dopomocí. Má v oblibě zpívání s doprovodem kytary, klavíru. Rád vybírá písničky podle obrázků. Rytmizace probíhá s dopomocí, nejraději má buben djembe a xylofon. V současné době objevuje triangel a klavír. Vojta má velmi rád dotyk. Při masážích z konceptu bazální stimulace a relaxačních dotykových cvičení je spokojený, zvláště když jsou podpořeny hudbou. Velmi rád má pobyt ve snoezelenu.

Při rehabilitační tělesné výchově je nutné Vojtovi zajistit bezpečnost a pomoc při všech aktivitách vzhledem k jeho nejisté chůzi, pohybovému postižení a epileptickým záchvatům. Vojta zvládá jednoduché pohybové hry, hry s míčem a padákem, cvičení na gymballech pouze s pomocí. Pasivní cvičení odmítá, dvakrát týdně dochází na fyzioterapii. Nejraději má relaxační cvičení, míčkovou masáž a canisterapii. Na vycházky Vojta využívá vozíku. Oblíbené jsou návštěvy solné jeskyně a hydromasážní vany.

## **4.4 Muzikoterapeutické programy**

### **Příprava a vedení lekce**

Žáci základní školy speciální docházejí na jednotky muzikoterapie dvakrát týdně. Vhodné sestavení rozvrhu umožnilo žákům absolvovat jednu muzikoterapeutickou jednotku formou skupinové muzikoterapie a jednu jednotku formou individuální muzikoterapie. Pro žáky s těžkým postižením je kombinace obou forem velmi vhodná. Skupinová lekce trvá zhruba 30 – 40 minut, individuální 20 – 30 minut. V časovém rozpětí je zohledněn především aktuální zdravotní a psychický stav žáka. Tomu je přizpůsobeno i složení programu. Muzikoterapeut má vždy program připravený, ale může ho s ohledem na výše uvedené hledisko přizpůsobit či změnit pořadí činností. Programy jsou zaměřeny na harmonizaci, uklidnění žáků, dávají možnost vybití nahromaděné energie, ale mají také vliv výchovný a vzdělávací.

Velmi důležitým bodem muzikoterapie je zvolení cíle a to jak ideálního – čeho chce muzikoterapeut dosáhnout, tak reálného – čeho může dosáhnout. V každé lekci si pak volí dílčí cíl. U žáků s těžkým postižením je dobré cíl zaměřit na jednoho žáka, i když techniku dělají všichni. Příklad dílčího cíle: jednou za lekci udrží žák oční kontakt.

Základem každé lekce je úvod, zpravidla píseň, kterou jsou žáci přivítáni. Vhodné je do písně zařadit jména žáků a přivítat každého postupně, nevynecháme ani přítomné pedagogy včetně sebe. Není dobré vynechat závěr lekce, rovněž je vhodná píseň na rozloučenou, i v této písni se můžeme rozloučit s každým zvlášť. Pro žáky s těžkým postižením je dobré užívat stále stejnou nebo podobnou melodii, signalizuje jim začátek a konec lekce. Tyto písně se nazývají kontaktní (tzv. Hello Songs) a dají se využívat i

během lekce pro vytvoření struktury. Struktura jednotlivých lekcí je závislá od skutečnosti, pro jakou cílovou skupinu je tvořena. Toto platí při skupinové i individuální terapii.

## **Muzikoterapeutické programy**

### **Program č. 1**

**Forma:** skupinová

**Cíl lekce:** samostatný úder do bubnu

#### **Uvítací píseň**

- terapeut přivítá žáky písní, každého zvlášť oslovuje. Příklad písně : Ahoj, ahoj Aničko, zamávej mi Aničko.

#### **Bubny djembe:**

- hlazení bubnu – žáka sám nebo s dopomocí zesiluje a zeslabuje tlak při hlazení
- údery jednou i druhou rukou s hlasitým hlasovým doprovodem „..áá bum“, netrváme prozatím na střídání, vše v pomalém tempu
- střídavé údery rukou údery rukou se slovním doprovodem „, jedna ruka nahoru..bum, druhá ruka nahoru...bum“
- údery rukou v rytmu – užíváme rytmizační říkadla např. Žába skáče, Had leze z díry, Žába leze do bezu, atd.
- zklidnění – hlazení bubnu

#### **Relaxace:**

- zaploňování žáků dle jejich individuálních potřeb
- pasivní poslech relaxační hudby doprovázený rytmickým hlazením

#### **Aktivace na normu:**

- terapeut aktivuje žáky pomocí úderů na zvonky, poté žáci sami zvoní

#### **Závěrečná píseň**

## **Program č. 2**

**Forma:** skupinová

**Cíl lekce:** úchop nástroje

### **Uvítací píseň**

#### **Rytmické nástroje:**

- žáci si z krabice vybírají nástroj, který je zaujme
- terapeut zpívá píseň s doprovodem kytary “ Kdybych já měl basu“, do písničky vkládá názvy nástrojů, které si žáci vybrali, ve chvíli kdy zazní název nástroje, zahrají ti, kteří ho mají v ruce
- výměna nástrojů př. Aničko, dej svůj triangl Vojtovi, Vojto, dej svá dřívka Aničce
- ozvučná dřívka vyrobená z bambusu - údery dřívky o sebe nebo o zem, doprovázené rytmičkým opakujícím se říkadlem“ Ta naše bába, má doma páva“

#### **Relaxace:**

- relaxační hra „Medvídek“ – žáci jsou zapoložováni, terapeut vypráví při relaxační hudbě příběh o medvídkovi, vyprávění doprovází doteky, hlazení, potukáváním na části těla

#### **Aktivizace na normu**

- medvídek se probudil do krásného rána – intenzivnější hlazení, změna polohy

### **Závěrečná píseň**

## **Program č. 3**

**Forma:** skupinová

**Cíl lekce:** rozlišení barev

### **Uvítací píseň**

#### **Barevné písničky:**

- žáci sedí v kruhu v sedacích vacích, uprostřed kruhu mají zalaminované texty jednoduchých dětských písní s obrázkem (Utíkej Káčo, Pec nám spadla, Marjánko, Marjánko), které jsou nalepeny na různě barevných papírech, žáci si vybírají písničky nejprve dle vlastního výběru, poté dle určených kritérií – vytáhní

červenou písničku, vyber písničku, kde je na obrázku pes apod.  
vybranou písničku si spoločne zazpívajú

### **Barevné ozvučné trubky** (Obrázek 1: ozvučné trubky)

- improvizace – žáci bouchají trubkami o zem nebo o židli, trubky jsou laděny do stupnice, každá vydává jiný tón
- hra na pokyn – hraje žák, jeho ž barva trubky je vyvolána
- rozbubnování všech trubek – žáci se snaží o co nejintenzivnější úder – vybití energie, mohou se vykřičet

### **Zklidnění**

- žáci jsou opření zády o terapeuta nebo asistenty, kteří zhluboka dýchají, kolébají se do rytmu dechu a harmonizují tím dech žáka se svým

### **Aktivizace na normu**

- na velký arch bílého papíru foukají žáci i pedagogové bublifuky, ve kterých jsou rozmíchány různé barvy na potraviny

### **Závěrečná píseň**

## **Program č. 4**

**Forma:** individuální

**Cíl lekce:** navázání kontaktu

### **Uvítací píseň**

### **Společná improvizace**

- výběr nástroje je ponechán na žákovi, žák i terapeut hrají na jeden nástroj, v případě těžkého postižení „vede“ vždy žák
- rozhovor dvou nástrojů, opět vede žák, ponecháme mu výběr nástroje

### **Aktivizace na normu**

- žákovi má na výběr více nástrojů, terapeut zpívá slova: „Když má Michal velkou radost dělá tak“ na melodii „Chodím po Broadway“, na slovo tak žák zahraje na vybraný nástroj

### **Závěrečná píseň**

## **Program č. 5**

**Forma:** individuální

**Cíl lekce:** navázání kontaktu

**Uvítací píseň**

**Práce s příběhem Černokněžník a princezna**

- Terapeut vypráví jednoduchý příběh o Honzovi, který šel zachránit princeznu a musí překonat různé překážky a přemoci příšery. Každá překážka či příšera znamená jeden úkol. Po splnění všech úkolů ho čeká princezna (odměna pro žáka).
- Náměty na úkoly: obry zažene hra na vybraný nástroj, draka přemůže písnička, kouzelná komnata se dá projít jen po poznání (přiřazení), nástroje, který hraje, apod.
- na závěr společná pohybová improvizace – tanec s princeznou

**Závěrečná píseň**

## **4.5 Výsledky šetření**

Z analýzy záznamů a pozorování sledované skupiny žáků vyplývají tyto konkrétní závěry:

### **Anna**

Vlivem působení muzikoterapie došlo u Aničky ke zlepšení především v oblasti koncentrace a délky soustředění. Anna má muzikoterapii velmi ráda, při činnostech vyjadřuje libé pocity, aktivně se do činností zapojuje. Negativní projevy (mručení, bouchání spolužáků či pomočování) se při hodinách téměř nevyskytují. Zlepšila se také v oblasti motoriky, zvládne uchopit nástroj do obou rukou, střídat pravou a levou ruku při bubnování na djembe, improvizuje na kytaru a klavír, má velmi ráda hru na xylofon. Podařilo se odstranit hrubé zacházení s nástroji. Rozšířila se jí i oblast komunikační zásoby o znak zpívat, hrát na kytaru a relaxovat. Velkým přínosem pro pedagoga je přítomnost pozitivní zpětné reakce.



### **Tomáš**

Tomáš vzhledem ke své těžké zrakové vadě, vnímá podněty především sluchem a hmatem. Vlivem muzikoterapie se především podařilo zmírnit jeho negativní až agresivní projevy chování. Pokud se takto začne projevovat, podá mu pedagog buben a Tomáš si zlost vybijí hraním. V současné době se již stává, že si o buben sám řekne. Zařazením muzikoterapie si tedy rozšířil i komunikační zásobu. V případě žáka s takto těžkým postižením, je i jedno slovo velkým úspěchem. Tomáš má hudbu velmi rád, sám si se zvukem doslova hraje. Díky muzikoterapii získal jistotu v orientaci v prostoru, v neznámém prostředí se pohybuje za tleskáním nebo zpěvem pedagoga. Velmi rád improvizuje na klavír, při této aktivitě je plně soustředěný pozornost dokáže udržet velmi dlouho, často celou muzikoterapeutickou jednotku. Vyhledává i společnou improvizaci s pedagogem.

### **Michal**

Michal se působením muzikoterapie velmi zlepšil především v oblasti koncentrace a délky udržení pozornosti. Rozumí pokynu „jdeme do muzikoterapie“ a dává najevo svoji radost hlasitým smíchem a máváním rukama. Z nástrojů vyhledává především xylofon a tibetské mísy. Při hře na tyto nástroje dokáže velmi dlouho udržet pozornost a zlepšil se i v oblasti jemné motoriky. Největší pokrok udělal v oblasti sociálních vztahů. Dovede se podělit o nástroj se spolužákem, nestrká do něj, netahá ho za vlasy. V této oblasti se vlivem muzikoterapie velmi zlepšil.

### **Pavel**

U Pavla jsou vzhledem k jeho postižení pokroky téměř minimální. V individuální lekci muzikoterapie je poměrně klidný, skupinová mu prozatím nevyhovuje. Z tohoto důvodu v době skupinové terapie má pasivní muzikoterapii s osobním asistentem v multisenzorické místnosti snoezelen. Mírné pokroky jsou u Pavla přesto zaznamenány. Na začátku sledovaného období projevoval nelibé pocity u každé muzikoterapeutické činnosti, vyžadoval pouze stereotypní poslouchání jedné nahrávky z přehrávače MP3. V současné době již vydrží poslech živé hudby bez negativních projevů. Rovněž zvládne uchopit a podržet vhodný rytmický nástroj (vajíčko, rolničky).

## **Vojtěch**

Na začátku sledovaného období se Vojta projevoval velmi negativně, byl vzteklý a vzdorovitý. Postupem času si zvykl na pravidelnost lekcí muzikoterapie, v současné době se na ně již těší. Preferuje spíše formu individuální, ale i skupinovou zvládá velmi dobře. K velkému posunu tedy především došlo v odstranění negativního chování a to nejen v lekcích muzikoterapie, ale i v ostatních vzdělávacích oblastech. Zlepšení nastalo i v oblasti jemné motoriky. V současné době je Vojta schopen uchopit dřívka nebo trianagl oběma rukama najednou a je z toho velmi nadšený. Mimo lekce muzikoterapie vzhledem k pravostranné hemiparéze pravou ruku téměř nepoužívá. Vojtovi se zlepšila i prostorová orientace a koordinace oko – ruka.

## **4.6 Závěr výzkumného šetření**

Výzkum byl zaměřen na muzikoterapii prováděnou ve školním prostředí a její vliv na žáky s těžkým zdravotním postižením. Cílová skupina žáků byla zkoumána v prostředí základní školy speciální a to formou přímého zúčastněného pozorování analýzou případových studií a analýzou záznamů.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaký vliv má muzikoterapie na žáky s těžkým zdravotním postižením. Z analýzy záznamů jednoznačně vyplývá, že muzikoterapie má na žáky velmi pozitivní vliv a rozvíjí jejich osobnost ve všech oblastech. Jedním z dílčích cílů bylo zjistit vliv muzikoterapie na oblast komunikace. Komunikaci rozvíjí muzikoterapie pomocí hudební komunikace, správné dýchání navozují relaxační techniky, rytmizační říkadla a jednoduché písň napomáhají správnému tempu řeči a výslovnosti. Rovněž rozšiřují komunikační zásobu a to jak pasivní, tak aktivní.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda má muzikoterapie vliv na rozvoj hrubé a jemné motoriky. Na tuto oblast má muzikoterapie výrazný vliv. Žáci rozvíjejí jemnou motoriku pomocí manipulace a hry na různé hudební nástroje, hrubou motoriku rovněž hrou na nástroje, hudebně pohybovými hrami, jednoduchými tanečky. U žáků se spastickými končetinami dochází k uvolnění a používání dané končetiny.

Působením hudby a zvuků se zlepšuje sluchová diferenciacce, percepce i paměť. Zrakové vnímání je rozvíjeno zároveň se sluchovým. Pokud se žák otáčí za zvukem, zároveň monitoruje prostor a fixuje zrakem předměty. Muzikoterapie rovněž podporuje prostorovou a směrovou orientaci. Správně volené muzikoterapeutické aktivity upoutávají pozornost žáků, pozitivně ovlivňují její koncentraci a délku. Muzikoterapie podporuje sociální vztahy, vzhledem k tomu, že je sama postavena důvěrném vztahu muzikoterapeuta a klienta. Skupinová muzikoterapie navíc pomáhá rozvíjet vztahy mezi žáky v kolektivu, podněcuje ke spolupráci a vzájemné komunikaci.

Pozitivně působí rovněž na psychickou stránku osobnosti. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda má muzikoterapie vliv na odstranění nežádoucích projevů chování. Z výsledku pozorování vyplývá, že pomocí technik muzikoterapie lze zmírnit až odstranit projevy nežádoucího chování. Žáci, kteří si vybijí svoje emoce pomocí hry na nástroj, se zklidní a nemají potřebu se negativně projevovat jiným způsobem. Rozhovorem nástrojů navazují konkrétní vztahy, souhrou na jeden nástroj se učí spolupráci a ohleduplnosti.

## ZÁVĚR

Muzikoterapie, tedy léčba hudbou, je jednou z podpůrných terapií, která je v edukačním procesu žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami velmi přínosná a má zde své nezastupitelné místo.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, do jaké míry má muzikoterapie vliv na rozvoj osobnosti žáka s těžkým zdravotním postižením. Vzdělávání těchto žáků je velmi náročný proces, často s nejistým výsledkem a minimální zpětnou vazbou. Muzikoterapie nabízí poměrně velkou škálu činností, které jsou uplatnitelné i u těchto žáků. Má vliv na psychickou, ale i fyzickou a sociální stránku člověka. Pozitivně ovlivňuje jeho emoce, schopnost komunikace, pohybu a utváření mezilidských vztahů. Odbourává negativní projevy chování, navozuje pocit libosti a uspokojení.

Pokud speciální pedagog pracuje s osobami těžce zdravotně postiženými, přepadá ho občas pocit frustrace, beznaděje, nesmyslnosti práce. Když se ale pak dívám, jak dítěti září oči, když sleduje nástroj, jak pomalu samo zkouší, co umí nebo když plnou silou bubnuje na djembe a hlasitě se směje, když přivírá oči a slastně poslouchá hudbu, když konečně použije ruku, kterou dosud ignorovalo, pak je to pro mě důkaz toho, že moje práce smysl má.

## LITERATURA A PRAMENY

- BARTOŇOVÁ, Miroslava a BAZALOVÁ, Barbora a PIPEKOVÁ Jarmila., 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-144-7
- BARTOŇOVÁ, Miroslava a VÍTKOVÁ, Marie., 2007. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-158-4
- BENDOVÁ, Petra a ZIKL, Pavel., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.
- BENÍČKOVÁ, Marie., 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3520-7.
- BOROVÁ, Blanka a TRPIŠOVSKÁ, Dana a kol., 1998. *Cvičíme s malými dětmi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-223-8.
- BŘICHÁČKOVÁ, Marie., VILÍMEK, Zdeněk., 2008. *Možnosti využití muzikoterapie při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha: IPPP ČR. ISBN 978-80-86856-50-6.
- ČERNÁ, Marie., a kol., 2009. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
- GAVORA, Peter., 2008. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-97-6.
- KANTOR, Jiří a LIPSKÝ, Matěj a WEBER, Jana a kol., 2009 *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KARNETOVÁ, Helena., 2008. *Hudební nástroje v souvislostech*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-250-3.
- KULHÁNKOVÁ, Eva., 2000. *Hudebně pohybová výchova*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-437-0.
- KULHÁNKOVÁ, Eva., 2002. *Písničky a říkadla s tancem*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-655-1.
- LUDÍKOVÁ, Ludmila., 2005. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-224-1154-7.
- MATEJOVÁ, Zlatica a MAŠURA Silvester., 1992. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: SPN
- NELEŠOVSKÁ, Alena., 2004. *Jak se děti učí hrou*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0815-9.

- NEWMAN, Sarah., 2004. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-872-4.;
- NORDOFF, Paul a ROBBINS, Clive., 2003. *Music Therapy in Special Education*. Inc.Sant Louis: MMB Musik.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar., 2008. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-3819-6
- PIPEKOVÁ, Jarmila a kol., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0
- RVP PRŠ 1*. [online]. VUPPRAHA. [cit. 6. dubna 2015]. Dostupné z World Wide Web: [http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP\\_-PRS\\_-I.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_-PRS_-I.pdf)
- RVP PRŠ 2*. [online]. VUPPRAHA. [cit. 6. dubna 2015]. Dostupné z World Wide Web: [http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP\\_PRŠ\\_-II.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PRŠ_-II.pdf)
- RVP PV*. [online]. VUPPRAHA. [cit. 4. dubna 2015]. Dostupné z World Wide Web: [http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP\\_PV-2004.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf)
- RVP ZŠŠ*. [online]. VUPPRAHA. [cit. 4. Dubna 2015]. Dostupné z World Wide Web: [http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS \\_ kor-final.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS _ kor-final.pdf)
- ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana., 2006. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.
- SOVÁK, Miloš., 1978. *Defektologický slovník*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 14-804-78
- SKUTIL Martin a ZIKL Pavel a kol., 2011. *Pedagogický a speciálně pedagogický slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3855-0.
- SLAVÍKOVÁ, Vladimíra a SLAVÍK, Jan a ELIÁŠOVÁ, Sylva., 2007. *Dívej se, tvoř a povídej!*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-322-2.
- SLOWÍK, JOSEF., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3
- ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk., 2007. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-557-1.
- ŠVARCOVÁ, Iva., 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
- Úmluva o právech dítěte. [online]. Vláda české republiky. [cit. 4. března 2015]. Dostupné z <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/umluva-o-pravech-ditete-42656/>.
- VALENTA, Milan a MÜLLER, Oldřich., 2009. *Psychopedie*. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.

*Vyhláška č. 116/2011 Sb.* [online]. MŠMT. [cit. 4. března 2015]. Dostupné z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-72-2005-sb>

*Vyhláška č. 147/2011 Sb.* [online]. MŠMT. [cit. 4. března 2015]. Dostupné z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-147-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-73-2005-sb>

*Zákon č. 49/2009 Sb.* [online]. MŠMT. [cit. 4. března 2015]. Dostupné z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-49-2009-sb-kterym-se-meni-zakon-c-561-2004-sb>

*Zákon č. 472/2011 Sb.* [online]. MŠMT. [cit. 4. března 2015]. Dostupné z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-472-2011-sb-kterym-se-meni-skolsky-zakon>

ZIKL, Pavel., 2011. *Děti s tělesným postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3856-7.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A: Hudební nástroje



## Příloha A

Obrázek 2: bubny djembe



Obrázek 3: tibetské mísy



Obrázek 4: zvonky



Obrázek 5: rytmické nástroje



Obrázek 6: ozvučné trubky



Obrázek 7: xylofon a metalofon



*Obrázek 8: dešťové hole*



*Obrázek 9: solná lampa*

