

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Jana Jetelinová

3. ročník – kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika pro výchovné pracovníky

KOMPLEXNÍ REHABILITACE U DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI POTŘEBAMI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kantor

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Komplexní rehabilitace u dětí se speciálními potřebami“ zpracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Blansku 26. 6. 2011

.....

Jana Jetelinová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kantorovi za cenné rady při odborném vedení bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala vychovatelce Mgr. Haně Strakové, školní logopedce Mgr. Michaele Barkerové a fyzioterapeutce Gabriele Gajdošové za cenné informace poskytnuté do praktické části mé práci.

Obsah

Úvod	9
1 Ucelená rehabilitace	11
1.1 Pojem ucelená rehabilitace	11
1.2 Léčebné prostředky rehabilitace	12
1.2.1 Fyzikální terapie	13
1.2.2 Vojtova metoda reflexní lokomoce	13
1.2.3 Metoda manželů Bobathových	13
1.2.4 Kabatova metoda	14
1.2.5 Míčková facilitace tzv. míčková	15
1.2.6 Ballterapie	15
1.2.7 Lázeňská léčba	15
1.2.8 Psychoterapie	16
1.2.9 Zooterapie	16
1.2.9.1 Canisterapie	16
1.2.9.2 Hipoterapie	17
1.2.10 Arteterapie	18
1.3 Pedagogická rehabilitace	18
1.3.1 Výchova a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami	19
1.3.2 Individuální vzdělávací plán	20
1.3.3 Asistent pedagoga	21
1.3.4 Speciálně pedagogické centrum	21
1.3.5 Speciálně pedagogická diagnostika	23
1.3.6 Snoozelen	24

1.3.7 Bazální stimulace	24
1.3.8 Logopedie	25
1.4 Sociální rehabilitace	26
1.4.1 Nový sociální zákon	26
1.4.1.1 Sociální služby	26
1.4.1.2 Příspěvek na péči	27
1.4.2 Státní sociální podpora	27
1.4.2.1 Sociální příplatek	28
1.4.2.2 Dávky pěstounské péče	28
1.4.3 Dávky sociální péče	28
1.5 Pracovní rehabilitace	30
1.5.1 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením	30
1.5 Ergoterapie	31
2 Základní škola speciální v Blansku	33
2.1 Základní škola praktická	33
2.2 Základní škola speciální	34
2.3 Školní družina	35
2.4 Internát	35
2.5 Systém ucelené rehabilitace	35
2.5.1 Rehabilitace a LTV	36
2.5.2 Canisterapie	36
2.5.3 Logopedická péče	37
2.5.4 Smyslová výchova ve snoozelenu	37

2.5.5 Arteterapie, práce ve výtvarném ateliéru a keramické dílně	37
2.5.6 Hipoterapie	38
2.6 Speciálně pedagogické centrum	38
2.7 Aktivační centra – projekt EU, ESF a MŠMT	38
3 Diagnózy u dětí vzdělávajících se v základní škole speciální	40
3.1 Mentální retardace	40
3.1.1 Výskyt v populaci	40
3.1.2 Příčiny vzniku mentální retardace	41
3.1.3 Klasifikace mentální retardace	41
3.1.4 Typické znaky mentální retardace	43
3.1.5 Léčba	44
3.1.6 Shrnutí	44
3.2 Dětská mozková obrna	44
3.3.1 Příčina vzniku	45
3.3.2 Klinické příznaky	45
3.3.3 Projevy	46
3.3.4 Diagnostika	46
3.3.5 Terapie	46
3.3.6 Prognóza	47
3.3 Epilepsie	47
3.3.1 Příčina vzniku	47
3.3.2 Klinické příznaky	47
3.3.3 Projevy	48

3.3.4 Diagnostika	49
3.3.5 Terapie	50
3.3.5 Prognóza	50
3.3.6 Lenox Gastautův syndrom	50
3.4 ADHD - Attention deficit hyperactivity disorder	50
3.4.1 Příčina vzniku	51
3.4.2 Klinické příznaky	51
3.4.3 Projevy	52
3.4.4 Diagnostika	52
3.4.5 Terapie	53
3.4.5 Prognóza	53
3.5 Další diagnózy	53
4 Praktická část	55
Cíle, vzorek a metodologie výzkumu	55
4.1 Kasuistika č. 1	57
4.1.1 Anamnéza a stručná charakteristika	57
4.1.2 Odborné terapeutické a rehabilitační služeb	58
4.1.2.1 Fyzioterapie	58
4.1.2.2 Individuální logopedická péče	59
4.1.2.3 Canisterapie	60
4.1.2.4 Hipoterapie	61
4.1.2.5 Další služby a rehabilitační aktivity	62
4.1.3 Vzdělávání a možnosti sociální rehabilitace	63
4.1.4 Prognóza	65
4.1.5 Shrnutí	66

4.2 Kazuistika č. 2	67
4.2.1 Anaméza a stručná charakteristika	67
4.2.2 Odborné terapeutické a rehabilitační služby	68
4.2.2.1 Fyzioterapie	69
4.2.2.2 Individuální logopedická péče	70
4.2.3 Další služby, které škola nabízí	70
4.2.4 Vzdělávání a možnosti sociální rehabilitace	71
4.2.5 Prognóza	73
4.2.6 Shrnutí	73
Kazuistika č. 3	74
4.3.1 Anamnéza a stručná charakteristika	74
4.3.2 Odborné terapeutické služby	75
4.3.2.1 Fyzioterapie	76
4.3.2.2 Individuální logopedická péče	77
4.3.2.3 Canisterapie	78
4.3.2.4 Hipoterapie	78
4.3.2.5 Arteterapie a práce v keramické dílně	79
4.3.2.6 Snoozelen	79
4.3.3 Vzdělávání a možnosti sociální rehabilitace	80
4.3.4 Prognóza	81
4.3.5 Shrnutí	82
Závěr	85
Seznam použité literatury	
Přílohy	
Anotace	

Úvod

„Má-li se mi podařit dovést někoho k určitému cíli, musím se sám nejdřív dostat tam, kde je on a začít právě odtud. Kdo toto nedokáže, hrubě se plete, když si myslí, že může pomoci druhým. Abych mohl někomu pomoci, musím dozajista znát a umět víc než on, ale nejdřív musím pochopit, co chápe on. Pokud toto nedokážu, je zcela lhostejné, že znám a vím víc. Neuvědomím-li si toto, nedokážu nikomu opravdu pomoci.“
Soren Kierkegaard

V běžném životě se setkáváme se žáky, které nelze vzdělávat běžnými vzdělávacími metodami. Jedná se o žáky s různým typem a stupněm postižení. Abychom u těchto žáků dosáhli maximálního stupně vzdělání, je nutné dostatečně se orientovat ve speciálně pedagogické problematice, podpůrných metodách a v neposlední řadě také znát diagnostickou problematiku. Při uplatňování speciálně pedagogické péče a podpůrných metod je však nesmírně důležité respektovat individualitu každého žáka, vycházet z jeho aktuálního zdravotního i psychického stavu. Z toho plyne, že ne každá podpůrná metoda je vhodná pro každého. Je nutné, aby se na vytvoření nejvhodnějšího a co možná nejefektivnějšího individuálního vzdělávacího plánu podílela celá řada odborníků.

V první kapitole je nastíněna problematika ucelené rehabilitace s přihlédnutím k složkám, jež jsou využívány v Základní škole speciální v Blansku. Jedná se o metody léčebné a pedagogické rehabilitace jako jsou Vojtova metoda, Kabatova metoda, Bobath koncept, míčková facilitace, balltrapie. Dále pak canisterapie, arteterapie, práce v keramické dílně, bazální stimulace, pobyt a aktivity ve snoezelenu. V neposlední řadě jsou taktéž zmíněny otázky sociální rehabilitace, která je důležitou součástí podpory osob s postižením. Kapitulu uzavírá pracovní rehabilitace jako nalezení možných variant dalšího uplatnění či efektivního a smysluplného naplnění času jedinců s postižením.

Druhá kapitola pojednává o Základní škole speciální v Blansku. Předkládá informace o její struktuře, zaměření a stylu práce. Předkládá nabídku služeb v komplexu ucelené rehabilitace, které jsou součástí rozvrhu hodin.

Třetí kapitola je zaměřena na bližší specifikaci problematiky mentální retardace, mozkové obrny, epilepsie a ADHD, které jsou diagnostikovány u vybraných žáků. Jedná

se o diagnózy u dětí s kombinovaným postižením. Kombinované postižení vzniká právě kombinací diagnóz, které se vzájemně ovlivňují.

Poslední čtvrtá kapitola představuje empirickou část bakalářské práce. Obsahuje kazuistiku tří žáků, jež jsou cíleny nejen na podrobný přehled veškeré podpory, která je těmto dětem nabídnuta, ale i na vyhledávání jevů, které by mohli pomoci zefektivnit koordinaci a ucelenost celého systému poskytování jednotlivých služeb v rámci rehabilitace klientů.

1 Ucelený systém rehabilitace

V běžném životě se setkáváme s jedinci, kteří se nějakým způsobem odlišují od většiny a vytvářejí tak ve vztahu k většinové populaci minoritu. Jsou však přirozenou součástí naší společnosti. *„Postižení bychom tedy měli vnímat spíše jako dimenzi, jež dává lidskému životu určitý rozměr (kvalitu). Překonáme tak obvyklý redukcionismus, kdy je postižení stále chápáno jako kategorie a veškerá energie se soustředí zejména na to, aby byla stanovena diagnóza a na základě ní pak i příslušná opatření“* (Jankovský, 2001, s. 11). Jedním z opatření, jak pomoci lidem s postižením, je pojetí jejich specifické podpory jako ucelené nebo komplexní rehabilitace. Chceme-li hovořit o ucelené rehabilitaci dětí s tělesným a kombinovaným postižením, pak musíme chápat člověka jako celistvou bytost. Jankovský (2001) vnímá člověka jako bio-psycho-sociální bytost. A tak je důležitým předpokladem dobré tělesné kondice samozřejmě i psychická rovnováha a jeho duchovní dimenze.

1.1 Pojem ucelené rehabilitace

Systém ucelené rehabilitace není chápán čistě jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, spíše se jedná o propojení zdravotnických, pedagogických, psychologických, sociálních, právních aj. intervencí. O významu nově pojaté rehabilitace píše Pfeiffer (in Jankovský, 2001) a uvádí: *„Rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmu v naší politice. Evropská unie všechny své členy jsoucí i budoucí vyzývá, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky státu. Právě tento tip informací nám otevírá oči a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných a v neposlední řadě i pracovních“* (2001, s. 16). Podle Jesenského je pro rehabilitaci charakteristický předpoklad:

„a) pozitivní motivace v přístupu a zájmu postiženého o ní,

b) aktivitu postiženého v jejím průběhu,

c) dostatek sociálních jistot postiženého“ (1995, s. 25, 26).

Rehabilitaci dělí na krátkodobou a dlouhodobou.

„Rehabilitace krátkodobá (přechodná) je následná péče bezprostředně navazující na léčení (někdy ovšem aplikovaná i bez předchozího léčení), která vede k upevnění úplného obnovení zdraví a normální kvality života“ (1995, s. 26).

„Rehabilitace dlouhodobá (permanentní) se týká osob s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním poškozením těžších stupňů. Řeší se z části léčením, ale hlavně prostředky sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace“ (1995, s. 26). Právě Jesenský (1995) užívá pro ucelenou rehabilitaci termín komprehenzivní rehabilitace.

Jankovský vidí ucelenou rehabilitaci jako dlouhodobou a píše: *„Rehabilitace se ovšem týká nejen lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve v důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních dynamických stereotypů, ale v našich podmínkách také těch jedinců, kteří se s postižením narodili, případně s ním žijí od útlého dětství“* (Jankovský, 2001, s. 16, 17). V tomto případě by měl být spíše použit termín habilitace z latinského „habilitas“ znamenající schopnost. U nás se však tohoto výrazu nepoužívá. Pro rehabilitaci se používají různé pomy – komplexní rehabilitace, ucelená rehabilitace, zřídka také komprehenzivní.

A právě Jesenského (1995) používá název komprehenzivní rehabilitace a dělí ji na čtyři složky:

- **léčebnou,**
- **pedagogickou,**
- **sociální,**
- **pracovní.**

1.2 Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebné prostředky rehabilitace jsou významnou složkou ucelené rehabilitace. Podle Jesenského *„je zaměřena jednak na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení (včetně jeho sociální dimenze)“* (in Jankovský 2001, s. 17). Tentýž autor uvádí rozdělení léčebné rehabilitace podle Pfeiffera a Votavy na vertikální a horizontální. Vertikální vede k obnovení původního stavu. Horizontální je dlouhodobá a řeší problematiku chronického postižení. Léčebné a podpůrné metody provádějící se u dětí s kombinovaným postižením jsou nejčastěji tyto:

- fyzikální terapie,
- Vojtova metoda reflexní lokomoce,
- Metoda manželů Bobatových,
- Kabatova metoda,
- Míčková facilitace,

- Ballterapie,
- Lázeňská léčba,
- Psychoterapie,
- Zooterapie – canisterapie, hipoterapie,
- Arteterapie.

1.2.1 Fyzikální terapie

Fyzikální terapie zahrnující různé druhy masáží např. klasickou, reflexní, podvodní, atd., vodoléčbu např. perličkovou lázeň, vířivou vanu, rehabilitační bazén, léčba teplem tzv. termoterapie, balneoterapie, magnetoterapii, léčbu ultrazvukem, léčbu světlem za pomoci ultrafialového nebo infračerveného záření, elektroléčbu nízko, středně nebo vysokofrekvenčními proudy, stimulace laserem, apod.

1.2.2 Vojtova metoda reflexní lokomoce

Kraus (2005) píše, že Vojta zpozoroval, že při určité pravidelné manipulaci s dítětem vznikají ve svalech automatické svalové funkce, které byly do té doby vyřazeny. Jsou-li tyto svalové funkce jednou vzбудeny, pak je jedinec automaticky tzn. nevědomě zavede do spontánní motoriky.

„Vojtova metoda reflexní lokomoce počítá se dvěma základními pohybovými prvky - s reflexním otáčením (které je zhruba od 6. měsíce součástí normálního pohybového vývoje) a s reflexním plazením (což je uměle vyvolaný pohybový prvek založený na reflexních podnětech ze spouštěcích zón). Výchozí polohou při ní je leh na bříše s hlavou otočenou k jedné straně (při facilitaci otáčení leh na zádech) – tlakem na patřičnou zónu se pak dosahuje potřebného správného pohybu, regulace svalového napětí apod. Nevýhodou této metody může být jistá agresivita a nátlak na velmi malé dítě – její odpůrci hovoří o riziku možného narušení citových vazeb vůči vykonavateli (často ji totiž provádí samotný rodič podle instrukcí terapeuta“ (Valenta, Müller, 2003, s. 229).

1.2.3 Metoda manželů Bobatových

„Koncept manželů Bobatových využívá k útlumu patologických tonických reflexů mozkového kmene a hlubokých šijových reflexů (které jsou stejně jako u Vojty považovány za nejzávažnější příčiny pohybových potíží u poruch CNS), tzn. inhibičních poloh. Pohyb je přitom umožněn jen facilitované části těla, jež je aktivována například tahem, tlakem,

poklepáváním (techniky držení dítěte v různých polohách a zacházení s jeho tělem se nazývají handling – různé formy přerušovaného dotýkání a tlaků tapping) apod. Při cvičení se principiálně vychází z dosaženého ontogenetického vývoje (samozřejmostí je spolupráce rodičů i dítěte – to se odvíjí od věku a charakteru postižení), z čehož vyplývá také důležitost poloh, postojů a pohybů, kterým je nutno přednostně naučit (neboť jsou základem běžných denních činností). Jde zejména o :

- 1. kontrolu hlavy*
- 2. uchopování*
- 3. reakce ovlivňující vztah jednotlivých částí těla k sobě navzájem*
- 4. otáčení okolo tělesné osy*
- 5. rovnovážné reakce a s nimi spojenou kontrolu těla (polohu těla ve vztahu k prostoru)“ (Trojan in Valenta a Müller, 2003, s. 229).*

Tato metoda vychází z toho, že určitým cíleným cvičením lze získat popř. dosáhnout pohyblivosti. A to i tehdy, když dítě neprovádí pohyby samo. Prostřednictvím cíleného pohybu se tak vytváří nové struktury v mozku, s jejichž pomocí by mělo dítě provádět nově vytvořené pohyby samo.

1.2.4 Kabatova metoda

Základním neurofyziologickým mechanismem PNF je cílené ovlivňování aktivity motorických neuronů. Významnými elementy PNF jsou standartní pohybové vzorce přizpůsobené vedení pohybu. Ve skladbě pohybových vzorců hraje významnou roli diagonální a spirálovitý pohyb. Centrální úlohu při PNF hraje manuální vedení pohybu, které přizpůsobuje terapeut momentální situaci a reakcím pacienta. Uplatňují se kombinace:

- pasivní pohyby, které provádí terapeut ve smyslu vhodných pohybových vzorců bez aktivního přispění pacienta,
- pohyby s částečnou dopomocí, při kterých terapeut dopomáhá aktivnímu pohybu, buď v celém průběhu, nebo jen v některé části pohybové dráhy,
- aktivní pohyby, které terapeut usměrňuje manuálním kontaktem.

a dalším důležitým faktorem PNF je přizpůsobený odpor kladený manuálně terapeutem. Při cvičení se dbá na to, aby byl výcvik funkční, tj. přizpůsobený běžným denním činnostem (Pavlů, 2003).

1.2.5 Míčková facilitace tzv. míčkování

Míčkování podle Zdeňky Jebavé: „*Při míčkování oproti očekávání nejde jen o povrchovou masáž, ale dochází i k reflexnímu působení na vnitřní orgány a i k celkovému zlepšení zdravotního stavu organismu. Při koulení nebo vytírání míčkem po dále popsaných drahách dojde k protažení a uvolnění svalových skupin*“ (1997, s. 4).

Pro míčkovou facilitaci jsou doporučeny speciální míčky. Jsou zde použity dvě techniky – koulení, nebo-li odvalování míčku prsty, dlaní a zápěstím - vytírání, neboli posouvání míčku v prstech, aby se nemohl otáčet. Z míčkové facilitace Z. Jebavé vychází Dr. Kopánková zabývající míčkovou automasáží. Ta se provádí nejprve společně s dítětem, později si děti míčkují vlastní tělo sami za účelem dosažení klidu a harmonie. Je vhodná pro děti s lehkým popř. středně těžkým stupněm mentální retardace (Valenta, Müller, 2003).

1.2.6 Ballterapie

Ballterapie je cvičení na velkém rehabilitačním míči. Velkou zásluhu systematického rozpracování metodiky cvičení s míči má Susane Klein-Vogelbach. Gymnastický míč je pro svoji labilní plochu vhodný pro balanční a rovnovážná cvičení. Jeho skvělou vlastností je pružení, a tak na něm děti provádějí různé skákací, houpací, pružící cviky, rolování vlastního těla, což je důležité pro strukturu a funkčnost jejich pohybového aparátu. Pro děti je tato forma cvičení spíše hrou, a tak je jimi kladně hodnocena. Jako každá jiná forma cvičení musí být konzultována s fyzioterapeutem a musí být použit míč správné velikosti s ohledem na výšku dítěte (Pavlů, 2003).

Metodu Vojtovy reflexní lokomoce, metodu manželů Bobatových, Kabatovu metodu a další techniky smějí provádět pouze školení fyzioterapeuté, kteří mají minimálně dvouletou praxi v oboru fyzioterapie. Metod využívaných ve fyzioterapii je mnoho a v této práci jsou použity pouze ty metody, které jsou nejčastěji využívány fyzioterapeutkou v základní škole speciální v Blansku.

1.2.7 Lázeňská léčba

Lázeňská léčba s intenzívní léčebnou rehabilitací, jejíž velkou předností je přirozená, vícesložková a ucelená rehabilitace. „*Kromě LTV a fyzikální terapie se užívá i klimatoterapie, ergoterapie popřípadě psychoterapie. Velký význam má i skutečnost, že na procedury je dostatek času a dítě i doprovod se mohou věnovat výhradně léčení,*

což v běžném životě není možné“ (Kraus, 2005, s. 224). Přítomnost někoho z rodičů je žádoucí především z psychologického hlediska. Lázeňský pobyt by děti měly absolvovat alespoň jedenkrát ročně.

1.2.8 Psychoterapie

„Psychoterapii lze přesněji definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem“ (Prochazka, Norcross in Müller, 2005, s. 15).

„Zjednodušeně můžeme předpokládat, že psychoterapie může mít efekt tam, kde je klient připraven se změnit a terapeut s ním umí navázat kvalitní terapeutický vztah“ (Vybíral, Roubal, 2010, s. 35). Podle této citace by psychoterapie nemohla být aplikována u dětí se středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Domnívám, že dítě s tímto stupněm postižení, není schopno „připravít se ke změně“. Vezmeme-li však jako prostředek psychoterapie např. zooterapii či arteterapii, pak je u těchto klientů využívána běžně.

1.2.9 Zooterapie

Zooterapie je pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. Ať už jde o zlepšení paměti, motoriky, komunikace nebo zmírnění stresu (Freeman, 2007). Podle druhu využití zvířete nazýváme terapii se psem – canisterapií, s koněm - hipoterapií, s kočkou – felinoterapií, s delfínem – delfinoterapií, s využitím ptactva – ornitoterapií, atd. Nejčastěji využívanou terapií u dětí je **canisterapie a hipoterapie**.

1.2.9.1 Canisterapie

Galajová (1999) definuje canisterapii jako způsob terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Ve světě se rozlišují dva základní pojmy canisterapie: AAA – Animal Assisted Activities a AAT – Animal Assisted Therapy.

„AAA – jsou aktivity za asistence zvířat, které poskytují příležitost pro motivační, výchovný, odpočinkový nebo terapeutický prospěch zaměřený na zvýšení kvality života klienta“ (Kalinová in Urbanová, Zouharová, 2008, s. 7, 8). Jde o neformální setkání klienta se speciálně vyškoleným majitelem psa. Cílem je klienta potěšit, přinést mu radost a novou

zkušenost. Výsledkem je radost, spokojenost a štěstí., *AAT – v překladu znamená terapie za asistence zvířat. Jde o cílenou řízenou intervenci, při níž je zvíře, které splňuje specifické požadavky, nedílnou součástí léčebného procesu*“ (Kalinová in Urbanová, Zouharová, 2008, s. 8). AAT je vedena profesionálem a má stanoven cíl. Je zaměřena podporu zlepšení tělesných, emociálních, sociálních a kognitivních funkcí. Výsledky jsou pozorovatelné a měřitelné. Terapie je dokumentována a vyhodnocována.

Canisterapie je prováděna formou individuální a kolektivní. U formy kolektivní se jedná zejména o různé aktivity se psem, při nichž dochází velice nenásilnou, hravou a příjemnou formou k podpoře celkového rozvoje žáka. Kolektivní canisterapie se účastní většinou klienti schopni samostatného pohybu. Při individuální formě je stěžejním prvkem polohování se psy - prohřátí, uvolnění a relaxace, a to také například jako možná příprava na následující fyzioterapii.

1.2.9.2 Hipoterapie

Hipoterapie je komplexní rehabilitační metodou, která vychází z neurofyziologických základů, přičemž využívá koně jako léčebného prostředku. Je řazena mezi propioceptivně neuromuskulární facilitační metody. Využívá trojdimenziálního pohybu koně (sagitální, frontální a horizontální). U klienta dochází k neustálému střídání napětí a uvolňování těla, který je i při pasivitě nucen přizpůsobovat se pohybu koně. Metoda využívá specifické prvky podmíněné pohybem koně a nespécifické prvky jakými jsou taktilní podněty, podpůrné a obranné reakce, vliv tepla zvířete aj.

Hiporehabilitace – zastřešující pojem pro aktivita spojené s rehabilitací člověka pomocí koně - má tři základní okruhy:

- Hipoterapie – rehabilitační metoda využívající pohybu koně a jeho přenosu na člověka, spolu s psychologickým působením jízdy na koni.
- Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění – metoda léčby psychických poruch s pomocí koně.
- Sport handicapovaných a rekreační ježdění – širší pojem pro sportovní aktivity spojené s využitím koně handicapovanými sportovci.

Hipoterapie je prováděna speciálně vyškoleným pracovníkem a indikována odborným lékařem (neurologem a rehabilitačním lékařem). Dle postižení dítěte se účastní hiporehabilitace 2-4 pracovníci (Dudková in Müller, 2005), (Vosátková in Velemínský, 2007),

1.2.10 Arteterapie

„Arteterapie v širším slova smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 30). Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Dělíme ji na receptivní – vnímání uměleckého díla vybraného za určitým záměrem arteterapeutem. Cílem je pochopení vlastního nitra a poznávání pocitů jiných lidí. Produktivní – znamená použití konkrétních tvůrčích činností (kresba, malba, modelování).

„Mentálně postižení, někdy nazýváni „věčnými dětmi“, nechápou události ve svém životě a ve světě jako takovém „rozumem“, ale jsou schopni chápat svět okolo sebe „srdcem“, emocemi. Umělecké aktivity, které rozvíjejí tvořivost, budují v jedincích s mentální retardací schopnost být kreativní i v jiných oblastech praktického života“ (Šicková, 2002 in Zouharová, 2009, s. 13). Arteterapie má kromě potenciálu rehabilitace jemné motoriky (kreslením, malováním, modelováním) i možnost kompenzace tělesného postižení. Zážitek úspěšnosti je prioritou. Ta má eliminovat pocity méněcennosti, má mobilizovat kreativitu, fantazii, aktivizovat a při skupinových terapiích dát možnost konfrontace s jinými dětmi a navazovat přátelství.

Nabídka terapeutických metod a technik je velmi obsáhlá a není v možnostech této práce je všechny obsáhnout. V práci obsaženy pouze terapie, jichž využívají žáci s kombinovanými vadami vzdělávající se v základní škole speciální v Blansku.

1.3 Pedagogická rehabilitace

Podle listiny základních práv a svobod čl. 33 má každý právo na vzdělání. Švarcová (2001) in Slowík (2009) píše: *„Snížená úroveň rozumových schopností může vyvolávat předsudek, že vzdělávání osob s mentálním postižením není právě efektivní a smysluplné. V určitém smyslu to však není pravda, protože vzhledem k deficitu rozumových schopností se člověk s mentálním handicapem musí usilovněji učit i to, co se ostatní naučí zcela*

spontánně a přirozeně; učení je z tohoto pohledu vlastně jediná forma „terapie“ mentální retardace.“ Výchova a vzdělávání jedinců s mentálním postižením se nikdy neobejde bez velmi náročného pedagogického vedení ze strany učitelů, vychovatelů, ale i rodičů (Slovík 2009).

1.3.1 Výchova a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Výchovně vzdělávací činnost osob s postižením probíhá po celý život. Od předškolního vzdělávání, přes školní vzdělávání, vzdělávání dospělých (andragogika) a vzdělávání seniorů (gerontagogika).

Co se týká vzdělávání v základní škole speciální, jsou zde převážně děti na úrovni středně těžké mentální retardace. Z toho vyplývají její výchovně vzdělávací cíle: dle možností dosahování elementárního vzdělání v triviu, v poznacích o přírodě a společnosti a osvojení si základních pracovních a motorických dovedností, hygienických návyků a sebeobsluhy. V neposlední řadě také schopnost budování si osobních vztahů, dovednosti komunikace a formování společensky akceptovatelných povahových vlastností (Valenta, Müller, 2005).

Výchovně vzdělávací činnost prováděna u dětí s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami by měla vždy počítat s tím, že může být klientům mnohdy znemožněno dosahování i elementárních potřeb. Proto musí být při ní primárně dosahováno zajištění životně důležitých funkcí, zajištění životní stability, zajištění přísunu srozumitelných podnětů z okolí, zajištění podpory samostatnosti a emociální podpory (Valenta, Müller, 2005).

Legislativně se výchova vzdělávání žáků opírá Zákon č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Na tento zákon navazuje Vyhláška MŠMT č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí mimořádně nadaných.

Každá základní škola speciální má vypracovaný svůj školní vzdělávací plán, který vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální. V základní škole speciální v Blansku se vyučuje podle Školního vzdělávacího plánu „Počítejte s námi II!“, který vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní

školu speciální, dostupné na www: < <http://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-s>> [2011-05-17], [online]. a podle dojíhajícího Vzdělávacího programu pomocné školy č.j. 24 035/97 – 22. Po ukončení povinné školní docházky žáci získávají základy vzdělání. Výchovně - vzdělávací činnosti je zaměřena na poskytování elementárních vědomostí, dovedností a vytváření návyků, které dětem umožní realizovat se v běžném, praktickém životě. Rozvíjejí se zde psychické a fyzické schopnosti spolu s důsledným respektováním individuálních zvláštností žáků. V rehabilitačních třídách se vyučuje podle Školního vzdělávacího plánu „Počítejte s námi II!“ a dojíhajícího Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy schváleného MŠMT ČR č. j. 15 988/2003 – 24.

V základní škole praktické se vyučuje podle Školního vzdělávacího plánu „Počítejte s námi!“ vycházejícího z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, dostupné na www: <<http://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-s>> [2011-05-17], [online]. a dojíhajícího Vzdělávacího programu zvláštní školy č.j. 22 980/97-22.

Žákům, kterým se nedaří plnit osnovy, je vypracován individuální vzdělávací plán, který je uzpůsoben jejich potřebám a možnostem. Ve třídách základní školy speciální, ve kterých se vzdělávají žáci dětí s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami spolupracuje při výchově a vzdělávání žáků také asistent pedagoga.

1.3.2 Individuální vzdělávací plán

„Individuální vzdělávací plán se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy.

Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka“ (Vyhláška MŠMT č.73/2005 § 6, s. 504).

Individuální vzdělávací plán je součástí dokumentace žáka. Obsahuje:

- údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění,
- vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a její rozsah
- seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka.
- jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka,
- závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.

Za zpracování individuálního vzdělávacího plánu odpovídá ředitel školy. Individuální vzdělávací plán se vypracovává ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem. Ředitel školy seznámí s individuálním vzdělávacím plánem zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka, který tuto skutečnost potvrdí svým podpisem. Školské poradenské zařízení sleduje a vyhodnocuje dodržování postupů a opatření stanovených v individuálním vzdělávacím plánu a poskytuje žákovi, škole i zákonnému zástupci žáka poradenskou podporu. V případě nedodržování stanovených opatření informuje o této skutečnosti ředitele školy (Vyhláška MŠMT č.73/2005, § 6).

1.3.3 Asistent pedagoga

„Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází“ (Vyhláška MŠMT č.73/2005, § 7, s. 505). Asistent pedagoga se stal nedílnou součástí vzdělávání žáků se speciálními potřebami.

1.3.4 Speciálně pedagogické centrum

Obsah činnosti speciálně pedagogických center je uzákoněna ve Vyhlášce MŠMT č. 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Citace ze Sbírky zákonů MŠMT č.72/2005 § 6 (částka 20, s. 491, 492):

„(1) Centrum poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách a školských zařízeních, žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením.

(2) Žákům základních škol speciálních a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci diagnostiky a kontrolní diagnostiky, v odůvodněných případech i v rámci speciální individuální nebo skupinové péče, kterou nezajišťuje škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen.

(3) Činnost centra se uskutečňuje ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách, v zařízeních pečujících o žáky se zdravotním postižením.

(4) Centrum:

a) zjišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků a pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření,

b) zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením a žáky se zdravotním znevýhodněním, kteří jsou integrováni nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky,

c) vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti,

d) poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením,

e) poskytuje metodickou podporu škole“.

1.3.5 Speciálně pedagogická diagnostika

„Diagnostiku ve speciální pedagogice je možno chápat v různých kontextech. Pokud chceme hovořit o tzv. speciálněpedagogické diagnostice, máme spíše na mysli užší vymezení, které se týká té části diagnostiky, kterou provádí přímo speciální pedagog. Jinak je asi lépe hovořit o diagnostice ve speciální pedagogice, což je širší vymezení, které vymezuje celkovou, komplexní diagnostiku, tj. lékařskou, psychologickou, sociální a speciálněpedagogickou“ (Přimosilová, 2007, s. 11)

Děti s mentální retardací mají obecně problémy v komunikaci, jejich myšlenkové pochody jsou neplnohodnotné, paměť je mechanická, nemají dostatečnou početní představivost, jsou sociálně a citově nezralé.

Speciálně pedagogická diagnostika (Hanák, 2005)

- plní funkci diagnostickou, určuje aktuální schopnosti jedince, jeho individuální zvláštnosti,
- za její pomoci určujeme cíle, kterých chceme v rámci edukace dosáhnout,
- ukazuje na pokroky, stagnaci nebo regres ve výuce,
- plní funkci terapeutickou umožňující správný výběr terapeutických technik podporujících rozvoj osobnosti jedince,
- usnadňuje adekvátní výběr kompenzačních pomůcek,
- naznačuje volbu metod, které chceme při edukaci využívat,
- slouží jako podklad pro vypracování IVP,
- usnadňuje adekvátní zařazení do výchovně vzdělávacího procesu.

Přimosilová říká, že *„diagnostika dítěte s mentální retardací za účelem jeho vřazení do povinné školní docházky musí respektovat individuální možnosti a osobnostní zvláštnosti a na základě jejich poznání potom navrhnout pro dítě přiměřenou formu vzdělávání s optimálním vzdělávacím programem“ (2007, s. 133)*

U dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací se využívají vývojové škály od narození do tří let. Tuto diagnostiku podrobně zpracoval (Hanák 2005). Diagnostika je zaměřena na 10 základních oblastí: 1. Grafomotorika, 2. jemná motorika, 3. hrubá motorika, 4. poznávací schopnosti, 5. řeč, 6. stravování, 7. hygiena, 8. oblékání, 9. osobní čistota 10. socializace.

U dětí s mentální retardací a kombinovanými vadami se k diagnostice a ve výchovně vzdělávacím procesu využívá místnost zvaná snoozelen.

1.3.6 Snoozelen

Snoozelen je slovo označující v Holandsku prostor, ve kterém je dovoleno vše. Jeho cílem je celkové uvolnění dítěte s postižením, možnost prožití a vnímání sebe samého bez rušivého vlivu okolí, které je pro ně stresující. Dítě s postižením zde nachází hmatové, čichové, sluchové, zrakové chuťové podněty, které jim nabízejí nové zkušenosti, uklidnění a možnost soustředění se. Dospělí sem nesmí vnášet své vlastní představy a normy. Mají poskytnout volnost a prostor. Svými podněty mohou stimulovat a objevovat skryté možnosti těchto dětí.

Bílý pokoj se od holandského snoozelenu trochu odlišuje. Je zaměřen na zrakové a prostorové vnímání, umožňuje aktivizaci nebo uvolnění, podle potřeby je možné dokreslit atmosféru hudbou. Součástí je soubor tlačítek a páček, které umožňují dětem vstupovat do děje a vytvořit si tak vlastní atmosféru. Podporují aktivitu duševní i pohybovou. Děti vnímají atmosféru všemi smysly a reagují na podněty spontánně.

Vybavení pokoje: vodní ozvučené lůžko, 4 základní barvy-červená, modrá, žlutá a zelená. Plošná tlačítka, která ovládají:

- svítící kobereček, který působí jako hvězdné nebe,
- tekutý obraz na stěně působící radostně, rozvíjející fantazii a dávající pocit jistoty,
- ultrafialové světlo, které dává pokoji pohádkový nádech,
- světelné skvrny na stěnách, které vypadají jako vločky a mění barvu,
- vodní válec.

Všechny prvky lze kombinovat a dávají nové možnosti při každé návštěvě (podle metodiky SPC Mgr.H.Čechové). Do pedagogické rehabilitace zahrnujeme také bazální stimulaci.

1.3.8 Bazální stimulace

U bazální stimulace vycházíme z toho, že jedinec s těžkým mentálním postižením nebo více vadami se nachází ve stavu extrémně redukováných aktivit. Aktivita patří k životu, každý člověk vlastní určitý potenciál aktivity. Nejtěžší postižení znamená redukci možnosti aktivity. Postižený jedinec je omezen na nejelementárnější životní výkony, které jsou často spojeny jen s vlastním tělem. Svět kolem něho téměř neexistuje, nemůže vyvíjet aktivity a svět ho není schopen přiměřeně akceptovat. Pomocí bazálních (základních) podnětů lze dosáhnout částečného otevření této individuální izolace.

Didaktická koncepce – bazální podpora:

- vychází z dětského vnímání,
- zajišťuje příjemné tělesné pocity jako základní požadavek k přístupu k okolí,
- zprostředkovává zážitky těla, neboť tělo je nejdůležitější oblastí pro učení,
- uskutečňuje se pouze na základě pozitivně pociťovaného emocionálního vztahu,
- měla by se realizovat v průběhu aktivit pravidelně a opakovaně,
- usiluje o vybudování dalšího kontaktu těžce postiženého jedince s okolím.

Bazální stimulace využívá podnětů somatických, vibračních, vestibulárních, čichových a chuťových, sluchových a zrakových, komunikativních a sociálně – emocionálních (Vítková in Müller, 2005).

1.3.9 Logopedie

„V životě člověka je komunikace aktivitou, již avizuje svůj příchod na svět a kterou se později – během celého života - neustále projevuje. Komunikace je i poslední aktivitou, již se nakonec z tohoto světa „odhlašuje“ (Lechta in Škodová, Jedlička, 2003, s. 17). Člověk nemůže nekomunikovat, neboť právě i nekomunikace je formou komunikace. Logopedie jako vědní obor se zabývá narušenou komunikační schopností. Lechta (1990) in Klenková definuje narušenou komunikační schopnost takto: „Komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku“ (2008, s. 54).

V resortu školství (spadá pod MŠMT) se na zajištění logopedické péče podílejí tito odborní pracovníci: logopedický preventiva, logopedický asistent a speciální pedagog. Z našeho pohledu je pro nás důležitý speciální pedagog-učitel se zaměřením na poruchy řeči a učení se statní závěrečnou zkouškou z logopedie. Jeho uplatnění je ve speciálních školách. Může působit i ve speciálních mateřských školách, SPC a internátních speciálních základních školách. V základní škole speciální, kde se vzdělávají žáci s kombinovanými vadami, jsou v oblasti zájmu logopedické péče především symptomatické poruchy řeči a dysfagie (Škodová, Jedlička 2003).

1.4 Sociální rehabilitace

„Sociální rehabilitace řeší problémy, které platí jednak obecně pro všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické problémy podle druhu a stupně postižení“ (Jankovský, 2001, s. 23) a dále uvádí, že důležitou součástí sociální rehabilitace je vytváření ekonomických a dalších materiálních podmínek. Jedná se o finanční příspěvky podle zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře, příspěvky poskytované podle vyhlášky MPSV ČR č.182/ 1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů a především nový sociální Zákon č.108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

1.4.1 Nový sociální zákon

Základním cílem Zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je zajistit lidem v nepříznivé sociální situaci pomou a podporu prostřednictvím sociálních služeb a stanovit pravidla pro jejich poskytování. Druhy sociálních služeb jsou: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

1.4.1.1 Sociální služby

Sociální poradenství – všichni poskytovatelé sociálních služeb poskytují dle zákona základní sociální poradenství zdarma, a to bez ohledu, kdo je o radu požádá; odborné sociální poradenství poskytují specializované poradny.

Služby poskytované klientovi zdarma: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová centra, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terénní programy, sociální rehabilitace.

Služby poskytované klientovi za úhradu: azylové domy, domy na půl cesty, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity.

Služby sociální péče – služby poskytované klientovi za plnou či částečnou úhradu: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy

pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavních.

Rodiče dětí se středně těžkou a těžkou mentální retardací a s kombinovanými vadami využívají tyto služby pro své děti až po ukončení povinné školní docházky. Většinou se jedná o denní a týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením. S výjimkou rané péče, která je poskytována rodině od narození dítěte s postižením.

1.4.1.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči náleží lidem, kteří jsou především z důvodu dlouhodobě (déle než 1 rok) nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Tato závislost má čtyři stupně, podle kterých se určuje i výše příspěvku. Příspěvek může být přiznán dítěti staršímu jednoho roku.

Výše příspěvku na péči je rozdílná dle stupně míry závislosti a věku:

u osob do 18 let věk (u osob nad 18 let věku) v Kč na měsíc:

- 3 000 (800) pro I. stupeň – lehká závislost,
- 5 000 (4 000) pro II. stupeň – středně těžká závislost,
- 9 000 (8 000) pro III. stupeň – těžká závislost,
- 12 000 (12 000) pro IV. stupeň – úplná závislost.

Člověk, který příspěvek obdrží, si může vybrat, jestli mu bude pomáhat někdo z rodiny, nebo poskytovatel sociálních služeb v místě bydliště – pečující osoba. Za pečující osobu v rodině bude i nadále placeno zdravotní a sociální pojištění a doba péče se bude počítat na důchod. Příspěvek na péči není považován za příjem.

Jedná-li se o děti s kombinovaným postižením, pak je jejich dávka vyplácena rodičům. Většinou mají III. nebo IV. stupeň závislosti.

1.4.2 Státní sociální podpora

System státní sociální podpory je upraven zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona se poskytují dávky.

- Rodičovský příspěvek
- Sociální příplatek
- Dávky pěstounské péče atd.

1.4.2.1 Sociální příplatek

S účinností od 1. 1. 2011 do konce roku 2012 bude sociální příplatek náležet pouze rodinám se zdravotně postiženým členem, tzn. v případech: kdy rodič pečuje o:

- dlouhodobě nemocné dítě,
- dlouhodobě zdravotně postižené dítě,
- těžce zdravotně postižené dítě.

1.4.2.2 Dávky pěstounské péče

Těmito dávkami se přispívá na potřeby spojené s péčí o dítě, o které se rodiče nemohou nebo nechtějí starat, a které je svěřené do pěstounské péče:

- Příspěvek na úhradu potřeb dítěte
- odměna pěstouna,
- příspěvek při převzetí dítěte,
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla.

1.4.3 Dávky sociální péče

Systém dávek sociální péče o osoby se zdravotním postižením je upraven v zákoně č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení a podmínky poskytování těchto dávek a bezúročných půjček stanoví vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb.

Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):

- nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí

se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):

- výhody uvedené v bodu 1
- nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),
- sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):

- výhody uvedené v bodech 1 a 2,
- nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
- u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci. Držitelé průkazu ZTP a ZTP/P získají i označení aut a výhody s ním spojené. Děti se středně těžkou a těžkou mentální retardací mají mimořádné výhody III. stupně.

Dále mohou být těmto občanům poskytnuty dávky sociální péče podle paragrafu:

§ 34 příspěvek na úpravu bytu ve výši až 100 000 Kč

§ 35 příspěvek na zakoupení motorového vozidla ve výši 100 000 Kč a příspěvek na jeho celkovou opravu ve výši 60 000 Kč 1x za 5 let, součet nesmí přesáhnout v období deseti let 200 000 Kč, výše příspěvku je posuzována podle majetkových poměrů žadatele.

§ 36 příspěvek na provoz motorového vozidla poskytuje se na jeden rok a jeho výše se mění a další příspěvky.

Veškeré informace o sociální rehabilitaci jsou použity z internetových stránek. Dostupné na www: < <http://www.mpsv.cz/> > [online]. [2011-05-17].

1.5 Pracovní rehabilitace

„Člověk je od přírody aktivní bytost, která se vyvíjí pod vlivem činností, které vykonává. Jestliže je využita kapacita její vlastní motivace, lidská bytost je schopna prostřednictvím těchto činností ovlivňovat své psychické zdraví a měnit sociální a fyzické prostředí, které ho obklopuje“ (Hopkins, in Müller 2005, s. 252). Nejprve se podíváme na problematiku zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

1.5.1 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením je právně upravena v:

- Listině základních práv a svobod,
- zákoníku práce-zákon č. 262/2006 Sb.,
- zákonu o zaměstnanosti- zákon č. 435/2004 Sb.

Podle listiny základních práv a svobod čl. 29 1.) mají osoby zdravotně postižené právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky. 2.) mají osoby zdravotně postižené právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.

Pracovně právními vztahy osob se zdravotním postižením se zaobírá Zákoník práce č. 262/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, který říká, že osoba zdravotně postižená má stejná práva a povinnosti jako každý jiný zaměstnanec především ve vztahu k plnění nemocenského a důchodového pojištění a Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Ten stanoví především povinnost zaměstnavatelů s více jak 25 zaměstnanci zaměstnat nejméně 4% osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců. V případě neplnění je povinen odebrat výrobky nebo služby ve stanovené výši od zaměstnavatele, který zaměstnává více jak 50% ozp nebo odvést státu povinnou platbu do státního rozpočtu. Dále je zde zakotvena zvýšená ochrana osob se zdravotním postižením, příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, pracovní rehabilitace a rekvalifikace a upravuje problematiku chráněných míst a chráněných dílen.

Na zřízení místa v chráněné dílně může být poskytnut úřadem práce příspěvek. Jeho výše je závislá na stupni zdravotního postižení.

1.5.2 Ergoterapie

V kapitole pracovní rehabilitace bych se ráda zmínila o ergoterapii, která je jejím předstupněm. Hopkins in Müller píše: „*Ergoterapie je založena na předpokladu, že smysluplná činnost (zaměstnání), zahrnující interpersonální vazby a vztahy s prostředím, může být použita k prevenci a ovlivňování dysfunkce a k dosažení maximální adaptace. Činnosti používané ergoterapeuty obsahují jak vlastní, tak terapeutický smysl*“ (2005, s. 252).

Vezmeme-li pracovní rehabilitaci u dětí, pak se nejedná přímo o rehabilitaci, ale o habilitaci, neboť děti se činnosti teprve učí. U dětí vycházíme z jejich vývojového stupně a míry postižení a nácvik denních činností provádíme na modelových situacích, nejlépe v reálném prostředí. Pfeiffer in Müller, (2005) rozlišuje v ergoterapii čtyři hlavní oblasti:

- ergoterapie cílená na postiženou oblast,
- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti (ADL),
- ergoterapie k naplnění volného času,
- oblast předpracovní rehabilitace.

Hovoříme-li o osobách se středně těžkou a těžkou mentální retardací a o osobách s kombinovanými vadami, pak je možnost jejich uplatnění se jak v podporovaném zaměstnávání, tak na volném trhu práce v naší zemi značně omezena. Osoba je schopna vykonávat jednoduchou pracovní činnost. Jejich zaměření je především:

- v intenzivním nácviku ADL,
- cvičení sociálních dovedností,
- v předpracovní rehabilitaci,
- v možnosti života v chráněném bydlení,
- v možnosti práce v chráněných dílnách.

ADL – aktivity všedního dne. Pro člověka s postižením jsou tyto aktivity velkou potíží. Jedná se o osobní hygienu, přesuny, koupání, jídlo, použití WC a dále **sociální dovednosti** jako je: vaření, příprava jídla, přenášení pití, nákup, manipulace s penězi, praní, použití dopravy, sociální interakce, telefonování, záliby.

Předpracovní rehabilitace se v poslední době dostává do popředí. V moderní společnosti se hovoří o integraci lidí s postižením do společnosti a spolu s tím

do pracovního procesu. Každý člověk má možnost získat pracovní uplatnění. Činí tak na volném trhu práce, v chráněných dílnách či podporovaných pracovištích. Práce má pro člověka velký význam. Motivy k práci jsou: aktivita, seberealizace, peníze, sociální kontakt, samostatnost a nezávislost.

Chráněné bydlení je dalším krokem k soběstačnosti. U osob s postižením je tento krok dosti složitý. Vše je závislé na míře postižení. Chráněné bydlení je nácvikem k samostatnému bydlení, je omezeno na 1-2 roky a jeho cílem je trénink situací souvisejících se samostatným bydlením. Ne vždy se podaří samostatnosti dosáhnout.

Chráněné dílny mají za cíl aktivně zapojit klienty s jakýmkoliv postižením do pracovního procesu, běžného života a společnosti (Dočkal, in Müller, 2005).

Přes veškerou legislativní podporu však lidé se středně těžkou a těžkou mentální retardací a kombinovanými vadami nacházejí uplatnění ve stacionářích a případně chráněných dílnách. Naše společnost není zatím připravena na vstup těchto osob na volný trh práce a i podporované zaměstnávání těchto osob je problémem. Všichni lidé, kteří se na integraci lidí s mentálním postižením podílejí, velmi dobře vědí, jaký je právě tohle složitý a těžký úkol. Nedá se tvrdit, že integrace či inkluze je snadnou záležitostí. Pokud se však přikloníme k tomu, že se člověk s mentální retardací může hodnotně podílet s ostatními občany na široké paletě lidských činností v běžném prostředí a zjistíme, že řada věcí, které dělat nemůže, nesouvisí ani tak s jeho omezením intelektu či adaptivním chování, ale s tím, že mu nedokážeme vytvořit vhodné prostředí, ve kterém by své možnosti mohl realizovat a poskytnout mu dostatečnou podporu, kterou k tomu potřebuje.

V této kapitole byla nastíněna problematika ucelené rehabilitace s přihlédnutím k složkám, jež jsou využívány v Základní škole speciální v Blansku. Taktéž byly zmíněny otázky sociální rehabilitace, která je důležitou součástí podpory osob s postižením. Kapitulu uzavřela pracovní rehabilitace jako nalezení možných variant dalšího uplatnění či efektivního a smysluplného naplnění času jedinců s postižením.

V kapitole druhé nahlédneme do Základní školy speciální v Blansku. Škola poskytuje vzdělání žákům s lehkým, středně těžkým a těžkým mentálním postižením a s kombinovanými vadami. V tomto zařízení je velmi dobře vypracována koncepce ucelené rehabilitace v ohledu při sestavování rozvrhu hodin.

2 Základní škola speciální Blansko

Základní škola speciální dříve Speciální škola pro žáky s více vadami byla založena v roce 1990. Škola má dvě jednopodlažní budovy spojené krčkem s nadstandartním vybavením v prvním patře; jako je fyzioterapie, výtvarný ateliér a keramická dílna, snoozelen. Individuální pracovna školního logopeda a internát v patře druhém. Součástí školy je i školní kuchyně, tělocvična a pracovny SPC. Okolo školy je pěkná zahrada vybavená relaxačními prvky a pískovištěm. Veškeré prostory jsou bezbariérové.

Škola vznikla pro potřebu vzdělávání dětí s kombinovanými vadami. V našem regionu v té době žádné takové zařízení nebylo. Prvotně se zde vzdělávali žáci ve třídách se vzdělávacím programem zvláštní a pomocné školy. V roce 1999 byla škola rozšířena o třídy s rehabilitačním vzdělávacím programem pomocné školy.

V současné době je škola složena z jedné třídy základní školy praktické a pěti tříd základní školy speciální. V rámci školy funguje internát pro děti, které nemohou denně docházet a školní družina. Koncepce ucelené rehabilitace byla zohledněna při sestavování rozvrhu hodin od školního roku 2005/2006. Jeho hlavní myšlenkou je propojenost a jednotnost v péči o naše žáky. Různé aktivity (např. canisterapie, rehabilitace, logopedie) jsou zde propojeny se složkami vzdělávání v jeden fungující celek.

Pedagogický sbor školy má šest učitelů, z nichž jeden pracuje ve třídě praktické školy devět vychovatelů podílejících se na výuce (z toho dva ve třídě ZŠ praktické) a střídajících se po týdnu, kdy neučí na internátě školy a tři asistenty pedagoga. Ve školní družině pracují tři vychovatelé.

2.1 Základní škola praktická

Kapacita školy je 12 žáků. V základní škole praktické jsou vzděláváni žáci podle Školního vzdělávacího plánu „Počítejte s námi!“ a dobíhajícího Vzdělávacího programu zvláštní školy č.j. 22 980/97-22. Žákům, kterým se nedaří plnit osnovy, je vypracován individuální vzdělávací plán, který je uzpůsoben jejich potřebám a možnostem. Povinná školní docházka je devítiletá a po jejím ukončení žáci získávají základní vzdělání.

Vyučování je realizováno ve vyučovacích blocích trvajících 1,5hod., které jsou rozděleny na činnosti vycházející z rozvrhu hodin. Ve vyučovacích hodinách ve třídě současně působí dva pedagogičtí pracovníci – učitel a vychovatel. Při všech výchovně vzdělávacích činnostech je uplatňován individuální přístup. Během celého dne jsou žáci pravidelně zapojováni do systému ucelené rehabilitace.

2.2 Základní škola speciální

Kapacita školy je 36 žáků. Ve škole jsou žáci ve třech třídách vzděláváni podle Školního vzdělávacího plánu „Počítejte s námi II!“ a podle dobíhajícího Vzdělávacího programu pomocné školy č.j. 24 035/97 – 22. Po ukončení povinné školní docházky žáci získávají základy vzdělání. Těžiště práce spočívá ve výchovně – vzdělávací činnosti zaměřené na poskytování elementárních vědomostí, dovedností a vytváření návyků, které dětem umožní realizovat se v běžném, praktickém životě. Rozvíjejí se zde psychické a fyzické schopnosti spolu s důsledným respektováním individuálních zvláštností žáků.

Docházka do základní školy speciální je desetiletá. Organizačně se člení na dva stupně: První stupeň (1. - 6. r.) a druhý stupeň (7.-10. r.). V rámci prvního stupně se rozvíjejí rozumové schopnosti žáků, vytvářejí a rozvíjejí se návyky a dovednosti nezbytné pro osvojení základů čtení a psaní, rozvíjí se motorika a pracovní dovednosti. Na druhém stupni dochází k dalšímu rozvoji dětí v návaznosti na první stupeň – důraz je kladen na samostatnost, co nejlepší soběstačnost a orientaci v prostředí, kde se pohybují. Završením vzdělávání žáků prohloubení již získaných poznatků spolu s hledáním cest k jejich profesnímu a pracovnímu využití. Ve třídě působí třídní učitel a vychovatel. Žáci se též vyučují v blocích. Ve vyučování se dělí na dvě skupiny. Jednu skupinu vyučuje učitel a druhou skupinu vede vychovatel, který učí výchovy. Každý žák má svůj individuální výchovně vzdělávací plán, který vychází z daného vzdělávacího programu. Žáci se dle svých schopností účastní i jednotlivých podpůrných terapií, které škola nabízí.

Ve škole jsou žáci ve dvou třídách vzděláváni podle školního vzdělávacího plánu „Počítejte s námi II!“ a podle dobíhajícího Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy schváleného MŠMT ČR č. j. 15 988/2003 – 24. Výchovu a vzdělávání zajišťují třídní učitel a vychovatel. Dále je ve třídě přítomen asistent pedagoga. Pro každého žáka je vypracován individuální výchovně vzdělávací plán, který přihlíží ke specifikům jednotlivých žáků. Do individuálních vzdělávacích plánů je zahrnuta

individuální logopedická péče, rehabilitace, canisterapie a hipoterapie. Jsou rovněž využívány speciální programy jako relaxace a smyslová výchova ve snoozelenu, míčkování, baby masáže, aromaterapie apod. Při výchově a vzdělávání je kladen důraz především na rozvoj sebeobsluhy, smyslového vnímání, rozumových schopností, komunikace a řeči, hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky a sociability.

2.3 Školní družina

Kapacita školní družiny je 18 žáků. Školní družina má provoz denně od 12:00 hodin. Rodiče si mohou vyzvedávat děti do 16:00 hodin. Družina v současné době funguje ve třech odděleních. V odpoledních hodinách si děti hrají, odpočívají, věnují se činností na rozvoj jemné a hrubé motoriky, chodí na školní zahradu, na procházky, účastní se canisterapie. Činnosti jsou přizpůsobeny individuálním zvláštnostem a potřebám dětí.

2.4 Internát školy

Kapacita internátu je 11 ubytovaných žáků. V rámci školy je zřízen internát pro žáky, kteří jsou zde zařazeni z důvodu velké vzdálenosti nebo z důvodu sociálního. Žáci ubytovaní na internátě mají vypracovaný svůj individuální plán pro internát. Jsou rozděleny do skupin po čtyřech a se svojí kmenovou vychovatelkou se věnují individuálním činnostem dle týdenního plánu. Při činnostech je přihlíženo k individuálním potřebám a zdravotnímu stavu dítěte. Internát zajišťuje plánovitou a systematickou výchovu žáků po ukončení školní výuky a nahrazuje žákům rodinné zázemí. Hlavní důraz je kladen na upevnění hygienických návyků, sebeobsluhy, slušného chování a přípravy na vyučování. Plán je plněn průběžně tak, aby přihlížel k psychickým a fyzickým potřebám a schopnostem každého dítěte. I děti z internátu jsou v odpoledních hodinách zapojeny v systému ucelené rehabilitace.

Internát funguje od pondělí od 7 hod. do pátku 15 hod. Od 7-8 hod. ráno a od 12 -20 hod. odpoledne se věnují dětem vychovatelky. Večer od 20 hod. o děti pečuje asistentka pedagoga, která je ráno v 7 hod. předává kmenovým vychovatelkám. V 8 hod. jsou děti předány do tříd a po obědě se vrací na internát. Internát je součástí školy.

2.5 Systém ucelené rehabilitace

Všem žákům v zařízení jsou poskytovány komplexní služby dle uceleného pojetí rehabilitační péče. Z terapeutických aktivit se jedná o fyzioterapii, individuální

logopedickou péčí, canisterapií, hipoterapií a arteterapií. Četnost jednotlivých terapií u konkrétních žáků se mění v závislosti na vývojovém stupni dítěte, je dána také mírou postižení, individuálními schopnostmi a možnostmi každého z nich, doporučeními spolupracujících odborných lékařů...

2.5.1 Léčebná rehabilitace a LTV

V rámci nadstandardních terapií poskytujeme v našem zařízení cílenou léčebně rehabilitační péči. Rehabilitace probíhá souběžně s ostatními terapiemi a provádí ji registrovaný fyzioterapeut. Terapie jsou indikovány odbornými lékaři (neurolog, rehabilitační lékař...) a důraz je kladen na individuální tělesné a mentální schopnosti žáků. Využíváme procedur vodoléčebných, elektroléčebných, rašelinových zábalů a forem suchého tepla, klasických masáží, míčkové facilitace, speciální léčebné terapie a technik jak manuálních, tak na neurofyziologickém podkladu. Součástí vybavení rehabilitace jsou kromě míčů, overballů, balančních plošin, chodítek, vertikalizačního stojanu, také motomed a TherapiMaster. Rehabilitační péče probíhá komplexně v návaznosti na individuální vzdělávací plán, ve spolupráci pedagogy a rodiči žáků.

2.5.2 Canisterapie

Tato podpůrná metoda má v našem zařízení své nezastupitelné místo a dlouholetou tradici. Oproti předchozím rokům se canisterapeutický tým díky podpoře Občanského sdružení „Počítáte s námi?“ podařilo rozšířit a tak k nám v současnosti docházejí tři psovodi, dva psi a jedna fena plemene Flat coated retriever, také jedna fena plemene Anglický setr. Psi skládají v tříletém intervalu náročné, řádné canisterapeutické zkoušky a jsou pod pravidelnou veterinární kontrolou. Pracovní tým tvoří pes, psovod a speciální pedagog. Canisterapie je prováděna formou individuální a kolektivní. Kolektivní canisterapie se účastní většinou žáci schopni samostatného pohybu. Při individuální formě je stěžejním prvkem polohování se psy a příprava na následující fyzioterapii. Této canisterapie se účastní především žáci imobilní z rehabilitačních tříd. Stimulační program vychází z individuálních fyzických a psychických potřeb žáků a je vytvářen ve spolupráci se školní fyzioterapeutkou a psychologem.

2.5.3 Logopedická péče

Pro každého žáka našeho zařízení sestavuje školní logoped individuální logopedický plán, jež vychází z vývojového stupně dítěte a bere na zřetel jeho schopnosti a individuální fyzické i psychické možnosti. Na základě tohoto plánu je pak žákům poskytována logopedická péče. Zaměřuje se nejen na rozvoj všech složek komunikačních dovedností (obsahovou, formální a praktickou), ale i všech oblastí s tím souvisejících (sluchové vnímání, zrakové vnímání, jemná motorika, myšlení).

Zejména u těžce postižených žáků se jedná také o rozvoj předverbálních aktivit a všeobecnou podporu řeči tak, aby se rozšířily komunikační kompetence klienta v situacích všedního dne. Logopedická péče probíhá ve spolupráci s foniatrem, neurologem, školou a rodinou tak, aby byla co nejvíce propojena s podporou v dalších oblastech.

2.5.4 Smyslová výchova ve snoozelenu

Škola je vybavena multisenzoriální místností – snoozelenem. Při pobytu a práci v něm, se snažíme navodit příjemnou a bezpečnou atmosféru, při které se dítě, často lépe než v běžném prostředí, uvolní, koncentruje a spolupracuje. Je všestranně stimulováno a rozvíjeno, hojně využíváme prvků bazální stimulace. Místnost je vybavena vyhřívaným a ozvučeným vodním lůžkem, širokou škálou světelných a zvukových efektů, zrcadlovou stěnou a dalšími speciálními pomůckami, které jsou využívány při dotykové terapii, aromaterapii, muzikoterapii atd.

2.5.5 Arteterapie, práce ve výtvarném ateliéru a keramické dílně

Nedílnou součástí školy je výtvarný ateliér spojený s keramickou dílnou, který je využíván dětmi, jak v rámci pracovní a výtvarné výchovy, tak i v rámci samotné arteterapie. Arteterapie v našem zařízení probíhá pod vedením vysokoškolsky vzdělaného arteterapeuta. Cílem výtvarných činností je kultivace estetického vkusu žáků ke vztahu k sobě i k okolí a rozvoj jejich vnímání, fantazie a tvořivosti. Jedním z nejdůležitějších cílů je relaxace, odreagování a uvolnění se. Při práci klademe důraz na proces vlastní tvorby, samostatné rozhodování při tvorbě. Pracujeme s vodovými, temperovými barvami, barvami na textil i sklo, využíváme různé techniky i materiály. V rámci arteterapie žáci pracují také s keramickou hlinou, k dispozici je vlastní keramická pec.

2.5.6 Hipoterapie

Nabídka aktivit a terapií byla v roce 2008 rozšířena o hipoterapii, jež je indikována externě spolupracujícím odborníkem – ortopedem. Žáci v doprovodu třídních učitelů navštěvují pracoviště sdružení Piafa ve Vyškově, podrobnosti naleznete na internetových stránkách [www: < http://www.piafa.cz >](http://www.piafa.cz) [online]. [2010-09-15] a pracoviště sdružení Epona v Hostěnicích, dostupné na [www: <http://www.hipoterapie.cz>](http://www.hipoterapie.cz) [online]. [2010-09-15]. Samotné hipoterapii předchází setkání pracovníků sdružení s rodiči dětí, vyšetření dětí, konzultace se školním logopedem a fyzioterapeutem. Pro každého žáka je vypracován individuální plán, který je v průběhu terapie plněn a na závěr odborníky, i dětmi hodnocen. Hipoterapie se stala nedílnou součástí rehabilitační péče v našem zařízení a svým působením přispívá k celkovému psychomotorickému rozvoji našich žáků.

Aby systém rehabilitace fungoval uceleně a koordinovaně, je nutné každoročně nově zpracovat harmonogram vycházející z aktuálního složení žáků a jejich momentálních potřeb. O propojenost léčebné rehabilitace s rozvrhem hodin žáků se stará speciální pedagog-logoped a školní fyzioterapeutka. Díky nim vše funguje. Dostupné na [www: <http://specialniskola.blansko >](http://specialniskola.blansko) [online]. [2010-09-15].

2.6 Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogické centrum (dále SPC), které je součástí školy, zajišťuje nejen našim žákům, ale i ostatním klientům péči logopeda, psychologa, speciálního pedagoga a sociální pracovníce. Pracovníce SPC spolupracují především s dětmi a rodiči klientů (dětí) předškolního a školního věku, s pedagogy naší školy a dalšími. Ke své práci využívá i snoozelen. Ve spolupráci s pedagogy ZŠ speciální zajišťují činnost nově vzniklých „Aktivačních center“.

2.7 Aktivační centra – projekt EU, ESF a MŠMT

Navrhovaný projekt si klade za cíl nabídnout mládeži s těžkými formami mentálního nebo kombinovaného zdravotního postižení odpovídající formu vzdělávání v souladu s požadavky na celoživotní vzdělávání populace. Výše uvedená cílová skupina představuje mládež, která žije v rodinném prostředí a nevyužívá služeb sociálních nebo charitativních zařízení. Cílem projektu je s využitím podmínek základních škol

speciálních nabídnout takové vzdělávací aktivity, které zajistí nejen udržení získaných vědomostí a dovedností z povinné školní docházky, ale i jejich další rozvoj. Nabídka spočívá v systému vzdělávacích aktivit organizačně zajištěných kurzy. Jejich náplň zahrne širokou oblast výtvarných činností, praktickou obsluhu moderních multimediálních přístrojů a práce spojené se samostatnou přípravou pokrmů. Doba realizace projektu je: 1. 3. 2010 – 28. 2. 2013

Druhá kapitola podala informace struktury, zaměření, stylu práce a koncepci ucelené rehabilitace v Základní škole speciální v Blansku. Školu navštěvují děti s kombinovanými vadami. Třetí kapitola je zaměřena na bližší specifikaci problematiky mentální retardace, mozkové obrny, epilepsie a ADHD, které jsou diagnostikovány u vybraných žáků.

3 Diagnózy u dětí vzdělávajících se v základní škole speciální

V této kapitole naleznete bližší specifikaci mentální retardace, mozkové obrny, epilepsie a ADHD, které jsou diagnostikovány u vybraných žáků v praktické části práce.

3.1 Mentální retardace

Na definici mentální retardace mají různí autoři odlišný pohled. Např.: Pipeková píše: „*Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Je to stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence*“ (1998, s. 171). Tato definice jako i definice Švarcové: „*Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence*“ (2006, s. 31), však popisuje pouze intelektové schopnosti jedince. Definice Kučerové in Svoboda: „*Mentální retardace je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku. Kvůli neodpovídajícímu, porušenému nebo zastavenému intelektovému vývoji se vytvoří sociální závislost*“ (2006, s. 271) se dívá na mentální retardaci z pohledu sociálního začlenění jedince do společnosti.

Kozáková užívá ve své publikaci vřezahrnující definici Valenty a Müllera: „*Mentální retardaci lze definovat (Valenta, Müller, 2003) jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií*“ (2005, s. 20).

3.1.1 Výskyt v populaci

Valenta a Müller (2003) udávají 3-4 % mentálně postižených osob v populaci, s tím, že se oproti minulosti eviduje jistý nárůst poruchy. Příčiny jsou ale značně diskutabilní. Jako jedna z nich se udává lepší lékařská péče, kdy lékařská technika udrží při životě i takového novorozence, který by v minulosti zemřel. Klasifikace mentální retardace a charakteristika jednotlivých stupňů. Podle Švarcové (2006) je mentálně postižených nejpočetnější skupina mezi postiženými.

3.1.2 Příčiny vzniku mentální retardace

Dle Kozákové (2005) má dvě rozdílná hlediska:

- zdůrazňující dědičnost – podceňují vlivy prostředí a výchovy,
- zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopnosti a nezohledňuje vlivy genetické.

Vágnerová (1999) – základní dělení:

- Dědičně podmíněné postižení – vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu.
- Působením teratogenních vlivů v prenatalním věku – faktory ovlivňující plod prostřednictvím matky – fyzikální (záření) – chemické (léky, alkohol drogy) a biologické (viry, mikroby).
- Perinatální poškození mozku – při porodu nedostatkem kyslíku nebo stlačením hlavičky, které má za následek krvácení do mozku.
- Postnatální poškození mozku - narušení vývoje mozku v průběhu prvních 18 měsíců života.

Pseudooligofrenie – vzniká vlivem nedostatečného a nepřiměřeného výchovného působení v důsledku zanedbanosti tzv. sociální poškození vývoje rozumových schopností.

3.1.3 Klasifikace mentální retardace

Lesný a Špitz (1989) považují rozdělení podle stupně postižení za praktické se zdůvodněním rozdílných projevů a možností mentálně retardovaných jedinců. Dle jasně vymezené klasifikace víme, jaké jsou hranice vychovatelnosti a vzdělavatelnosti.

V současné době se užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost v roce 1993. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- F 70 lehká mentální retardace - IQ 50-69,
- F 71 středně těžká mentální retardace - IQ 35-49,
- F 72 těžká mentální retardace -IQ 20-34,
- F 73 hluboká mentální retardace - IQ pod 20,
- F 78 jiná mentální retardace,
- F 79 nespecifikovaná mentální retardace.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí se k základnímu kódu stupně mentální retardace přidává kód vyjadřující postižení chování:

vyžadující pozornost nebo léčbu;

0. – žádná nebo minimální porucha chování;

1. – významná porucha chování

8. – jiné poruchy chování;

9. – bez zmínky o poruchách chování

Z výběru mnoha publikací zabývajících se mentální retardací jsou reprezentativně popsány znaky mentální retardace, které vztahu k jednotlivým stupňům nabízí MKN-10 v publikaci Valenty a Müllera (2003) :

- **Lehká mentální retardace** – opožděný vývoj řeči, hlavní problémy se vyskytují s nástupem do školy. Nezávislost na sebeobsluze, schopnost vykonávat jednoduché zaměstnání, sociálně nenáročném prostředí se pohybují bez problémů. Výchovné prostředí má velký význam.
- **Středně těžká mentální retardace** – myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako schopnosti sebeobsluhy, nutnost chráněného prostředí po celý život. Možnosti edukace se omezují na trivium, řeč je jednoduchá a obsahově chudá., někdy zůstává na nonverbální úrovni. Retardace psychického vývoje bývá často kombinovaná s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími poruchami. Etiologie je většinou organická.
- **Těžká mentální retardace** – výrazné opoždění psychomotorického vývoje, možnosti sebeobsluhy jsou trvale a výrazně limitované, potrava musí být upravena, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni. Kombinace s motorickými poruchami příznaky celkového poškození CNS, časté poruchy chování – stereotypní pohyby, afekty, agrese atd.
- **Hluboká mentální retardace** – nutná trvalá péče ve všech úkonech, časté sensorické a motorické postižení, těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti max. na porozumění jednoduchých požadavků a nonverbální odpovědi. Etiologie organická, kombinují se těžší formy pervazivních poruch.

Dělení podle typu chování:

- typ eretický – nestabilní- je charakteristický neklidem, prchlivostí, vzruch a útlum se střídají rychle, v citové oblasti je nestálý, emoce se rychle mění, slabá vůle, u ničeho nevydrží, neschopnost soustředit se,
- typ apatický – netečný – charakteristická těžkopádnost, nečinnost, zpomalené pohyby, chování tiché, klidné, někdy automatické pohyby (např. kývání tělem),
- typ nevyhraněný – procesy vzruchu a útlumu se vyskytují v rovnováze, popřípadě jeden může mírně převládat (Kozáková, 2005).

3.1.4 Typické znaky mentálně retardovaných

Pro větší přehlednost dělí Valenta a Müller (2003) proces poznání na bezprostřední (smyslové) a zprostředkované (myšlení a řeč).

Smyslová percepce je na úrovni první signální soustavy.

Zvláštnosti percepce uvádí Rubínšteinová (1973) in Valenta, Müller (2003):

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání-dítě nevidí globálně, ale postupně, při vnímání obrazu nechápe perspektivu
- nediferencovanost počitků a vjemů - tvarů, předmětů a barev, diskriminace figury a pozadí – nutné vydělit výrazně obrazce od pozadí
- inaktivita vnímání – jedinec není schopen vnímat materiál podrobně a vnímat detaily, pootočíme-li obraz, jedinec jej nepozná a zkoumá jej znovu
- nedostatečné prostorové vnímání – porucha hloubky vnímání
- snížená citlivost hmatových vjemů – objem, materiál...
- nedostatečný proces analýzy v korové části proprioceptivního analyzátoru vede ke špatné koordinaci pohybu
- pro akustický analyzátor je charakteristická opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení
- nedokonalé vnímání času a prostoru

Myšlení mentálně postiženého žáka je zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy tvoří těžce a úsudky jsou nepřesné (Valenta, Müller, 2003).

Řeč je deformovaná. Nedostatky jsou v rozvoji fonemického sluchu, tj. nedostatečná diskriminace fonémů – hlásky slyší, ale nerozlišuje. Z podstaty plyne

defekt obsahu sdělení. Typická malá slovní zásoba, nedokonalá gramatika, vyjadřování v jednoduchých větách, značný dramatismus a vynechávání části vět (Rubinštejnová, 1973 in Valenta, Müller, 2003).

Paměť vykazuje určitá specifika. Vše nové si osvojují pomalu a po mnohačetném opakování, naučené rychle zapomínají, pamětní stopy se vybavují nepřesně. Ve speciálních školách je věnována pozornost opakování a požadavek rozmanitosti a relaxace (Valenta, Müller, 2003).

Pozornost vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností, s nárůstem kvantity výkonu roste počet chyb (Kysučan, 1982 in Valenta, Müller 2003).

Emoce – Rubinštejnová (1973) in Valenta, Müller (2003) uvádí výčet zvláštností: převládá buď jednostranné uspokojení nebo neuspokojení, chybí citové odstíny, city jsou neadekvátní svojí intenzitou a dynamikou – buď vnímá událost povrchně nebo příliš silně, neadekvátní výkyvy nálad nebo apatie.

Sexualita – člověk má stejné potřeby jako intaktní jedinec - častým problémem je masturbace a obnažování na veřejnosti – saturace fyziologické potřeby – nutnost vysvětlovat nevhodnost takového chování na veřejnosti (Zvolský, 1998 in Valenta, Müller, 2003).

Ve volních projevech – citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Specifickým rysem je dysbulie - porucha vůle - a abulie „nerozhodnost, nedostatek vůle, neschopnost zahájit činnost; ztráta n. snížení volních činností“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 15).

3.1.5 Léčba

Druhem léčby může být i vzdělávání a úspěšné začlenění do společnosti. Jde o hledání optimálních přístupů ve snaze vychovávat, vzdělávat a rozvíjet jedince tak, aby nakonec byli schopni prožívat kvalitní a smysluplný život (Slowík, 2007).

3.1.6 Prognóza

„Lidé postižení mentální retardací bývají ve větší míře závislí na společnosti. Jejich soběstačnost lze ale rozvíjet, a to i v dospělosti. Jakákoliv zvládnutelná pracovní činnost uchovává jejich kompetence a dává jejich životu smysl“ (Vágnerová, 1999, s. 159).

3.2. DMO – dětská mozková obrna

„Hlavním příznakem dětské mozkové obrny je porucha motoriky, charakteristická postižením volních pohybů“ (Vágnerová, 1999, s. 79).

3.2.1 Příčina vzniku DMO

Příčina vzniku DMO je v prenatálním (infekční onemocnění, Rh inkompabilita), perinatálním (nedostatek kyslíku v mozku nebo poranění při porodu) a postnatálním (novorozenecká žloutenka, cévní mozková příhoda) poškození CNS (Lesný, Špitz, 1989), (Vágnerová, 1999).

3.2.2 Klasifikace DMO

Šlapal (2002) rozlišuje formy DMO podle charakteru tonusové a hybné poruchy na:
Spastické:

- Diparetické (paraparetické) formy jsou různě vyjádřené postižení dolních končetin od forem lehkých (paukospastické) až po těžké (klasické).
- Hemiparetické formy se vyznačují postižením jedné poloviny těla. Přičemž převaha je patrná na horní končetině.
- Kvadruparetické formy jsou nejzávažnějším postižením všech končetin.

Zvláště u forem kvadruparetických, ale také hemiparetických je častější postižení intelektu a zvýšený výskyt epileptických záchvatů.

Nespastické

- Hypotonické formy jsou charakterizované oslabením svalového tonu trupu i končetin centrálního původu, poměrně časté jsou poruchy intelektu a epileptické paroxysmy, které jsou rozlišujícím znamením od hypotonie periferního typu (nejčastěji v rámci nervosvalového onemocnění).
- Extrapyramidové (dyskinetické) formy patří mezi vzácnější, nejčastější je tzv. athetosis duplex (grimasování v obličeji, hadovité hyperkinézy hlavy, trupu i končetin).

Zastaralé dělení forem DMO podle Lesného in Kraus (1964) i Lesného (1989):

- diparetická,
- diparetická pantoskopická,
- hemiparetická,

- kvadruparetická,
- oboustranná hemiparetická,
- dyskinetická,
- hypotonická.

Vágnerová (1999) uvádí ještě mozečkový syndrom, který postihuje pohybovou koordinaci, ale i velmi často rozumové schopnosti.

3.2.3 Projevy

DMO se projevuje v dětském věku zpomaleným pohybovým vývojem, poruchami svalového napětí. Později se objevují poruchy hybnosti. Mohou postihnout dolní polovinu trupu a dolní končetiny. Při této formě je svalstvo na dolních končetinách napjaté, dítě se staví na špičky, překřičuje dolní končetiny, neohýbá je v kolenních kloubech. Postiženy mohou být všechny čtyři končetiny. Děti trpí nápadnou neobratností, třesem, u poloviny je snížena inteligence. Postižení je trvalé (Mečíř, 1988, s. 59). Pohybové postižení zvyšuje riziko deprivace v oblasti stimulace, učení a sociální zkušenosti. Vývoj poznávacích procesů může být opožděn. Děti mají problémy s koncentrací pozornosti, poruchami paměti, poruchou percepce. Citové prožívání závisí na poruše CNS, jsou labilnější, infantilnější a dráždivější. Mají časté poruchy řeči (Vágnerová, 1999).

3.2.4 Diagnostika

Diagnostika je zřejmá z klinického obrazu, anamnesticky je významná přítomnost prenatálních, perinatálních a časně postnatálních rizik. Přesto je nezbytné přešetření mozku a míchy pomocí CT, respektive Magnetické rezonance, EMG k odlišení nervosvalové léze, EEG, psychologické a geneticko - metabolické vyšetření (Kraus, 2005, Šlapal 2002).

3.2.5 Terapie

V rámci terapie je nejdůležitější komplexní rehabilitační péče popsána v kapitole první, včetně lázeňské péče, potřebná úroveň motorické a psychické stimulace a dobré rodinné a sociální zázemí. Medikamentózní léčba je pouze symptomatická. Chirurgická léčba kontraktur (plastiky Achillovy šlachy, uvolnění příslušných svalů stehen). Je nutné ji zvažovat přísně individuálně. Alternativně je možné aplikovat botulotoxin. Neurochirurgie provádí nejčastěji shunt drenáž u hydrocefalu (Kraus, 2005, Šlapal, 2002). Lesný (1989) se řídí v rehabilitaci zásadou:

- a) vývojovosti, kdy při rozvíjení dovedností je třeba dodržovat posloupnost ontogenetického vývoje, dítě se má napřed učit plazit, pak lézt a teprve potom chodit
- b) zásada reflexnosti, kterou je důležitý přísun vzruchu, rozličné stimulační, zejm. rytmus, hudba a tanec
- c) zásada komplexnosti, která využívá všech prostředků, a to nejen rehabilitačního cvičení, ortopedických pomůcek, ale i farmakologických – užití léků.

3.2.6 Prognóza

Z pohledu prognózy je tonusové a hybné vyhrávání v průběhu 2 – 4 let života a mohou se měnit jak kvantitativně, tak kvalitativně. Po uplynutí tohoto období jsou již víceméně stacionární. Další kolísání je závislé na přítomnosti epilepsie, na stupni mentálního postižení, na úrovni rehabilitační péče a sociálního zázemí (Šlapal, 2002).

3.3 Epilepsie

„Jsou mozková postižení různého původu, projevující se opakujícími se záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky“ (Šlapal, 2002, s. 26). Obdobně definují epilepsii i další autoři Kraus (2005) a Vágnerová, (1999).

Výskyt v populaci celkově je asi 1%, v dětské populaci 3%.

3.3.1 Příčina vzniku

Genetické faktory, prenatální faktory (nedostatečná oxigenace plodu), perinatální faktory (hypoxie novorozence, trauma při porodu), postnatální faktory (úrazy, infekce, asfyktické příhody např. tonutí) (Kraus, 2005). Jsou velká množství odlišných záchvatů, nemají jednotnou etiologii, jsou však charakterizovány patogenezi. Sekundární – symptomatické – záchvaty jsou podmíněny mozkovým ložiskovým nebo difúzním – traumatickým, nádorovým, metabolickým (Šlapal, 2002). Idiopatické – primární – jejichž příčinu nelze ani v dnešních možnostech určit.

3.3.2 Klinické příznaky

Základní roli hraje epileptické ložisko. Jeho aktivitu ovlivňuje záchvatovitá pohotovost mozku. Klinické obrazy jsou velmi rozmanité a závislé především na ontogenetickém věku mozku (Šlapal, 2002).

3.3.3 Projevy

Klinické projevy jsou rozmanité, většinou jsou kombinací těchto pěti znaků:

- poruchy vědomí jak kvantitativní, tak i kvalitativní,
- motorické vyznačující se křečemi, snížením nebo ztrátou svalového tonu, automatismy či přechodnou obrnou,
- somatosenzorické, které mohou být čichové, sluchové nebo zrakové senzace různého druhu,
- vegetativní se změnou reakce zornic, změnou barvy kůže zvl. v obličeji, nevolností, zvracením, pocením, bolestmi hlavy, závratí,
- psychické s nejrůznějšími psychické prožitky zpravidla spojené s kvalitativní poruchou vědomí.

Záchvaty jsou věkově vázané. U dětí myoklonické (záškuby těla různého charakteru, intenzity a lokalizace), u batolat je náhlá ztráta svalového tonu, u dětí školního věku zaznamenáváme absence (krátce trvající zahledění).

Záchvaty bez věkové vazby – parciální – dělíme na elementární (bez ztráty vědomí) a komplexní (s poruchou vědomí a automatismy)(Šlapal, 2002).

Parciální záchvaty vycházejí z části mozkové kůry jedné z hemisfér – jejich symptomatika může být různá a odpovídá místu vzniku a/nebo šíření epileptické aktivity.

Parciální záchvaty simplexní charakterizují ložiskové příznaky, které nejsou doprovázeny poruchou vědomí a pacient se na záchvat plně pamatuje, projevy mohou být motorické, senzitivní i senzorické, psychické či vegetativní, pacient je popisuje jako pocity předcházející před nástupem poruchy vědomí, jsou tyto projevy tradičně označovány také jako aura.

Parciální záchvaty komplexní jsou charakterizovány částečnou nebo úplnou poruchou vědomí. Pacienti se na celý průběh takového záchvatu nepamatují, někdy si ale pamatují jeho iniciální část – auru. V průběhu motorická aktivita od jednoduchých pohybových vzorců až po automatismy – vypadá „normálně“, ale postrádá v dané situaci smysl. Někdy je v průběhu záchvatu zaznamenán i strukturovaný slovní projev, někdy naopak záraz v činnosti.

Generalizované záchvaty postihují obě hemisféry mozku současně.

Generalizovaný tonicko-klonický záchvat může být předcházen záchvatem parciálním nebo vzniká primárně jako náhlá porucha vědomí s pádem a tonickou kontrakcí. Tonická kontrakce trvá několik desítek sekund a plynule přechází do fáze klonické, která se projevuje rytmickými záškuby končetin. Po záchvatu pacient často usíná. Záchvat může být doprovázen inkontinencí moči a stolice, může dojít k pokousání jazyka.

Absence jsou záchvaty typické pro dětský věk. Většinou jsou absence krátké, jen několik sekund trvající záchvaty charakterizované strnutím a zahleděním s doprovodnou změnou výrazu v obličeji, někdy doprovázené mrkáním či drobnými záškuby mimického svalstva. S různou hloubkou poruchy vědomí, často vůbec nereaguje.

Záchvaty myoklonické. Myoklonie jsou jednotlivé nebo vícečetné prudké záškuby postihující v případě generalizovaných záchvatů symetricky končetiny. Může se při nich objevit i mírné podklesnutí v kolenou až pád.

Záchvaty klonické jsou charakterizovány opakovanými svalovými záškuby – klonickými křečemi. V průběhu záchvatu často narůstá amplituda záškubů a klesá jejich frekvence.

Při **záchvatech tonických** jsou končetiny a/nebo trup fixovány déletrvající svalovou kontrakcí ve strnulé, nepřirozené poloze.

Záchvaty atonické jsou doprovázeny náhlým poklesem svalového tonu, který může být pouze fragmentární a vede k poklesu hlavy, povolení čelisti, poklesu končetin.

Typ epileptického záchvatu je určen podle toho, která oblast vnímání nebo chování je dominantně postižena.

Auru charakterizují subjektivně pociťované vjemy, které mají senzorické, psychosenzorické nebo prožitkové rysy.

Dialeptické záchvaty charakterizuje epizoda s poruchou vědomí, během níž není pacient vůbec schopen reagovat na vnější podněty nebo na ně reaguje jen v omezené míře. Musí doprovázet aspoň částečná amnézie

Motorické záchvaty jsou charakterizovány dominancí pohybových projevů. Při některých jsou to nepřirozené pohyby a pozice těla odlišné od fyziologických pohybů pro jejich nepřirozenou rychlost, časovou následnost nebo posturu. Dostupné na [www: <http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&cname=Neurologie&letter=E&termId=3399&tname=Epilepsie+-+p%C5%99%C3%ADznaky&h=empty>](http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&cname=Neurologie&letter=E&termId=3399&tname=Epilepsie+-+p%C5%99%C3%ADznaky&h=empty) [online]. [2011-06-27].

3.3.4 Diagnostika

Diagnostika se opírá o anamnestické údaje a popis záchvatu. Vyšetřovací metodou je EEG – elektroencefalografie, která snímá aktivity mozku.

3.3.5 Terapie

Léčba spočívá v podávání antiepileptik. Pro volbu je důležitá identifikace typu záchvatu nebo druhu epilepsie. Pro některé typy záchvatů jsou určité látky vhodnější než jiné. Je dobré znát vedlejší účinky léků. Další léčbou je úprava životosprávy, dieta. Také jsou možné neurochirurgické zákroky (např. stimulace bloudivého nervu).

3.3.5 Prognóza

Prognóza u jedinců s epilepsií není vždy nepříznivá. Epilepsii lze kompenzovat u 1/3 pacientů. Přibližně u 1/3 jedinců trpících epileptickými záchvaty nedochází k zlepšení ani pomocí farmaceutik.

Zvláštní formou epilepsie je:

3.3.6 Lenox-Gastautův syndrom (LGS) je velmi vážný, ale vzácný.

Definují jej 3 základní znaky:

- Generalizované záchvaty více než jednoho typu, které jsou obtížně kontrolovatelné.
- Pomalost intelektuálního růstu a přidružené osobnostní obtíže.
- Specifická abnormalita na EEG nazývaná vzorec pomalého hrotu a vlny, která se objevuje, když je dítě v bdělém stavu, a generalizované rychlé záznamy (rytmy) během spánku.

Malý počet dětí dopadá dobře, ale většina (75% - 95%) dětí s LGS mají opožděný intelekt, který se pohybuje od mírné retardace k těžké. Dostupné na [www: < http://autiktusticka.blog.cz/0905/lennox-gastautuv-syndrom >](http://autiktusticka.blog.cz/0905/lennox-gastautuv-syndrom) [online]. [2011-05-17].

3.4 ADHD -Attention deficit hyperactivity disorder

Jedná se o poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Dříve používaná diagnóza LMD = lehká mozková dysfunkce se snažily postihnout etiologii, aktuálně užívané označení syndromu vychází chování této poruchy.

V mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 se používá označení Hyperkinetické poruchy, pod nímž je zařazena Porucha aktivity a pozornosti (F90.0) a Hyperkinetická porucha chování (F90.1).

Výskyt ADHD v dětské populaci se odhaduje v rozmezí 3-7 % dětí školního věku, u chlapců je výskyt poruchy častější než u děvčat (nejčastěji udávaný poměr 6 : 2), u dívek bývají zpravidla projevy poruchy méně nápadné (Goetz, Uhlíková, 2009).

3.4.1 Příčina vzniku

Příčiny ADHD nejsou zcela známé a nelze proto určit jednoznačnou příčinu. Největší vliv se přisuzuje genetickým (dědičnost) nebo biologickým/fyziologickým (neurologická porucha zpracování nervových impulsů; zdravotní komplikace v těhotenství nebo při porodu; znečištěné životní prostředí a strava; užívání alkoholu a drog v těhotenství faktorům). Bragdon, Gamon (2006) nacházejí příčinu v čelních lalocích mozku a tak je možnost vzniku ADHD i po úrazu čelního laloku. Ošlejšková uvádí, „že řadou studií bylo prokázáno, u poruchy pozornosti s hyperaktivitou jde o odlišný metabolismus neurotransmiterů: dopaminu a noradrenalinu a má podklad ve strukturách mozku“ (2010, s. 106).

3.4.2 Klinické příznaky

Nejdůležitější klinické příznaky, které vedou k diagnóze, jsou:

- Nepozornost – dítě budí dojem neposlušnosti, není schopno soustředit pozornost, přebíhá od jedné činnosti k druhé, dělá chyby z nepozornosti,

- hyperaktivita – puzení k neustálému a bezúčelnému pohybu, nemůže být v klidu, je „jak z divokých vajec“,
- impulzivita – dělá věci bez rozmyšlení, má malou sebekontrolu, nedokáže vyčkat rozhodnutí, zvýšená úrazovost (Ošlejšková, 2010).

3.4.3 Projevy

Typické projevy chování dětí poruchou pozornosti a s hyperaktivitou (ADHD).

Vysoká míra aktivity:

- vypadá, že je neustále v pohybu,
- nenechá v klidu ruce ani nohy, vrtí se, padá ze židle,
- vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje nebo je vkládá do úst,
- prochází se po třídě (nedokáže setrvat na místě)

Impulzivita a malé sebeovládání:

- často něco vyhrkne, mnohdy nepřípadně,
- nemůže se dočkat, až přijde na řadu,
- často skáče do řeči ostatním nebo je ruší,
- často nadměrně mluví,
- dostává se nesnází tím, že věci nedokáže předem promyslet (nejdříve reaguje a teprve pak přemýšlí),
- nezřídka se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by předem uvážil možné následky (např. skáče dolů z velké výšky, vjíždí na kole na silnici)

Potíže s přechodem k jiné činnosti.

Agresivní chování.

Sociální nevyzrállost.

Malá sebeúcta a značná frustrovanou (Riefová, 1999).

3.4.4 Diagnostika

Diagnózu by měl stanovit dětský psychiatr ve spolupráci s dětským lékařem. První problémy vnikají při nástupu do školy, dítě je odesláno do pedagogicko - psychologické poradny – posouzení intelektu, pozornosti a problémů s chováním. Má být vyšetřeno

i psychologem. Jako doplňkové a vhodné je vyšetření neurologem (CT, MR, EEG). I názor učitele má svoji cenu (Goetz, Uhlíková, 2009).

3.4.5 Terapie

Léčba ADHD není pro jednoho člověka. Měli by se na ní podílet všichni - odborníci z řad lékařů a psychologů, ale i učitelé. Rodiče, sourozenci prarodiče a další osoby. Úplný léčebný přístup má největší naději na úspěch, když se skládá z propojených metod a zahrnuje farmakoterapii (stimulancia), psychoterapii, režimová a výchovná opatření (Goetz, Uhlíková, 2009). Základním pravidlem při vedení dítěte s ADHD je individuální přístup (Třesohlavová, 1990). Dle Šlapala (2002) je vhodná soustavná stimulace psychiky a motoriky.

3.4.5 Prognóza

Minimálně 40 % hyperkinetických dětí má poruchy chování. V 50 % přechází do dospělosti jako ADHD-RT porucha pozornosti s hyperaktivitou retardovaného typu s diagnostickou "nálepkou" specifické poruchy osobnosti. Dostupné na [www: <www.predys.szm.com/zdrav_noviny.htm >](http://www.predys.szm.com/zdrav_noviny.htm) [online]. [2011-06-2].

3.5 Další diagnózy objevující se v praktické části:

Nízkofunkční autismus – „*Nízkofunkční autismus je popisován u nejvíce mentálně retardovaných dětí (těžká a hluboká), které nemají rozvinutou použitelnou řeč, velmi málo navazují kontakt a v symptomatice převládají stereotypní, repetitivní příznaky*“ (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 41).

Verbální (řečová) dyspraxie vzniká narušením mozkových mechanismů programování sekvencí pohybů potřebných k produkci řeči. Dítě špatně nastavuje mluvidla, artikulační pohyby jsou nepřesné, zpomalené projevující se zkomoleninami. V léčbě je u dítěte potřebný předpoklad dobrých receptivně jazykových a kognitivních schopností (Lechta, 2005).

Hypoprosexie - snížená pozornost. Vzniká při vyčerpání či některých psychických poruchách. Podílí se na ní snížení koncentrace (hypo-; řec. prosexis vnímání). Dostupné na [www: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/hypoprosexie-1 >](http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/hypoprosexie-1) [online]. [2011-06-23].

Skolióza – 1. vychýlení páteře do strany. S. může být vrozená nebo způsobená různými onemocněními páteře, zádových svalů nebo nervů. Podle příčiny se rovněž rozlišuje s. osteopatická, myopatická, neuropatická. Značná část strukturálních s. je idiopatická. V léčbě je důležité cílené cvičení, vhodné je např. plavání, korzety, v některých případech je léčba operační. 2. kyfoskolióza – chorobné, abnormální zakřivení páteře do strany skolióza a dozadu nadměrná kyfóza. Mohou ji způsobit některá onemocnění kostí a páteře. Při větším rozsahu má negativní vliv na činnost plic a srdce (skolios - zahnutý). Dostupné na www: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/skolioza>>[online]. [2011-06-23].

V této části práce byly popsány diagnózy vyskytující se u vybraných žáků, kteří jsou uvedeni praktické části práce. Vzhledem k diagnózám jsou tyto děti dětmi se speciálními potřebami.

Čtvrtá a také poslední kapitola představuje empirickou část bakalářské práce. Obsahuje kazuistiky tří žáků, jež jsou cíleny na podrobný přehled veškeré podpory, která je těmto dětem nabídnuta.

4 Praktická část

Cíle, vzorek a metodologie výzkumu

Hlavním cílem této práce je prostřednictvím studia kazuistik identifikace problémových témat, která souvisejí se zajišťováním mezirezortních služeb v pojetí komplexního systému rehabilitace. V kazuistikách sleduji, ve kterých místech příběhu klienta rehabilitace funguje a ve kterých ne a jestli je to chyba systémová, tj. jestli by se mohla týkat většího množství klientů s podobným typem problémů. Potenciální problémy pouze identifikuji, ale neanalyzuji ani nezkoumám.

Pro svou práci jsem si vybrala žáky vzdělávající se v Základní škole speciální v Blansku. V tomto zařízení pracuji na pozici vychovatelky. S prvními dvěma dětmi se osobně setkávám a pracuji na internátě školy. Třetí - chlapec je ze třídy, ve které působím jako vychovatelka. S dětmi jsem denně v kontaktu, pracuji s nimi, doprovázím je na terapie. Jedná se o děti s kombinovaným postižením.

Je to dívka, 16 let, s DMO – centální kvadruparéza v kombinaci s epilepsií a s těžkou mentální retardací. S růstem přišly i další zdravotní komplikace (značná skolióza páteře, časté luxace pately). Tuto dívku jsem si vybrala, protože během školních let dosáhla největších pokroků ve všech oblastech a je zde výborná spolupráce s rodiči. Dále chlapec, 16 let, s diagnózou Lennox Gastautův syndrom, s epilepsií, v kombinaci s hraničním pásmem těžké mentální retardace a lehkého tělesného postižení. Tohoto chlapce jsem si vybrala jako ukázkou toho, že i přes veškerou snahu zúčastněných vývoj chlapce stagnuje ve všech směrech. I tady je spolupráce s rodinou výborná. A jako poslední je chlapec s ADHD, výraznou hyporosexií opět v kombinaci s mentální retardací – v dolní hranici středně těžké mentální retardace, dále trpí syndromem neobratného dítěte a dyspraxií mluvidel. Tohoto chlapce jsem volila, protože přístup k němu se diametrálně liší od dětí předchozích. První dvě děti je nutné aktivizovat, naopak tohoto chlapce je třeba zklidňovat, dát mu jasná pravidla, snažit se udržet pozornost u jedné činnosti a vyhledávat aktivity k vybití energie a to vše vzhledem k diagnóze ADHD.

Co se týká návaznosti a koordinace služeb v naší škole. Ve škole je vypracován systém ucelené rehabilitace a jednotlivé terapie jsou zařazeny do rozvrhu hodin tak, aby na sebe účelně navazovaly (např. individuální canisterapie a následná fyzioterapie). Provázanost a jednotnost těchto aktivit má na starosti speciální pedagog –

logopedka ve spolupráci s fyzioterapeutkou a třídními učiteli. I rozvrh hipoterapie je plně v její kompetenci. Veškeré terapie a služby jsou u jednotlivých dětí konzultovány s odbornými lékaři, kteří spolupracují s naší školou.

Co se týká předávání si informací, tak je prvotní informace zapsána do deníku předávání služeb a další informace o dětech si předáváme osobně. Jakékoliv změny, nejasnosti v péči o dítě a zdravotní stav a psychické rozpoložení dítěte si předáváme průběžně. Vždy je práce dítěte – žáka – ohodnocena terapeutem ihned po terapii a to před žákem třídnímu učiteli nebo vychovatelce. Diagnostiky i závěry si čteme navzájem a jednou za čtvrtletí na pedagogické poradě hodnotíme jednotlivé děti ve všech složkách, které žák užívá. A to toho důvodu, abychom měli přehled o všech dětech naší školy.

Metody použité pro získání dat: studium dokumentace od externích lékařů, od lékařů spolupracujících se školou (neurolog, ortoped, foniatr), zprávy SPC, dokumentace školy (vysvědčení, dokumentace z logopedie, fyzioterapie, canisterapie), rozhovory s třídními učiteli, školní logopedkou, fyzioterapeutkou, hipoterapeutkami, canisterapeutkou, arteterapeutkou a s rodiči a pozorování dětí při práci. K závěrům práce jsem dospěla analýzou a rozborem jednotlivých kazuistik.

Struktura jednotlivých kazuistik:

Základní informace: věk, pohlaví, postižení.

Anamnéza a stručná charakteristika.

Shrnutí odborných služeb a závěrů jednotlivých vyšetření.

Prognóza

Shrnutí.

4.1 Kasuistika č. 1

Dívka, 16 let s diagnózou DMO – centrální kvadruparéza s větším postižením DKK, spastická, epilepsie, těžká mentální retardace, skolióza.

4.1.1 Anamnéza a stručná charakteristika

Dívka pochází z úplné rodiny, podnětného prostředí. Jeden mladší bratr i rodiče jsou zdraví. Dítě se narodilo z první bezproblémové gravidity, porod ve 33. týdnu, kříšena, 2 týdny v inkubátoru, krmena sondou. V raném věku probíhal vývoj řeči v normě (slova v 1. roce, věty ve 2. roce), dochází však k opožďování motorického vývoje a je diagnostikována DMO. Od 3. let se vyskytují epileptické záchvaty, tonicko-klonické křeče. v 5 letech status epilepticus. Do 13 let se vyskytují pouze slabé záchvaty několikrát denně, aktuálně je dívka již tři roky bez epileptických záchvatů.

Dívka prodělala několik ortopedických operací a operaci strabismu obou očí. Od čtyř let pobývala v Dětském rehabilitačním stacionáři v Brně. Stacionář byl týdenní a dívka jej navštěvovala čtyři roky. Zde také navštěvovala přípravný stupeň pomocné školy. Od 9 let začala plnit povinnou školní docházku ve Speciální škole pro žáky s více vadami, nyní Základní škola speciální v Blansku.

Po nástupu do školy, v roce 2005 prodělává dívka ortopedickou operaci levého kolene. Po ní dochází ke značnému motorickému zhoršení. Dívka zřejmě ze strachu z bolesti odmítá cvičení. Z lezoucího dítěte se stává dítě plně odkázané na invalidní vozík. Při lázeňském pobytu v Jánských Lázních v roce 2006 se naučila oporu vzad a přesuny z vozíku. Dochází ke značnému zhoršení skoliózy, avšak korzet není doporučen z obavy, aby nepřestala vykonávat úkony naučené v lázních. Lezení po čtyřech a vysoký klek se již neobnoví. Dívka každoročně pobývala v Jánských Lázních. V roce 2008 dostává korzet a též KAFO ortézu pro vertikalizaci.

Ve školním roce 2010/2011 je dívka žákyní 8. ročníku základní školy speciální. Přes týden je umístěna na internátu školy. Dívka fyzickou vyzrálostí i vzhledem odpovídá svému věku. Na těle nosí korzet z důvodu značné skoliózy páteře. Na pravém koleně má ortézu, neboť u ní dochází k časté luxaci pately. Na první pohled je patrný nápadný předkus. Trpí salivací, kterou je schopna na upozornění korigovat.

Dívka se pohybuje na ortopedickém vozíku, jenž ovládá bez dopomoci druhé osoby. Při přesunech na místo je schopná následovat pokyny a orientuje se ve známém prostředí. V oblasti sebeobsluhy zvládne jednoduchou činnost, např. pustit vodu, umýt a utřít si ruce. Je téměř vždy pozitivně naladěna, velmi komunikativní, ráda a často opakuje naučené fráze, díky nimž odbíhá od tématu hovoru. Rozumové schopnosti se nacházejí v pásmu středního až těžkého stupně mentální retardace.

4.1.2 Odborné terapeutické a rehabilitační služby

V příloze č. 1 je shrnutí stavu dívky, který byl diagnostikován při nástupu plnění povinné školní docházky do Speciální školy pro žáky svíce vadami, nyní Základní škola speciální v Blansku (dívce bylo 9 let). Zařízení usiluje o zajištění potřebných služeb z oblasti léčebné, pedagogické i sociální rehabilitace, které chlapec potřebuje (viz. kapitola 3 teoretické části). Dívka kromě samotného vzdělávání, aktuálně využívá tyto rehabilitační a terapeutické služby:

- Fyzioterapii, fyzikální terapii a LTV;
- logopedii;
- canisterapii;
- hipoterapii.

V dřívějších letech se v anamnéze dívky objevovaly také lázeňské pobyty a některé další rehabilitační aktivity, které se dívka ze zdravotních důvodů již nemůže účastnit (např. Snoozelen).

4.1.2.1 Fyzioterapie

Význam fyzioterapie pro dívku spočívá především v udržení dovednosti opory o horní končetiny vzad, udržení motorických předpokladů pro základní sebeobsluhu a cílené cvičení proti skolióze. Vlastní cvičení s prvky Kabatovy a Vojtovy metody doplňují mobilizační techniky, hydroterapie (celotělová vířivka-masážní vana, vířivka na nohy), termoterapie (rašelinové a obilné sáčky), míčkování a cvičení s využitím speciálních pomůcek (motomed, overbally, rehabilitační míč, balanční plochy).

Plán rehabilitace pro rok 2010/2011 :

- Nahřívání a masáže svalstva zad, horních i dolních končetin,

- použití vířivky na dolní končetiny, celotělová vířivka-masážní vana,
- míčková facilitace obličeje i těla,
- mobilizace chodidel a lopatek, pasivní protažení HKK a DKK
- prvky PNF – Kabatova metoda,
- prvky RO1 PR – Vojtova metoda reflexního otáčení,
- procvičování otáčení, plazení, polovičního přetáčení do vzporu na předloktí,
- cvičení přesunu na lehátko a na vozík s dopomocí,
- cvičení na míči-práce s těžištěm, obranné a rovnovážné reflexy,
- uvolňování a cvičení HKK a DKK s overalem,
- motomed na HKK a DKK,
- dechová cvičení,
- stimulace sebeobsluhy,
- stimulace propriopercepce.

Hodnocení fyzioterapie a LTV k pololetí roku 2010/2011: Dívka je posazena v ortopedickém mechanickém vozíku se speciální trupovkou. Záda jí drží korzet a peloty na vozíku. Její sed je pasivní. Po zemi se plazí s levou horní končetinou drženou pod trupem, kterou na výzvu srovná. Dolní končetiny při plazení nepoužívá. Je schopna se samostatně otočit. Je schopna cíleně posunout nohu vpřed i vzad, ale s velkými obtížemi. Při jízdě na motomedu je schopna zapojit obě dolní končetiny, přičemž levou dolní končetinu nezapojovala vůbec. Vertikalizace v KAFO ortéze není momentálně doporučena z důvodu časté luxace pravého kolene. Při vstávání z lehátka a z vozíku potřebuje dopomoc, také částečně při přesunech vozík – na lehátko, zvedák atd. Aktivní jízda na vozíku zvládá na kratší vzdálenost. Je téměř samostatná při oblékání horních částí oděvu, dole opět nutná dopomoc. Dochází ke zlepšení po stránce hrubé motoriky (koordinace, cílení pohybu, aktivní složka pohybu a porozumění).

4.1.2.2 Individuální logopedická péče

Cílem logopedie u dívky je rozvoj řeči ve všech jazykových rovinách s akcentem kladeným na rovinu lexikálně – sémantickou a rovinu prakticko – pragmatickou, které se jeví jako nejdůležitější pro běžný, praktický život dívky, prohlubování dýchání, správné hospodaření s dechem, procvičování návyků správného dýchání, fonace, orientace v dutině

ústní, rozvoj motoriky mluvidel, rozšiřování aktivní a pasivní slovní zásoby, samostatný, pokud možno gramaticky správný, mluvní projev, stavba delších a složitějších vět, snaha o slovní postižení a vyjádření pocitů, přání, nálad. Od začátku školní docházky dosáhla dívka značných pokroků, osvojila si částečně návyky správného dýchání, je také částečně schopna autokontroly salivace, největší rozvoj byl zaznamenán v oblasti pasivní a hlavně aktivní slovní zásoby a komunikace s okolím.

Plán individuální logopedické péče pro rok 2010/2011

- dodržování zásad správného sedu,
- rozvoj koncentrace pozornosti,
- rozvoj práceschopnosti,
- prohlubování dechového potenciálu,
- fonační cvičení,
- ORF stimulace,
- regulace a autoregulace salivace,
- rozvoj oromotoriky a orientace v dutině ústní,
- rozšiřování aktivní a pasivní slovní zásoby,
- stimulace k samostatnému mluvnímu projevu,
- rozvoj všech řečových rovin,
- rozvoj smyslového vnímání,
- celkový psychomotorický rozvoj.

Hodnocení logopedické péče k pololetí 2010/2011: Dívka je na téměř každém sezení pozitivně laděná, na činnosti se těší, ráda a ochotně spolupracuje, vyžaduje jejich zavedenou poslušnost. Při vykonávaných činnostech a eliminaci rušivých podnětů se koncentruje krátkodobě, ale kvalitně pozornost, koordinace oko – ruka je vybudována. Správně provádí dechová cvičení, je schopna fonace jednotlivých vokálů a částečně jejich vázání, orientace v dutině ústní stále vážne, s dopomocí je schopna vykonávat základní cviky gymnastiky mluvidel. Konkrétní předměty, obrázky slovně pojmenuje, dokáže pojmenovat činnosti, vyjádří také děj, její slovní zásoba se stále rozšiřuje. Ochotně a s chutí komunikuje s okolím, staví víceslovné věty, většinou pochopí jednodušší otázku, na kterou je schopna správně odpovědět, je také schopna vést dialog, který i někdy sama iniciuje. V řeči stále přetrvávají echolálie.

Vzhledem k diagnóze a stupni mentální retardace je logopedická intervence dostačující. Domnívám se, že se dívka nemá v řečové oblasti momentálně kam dále posunout. Největšího pokroku v řečové, ale i rozumové oblasti dosáhla během posledních tří let, kdy u ní ustaly epileptické záchvaty. Plán individuální logopedické péče se každoročně upravuje dle aktuálního stavu, schopností a možností dívky.

4.1.2.3 Canisterapie

Dívka se každý týden účastní canisterapie, jednou týdně kolektivních aktivit se psem v tělocvičně školy a jednou týdně individuální formy canisterapie – polohování se psem.

Cílem canisterapie kolektivní je aktivizaci dívky, lepší zapojení do skupiny vrstevníků, rozvoj participace na společných činnostech, rozvoj myšlení, paměti, koncentrace pozornosti, dále rozšiřování slovní zásoby, samostatného mluvního projevu, důležitým prvkem je také posilování sebevědomí a sebedůvěry dívky. **Cílem canisterapie individuální** je navození libých pocitů, zahřátí-prohřátí končetin, které má vzhledem k cévním obtížím málo prokrvené, tudíž studené, uvolnění spasmů, zmírnění salivace-upravuje se patologické postavení jazyka, zkvalitnění a prohloubení očního kontaktu a prohloubení dýchání, celková relaxace dívky a také příprava na následující fyzioterapii.

Individuální canisterapie se účastní p. Marika Zouharová s 2-4 psy plemene flat coated retriever a speciální pedagog-logoped. Využívané pomůcky jsou následující – měkká podložka na zemi, polohovací válce, podkova a polštářky.

Hodnocení canisterapie k pololetí 2010/2011: Dívka se velice ráda účastní canisterapie, každé pondělí se velice těší. Přivítání se psy-olizování – aktivizace obličeje a dlaní rukou je dívkou radostně přijímáno. Při samotném polohování je dívka pozitivně naladěna, dokáže se zklidnit a spolupracuje, velmi ráda a dobře komunikuje. Prohřátí organismu, především končetin je výbornou přípravou pro následnou fyzioterapii.

4.1.2.4 Hipoterapie

Dívka se účastní hipoterapie v zařízení EPONA v Hostěnicích.

Cílem hipoterapie je:

- rytmické přenášení třídimeziálních pohybových impulzů ze hřbetu koně.
- využívat pohyb vpřed jako bázi motorického vývoje,

- vlivem tepla ovlivňovat svalovou činnost snižující spasticitu,
- protahování zkrácených svalů gravitací a hmotností při rytmických pohybech,
- využití podpurných reakcí při facilitaci extenzorů při tlaku do kloubů a flexorů při tlaku z kloubů,
- obranné reakce proti pádu-zapojení posturálního svalstva podle vychýlení těžiště.

K pololetí 2010/2011 je dívka dočasně vyřazena z hipoterapie z důvodu časté luxace kolene a následného klidového režimu. Dívka se účastnila hipoterapie naposledy v říjnu a pro bolest kolene a kyčle byla jízda předčasně ukončena. V zimním období hipoterapie neprobíhá.

4.1.2.5 Další služby a rehabilitační aktivity

Škola dále nabízí **arteterapii a práci v keramické dílně**. Těchto aktivit se dívka neúčastní. Arteterapie probíhá po domluvě a je plně obsazena. Dívka využívala v dřívějších letech také **snoozelen**. Relaxace ve snoozelenu se v letošním roce se neúčastní z důvodu obtížnému uložení dívky na vodní lůžko a s tím spojenou možností opakující se luxace kolene.

Podle mého názoru by mohla dívka pracovat i keramické dílně a účastnit se arteterapie, tak i relaxovat ve snoozelenu. Aktivity jako je arteterapie byt' bez arteterapeutického efektu a práce v keramické dílně by byly vhodné především jako výplň volného času. K těmto aktivitám by dívka potřebovala pomoc asistenta. Sama o sobě nedokáže nic vytvářet. Dívku je nutné aktivizovat, odpočinek i aktivity jsou ve vyvážené formě.

V anamnéze dívky hraje dále důležitou roli **lázeňská léčba**. Dívka každoročně navštěvovala lázeňské zařízení Vesna v Jánských Lázních. Rodiče byli s lázeňskou léčbou i ošetrovatelskou péčí spokojeni. Dívce se plně věnovali, vždy se vracela s novými dovednostmi. Při posledním pobytu v roce 2008 byla dívka zařazena na oddělení starších dětí. Zde se však rodiče setkali se špatnou ošetrovatelskou péčí. Z pohledu rodičů nebyla dívce věnována dostatečná pozornost při hygienických úkonech (znečištěné oblečení od jídla a pití, pomočena). Přes upozornění personálu rodiči nedošlo k nápravě. Dívka mentálně nedosahuje úrovně 15-ti letého dítěte a není schopna se o sebe postarat. Z pohledu pedagogů naší školy se dívka vrátila ve špatném psychickém stavu. Lázně a pojišťovna neví dostatečně předem, kdy bude pobyt v lázních schválen, a tak si matka

nemůže nahlásit dovolenou a dívku do lázní doprovázet. Rodiče se rozhodli prozatím již lázně nenavštěvovat.

4.1.2 Vzdělávání a možnosti sociální rehabilitace

Aby bylo možné porovnání pokroků v rámci pedagogické rehabilitace, uvádím příloze č. 1 je shrnutí stavu dívky, který byl diagnostikovaný při nástupu plnění povinné školní docházky (dívce bylo 9 let).

Ve školním roce 2010/2011 je dívka žákyní 8. třídy základní školy speciální.

Cílem vzdělávání žákyně je dosáhnout co nejvyšší úrovně dovedností a vědomostí v souladu s osvojováním si osnov dobíhajícího Rehabilitačního vzdělávacího programu Pomocné školy. Na základě doporučení SPC a lékaře bude probíhat vzdělávání v plném rozsahu stanoveném hodinovou dotací v učebním plánu, v maximální možné míře bude výuka probíhat formou individualizovaného vyučování, dívka má nastaven IVP. Výchova a vzdělávání vychází z Rehabilitačního vzdělávacího programu PŠ č.j. 15988/2003-24.

Učební texty, speciální a kompenzační pomůcky a vybavení využívané v rámci školského zařízení a třídy zahrnuje předměty denní potřeby, speciální lavice s výřezem, rehabilitační míč, míčky pro masáže, orofaciální nástroje, slovník pro afatiky, soupravy dělených obrázků, stavebnice, kostky, logopedický sešit, didaktické pomůcky.

Hodnocení vzdělávání k pololetí 2010/2011:

Pozornost: dívka udrží nadále jen krátkou dobu. Pokud je nutná řízená činnost, musí pracovat v individuální pracovně, kde nejsou žádné rušivé elementy.

Socializace: nedošlo k žádným změnám. Dívka nemá problém s navázáním kontaktu a dobře se adaptuje v cizím prostředí.

Motorika a grafomotorika: v *hrubé motorice* došlo ke značnému zlepšení. Dívka sama plně ovládá mechanický vozík. Speciální židli nepoužívá, zcela jí vyhovuje vozík. Vzhledem k tomu, že sedí ve vozíku, jsou nutné změny polohy několikrát denně, je pokládána na tvrdou podložku a polohována. V oblasti *jemné motoriky* používá pravou ruku, levou pouze na upozornění. Souhra ruka-oko je vybudována. Skládá puzzle ze dvou částí, staví si z lega. Roztřídí základní barvy, aktivně je však nepojmenuje. V oblasti

grafomotoriky zvládne nakreslit klubičko a spojení dvou obrázků čarou. Spontánní kresba zůstává na úrovni bezobsažné čmáranice, maluje pouze na jednom místě.

Sebeobsluha: došlo ke značnému zlepšení. Dívka se sama umyje, utře, používá ručník. Při jídle je samostatná, jí lžící a pije z hrnečku. S dopomocí se obleče a sama se vysvleče.

Rozumové schopnosti: došlo k rozvoji nových dovedností, např. dívka pozná zvířata a jejich mlád'átka. Inteligence se je v pásmu těžké mentální retardace.

Stupeň a úroveň vzdělávání dívky odpovídá možnostem člověka s těžkým mentálním postižením. Důraz je kladen na nácvik sebeobsluhy, rozvoj samostatnosti a schopnost orientace v okolním světě. Dívka využívá naučené dovednosti osvojené ve škole i v běžném životě, především doma.

Dále se budeme věnovat kazuistice dívky z hlediska **sociální rehabilitace**. Rodiče dívky pobírají podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách příspěvek na péči IV. stupně (úplná závislost). Dívce jsou přiznány mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně-průkaz ZTP-P podle vyhlášky č. 182/1991 Sb. Z ekonomického hlediska jsou dávky pro rodinu dostačující. Oba rodiče pracují. Matka pracuje jako učitelka v mateřské škole, a tak v období prázdnin může o dívku pečovat bez zajištění cizí pomoci. Dívka pobývá přes týden na internátě školy.

Na základě přiznaných mimořádných výhod pobírají rodiče příspěvek na provoz motorového vozidla podle § 36 na dopravu těžce zdravotně postižené dcery. Dále mají zažádáno o příspěvek na zakoupení motorového vozidla podle § 35, jehož výše může činit až 100 000 Kč. Žádost podali po osmi letech a čekají na posouzení jejich majetkových poměrů.

Zdravotní pojišťovna přispěla dívce 60-ti tisíci korunami na pořízení ortopedického mechanického vozíku. Cena vozíku byla 130 tisíc korun. Nemalým finančním obnosem přispěla nadace konto „Bariéry“. Rodiče upravili domek na bezbariérový, aby se dívka mohla volně pohybovat po domě. Pořídili zvedák-závěs do vany pohybující se po bytě na kolejnici na stropě až do pokoje dívky. Vzhledem k růstu dívky se rozhodli zakoupit zvedák do auta, aby ji mohla matka bezpečně a sama usadit do auta.

Pokud je dívka doma, rodiče s ní jezdí na hipoterapii do zařízení Epona v Hostěnicích a snaží se jí co nejvíce přiblížit aktivitám intaktní společnosti (navštěvují kulturní památky, koncerty, divadelní představení pro děti, spí ve stanu). V období prázdnin zajišťují dívce fyzioterapii v místě bydliště. Co se týká ostatních aktivit, tak se dívce věnuje plně rodina – matka má pedagogické vzdělání. O případnou pomoc osobního asistenta zatím nemají zájem.

Rodiče se zajímají i o odlehčující služby. Rádi by využili hlídání v případě např. návštěvy divadla v době, kdy mají dívku doma. Zatím této služby nevyužili, neboť jim ji „poskytovala“ babička. Dívka však vyrostla a babička ji již fyzicky nezvládne. Rodiče by využili pouze asistenci dívce doma, umístění dívky v zařízení nepreferují. Jednou z možností respitní služby pro děti je Brně na Kounicově ulici je „Domov pro mne“, který nabízí právě ty služby, které by rodina potřebovala, jsou poskytované doma a o víkendu, ale pouze do 20 hodin. Zde je pak problém, podle slov otce, že služby se v nočních hodinách neposkytují. Bližší informace o poskytovaných službách jsou dostupné na [www: <http://odlehcovacisluzby@domovpromne.cz >](http://odlehcovacisluzby@domovpromne.cz)[2011-06-22].[online]

4.1.4 Prognóza

Dívka je v letošním školním roce žákyní 8. třídy ZŠS. Přáním rodičů by bylo, aby se dívka dostala do jednoleté praktické školy a našla pracovní uplatnění v chráněné dílně. Momentálně oslovují a navštěvují školy i stacionáře v Brně. Snaží se vybrat co nejlepší zařízení, kde by dívka mohla pokračovat a udržela si nabyté schopnosti a dovednosti a učila se novému. Záleží zde i na volné kapacitě jednotlivých zařízení. Umístění dítěte do stacionáře je pro obsazenost velmi složité.

Prvním problémem, který se před rodiči objevil, byla naprostá nedostupnost informací. Internet jim potřebné informace neposkytl. Netušili, kde hledat. V letošním roce se jim podařilo získat seznam poskytovatelů služeb a zařízení pro celý jihomoravský kraj. Seznam získali na veletrhu v Brně. Zde rodiče získali internetové adresy, podle kterých mohou vybírat vhodné zařízení pro svoji dceru. Rodiče si vyhledávají tyto informace samy, dle sdělení sociální pracovnice naší školy se na ni o pomoc v této oblasti neobrátili. Podle rodičů dívky chybí vhodná databáze informací.

Dalším problémem je, že zařízení pro klienty ve věku 18-30 let je velmi málo a jsou plně obsazené. Rodiče by si přáli, aby bylo možné dceři poskytnout další rozvoj

osobnosti a pobyt mezi vrstevníky. Chtěli by ji umístit do týdenního stacionáře. Podle nich je denní stacionář kvůli dojíždění pro dívku nevhodný a stresující. Naopak celoroční stacionář by nevolili, neboť chtějí být o víkendech a prázdninách s dcerou. Výhodou týdenního stacionáře jsou pro dívku již zmiňovaný pobyt mezi vrstevníky, další rozvoj již naučených schopností a dovedností, naučení se nového. Nevýhodou by bylo citové strádání po rodině. Dívka je však v týdenním internátě školy a problémy se steskem po rodině nemá. Ví, že si pro ni každý pátek rodiče přijedou. Je zde spokojená a šťastná. Výhodou týdenního stacionáře pro rodiče je možnost chodit do zaměstnání a věnovat se během týdne zdravému sourozenci. Nevýhodou je opět citové strádání. Dle jejich názoru je daná situace pro rodinu naprosto vyhovující a proto by chtěli, aby se v tomto nic nezměnilo. Žádné další přání v dané situaci nemají, prioritou je pro ně spokojenost dcery. Podle slov otce dívky je „vše jenom lidech“.

4.1.5 Shrnutí

Při analýze kazuistiky dívky (vyšetření, pozorování) došlo k největším pokrokům před třemi lety, kdy u dívky ustaly epileptické záchvaty. Po snížení dávek antiepileptik došlo ke zlepšení po stránce mentální, dívce se tak daří daleko lépe pracovat i při fyzioterapii, kde dovede pochopit jednoduché cviky a příkazy fyzioterapeutky. Pro dívku je tak důležitý rozvoj po stránce pedagogické, aby zvládala ostatní části ucelené rehabilitace. Dochází ke zlepšení jak po stránce hrubé motoriky (koordinace, cílení pohybu, aktivní složka pohybu a porozumění), tak z logopedického hlediska. Co se týká fyzioterapie, dívka má značnou skoliózu, která by při ukončení fyzioterapie mohla vést k úplnému ochrnutí dolní poloviny těla a i poškození zdraví. Operace páteře je indikována, ale není možná pro epilepsii. Dívka by nemusela operaci přežít.

Důležitá je opakovaná lázeňské péče. Rodiče však pro špatnou zkušenost z posledního pobytu v lázních s ošetrovatelskou péčí na straně jedné, a pro nemožnosti naplánovat si dovolenou v práci dostatečně dopředu zatím o lázně neusilují. Pokud se jedná o špatnou ošetrovatelskou péči, tak je to případ v naší škole ojedinělý. Nesetkala jsem se s tím, že by si rodiče jiných žáků stěžovali. V případě plánované dovolené je to problém v souhře lékař – pojišťovna – lázně - rodina.

Pro dívku by bylo velmi důležité, aby se po ukončení povinné školní docházky dostala do zařízení, kde by jí byl zajištěn stejný servis služeb jako ve škole. Nedošlo by tak k úpadku naučeného a dívka by se mohla rozvíjet ve všech oblastech. Domnívám se,

že rodina dívce takové zařízení najde. Problémem je současná vytíženost těchto zařízení a nedostatečná kapacita. Před rodiči jsou ještě dva roky, po které bude dívka absolvovat povinnou školní docházku a bude nadále umístěna na internátě školy, aby se jim toto podařilo. Jejich největším zájmem je, aby se dívka i nadále rozvíjela a bylo o ni dobře postaráno. Uplatnění na trhu práce není možné vzhledem k diagnóze a stupni mentální retardace, ale po nalezení vhodného stacionáře, by dívka mohla za pomoci asistenta případně malovat nebo vyrábět z keramické hlíny.

Zajímavým poznatkem této práce je i to, jak mohou zdravotní problémy omezovat dívku na některých terapiích a aktivitách (např. hiporehabilitace, snoozelen, vertikalizace v KAFO - ortéze), což je překážkou úspěšné rehabilitace. Také epilepsie komplikuje indikovanou operaci skoliózy páteře.

Na důležité specifické potřeby dívky reaguje systém služeb, který je v rámci našeho zařízení komplexní a koordinovaný. Ovšem budoucnost dívky bude spočívat v nalezení vhodného zařízení, kde by bylo možné v tomto pojetí rehabilitační péče pokračovat. Bylo by velkou škodou, kdyby došlo k úpadku naučeného, a to ve všech směrech jejího rozvoje.

4.2 Kazuistika č. 2

Chlapec, 16 let, s diagnózou Lennox Gastautův syndrom, epilepsie, hraniční pásmo těžké mentální retardace, lehké tělesné postižení, nízkofunkční autismus

4.2.1 Anaméza a stručná charakteristika

U matky chlapce byla diagnostikována ve 20 letech roztroušená skleróza. Otce matka nevedla. O chlapce pečuje od jeho narození teta, které byl teprve před dvěma roky svěřen do pěstounské péče. Matka žije v domově důchodců. Těhotenství matky i porod byly dle slov tety v normě. Mimo poporodní žloutenky byl vývoj chlapce v pořádku. Ve třech měsících se objevilo opoždění motorického vývoje a hypotonie. Kolem jednoho roku se objevily první epileptické záchvaty a byl diagnostikován Lennox Gastautův syndrom. Chlapec se dostal do péče neurologa, medikace měla pozitivní účinek až ve 30 měsících. Od 4 měsíců cvičili Vojtovu metodu. Okolo roku se objevila vokalizace, slabiky „ma-ma“, ale do půl roku vymizela.

V 5,9 letech chlapce požádala teta prostřednictvím Effety Brno o vyšetření autismu, to však nebylo vzhledem k mentálnímu věku chlapce možné. Byla stanovena diagnóza hluboké mentální retardace. Byl doporučen odklad školní docházky, spolupráce SPC a práce s chlapcem v domácím prostředí. Před nástupem povinné školní docházky - chlapci bylo v té době 8 let - navštěvoval přípravný stupeň ve Speciální škole pro děti s více vadami, nyní Základní škola speciální v Blansku, kde poté nastoupil povinnou školní docházku.

Ve školním roce 2010/2011 je chlapec žákem 8. ročníku Základní školy speciální. Přes týden je umístěn na internátě školy, kde má svůj individuální plán. Chlapec fyzickou vyzálostí i vzhledem odpovídá svému věku. Je vysoký asi 175 cm. Pohybuje se sám, pokud není veden, je jeho pohyb nepředvídatelný, na zavolání nereaguje a nevrátí se. Horními končetinami vykonává neustále krouživé pohyby, nejraději s plyšovou hračkou, kterou většinou svou „hrou“ zničí. Pokud ho přestane zajímat, tak ji odhodí. Hračku kontroluje periferním pohledem.

Je naprosto nesamostatný. Při stolování je krmen, druhý chod si připravený na lžici vloží sám do úst. Pečiva se rukou nedotkne. Hygienické návyky nemá, nosí pleny. Na noc a v poledním klidu je ukládán na lůžko s ohrádkou, jež mu zajišťuje potřebnou bezpečnost a pocit bezpečí. Radostně reaguje při příchodu tety a radost projevuje poskoky a slabikou „ma-ma“. V letošním roce bývá více radostně naladěný.

4.2.2 Odborné terapeutické a rehabilitační služby

V příloze č. 2 je shrnutí stavu chlapce, který byl diagnostikován při nástupu plnění povinné školní docházky do Základní školy speciální v Blansku (chlapci bylo 9 let). Škola usiluje o zajištění potřebných služeb z oblasti léčebné, pedagogické i sociální rehabilitace, které chlapec potřebuje. potřebuje (viz. kapitola 3 teoretické části). Chlapec, kromě samotného vzdělávání, aktuálně využívá tyto rehabilitační a terapeutické služby:

- fyzioterapii a fyzikální terapii,
- logopedii,
- snoozelen.

4.2.2.1 Fyzioterapie

Cílem fyzioterapie a LTV je stimulace správného držení těla a stimulace k sebeobsluze, je snaha o aktivaci jemné i hrubé motoriky, zkoušet polohování na míči a ty pohybové aktivity, které je reálně provést. K vlastní terapii je využívána bazální stimulace a míčková facilitace, rehabilitační míč, balanční plochy a hydroterapie (výřivka na nohy).

Hodnocení v rámci fyzioterapie a LTV k polotetí roku 2010/2011: Chlapec bývá stále poměrně často nemocný. Do činností je pasivně manipulován, bez vlastní aktivní spolupráce. Pokud ho nějaká činnost krátce zaujme, většinou obsahuje stereotypní prvky – hopsání či houpání na míči atd. Hyperaktivita střídá stavy pasivnější. Vzhledem k jeho růstu je s ním manipulace a veškerá aktivizace mnohem obtížnější. Pokud se mu činnost nelíbí, brání se jí i značnou silou. U chlapce je hypermobilita a hypotonie. V rámci fyzioterapie a LTV nedochází přes veškerou snahu fyzioterapeutky i pedagogických pracovníků k žádným změnám.

Plán rehabilitace pro rok 2010/2011 :

- vířivka,
- bazální stimulace - navázání kontaktu,
- snaha o zklidnění a relaxaci,
- míčková facilitace-sestava hrudník-záda a obličejová sestava,
- stimulace polykání,
- stimulace propriocepce dolních a horních končetin,
- rytmizace na míči, práce s těžištěm, rovnovážné a obranné reflexy,
- stimulace k sebeobsluze,
- dechová cvičení.

Hodnocení v rámci fyzioterapie a LTV k polotetí roku 2010/2011: Chlapec bývá stále poměrně často nemocný. Do činností je pasivně manipulován, bez vlastní aktivní spolupráce. Pokud ho nějaká činnost krátce zaujme, většinou obsahuje stereotypní prvky – hopsání či houpání na míči atd. Hyperaktivita střídá stavy pasivnější. Vzhledem k jeho růstu je s ním manipulace a veškerá aktivizace mnohem obtížnější. Pokud se mu činnost nelíbí, brání se jí i značnou silou. U chlapce je hypermobilita a hypotonie. V rámci

fyzioterapie a LTV nedochází přes veškerou snahu fyzioterapeutky i pedagogických pracovníků k žádným změnám.

4.2.2.2 Individuální logopedická péče

Cílem individuální logopedické péče je: navázání kontaktu, aktivizace, snaha o spolupráci, sebevyjádření, rozvoj pasivní slovní zásoby, celkové pozitivní ladění.

Plán individuální logopedické péče na školní rok 2010/2011

- vytváření pocitu jistoty a bezpečí,
- pozitivní emoční ladění,
- navázání kontaktu,
- snaha o spolupráci,
- aktivizace žáka,
- rozvoj práceschopnosti,
- rozvoj pasivní slovní zásoby,
- reakce na pokyny a pobídky,
- stimulace k hlasovým projevům,
- předmětová stimulace,
- regulace salivace,
- zlepšení příjmu potravy, polykání,
- snaha o cílenou manipulaci s předměty,
- hojné použití prvků bazální stimulace.

Hodnocení logopedické péče pololetí 2010/2011: V tomto pololetí se chlapec účastnil logopedické péče velmi málo. V rámci každého sezení se snažili o celkovou aktivizaci chlapce, navázání kontaktu a rozvoj spolupráce. Rozvoj porozumění řeči a slovní zásoby. Pokusům o vlastní vyjádření stavů, pocitů, nálad, sebeidentifikaci. Nečiní však žádné pokroky, stav je konstantní.

4.2.3 Další služby, které škola nabízí

Dalšími službami, které škola nabízí je canisterapie, hipoterapie, arteterapie a práce v keramické dílně a snoozelen.

Z canisterapie byl chlapec vyloučen. Nebyla u něj jakákoliv snaha a ani možnost navázání kontaktu se psem.

Hipoterapie se neúčastní vzhledem k míře postižení. Hlavním problémem je hypotonie, neudržení rovnováhy, vzrůst a váha chlapce.

Arteterapie a práce v keramické dílně jsou pro chlapce nevhodné. Chlapec není schopen jakékoliv řízené činnosti.

Snoozelen- aktivita v rámci pedagogické rehabilitace. Podle slov třídní učitelky chlapec radostně reaguje na návštěvy snoozelenu a aktivity jako jsou bazální stimulace, baby masáže, míčková facilitace nebo jen samotná relaxace jsou pro něj přínosem.

4.2.3 Vzdělávání a možnosti sociální rehabilitace

Aby bylo možné porovnání pokroků - u chlapce spíše stagnace - v rámci pedagogické rehabilitace, uvádím příloze č. 2 shrnutí stavu chlapce, který byl diagnostikovaný při nástupu plnění povinné školní docházky do Základní školy speciální v Blansku (chlapci bylo 9 let).

Chlapec je ve školním roce 2010/2011 žákem 8. třídy Základní školy speciální.

Cílem výuky žáka je dosáhnout co nejvyšší úrovně dovedností a vědomostí v souladu s osvojováním si osnov dobíhajícího Rehabilitačního vzdělávacího programu Pomocné školy č.j. 15988/2003-24. Chlapec je vzděláván dle individuálního vzdělávacího plánu.

Učební texty, speciální a kompenzační pomůcky a vybavení využívané v rámci školského zařízení a třídy: předměty denní potřeby, speciální lavice s výřezem, rehabilitační míč, míčky pro masáže, orofaciální nástroje, bazének s kuličkami, speciální houpačka, polohovací vaky, didaktické pomůcky. Je využíváno prostoru tělocvičny a Snoozelenu.

Zhodnocení pokroků v rámci pedagogické rehabilitace k pololetí 2010/2011

Adaptabilita je stále na úrovni 8 měsíců. Hračky si sám uchopí, preferuje plyšové, se kterými stereotypně motá a kroutí. O kostky a stavebnice nejeví zájem. Úchop je palmární. Koordinace ruka-oko se vyskytuje sporadicky.

I v oblasti **hrubé motoriky** nedošlo k žádným změnám. Chůze je samostatná, ale nestabilní. Chůze po schodech s dopomocí. Rád relaxuje ve snoozelenu. V oblíbené má míčkování.

Jemná motorika se nemění. Předměty uchopí a upustí záměrně, manipuluje s nimi.

Řeč aktivně nepoužívá, pouze brouká. Pokud má radost používá slabiku „ma-ma“. Nereaguje na pokyny, pouze na jméno, na výzvu při naučeném rituálu podá ruku, do jiné situace naučené nepřenáší. Usmívá se. Vývoj zůstává na úrovni 8 měsíců.

V **sociálním chování** je na úrovni kolem půl roku. Je krmen tuhou stravou, tuhé kousky zvládá „sám“ lžící (jídlo je mu nabráno na lžici a lžice vložena do ruky). Pije z hrnku s náústkem. Nosí pleny, potřebu nehlásí ani nenaznačuje. Při umývání a oblékání nepomáhá. Pokud sedí a je vzat za ruku se slovy „Jirko jdeme“, tak se zvedne a nechá se odvést. Poznává tetu, kterou vítá gesty a radostnými výkřiky. Na spolužáky téměř nereaguje. V poslední době se objeví občasná agresivita vůči nim - plácnutí, objeví-li se v jeho blízkosti. Nespolupracuje. U chlapce nedošlo během 7 let školní docházky k žádným výrazným změnám.

Rozumové schopnosti se nacházejí v hraničním pásmu těžké mentální retardace.

Chlapcův vývoj spíše stagnuje, a v souvislosti s mírou jeho postižení jde především o dávkování jemu příjemných podnětů tak, aby byl jeho čas smysluplně naplánován a nedocházelo k prohlubování různých stereotypních automatismů. Totéž platí pro výplň volného času jako prevence dalšího zhoršování jeho stavu.

Dále se budeme věnovat kazuistice chlapce z hlediska **sociální rehabilitace**. Teta má chlapce svěřeného do pěstounské péče podle zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. V souvislosti s tímto pobírá dávky podle zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře odměnu pěstouna, příspěvek na úhradu potřeb dítěte a přídavek na dítě. Teta na chlapce pobírá podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách příspěvek na péči IV. stupně (úplná závislost). Chlapci jsou přiznány mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně-průkaz ZTP-P podle vyhlášky č. 182/1991 Sb.

4.2.4 Prognóza

V letošním roce je chlapec žákem 8. třídy ZŠS. Po rozhovoru s tetou chlapce jsem zjistila, že si jej po ukončení povinné školní docházky nechá v domácí péči. O umístění do domova pro zdravotně postižené ani žádného jiného zařízení neuvažuje. Jejím přáním by bylo zařízení ve městě, ve kterém žijí, kam by mohl chlapec denně docházet a mohl se v rámci svých možností rozvíjet. Teta mi sdělila, že je takové zařízení v plánu, ale zatím není dostatek financí na jeho vybudování.

Co se týká dávek vyplácených tetě státem po převzetí chlapce do pěstounské péče, zdá se tetě přiměřená potřebám chlapce a na ekonomickou situaci si nestěžuje. Dokud chlapce v pěstounské péči neměla, dostávala na chlapce pouze „kapesné“ ve výši 800 Kč, jak mi sdělila. V té době byla jejich ekonomická situace tíživá. Teta nepracuje, pečuje o svoji matku a chlapce.

Před tetou se objevil problém, kdy je v současné době nucena chlapce umístit do nějakého zařízení, neboť musí podstoupit operaci. Během 14 dnů obtelefonovaly se sociální pracovníci v místě bydliště polovinu republiky a zařízení, kam by chlapce mohla na nezbytně nutnou dobu umístit, nemohly najít. Nakonec se to podařilo, ale pouze díky tomu, že sociální pracovníce v minulosti v jednom domově pro zdravotně postižené pracovala. Tam chlapce na týden přijali. Na tomto je opět viditelný problém umístění těžce postiženého dospívajícího klienta do zařízení, kde by mohl strávit čas byť jen přechodnou dobu.

4.2.5 Závěr

Péče o chlapce probíhá v pojetí ucelené rehabilitace v roce 2005. Chlapcův stav je konstantní. Největším úspěchem ucelené rehabilitace je, že se chlapec naučil vložit lžičku s jídlem do úst a napít se z hrnečku s náustkem. Snahou je aktivizace chlapce ve všech oblastech, pokusy o navázání kontaktu a vyjádření jeho pocitů libosti a nelibosti.

Při analýze kazuistiky č. 2, jsem došla k tomuto poznání. Komplexní systém služeb, které škola nabízí, a přes veškerou snahu všech zúčastněných se nepodařilo dosáhnout jakýchkoliv pokroků. Veškerá snaha pedagogů, logopedky a fyzioterapeutky se opírá o drobné úspěchy, jakými jsou úsměv při spokojenosti, plácání rukou při nelibosti a schopnost samostatného pohybu s asistencí. I když by se mohlo zdát využití služeb léčebné rehabilitace jako bezvýznamné, tak už jen udržení jeho fyzické kondice vede

k lepší manipulaci s chlapcem. Jeho stav se do budoucnosti s největší pravděpodobností nezmění, zůstane nadále konstantní.

Budoucnost chlapce je závislá na zdravotním stavu a fyzické kondici jeho tety, která jej má v pěstounské péči. Chlapec nebude mít nikdy uplatnění na trhu práce. Pokud se o něj nebude moct pečovat teta, čeká jej život v domově pro zdravotně postižené a bez zajištění služeb, které jsou mu v současné době nabízeny, dojde ke zhoršení jeho stavu. I v tomto případě se v budoucnu objeví problém v umístění chlapce v domově pro zdravotně postižené. Do budoucna je možné, že teta bude potřebovat i respirační služby. Dle sdělení tety mají v jejich městě sociální pracovníci, která ji dovede vždy dobře poradit a pomoci.

Přes veškerou snahu pedagogů, fyzioterapeutky a logopedky nedochází u chlapce k výraznějším pokrokům a jeho budoucnost po ukončení povinné školní docházky nemá dobrou prognózu.

Kazuistika č. 3

Chlapec, 15 let s diagnózou ADHD, dolní hranice středně těžké mentální retardace, výrazná hypoprosexie, nerovnoměrný vývoj osobnosti, syndrom neobratného dítěte, dyspraxie mluvidel

4.3.1 Anamnéza a stručná charakteristika

Chlapec pochází z úplné rodiny, jedna starší sestra zdráva. Zdravotní stav rodičů neuveden. Chlapec je z třetí gravidity, předtím spontánní potrat, jinak prenatálně i perinatálně bez pozoruhodností. Váha 3600g, délka 51 cm. Zpočátku psychomotorický vývoj v normě, nápadně se nerozvíjela řeč. Operace tříselné i pupeční kýly v raném věku. Chlapec je sledován na kardiologii pro šelest, na ortopedii pro nespecifikované problémy s koleny a idiopatickou skoliózu v hrudní oblasti. Dále je sledován na neurologii pro EPI paroxysmy. V roce 2005 úraz hlavy. Chlapec byl nalezen v bezvědomí v kontejneru, nikdo neví, co se přesně stalo. Chlapec sám uvedl, že jej skříplo víko a dusil se.

Chlapec byl integrován v běžné mateřské škole, zařazen do logopedické třídy. Byl mu vytvořen měsíční IVP. Byl výchovně náročný pro motorický neklid a kolísající pozornost. MŠ navštěvoval čtyři roky. Doporučena návštěva SPC pro adekvátní školní zařazení.

S nástupem školní docházky nebylo možné s chlapcem vůbec pracovat. Dle sdělení logopedky se nedokázal soustředit ani 5 vteřin, jeho pozornost opravdu byla silně fluktuující. Pracoval ve velmi krátkých úsecích, které měly jasně vytyčený začátek a konec a byly spojené s nějakou motorickou aktivitou. Chlapci velmi pomáhala kolektivní canisterapie (jak po motorické stránce, prodloužení délky koncentrace, tak i v poslušnosti a schopnosti vyčkat. Účastní se jí stále.

Ve školním roce 2010/2011 je chlapec žákem 8. ročníku Základní školy speciální v Blansku. Žije v úplné rodině. Denně dochází do školy, po vyučování pobývá ve školní družině. Rodině velmi významně pomáhá babička.

Chlapec je asi 175 cm vysoký, astenický, s patrnou skoliózou páteře. Fyzická vyzrálost odpovídá jeho věku. Velmi často u něj dochází k zahledění a výpadkům pozornosti, kdy na slovní výzvu ani dotek nereaguje. Je patrná salivace, zvláště při zahledění se a při soustředění se na činnost. V letošním školním roce se častost zahledění zvýšila. Stále u něj dochází k rychlému povrchnímu dýchání a grimasování. Chlapec je velmi komunikativní, sociálně zdatný. Je zručný v oblasti hrubé i jemné motoriky, avšak jej brzdí jeho zbrkllost a nesoustředěnost. Je velmi rychlý, reaguje a chová se velmi nepředvídatelně. Při řízené činnosti je limitován schopností koncentrace vzhledem k diagnóze ADHD a stupni mentální retardace. Dospívání má u chlapce i negativní stánku – občas se agresivně chová ke spolužákům. Je-li přistižen, ihned si uvědomí, co dělá a za své chování omluví. Většinou tomu, kdo jej přistihne.

4.3.2 Odborné terapeutické služby

V příloze č. 3 je shrnutí stavu chlapce, který byl diagnostikován při nástupu plnění povinné školní docházky do Speciální školy pro žáky s více vadami, nyní Základní škola speciální v Blansku (chlapci bylo 7 let). Škola usiluje o zajištění potřebných služeb z oblasti léčebné, pedagogické i sociální rehabilitace, které chlapec potřebuje (viz. kapitola 3 teoretické části). Chlapec, kromě samotného vzdělávání, aktuálně využívá tyto rehabilitační a terapeutické služby:

- Fyzioterapii, fyzikální terapii a LTV;
- logopedii;
- canisterapii;
- hipoterapii;

- arteterapii a práci v keramické dílně;
- snoozelen.

4.3.2.1 Fyzioterapie

Hlavním cílem fyzioterapie a LTV je pro chlapce cvičení proti skolióze a vadnému držení těla, centrace horních i dolních končetin. Stimulace rovnováhy a práce s těžištěm. Stimulace jemné i hrubé motoriky.

Plán rehabilitace pro rok 2010/2011 :

- nahřátí dolních končetin, zádového a prsního svalstva a šjíje,
- vířivka dolních končetin, celotělová vířivka,
- míčková facilitace - masáž zádových svalů a hrudníku, dolních končetin, obličeje,
- mobilizace chodidel,
- protažení zkrácených a posílení oslabených svalových skupin,
- cvičení cílených pohybů a koordinace horních a dolních končetin,
- cvičení s overballem, na míči – aktivní centrace, rovnovážná cvičení, práce s těžištěm, cvičení na balančních plochách v sedě, v leže, ve stoji,
- posilování hlubokého stabilizačního systému,
- stimulace propriocepce,
- cvičení jemné motoriky,
- dechové cvičení a nácvik relaxace.

Zhodnocení fyzioterapie a LTV k pololetí 2010/2011 : V počátcích fyzioterapie nebylo možné s chlapcem cíleně pracovat. Jeho činnost byla vedena spíše k vybití jeho energie. Chlapec nechtěl za žádných okolností pracovat. Vytrvalostí fyzioterapeutky se podařilo chlapce přivést k dnešním výsledkům. Dovede se soustředit na cviky přibližně 15 minut, dovede cíleně cvičit, avšak dosud se nepodařilo, aby pracoval ve skupině, pracuje i nadále individuálně. Každý spolužák je pro něj rušivým elementem. S věkem a rychlým růstem došlo ke zhoršení skoliotického držení chlapce, k mírnému zlepšení v koncentraci, koordinaci, cílení pohybů. Vzhledem k rychlému růstu je skoliotické postavení páteře patrné na první pohled. V mladším školním věku nebylo znatelné. U růstu došlo k mírnému zhoršení skoliotického držení páteře. Po stránce motorické je schopen vykonávat jakýkoliv cvik, ale je limitován schopností koncentrace vzhledem k diagnóze ADHD a stupni mentální retardace. Úroveň motorických schopností je nerovnoměrná,

rychlost, přesnost a koordinace pohybů je celkově na úrovni šestiletého dítěte, např. nezvládá jízdu na kole bez koleček, nedovede si zavázat tkaničky. Potíže činí kontralaterální pohyby.

4.3.2.2 Individuální logopedická péče

Cílem individuální logopedické péče je rozvoj řeči ve všech jazykových rovinách s akcentem kladeným na rovinu prakticko– pragmatickou, které se jeví jako nejdůležitější pro běžný, praktický život chlapce, dále rozvoj motoriky, smyslového vnímání, koncentrace pozornosti a práceschopnosti, sebeovládání.

Plán logopedické péče:

- rozvoj koncentrace pozornosti,
- využití technik bazálních stimulací ke zklidnění,
- sebeovládání,
- odbourávání stereotypů a nežádoucích projevů v chování,

Cílem individuální logopedické péče je rozvoj řeči ve všech jazykových rovinách s akcentem kladeným na rovinu prakticko – pragmatickou,

- dechová cvičení, rozvoj dechového potenciálu, správné hospodaření s dechem,
- fonační cvičení,
- ORF stimulace,
- rozvoj oromotoriky, posílení jazyka,
- rozšiřování slovní zásoby,
- hlásková náprava,
- samostatný mluvní projev,
- rozvoj všech řečových rovin,
- rozvoj smyslového vnímání,
- celkový psychomotorický rozvoj.

Zhodnocení individuální logopedické péče k pololetí 2010/2011:

V průběhu pobytu v naší škole a za dobu logopedické intervence došlo k rozvoji práceschopnosti, koncentrace pozornosti, podařilo se vybudovat alespoň částečné sebeovládání a sebekázeň, došlo k velkému rozvoji hrubé i jemné motoriky, rozvinula se aktivní i pasivní slovní zásoba, zčásti se daří i hlásková náprava, která je ovšem značně limitována dyspraxií mluvidel, chlapec je schopen komunikovat se svým okolím krátkými

větami. Vzhledem k dospívání a epileptické aktivitě v současné době vývoj spíše stagnuje, ne-li má sestupnou tendenci. Výkony chlapce v průběhu pololetí značně kolísaly v závislosti na jeho aktuálním fyzickém a psychickém stavu. Největšího pokroku jsme dosáhli v rovině prakticko - pragmatické. Zaměřovali jsme se také na rozvoj ostatních řečových rovin, rozvoj motoriky mluvidel, smyslové vnímání, koncentraci pozornosti, sebeovládání atd.

4.3.2.3 Canisterapie

Chlapec se účastní kolektivní canisterapie, jednou týdně kolektivních aktivit se psem v tělocvičně školy.

Cílem canisterapie je zklidnění dítěte, lepší zapojení do skupiny vrstevníků, rozvoj participace na společných činnostech, rozvoj myšlení, paměti, koncentrace pozornosti, důležitým prvkem je také posilování sebevědomí, sebezřetivost dítěte, ale také láska ke zvířatům a ohleduplné chování k nim. Canisterapii provádí terapeutka se psem plemene flat coated retriever a speciální pedagog-logoped.

Zhodnocení canisterapie k pololetí 2010/2011: Chlapec se velice rád účastní canisterapie, každé pondělí se velice těší. Přivítání se psy-olizování obličeje a dlaní rukou je chlapcem radostně přijímáno. Při samotné canisterapii je pozitivně naladěný, dokáže se zklidnit a spolupracovat pod neustálým slovním vedením. Chlapci je také nutné neustále vysvětlovat, že pes je živý tvor a ne hračka a dle toho se k němu chovat. Velmi rád komunikuje.

4.3.2.4 Hipoterapie

Chlapec se účastní hipoterapie v zařízení EPONA v Hostěnicích.

Cílem hipoterapie:

- rytmické přenášení třídimenzioálních pohybových impulzů ze hřbetu koně,
- využívat pohyb vpřed jako bázi motorického vývoje,
- protahování zkrácených svalů gravitací a hmotností při rytmických pohybech,
- využití podpurných reakcí při facilitaci extenzorů při tlaku do kloubů a flexorů při tlaku z kloubů,
- obranné reakce proti pádu-zapojení posturálního svalstva podle vychýlení těžiště.

Hodnocení hipoterapie k pololetí 2010/2011: Chlapec se hipoterapie účastní pravidelně 1 krát za týden. Jízda na koni mu přináší radost a uspokojení po stránce psychické a zpevňování svalového korzetu po stránce fyzické. Chlapec je jízdou nenásilně

nucen ke spolupráci s koněm a hipoterapeutkou a tím veden ke zklidnění se, k udržení pozornosti, ke správnému držení těla a udržování fyzické kondice. Hipoterapie je pro chlapce přínosem ve všech směrech jeho rozvoje. V zimním období hipoterapie neprobíhá.

4.3.2.5 Arteterapie a práce v keramické dílně

Škola nabízí arteterapii pod vedením zkušené arteterapeutky a práci v keramické dílně, která probíhá v rámci výuky pracovních činností. Chlapec se účastní obou těchto aktivit.

Cílem arteterapie a práce v keramické dílně

- rozvoj jemné motoriky, úchopových a manipulačních schopností ruky,
- posilování sebevědomí a sebehodnocení,
- eliminování agresivního chování a hyperaktivity,
- rozvoj představivosti.

Zhodnocení arteterapie a práce v keramické dílně k pololetí 2010/2011:

Chlapci přináší činnost radost a uspokojení. Dochází u něj k uvolnění a vybití energie. Nejvíce se mu líbí spontánní malování barvami, kdy jsou mu nabízeny barvy i techniky a on si je volí sám. Pod vedením arteterapeutky dovede zajímavé výtvarné počiny. Rád pracuje jak s arteterapeutkou, tak i s vychovateli ze své třídy v rámci pracovních činností v prostorách ateliéru školy. Na práci s hlínou se koncentruje pouze chvíli, zaujetí poměrně rychle opadá. Největší odměnou je pro chlapce možnost odnést si výrobek domů.

4.3.2.6 Snoozelen

Snoozelen navštěvuje chlapec 1x za 14 dní v rámci pedagogické rehabilitace. Relaxace ve snoozelenu se mu velmi líbí. Možností vybrat si pohádky nebo relaxační hudbu a barevných kombinací je ho možné přimět k odpočinku. V mladším školním věku jsme používali i míčkování či baby masáže, ale vzhledem k dospívání jsou tyto techniky nevhodné. Proto v posledních dvou letech pouze relaxujeme.

4.3.3 Vzdělávání a možnosti sociální rehabilitace

Aby bylo možné porovnání pokroků v rámci pedagogické rehabilitace, uvádím příloze pod č. 3 shrnutí stavu chlapce, který byl diagnostikovaný při nástupu plnění povinné školní docházky (chlapci bylo 7 let).

Ve školním roce 2010/2011 je chlapec žákem 8. třídy základní školy speciální.

Cílem vzdělávání chlapce je rozvíjení rozumových schopností, rozvoj návyků a dovedností nezbytných pro osvojování si základů čtení a psaní, rozvoj se motorika a pracovní dovednosti. Důraz je kladen na samostatnost, co nejlepší soběstačnost a orientaci v prostředí, kde se pohybuje. Dále na soustavné opakování, upevňování a prohlubování vědomostí, dovedností a návyků získaných v předchozích ročnících, na které budou systematicky navazovat nové poznatky. Žák je vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu, který vychází z dobíhajícího Vzdělávacího programu pomocné školy, č.j. 24 035/97-22.

Završením vzdělávání by mělo být prohloubení již získaných poznatků spolu s hledáním cest k jejich profesnímu a pracovnímu využití.

Zhodnocení pedagogické rehabilitace k pololetí 2010/2011

Chlapec **čte** v učebnici pro vyšší stupeň pomocné školy, zná všechna písmena, vázané čtení je však pro něho obtížné. **Píše** a vybavuje si všechna písmena, prohlubuje úhlednost. Je schopen přepisovat texty z tištěné podoby. **V počtech** se snaží počítat v oboru do 100, i do 20 je pro něj sčítání a odčítání problémem. Procvičuje orientaci v číselné řadě. Počítá názorně i s pomocí. **Ve věcném učení** zvládá všechny tématické okruhy, snaží se o samostatnou práci, která je pro něj obtížná. **Při pracovních činnostech a ve výtvarné výchově** pracuje s papírem i drobnými předměty, zdatný je v oblasti jemné motoriky. Zvládá s pomocí jednoduché úkony při pravidelném vaření. Krátce se zabaví při práci v keramické dílně. Nejvíce ho baví práce s barvami ve výtvarné výchově. **V hudební výchově** je snaživý, zpívá známé písně, zkouší rytmizovat a při hudbě se pohybově uvolňuje. Při společné **tělesné výchově** je aktivní, zvládá míčové hry a jednoduché cviky. Při všech činnostech týkajících se pedagogické rehabilitace je jeho pozornost značně kolísavá, poslední dobou dochází k častému zahledění, které velmi snižuje jeho výkonnost. Vzhledem k dospívání je s chlapcem práce náročná. Oblast komunikační je podrobně rozvedena v individuální logopedické péči.

Rozumové schopnosti chlapce se v průběhu školní docházky přes veškerou snahu pedagogů posunuly z pásma lehké mentální retardace do pásma dolní hranice středně těžké mentální retardace.

Dále se budeme věnovat **sociální rehabilitaci**. Rodiče chlapce pobírají podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách příspěvek na péči IV. stupně (úplná závislost). Chlapci jsou přiznány mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně-průkaz ZTP-P podle vyhlášky č. 182/1991 Sb. Dle sdělení otce nikdo v rodině nemá řidičský průkaz, tudíž ani nevlastní automobil a chlapec je mobilní bez potřeby kompenzačních pomůcek, tak nemohou využít dalších výhod spojených s mimořádnými výhodami III. stupně ZTP. Dle rodičů je chlapec dostatečně zajištěn a nemají potřebu žádných dalších dávek ani služeb. Také nemají žádná přání, co se týká péče o chlapce. S tím, co poskytuje stát rodině, jsou nadmíru spokojeni. Oba rodiče chlapce pracují, otec je technik, matka učitelka na základní škole. Sestra studuje na vyšší odborné škole. Dle slov otce je ekonomická situace rodiny dobrá.

4.3.4 Prognóza

Chlapec je v letošním roce žákem 8. ročníku ZŠS. Rodiče by rádi umístili chlapce po ukončení povinné školní docházky do denního stacionáře Domov Olga, které je zařízením poskytujícím sociální službu pro osoby s mentálním postižením. Umožňuje klientům být každý den ve společnosti svých přátel a zabývat se činností, která je naplňuje. Zároveň se učí větší samostatnosti a schopnosti orientovat se lépe ve společnosti. Dostupné na [www: <www.hhp.cz >](http://www.hhp.cz)[online]._[2011-06-05]. Chlapce by i nadále mohla doprovázet babička.

Domov má kapacitu 35 klientů. Poskytovatelem je diecézní charita Brno - oblastní charita Blansko a Hnutí humanitární pomoci. Problémem je obsazenost tohoto zařízení. Podle mého zjištění se však místa uvolňují, tak by zde možnost byla, i když třeba ne hned po ukončení školní docházky.

Pokud by pro chlapce nebylo místo přímo v Blansku, pak poskytovatel nabízí i služby denního stacionáře Betany Boskovice, kapacita 25 klientů a Emanuel s kapacitou 15 klientů. Více na adrese: < www.blansko.charita.cz >[online]. [2011-06-05]. Pro rodinu, kde oba rodiče pracují a nevlastní osobní automobil, by dojíždění s chlapcem mimo bydliště bylo náročné a pro babičku vzhledem k věku dlouhodobě nemožné. Život

v chráněném bydlení není možný, neboť chlapec je naprosto nesamostatný a potřebuje neustálý dohled. V dosahu bydliště je i chráněné bydlení – Centrum Velan, které provozuje Hnutí humanitární pomoci: < www.hhp.cz > [online]. [2011-06-05]. Charita Blansko nabízí také odlehčovací služby, které by mohla rodina v pozdější době potřebovat a také využít.

Rodina zatím nemá příliš představu, co bude s chlapcem v budoucnu. Otec by si přál, aby se chlapec mohl manuálně uplatnit. Ve městě a okolí chráněná dílna není. Manuálně se lze právě uplatnit v Domově Olga. Třídní učitel chlapce říkal, že by pro něj byla nejvhodnější práce na zemědělské farmě, kde by při obdělávání půdy vybil svoji energii a zároveň měl pocit uspokojení z vykonané práce. To je však nereálné.

Co se týká volného času chlapce, tak žádné volnočasové aktivity, které nabízí dětem intaktní společnosti Dům dětí mládeže Oblázek, využívat nemůže vzhledem ke své diagnóze. Chlapec pobývá po vyučování ve školní družině, kde jsou mu volnočasové aktivity jemu přiměřené nabízeny. Ve školní družině bývá do konce její provozní doby.

Pokud budou ještě fungovat Aktivační centra pro žáky po ukončení povinné školní docházky, kterými poskytuje naše škola aktivity ve třech oblastech, tak je bude chlapec navštěvovat (více o těchto centrech v teoretické části 3).

Ve volných dnech s ním rodiče, především otec jezdí pracovat na chalupu, navštěvují kulturní památky celé republiky, vše fotí a ukládají. Chlapec má tomto směru velmi dobré poznatky a vědomosti. Otec s chlapcem chodí na fotbalové zápasy. Dále si staví ze stavebnice atd. Řekla bych, že je v jejich činnostech nic neodlišuje od intaktní společnosti. V tomto směru je také nic neomezuje.

4.3.4 Shrnutí

Při analýze kazuistiky došlo (vyšetření, pozorování) došlo u chlapce k celkovému zklidnění a schopnosti se být jen krátkodobě soustředit. Bohužel jej v tomto školním roce brzdí stále častější zahledění, které jsou způsobeny hormonálními změnami v dospívání a tím zvýšenou epileptickou aktivitou. V pedagogické rehabilitaci pracuje dle IVP, neboť nezvládá osnovy Vzdělávacího programu pomocné školy. Co se týká fyzioterapie, došlo k mírnému zlepšení v koncentraci, koordinaci, cílení pohybů.

Po stránce motorické je schopen vykonávat jakýkoliv jednoduchý cvik, ale je limitován schopností koncentrace vzhledem k diagnóze ADHD a stupni mentální

retardace. Úroveň motorických schopností je nerovnoměrná, rychlost, přesnost a koordinace pohybů je celkově na úrovni šestiletého dítěte. Potíže činí kontralaterální pohyby. Vzhledem k rychlému růstu došlo k mírnému zhoršení skoliotického držení páteře.

V průběhu logopedické intervence došlo k rozvoji práceschopnosti, koncentrace pozornosti, podařilo se vybudovat alespoň částečné sebeovládání a sebekázeň, došlo k velkému rozvoji hrubé i jemné motoriky, rozvinula se aktivní i pasivní slovní zásoba, zčásti se daří i hlásková náprava, která je ovšem značně limitována dyspraxií mluvidel, chlapec je schopen komunikovat se svým okolím krátkými větami. Vzhledem k dospívání a epileptické aktivitě v současné době vývoj spíše stagnuje, ne-li má sestupnou tendenci.

Canisterapie a hipoterapie učí chlapce lásce k zvířatům a přináší mu rozvoj ve všech směrech rozvoje jeho osobnosti. Arteterapie a práce v keramické dílně přináší chlapci vybití energie a pocit uspokojení. Ve snoozelenu dokáže relaxovat a poslouchat hudbu nebo pohádky. Chlapec pod dohledem zvládá veškeré sebeobslužné činnosti samostatně a pomáhá i ostatním spolužákům. Všechny složky ucelené rehabilitace, ve kterých chlapec pracuje, jsou pro něj přínosné.

Chlapec je velmi silně fixován na rodinu, zvláště na babičku a otce. Z tohoto důvodu chce rodina chlapce umístit do denního stacionáře v místě bydliště. Chlapec není schopen pracovat samostatně. Jeho uplatnění na trhu práce ani v programu podporovaného zaměstnávání není možné. Chlapec by mohl vykonávat jednoduché činnosti v chráněné dílně, ale pouze za trvalé asistence. Jeho další životní etapa bude záviset i na epileptické aktivitě a hloubce mentální retardace vzhledem k diagnóze ADHD.

V každém případě by u něj byla nutná fyzioterapie a i další aktivity, které mu v současnosti nabízí škola. Pokud bude chlapec nadále pokračovat v naučeném, může se jeho rozvoj zlepšovat nebo alespoň zůstat na stejné úrovni. Nepodaří-li se chlapci zajistit potřebné podněty a péči, bude mít jeho osobnostní vývoj sestupnou tendenci. Z mého pohledu by pro chlapce byl nejlepší denní stacionář Betany Boskovice, který nabízí komplex služeb obdobných službám v našem zařízení. Co se týká zařízení Emanuel Boskovice, tam informace dostupné nejsou a Domov Olga nabízí pouze činnosti pracovní. Výhledově by se měl chlapec také učit být bez rodiny, aby byl schopen samostatného života v chráněném prostředí v případě, že by se o něj rodina nemohla postarat. Zde by pak

bylo možné uvažovat o možnosti chráněného bydlení, které nabízí Centrum Velan Klepačov .Je otázkou,zda by jej vzhledem k diagnóze přijali a pokud ano, zda by potřeboval osobního asistenta.

Služby, jež nabízí systém ucelené rehabilitace, přináší chlapci rozvoj ve všech směrech. I když jej brzdí stupeň mentální retardace, diagnóza ADHD a v poslední době epileptická aktivita ve formě zahledění, má u něj veškerá činnost velký význam. Jeho budoucnost záleží nejvíce na jeho rodině, na schopnosti zajistit chlapci co nejlepší péči v komplexu služeb obdobných naší škole a to po ukončení povinné školní docházky.

Závěr

Rozborem výše uvedených kazuistik jsem dospěla k tomuto závěru.

Léčebná rehabilitace u těchto dětí nastupuje již od narození a má velký význam v neurofyziologickém a neuromotorickém vývoji. Nejdůležitějším okamžikem pro budoucí vývoj dítěte jsou právě první tři měsíce života. V kazuistice č. 1 spatřujeme význam fyzioterapie a dalších podpůrných technik jako velmi důležitý, neboť dívka je imobilní.. U dívky z této kazuistiky je kladen důraz na nácvik sebeobsluhy, rozvoj samostatnosti a schopnost orientace v okolním světě. Dívka může využít naučené dovednosti osvojené ve škole i v běžném životě, především doma. U chlapce z kazuistiky č. 2 spatřujeme význam fyzioterapie v zachování jeho mobility. Tento chlapec využívá pouze některé podpůrné techniky, neboť některé pro něj nemají žádný význam. Naopak chlapec z kazuistiky č. 3

pracuje ve všech složkách ucelené rehabilitace, které škola nabízí. Ve fyzioterapii je pro něj důležité cvičení proti skolióze, ale především cílená práce, schopnost koncentrace, přesnost a koordinace pohybů, což je vzhledem k diagnóze ADHD a stupni mentální retardace značně obtížné. Každá ze složek léčebné rehabilitace má pro něj určitý význam do budoucnosti.

Pedagogická rehabilitace by měla u těchto jedinců probíhat po celý život, aby u nich nedošlo k úpadku naučeného. Všechny děti v praktické části této práce jsou žáky základní školy speciální, mají nastavený individuální vzdělávací plán podle kterého jsou vzděláváni. U dívky z kazuistiky č. 1 odpovídá stupeň a úroveň vzdělávání možnostem člověka s těžkým mentálním postižením. Pro dívku je tak důležitý rozvoj po stránce pedagogické, aby zvládala ostatní části ucelené rehabilitace. U chlapce z kazuistiky č. 2 jde spíše o dávkování vhodných podnětů, aby nedocházelo k neustálým stereotypním repetitivním pohybům. U chlapce z kazuistiky č. 3 bylo dosaženo základu čtení, psaní a počítání odpovídající maximálně úrovni žáka 2. třídy základní školy. Jeho myšlení je pouze konkrétní a tím je ovlivněna úroveň jeho vzdělání. Budoucnost je pro děti z kazuistik nejistá. V našem regionu je těžké nalézt vhodné zařízení, kde by mohla péče o naše klienty pokračovat v komplexním pojetí, jaké se snažíme realizovat v naší škole. Toto by mohlo být do budoucna podnětem pro poskytovatele sociálních služeb

Sociální rehabilitace zajišťuje nejprve rodinu dítěte a později osobu samotnou po stránce finanční. Tím zajišťuje zapojení do skupiny osob se stejným hendikepem např. ve stacionářích či domovech pro zdravotně postižené, kde mohou prožít plnohodnotný život jako i zapojení do běžného života s trvalou asistencí. Rodičům v kazuistikách připadá momentálně ekonomické zajištění jejich dětí dostačující. Je však otázkou, jak dalece dostačující bude, až jejich děti opustí základní školu a rodina jim bude muset zajistit sociální služby, které jsou plně hrazeny. Zde se domnívám, že dávky, které jsou rodinám vypláceny, dostatečné nebudou. Dalším problémem v sociální oblasti je nedostatek míst ve stacionářích a domovech pro zdravotně postižené, ale také nedostatek stacionářů jako takových, hlavně ve věkové kategorii do 30 let. Problematické je i poskytování respitních služeb, které nejsou zabezpečeny i ve večerních a nočních hodinách. Jako nemalý problém vidím špatnou informovanost rodičů, kde a jak hledat všechna tato zařízení. Chybí internetové stránky, kde by byl kompletní seznam s adresami a kontakty na tato zařízení.

Co se týká pracovní rehabilitace, osoby s ADHD v kombinaci s mentálním postižením, osoby s těžkým a kombinovaným postižením nenajdou uplatnění na trhu práce ani v programu podporovaného zaměstnávání. Závěrem je, že zaměstnávání osob s těžkým mentálním postižením může být realizováno formou různých aktivit, které nabízejí stacionáře a další zařízení sociálních služeb. Pokud by byla nabídka dostatečná, může být zaměstnávání nějakou formou realizováno, ovšem za předpokladu, že se klienta podaří někam umístit.

V závěru bychom mohli říci, že děti se speciálními potřebami využívají všech služeb ucelené rehabilitační péče a vykazují pokroky ve svém psychickém, fyzickém i sociálním rozvoji. Všechny složky a jejich vzájemná propojenost jsou pro ně přínosem v současném i budoucím životě (kazuistiky č.1 a č. 3). I když se u chlapce (kazuistika č.2) nepodařilo dosáhnout téměř žádných pokroků, mají pro něj služby v systému ucelené rehabilitace velký význam. U těchto klientů by se v budoucnu mělo počítat s celým komplexem služeb propojených v systému ucelené rehabilitace. Propojenost všech složek ucelené rehabilitace je, a i do budoucna bude významná pro všechny klienty se speciálními potřebami.

Seznam použité literatury:

PAVLŮ, D., *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Brno: Akademické nakladatelství CERM,s.r.o., 2003 (2. vydání). ISBN 80-7204-312-9

ZOUHAROVÁ, M., URBANOVÁ, M., *Možnosti využití canisterapie při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2008. ISBN 978-80-86856-37-7

ZOUHAROVÁ, M., *Možnosti využití arteterapie při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2009. ISBN 978-80-86856-60-5

ŠICKOVÁ-FABRICI, J., *Základy arteterapie*. Praha. Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0

VELEMÍNSKÝ, M., a kolektiv, *ZOOTERAPIE ve světle objektivních poznatků*. DONA, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7322-109-6

JEBAVÁ, Z., *Míčujeme pro zdraví*. Lomnice nad Popelkou: BELLIS, 1997. 15 s. Bez ISBN

VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie*. Praha: Nakladatelství PARTA, s.r.o., 2003. ISBN 80-7320-039-2

MÜLLER, O. a kol., *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3

JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace u dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-192-7

JESENSKÝ, J., *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: KAROLINUM, 1995. ISBN 80-7066-941-1

SLOWIK, J., *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009. ISBN 978-80-247-1733-3 (Dotisk 2).

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

LECHTA, V., *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7

PŘIMOSILOVÁ, D., *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno. Paido-edice pedagogické literatury 2007. ISBN 978-80-7315-157-7 Vydání 2.

HANÁK, P. a kol., *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR 2005. ISBN 80-86856-10-0

- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol., *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s.r.o. 2003. ISBN 80-7178-546-6
- KENKOVÁ, J., *Logopedie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-1110-9 (Dotisk 2.)
- LECHTA, V. a kol., *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 987-80-7367-310-9
- ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*. Praha: Portál, s.r.o. 2006. ISBN 80-7367-060-7
- KOZÁKOVÁ, Z., *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0991-7
- Mezinárodní klasifikace nemocí-10 revize. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006 (3. vydání). ISBN 80-85121-11-5
- ŠLAPAL, R., *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-017-4
- KRAUS, J. a kol., *Dětská mozková obrna*. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-1018-8
- LEHOVSKÝ, M. a kol., *Pečujeme o nervově nemocné dítě*. Praha: Avicenum, 1988. Bez ISBN 08-040-89
- LESNÝ, I. a ŠPITZ, J., *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-04-22922-0
- SVOBODA, M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9
- MEČÍŘ, M., *Pečujeme o nemocné dítě*. Praha: Avicenum, 1988. 08-066-88
- LECHTA, V., *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- BRAGON D., A., GAMON, D., *Když mozek pracuje jinak*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-066-6
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V., *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9
- VENCOVSKÝ, E., DOBIÁŠ, J., *Psychiatrie*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p.1976. Bez ISBN 08-024-76
- GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., *ADHD-Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4

RIEFOVÁ, F., S., *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: Praktické postupy pro vyučování a výchovu ve škole*. Praha. Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4

VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J., *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7

VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6

OŠLEJŠKOVÁ, H., in *Sborník přednášek a statí specializovaného vzdělávání logopedů ve školství: Poruchy řeči systémového charakteru – vývojová dysfázie. MODUL 1*. Nositel projektu: Asociace logopedů ve školství, „specializované vzdělávání logopedů ve školství“, CZ.1.07./1.3.00/08.0144

ČECHOVÁ, H., Metodiky SPC, bez názvu, bez ISBN, zapůjčeno v SPC Blansko

Zákon č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 *Sbírka zákonů O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, Česká republika, 2005, Částka 20 rozeslána 17. února 2005* Praha: Tiskárna ministerstva vnitra ISSN 1211-1244

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 *Sbírka zákonů O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, Česká republika, 2005, Částka 20 rozeslána 17. února 2005* Praha: Tiskárna ministerstva vnitra ISSN 1211-1244

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon ze dne 14. března 2006.

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

MPSV ČR č.182/ 1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška MPSV ČR č.182/ 1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení.

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

Zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti.

Listina základních práv a svobod č.2/1993 Sb.

Internetové zdroje.

www.hhp.cz

www.odlehcovacisluzby@domovpromne.cz

www.blansko.charita.cz

<http://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-s>

<http://www.mpsv.cz/>

<http://www.piafa.cz>

[http://www.hipoterapie.cz.](http://www.hipoterapie.cz)

<http://specialniskola.blansko>

http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&cname=Neurologie&letter=E&termId=3399&tname=Epilepsie+-+p%C5%99%C3%ADznaky&h=empty

<http://autiktusticka.blog.cz/0905/lennox-gastautuv-syndrom>

www.predys.szm.com/zdrav_noviny.htm

<http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/hypoprosexie-1>

<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/skolioza>

Příloha č.1 (kazuistika č.1)

Dívka, 16 let s diagnózou DMO – centrální kvadruparéza s větším postižením DKK, spastická, epilepsie, těžká mentální retardace, skolióza.

Stav diagnostikovaný při nástupu plnění povinné školní docházky ve Speciální škole pro žáky s více vadami, nyní Základní škola speciální v Blansku). Dívce bylo při nástupu do školy 9 let.

Pozornost: dívka udržela jen velmi krátkou dobu, neustále odbíhá od tématu. Při řízené činnosti bylo nutné neustálé povzbuzování, slovní i fyzická dopomoc druhé osoby, časté střídání činností.

Socializace: Dívka se dobře adaptovala v neznámém prostředí, byla pozitivně naladěná, neměla potíže s navázáním kontaktu. Byla zvyklá na kolektiv dětí, do skupinové činnosti se nezapojovala, preferovala činnosti, které si řídila sama. Měla vypěstované návyky - umí si „požádat o něco“, umí poděkovat.

Motorika: hrubá motorika: postižení závažného stupně, je imobilní – vožena v mechanickém vozíku. Sama se po zemi pohybovala plazením, zkoušela lezení po čtyřech, měla-li pevnou oporu, udělala několik krůčků. Zvládala vysoký klek, s oporou se postavila, k sezení byla nutná speciální židle s klínem a opěrkami. Jemná motorika: používala PHK, levá ruka se sama téměř nezapojovala. Byla-li upozorněna nebo vedena druhou osobou, snažila se LHK používat jako pomocnou. Nebyla vybudována souhra ruka – oko. Byla diagnostikována motorická neobratnost v důsledku DMO, nesoustředěnost a nízká úroveň zrakové kontroly. Zvládala vybrat kostky z kyblíku a uložit je na určené místo se slovní dopomocí, navlékla kroužky na tyčku, ale korále na šňůru nenavlékne. Postavila komín ze 3-4 kostek, řazení kostek vedle sebe nedovedla.

Grafomotorika: kresba byla na úrovni bezobsažné čmáranice, snažila se napodobit kroužení za doprovodu říkadla „Vařila myšička kašičku“ (více se soustředila na říkadlo než na kresbu). Ruka nebyla uvolněná, silnější přitlak se střídal s lehkými tahy. Byl patrný zvýšený tremor, tužku držela v pravé ruce.

Sebeobsluha: při oblékání a svlékání jen částečně spolupracovala (nastavila ruku-nohu). Při hygieně byla nutná pomoc druhé osoby, potřebu hlásila, vysazována na WC. Jedla dobře, sama se najedla nečistě lžící, kousala tuhou stravu, napila se z hrnečku.

Řeč: mluvené řeči rozuměla, sama ji používala ke komunikaci, pasivní slovní zásoba byla bohatší než aktivní. Odpovědi byly převážně jednoslovné, popř. sestavila krátké věty. Skloňovala podstatná jména, správně používala tvary jednotného a množného čísla, používala slovesa, přivlastňovací tvary, správně používala tvary „ano“ a „ne“. Řeč byla srozumitelná, v artikulačně složitých hláskách chybovala. U dívky jsou nápadná pootevřená ústa se zvýšenou salivací, kterou nedokázala sama kontrolovat. Byla patrná echolálie. Zнала jednoduchá říkadla a písničky, uměla rytmizovat. První hlásku ve slově nepoznala.

Poznávací schopnosti: znala své jméno, příjmení, bydliště, členy rodiny. Chápala pojmy „ne“, „nesmíš“ – bylo nutné je vícekrát opakovat. Dobře reagovala na „dej“, „na“, „vem si“, úkon provedla, sama slova použila. Ukázala si na to, co chce, nebo si sama řekla. Poznávací schopnosti byly na předmětové úrovni.

Rozumové schopnosti: v pásmu středního až těžkého stupně mentální retardace.

Příloha č. 2 (kazuistika č. 2)

Chlapec, 16 let, s diagnózou Lennox Gastautův syndrom, epilepsie, hraniční pásmo těžké mentální retardace, lehké tělesné postižení, nízkoprahový autismus

Stav diagnostikovaný při nástupu plnění povinné školní docházky ve Speciální škole pro žáky s více vadami, nyní Základní škola speciální v Blansku). Chlapci bylo při nástupu do školy 9 let.

Adaptabilita: chlapec nenavazoval žádný kontakt, chování bylo na úrovni 28 týdnů, volně manipuloval s předměty, které si sám bral. Po podání reagoval na výzvu „na“ a předmět si vzal, podal ho pouze náhodně. Převládalo pasivní přijetí her. U činností užíval oční kontakt asi tak z 50%, předměty přendával z ruky do ruky, upřednostňoval pravou ruku.

Hrubá motorika: odpovídala asi 24 měsícům, sám se zvedl, byl schopen samostatné nestabilní chůze, upřednostňoval pohyb po kolenou. Chůzi ze schodů zvládal s dopomocí, nohy střídal. Je u něj patrná hypermobilita kloubní.

Jemná motorika: chlapec měl palmární úchop, záměrně uchopil a upustil předmět. Měl cílený úchop předmětu, který jej zaujal za periferní kontroly. Vázla vizuomotorická koordinace. Vývojová úroveň byla na úrovni 7 měsíců.

Řeč: odpovídala úrovni 32 týdnů. Nemluvil, používal izolované slabiky „ma-ma“, nepoužíval je výběrově. Opakoval rytmizované úryvky, nápodoba prodloužené fonace „hm“.

Sociální chování: u chlapce byla zřejmá kladná reakce na dotek, zklidnil se při masáži horních končetin a při míčkování. Reagoval úsměvem na rytmická říkadla, zklidnil se při poslechu oblíbené hudby. Libost a nelibost vyjadřoval gesty, vokalizací, změnou intonace, pláčem nebo vzteklým křikem. Čistotu neudržel, potřebu nesignalizoval a nosil pleny. Potravu přijímal dobře, byl krmen lžící, dobře kousal a polykal. Sám pil z hrnečku s náustkem. Při mytí napodoboval, při oblékání protáhl ruce rukávy a nohy nohavicemi. Vyzul si boty, pokud byly rozvázané. Dovednosti odpovídaly 36 měsícům. Oční kontakt nenavazoval.

Rozumové schopnosti se nacházely v hraničním pásmu těžké mentální retardace

Příloha č. 3 (kazuistika č. 3)

Chlapec, 15 let, ADHD, dolní hranice středně těžké mentální retardace, výrazná hypoproxie, nerovnoměrný vývoj osobnosti, syndrom neobratného dítěte, dyspraxie mluvidel

Stav diagnostikovaný při nástupu plnění povinné školní docházky ve Speciální škole pro žáky s více vadami, nyní Základní škola speciální v Blansku. Chlapci bylo při nástupu do školy 7 let.

Grafomotorika: Došlo ke zlepšení držení tužky, snaží se vymalovat předlohy, zvládl svislou i vodorovnou čáru, klubičko. Občas chyběla zraková kontrola prováděné činnosti. S dopomocí maloval postavu ve formě hlavonožce. Kresba nesla znaky organicity. Kresba byla hluboko pod věkovou úrovní, neodpovídá věku formou a obsahem.

Lateralita: je souhlasná pravostranná.

Pozornost: V popředí byla hypoproxie, koncentrace pozornosti oscilovala, pozornost byla velmi odklonitelná drobnými podněty z okolí. Řízená činnost byla výrazně limitovaná neschopností déle se soustředit. Při soustředění byla patrná nekontrolovaná salivace. Výkon byl celkově snížen. Od činnosti odbíhal, bylo nutné jej k činnosti vracet a motivovat jak pochvalou, tak i důrazným napomenutím. Nutné bylo časté střídání činností.

Řeč: Aktivní řeč byla dyslalická, vyjadřoval se v jednoduchých větách, s častými agramatismy. Chlapec měl rozšířenou slovní zásobu, chlapec používal více slov, zlepšila se výslovnost, řeč byla však místy nesrozumitelná. Pasivní slovní zásoba byla výrazně lepší. Vyhledával obrázky předmětů denní potřeby, zvířátka napodoboval zvuky, u předmětů napodoboval jejich použití.

Socializace: kontakt navazoval ve známém prostředí dobře, zvláště s dětmi. Dobře se zapojoval do hry. Spolupracoval. V MŠ poznával všechny děti celým jménem i jejich rodinné příslušníky. Velice rád vyprávěl své zážitky a často je opakuje.

Rozumové schopnosti: zjištěná úroveň nadání při nástupu povinné školní docházky se nacházela na hranici lehké a středně těžké mentální retardace, výrazná hypoproxie, nerovnoměrný vývoj osobnosti.

Příloha č.4

Fotografie pořízené v Základní škole speciální v Blansku a při terapiích, které nabízí v komplexu služeb ucelené rehabilitace toto zařízení.



Jedna z pěti tříd základní školy speciální

Práce ve třídě





Třída pro žáky s těžkým mentálním postižením a
souběžným kombinovaným postižením





Školní družina





Internát školy





Snoozelen





Pracovna školního logopeda



Individuální canisterapie





Skupinová canisterapie





Hipoterapie



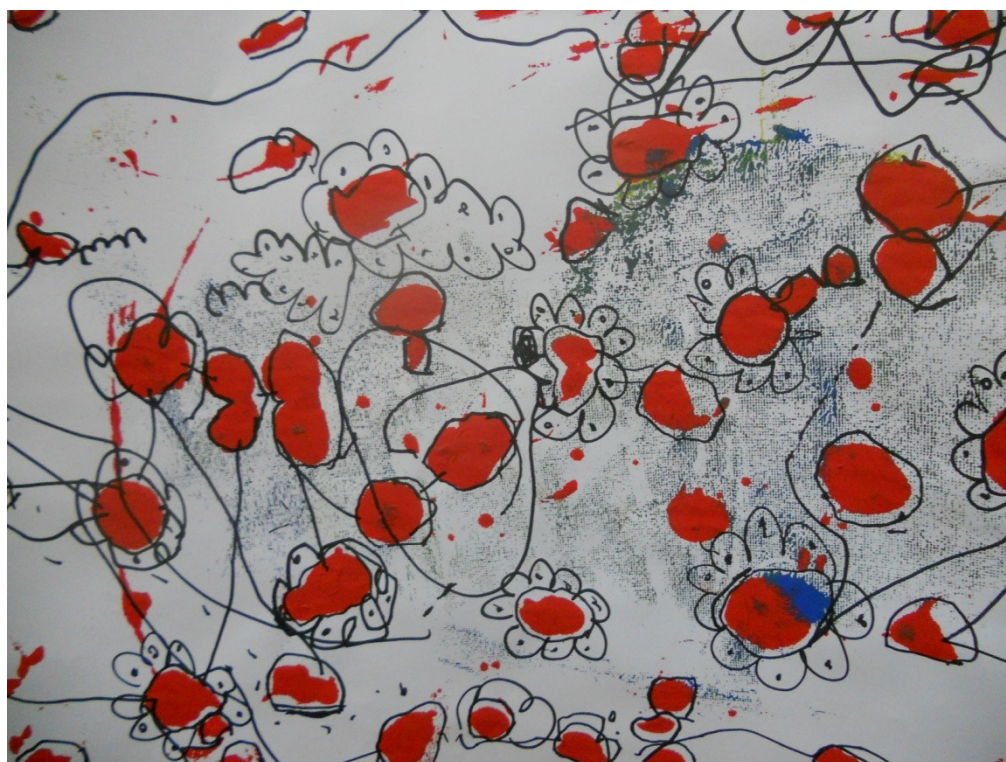


Hipoterapie



Arteterapie

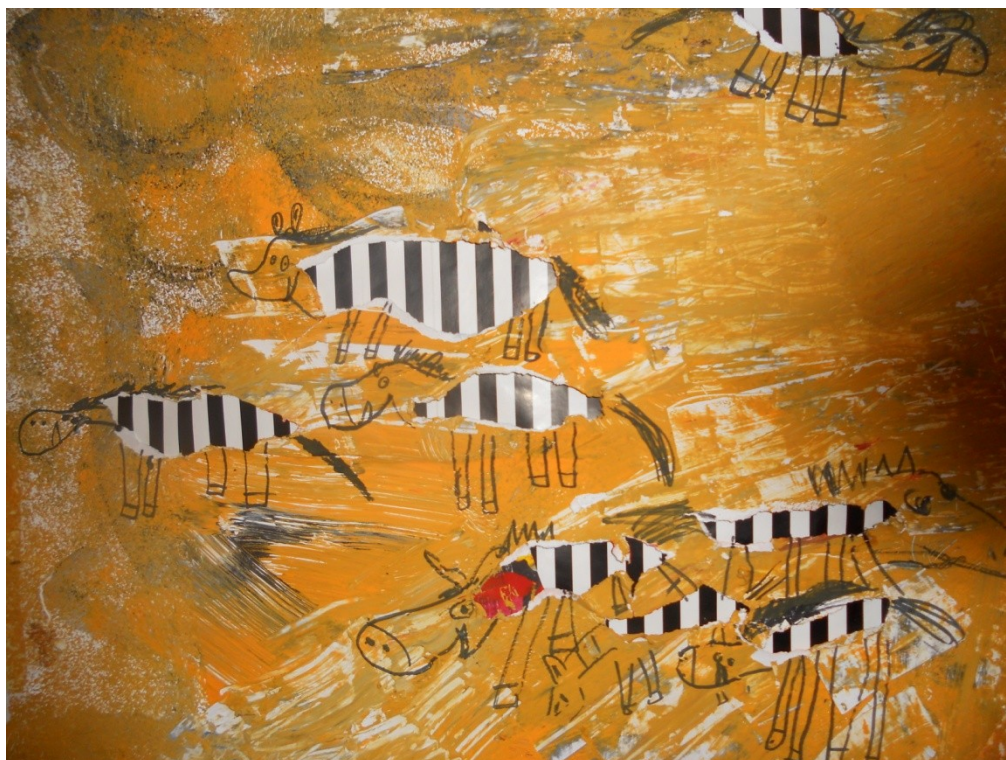
Výtvarné dílo jednoho z žáků





Práce v keramické dílně





Další zajímavý výtvarný počín

Práce ve výtvarném ateliéru



Anotace závěrečné práce

Příjmení a jméno: Jana Jetelinová
Katedra: Ústav speciálněpedagogických studií, PdF UP Olomouc
Název práce: Komplexní rehabilitace u dětí se speciálními potřebami
Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kantor
Počet stran: 86
Počet příloh: 4

Klíčová slova : mentální retardace, komplexní rehabilitace, kombinované postižení, arteterapie, canisterapie, hipoterapie, fyzioterapie

Resumé:

Hlavním cílem této práce je prostřednictvím studia kazuistik identifikace problémových témat, která souvisejí se zajišťováním mezesortních služeb v pojetí komplexního systému rehabilitace. V práci je nastíněn pohled pojetí systému ucelené rehabilitace, její složky v souvislosti s využitím u žáků a těžkým a kombinovaným postižením v základní škole speciální a možnosti jejich budoucího začlenění ve společnosti.

Final work annotation

Surname and name: Jana Jetelinová
Department: Institute of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacky University Olomouc
Title of work: Complex rehabilitation of children with special needs
Work guider: Mgr. Jiří Kantor.
Number of pages: 86
Number of annexes: 4

Keywords: mental retardacion, rehabilitacion complex, combined disabilities, art therapy, canine therapy, hippotherapy physiotherapy

Resumé:

The main objective of this work is through the study of case reports identifying problematic issues that relate to the provision of services mezesortních in the concept of a comprehensive rehabilitation system. The paper outlines the view of the concept of comprehensive rehabilitation, her složky in connection with the use of pupils with severe and multiple pstižením and their future integration in society.