

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury



Fakulta
tělesné kultury

MOŽNOSTI REHABILITACE VE SPECIÁLNÍ ŠKOLE JISTOTA V PROSTĚJOVĚ

Bakalářská práce

Autor: Monika Melzerová

Studijní program: Aplikované pohybové aktivity – speciálně pedagogický
základ

Vedoucí práce: RNDr. Iva Dostálová, Ph.D.

Olomouc 2024

Bibliografická identifikace

Jméno autora: Monika Melzerová

Název práce: Možnosti rehabilitace ve speciální škole JISTOTA v Prostějově

Vedoucí práce: RNDr. Iva Dostálová, Ph.D.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Rok obhajoby: 2024

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na charakteristiku prostředí a představení speciální školy JISTOTA v Prostějově a na analyzované rehabilitační metody využívané v této škole. Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat tyto rehabilitační metody aplikované ve speciální škole JISTOTA a zhodnotit jejich dopad v konkrétních případech. Teoretická část obsahuje rešerši odborné literatury, která je zaměřena na vymezení pojmů, jako je zdravý jedinec a jedinec se zdravotním postižením. Dále jsou popsány jednotlivé druhy postižení (mentální, tělesné, zrakové, sluchové, kombinované a vady řeči), vymezení školství v České republice a rozdíly mezi vzděláváním žáka se speciálními vzdělávacími potřebami na běžné škole či škole speciální. Nakonec se v teoretické části zaměřuji na jednotlivé rehabilitační metody (Canisterapie, EEG Biofeedback, Ergoterapie, Snoezelen). V praktické části je detailně charakterizováno prostředí školy JISTOTA a analyzovány konkrétní využívané rehabilitační metody. Práce se dále zabývá případovými studii, zahrnujícími šest vybraných žáků s kombinovaným postižením, kteří pravidelně navštěvují zkoumané rehabilitační metody. Následně se zaměřuji na výsledky výzkumu prováděného vlastní anketou. Respondenty jsem rozdělila do několika kritérií a analyzovala jejich odpovědi v rámci jejich povědomí o rehabilitačních metodách na dané škole. Celkově výzkum ukázal, že vybrané rehabilitační metody pozitivně ovlivňují rozvoj motorických schopností, komunikačních dovedností a dalších oblastí u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zlepšení v oblasti samostatnosti bylo méně jednoznačné, ale byly pozorovány pozitivní změny. Tento výzkum potvrzuje význam rehabilitačních metod v rozvoji schopností a dovedností žáků v prostředí speciálních škol.

Klíčová slova:

rehabilitace, osoby se speciálními potřebami, speciální škola, rehabilitační metody, speciální pedagogika, zdravotní postižení

Souhlasím s půjčováním práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author: Monika Melzerová

Title: Options for rehabilitation at the special school JISTOTA in Prostějov

Supervisor: RNDr. Iva Dostálová, Ph.D.

Department: Department of Adapted Physical Activities

Year: 2024

Abstract:

This bachelor thesis focuses on characterizing the environment and introducing the special school JISTOTA in Prostějov, along with analyzing the rehabilitative methods employed in this school. The main objective of the thesis is to analyze these rehabilitative methods applied at the JISTOTA special school and evaluate their impact in specific cases. The theoretical part includes a review of specialized literature aimed at defining concepts such as healthy individuals and individuals with disabilities. It further describes various types of disabilities (mental, physical, visual, auditory, combined, and speech impairments), outlines the educational system in the Czech Republic, and discusses differences between the education of students with special educational needs in regular versus special schools. Finally, the theoretical part focuses on specific rehabilitative methods (Canister therapy, EEG Biofeedback, Occupational therapy, Snoezelen). In the practical part, the environment of the JISTOTA school is characterized in detail, and specific rehabilitative methods used are analyzed. The thesis also includes case studies involving six selected students with combined disabilities who regularly participate in the studied rehabilitative methods. Subsequently, the research focuses on the results obtained from a survey conducted among the school's pedagogical staff. Respondents were categorized based on several criteria, and their responses regarding their awareness of rehabilitative methods at the school were analyzed. Overall, the research demonstrates that the selected rehabilitative methods positively influence the development of motor skills, communication abilities, and other areas among students with special educational needs. Improvement in independence was less straightforward, though positive changes were observed. This study underscores the significance of rehabilitative methods in fostering the abilities and skills of students in the context of special schools.

Keywords:

Special education, rehabilitation methods, special school, individuals with special needs, rehabilitation, disability

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně pod vedením RNDr. Ivy Dostálové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje, a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 29. června 2024

.....

Děkuji vedoucí práce RNDr. Ivě Dostálové, Ph.D., za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování této práce. Děkuji také svým nejbližším za trpělivost a podporu.

OBSAH

Obsah	7
1 Úvod	9
2 Přehled poznatků	10
2.1 Zdravý jedinec a jedinec se zdravotním postižením	10
2.1.1 Zdravý jedinec	10
2.1.2 Jedinec se zdravotním postižením	10
2.1.3 Jedinec se speciálními vzdělávacími potřebami	11
2.2 Druhy postižení	11
2.2.1 Mentální postižení	11
2.2.2 Kombinované postižení	13
2.2.3 Tělesné postižení	14
2.2.4 Zrakové postižení	16
2.2.5 Sluchové postižení	17
2.2.6 Vady a poruchy řeči	18
2.3 Školství v České republice	19
2.3.1 Běžné školy	20
2.3.2 Specificky zaměřené školy	20
2.4 Rehabilitační metody	21
2.4.1 Canisterapie	21
2.4.2 EEG Biofeedback	22
2.4.3 Snoezelen	23
2.4.4 Ergoterapie	24
3 Cíle	26
3.1 Hlavní cíl	26
3.2 Dílčí cíle	26
3.3 Výzkumné otázky	26
4 Metodika	27
4.1 Výzkumný soubor	27
4.2 Metody sběru dat	27

4.3	Statistické zpracování dat	28
5	Výsledky.....	29
5.1	Charakteristika školy JISTOTA	29
5.2	Rehabilitační metody využívané ve škole JISTOTA	30
5.3	Případové studie	37
5.4	Výsledky ankety	40
5.5	Vliv rehabilitačních metod na schopnosti a dovednosti žáků.....	50
6	Diskuse	53
6.1	Vliv rehabilitačních metod	54
7	Závěry	56
7.1	Doporučení pro praxi	57
8	Souhrn	58
9	Summary	59
10	Referenční seznam	60
11	Přílohy	64
11.1	Anketa pro pedagogické pracovníky	64
11.2	Vyjádření etické komise	68
11.3	Informovaný souhlas.....	69

1 ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na analýzu a charakteristiku speciální školy JISTOTA v Prostějově, se zvláštním důrazem na využívané rehabilitační metody a jejich dopad na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. V současné době je stále více uznávána důležitost komplexního přístupu k rehabilitaci a vzdělávání dětí se zdravotním postižením, který zahrnuje jak pedagogickou, tak i terapeutickou péči. Škola JISTOTA je příkladem zařízení, které tento přístup úspěšně praktikuje.

Hlavním cílem této práce je analyzovat jednotlivé rehabilitační metody, které jsou ve škole JISTOTA používány, a zhodnotit jejich efektivitu v konkrétních případech. Vybrané rehabilitační metody jsou canisterapii, EEG Biofeedback, ergoterapii a Snoezelen, které jsou aplikovány pedagogy a rehabilitačními pracovníky.

Teoretická část práce poskytuje přehled odborné literatury týkající se základních pojmů, jako jsou zdravý jedinec a jedinec se zdravotním postižením. Dále jsou zde popsány jednotlivé druhy postižení, včetně mentálního, tělesného, zrakového, sluchového, kombinovaného postižení a vad řeči. Práce také porovnává vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v běžných a speciálních školách v kontextu školství v České republice.

Praktická část se zaměřuje na popis prostředí školy JISTOTA a na detailní analýzu konkrétních rehabilitačních metod využívaných v této škole. Součástí praktické části jsou také případové studie šesti vybraných žáků s kombinovaným postižením. Výsledky těchto případových studií poskytnou hlubší vhled do efektivit rehabilitačních metod.

Výzkum je realizován prostřednictvím ankety nazvané "Povědomí pedagogických pracovníků o rehabilitačních metodách". Anketa zjišťuje, zda pedagogičtí pracovníci mají přehled o tom, kolik dětí a jak často tyto metody navštěvuje a jaké změny pedagogičtí pracovníci pozorují v oblastech motorických schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti, psychické pohody, paměti a neklidu.

Výsledky tohoto výzkumu mohou přispět k lepšímu pochopení vlivu rehabilitačních metod na vývoj žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a poskytnout cenné informace pro další vývoj a zavedení těchto metod ve speciálním školství.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Zdravý jedinec a jedinec se zdravotním postižením

Zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) definujeme jako „stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouhé nepřítomnosti nemoci nebo vady“ (WHO, 1948).

2.1.1 Zdravý jedinec

Zdraví je ovlivněno mnoha faktory, jejichž význam se mění v průběhu historického vývoje společnosti a během individuálního vývoje člověka. Záleží na kulturním prostředí, sociálních podmínkách, ekonomických faktorech a pokroku v lékařské vědě (Machová et al., 2009).

Nemoc můžeme posuzovat objektivně, například lékařským hodnocením příznaků a stanovením diagnózy. Důležité je také, jak pacient subjektivně prožívá a hodnotí svou nemoc, protože to ovlivňuje míru jeho utrpení a celkové reakce. Postoj k vlastní nemoci je individuálně proměnlivý a lidé často prožívají stejnou nemoc různými způsoby. Každá nemoc také zhoršuje kvalitu života nemocného, jeho osobní komfort a soběstačnost (Vágnerová, 2008).

Důležité je vnímat nemoc i zdraví v širším kontextu, jelikož jejich hodnocení je sice založené na subjektivitě a individuálních zkušenostech, ale také je posuzujeme podle odklonu od nějaké normality. „Normalita je stav osoby, jedince, věci situace nebo jevu odpovídající té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována.“ (Slowík, 2016, p. 23). Normalita není pevně daná, a tak podle Slowíka (2016) záleží tedy na jejím pojetí, které při posuzování sledujeme. Hodnocení konkrétní osoby nejčastěji probíhá porovnáním s ostatními jedinci (věkově i jinak srovnatelnými) a posuzováním, nakolik se odlišuje od stanovených normativních hodnot.

2.1.2 Jedinec se zdravotním postižením

Zdravotní postižení můžeme podle Richterové (2011) vymezit jako „postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat.“ (p. 24).

Jedinec s viditelnou vadou, poruchou či zjevným postižením nebo znevýhodněním je v lidské společnosti považován za odlišného, což vždy vedlo k řadě specifických problémů (Titzl, 2000). Přítomnost takového jedince může v ostatních lidech vyvolávat strach nebo dokonce odpor, způsobovat nejistotu (mnozí nevědí, jak s ním komunikovat a jak se k němu chovat), a zároveň to jedinci s postižením brání v naplňování některých norem, na kterých společnost trvá (Slowík, 2016).

2.1.3 Jedinec se speciálními vzdělávacími potřebami

„Speciální vzdělávací potřeby se vztahují k osobě, které má být poskytnutá podpora, a prostředí, které má tuto podporu poskytovat.“ (Bartoňová & Vítková, 2007, p. 19).

Podle §16 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání „je dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním či sociálním znevýhodněním.“

Zdravotní postižení potom představuje mentální, tělesné nebo smyslové postižení, dále vady řeči, kombinované postižení, autismus a vývojové poruchy učení a chování. Zdravotní znevýhodnění představuje zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy, které vedou k poruchám učení a chování vyžadující zohlednění při vzdělávání. Sociálním znevýhodněním je myšleno rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova či postavení azylanta na území České republiky podle zvláštního právního předpisu (zákon č. 561/2004, Sb.).

2.2 Druhy postižení

2.2.1 Mentální postižení

U mentálního postižení se můžeme setkat s různými definicemi. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jej definujeme jako „stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšečné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností“. Tuto definici najdeme v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN), kterou WHO pravidelně reviduje. Do nedávna byla v platnosti MKN-10. V únoru tohoto roku však byla uveřejněna česká oficiální verze MKN-11. (MKN-10, p. 216)

Pojem mentální retardace, od kterého se v dnešní době již upouští, vychází z latinských slov *mens* a *retarde*, což by v doslovném překladu znamenalo „opoždění mysli“. Jedná se ale o mnohem složitější syndromatické postižení, které postihuje sice psychické schopnosti, ale také celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách (Slowík, 2016).

Autoři Valenta et al. (2018) popisují mentální postižení jako „vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností“ (p. 34).

Definice se mezi sebou mírně liší, co ale zůstává stejné, to jsou hlavní znaky. Mezi ty podle Vágnerové (2004) řadíme nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezenou schopnost učení a obtížnější adaptaci na běžné životní podmínky. S tím samozřejmě souvisí začlenění do běžné populace a socializace jedince s mentálním postižením. Zjevně žádný jiný druh postižení neučiní osobu v běžné populaci tak odlišnými a jiným jako právě to mentální.

Valenta a Müller (2021) uvádějí různé faktory, které mohou ovlivňovat osobnost jedinců s mentálním postižením. Zvýšená závislost těchto jedinců na jiných osobách, většinou rodičích, je spojena s výraznými nedostatky v osobní identifikaci a vývoji „JÁ“. Jedinci s mentálním postižením mají nižší schopnost mechanické a logické paměti, porozumění a komunikace. Jejich osobnost se vyznačuje značnou infantilností, ovlivnitelností a nepřizpůsobivostí. Také mají tendenci být méně přizpůsobiví sociálním a edukačním požadavkům. Autoři dále zdůrazňují, že jedince s mentálním postižením nelze přirovnávat k intaktním mladším jedincům, ale je třeba hodnotit jejich vývoj i z kvalitativního hlediska.

U osob s mentálním postižením je v řeči možné zaznamenat omezenou slovní zásobu ve srovnání s intaktní populací. Také je zřejmý výrazný rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Často se vyskytuje zhoršená artikulace, dysgramatismy a snížená schopnost souvislého vyjadřování (Černá et al., 2015). Proto se u osob s mentálním postižením setkáváme spíše s jednoduchým a krátkým vyjadřováním, a naopak je také vhodné na tyto osoby hovořit jednoduchou řečí. V oblasti smyslového vnímání osob s mentálním postižením je proces získávání zkušeností výrazně pomalejší než u intaktní populace a vykazuje určité odchylky. Nicméně systematická výchova a kvalifikovaná speciálně pedagogická péče mohou tyto nedostatky do značné míry kompenzovat (Valenta & Müller, 2021).

U osob s mentálním postižením jsou narušeny poznávací procesy a v důsledku toho je jejich zásoba představ významně omezena. Pozorujeme také výrazné snížení schopnosti abstrakce a zobecňování. Jejich myšlení je stereotypní a převážně konkrétní, což znamená, že jedinec není schopen pochopit společné nebo rozdílné vlastnosti jednotlivých předmětů (Švarcová, 2011).

Kvůli nedostatkům v oblasti paměti a myšlení je omezena schopnost učení. To může vyvolávat předsudek, že vzdělávání osob s mentálním postižením není efektivní a smysluplné. Je to rozhodně složitější proces než u běžné populace, ale ne nemožný. Osoby s mentálním postižením obvykle nemají velkou motivaci učit se nové věci, ale často je možné je motivovat pomocí odměny. Jejich učení je tedy více motivováno emocemi (kvůli odměně nebo přítomnosti oblíbené osoby) než samotnou touhou po získání nových znalostí (Vágnerová, 2014).

Klasifikace mentálního postižení uvedeme dvě. Klasifikace, která vychází ještě z MKN-10 je členěna do šesti stupňů dle inteligenčního kvocientu:

- F70 Lehká mentální retardace – IQ 69-50
- F71 Středně těžká mentální retardace – IQ 49-35
- F72 Těžká mentální retardace – IQ 34-20
- F73 Hluboká mentální retardace – IQ nejvýše 20
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Neurčená mentální retardace

Klasifikace nově upravená podle MKN-11:

- 6A00.0 Porucha vývoje intelektu, lehká
- 6A00.1 Porucha vývoje intelektu, středně těžká
- 6A00.2 Porucha vývoje intelektu, těžká
- 6A00.3 Porucha vývoje intelektu, hluboká
- 6A00.4 Porucha vývoje intelektu, prozatímní
- 6A00.5 Porucha vývoje intelektu, nespecifikovaná

Etiologie

Existuje mnoho příčin, které mohou vést k mentálnímu postižení, což vede k různým názorům na jeho etiologii mezi odborníky. V mnoha případech však příčinu nedokážeme objasnit ani dnes. Podle Valenty a Müllera (2007) rozdělujeme příčiny vzniku mentálního postižení na prenatální, perinatální a postnatální. Mezi prenatální příčiny můžeme uvést například dědičné nemoci, intoxikace matky a plodu a infekční onemocnění. Mezi perinatální příčiny například nedonošenost, hypoxii a novorozeneckou žloutenku. A mezi postnatální příčiny patří například traumata, infekční onemocnění mozku nebo mozkové nádory.

2.2.2 Kombinované postižení

Kombinovanému postižení se věnuje mnoho autorů, což vede k nejednotné terminologii. Používají se různé termíny jako postižení více vadami, kombinované postižení nebo vícenásobné postižení. V České republice se nejčastěji setkáváme s označením vícenásobné postižení, kombinované vady či kombinované postižení (Renotírová, 2003). Problém nejednoznačné

terminologie se týká i zahraničí, kde se používá termín multiple handicap či sever disabilities (Ludíková, 2005).

Podle Eldesberga (2000) se kombinované postižení označuje za stav, kdy je jedinec postižen dvěma nebo více vadami současně.

K nejčastěji vyskytujícím etiologickým faktorům patří genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a centrální nervové soustavy (CNS), metabolické a nutriční činitelé, mechanická poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, ale i psychické faktory, trauma a podobně (Ludíková, 2005).

Možné kombinace vad a poruch jsou různé, relativně často se vyskytuje kombinace mentálního postižení s tělesnými postiženími, případně se smyslovými vadami. U osob s mentálním postižením se téměř vždy objevuje narušená komunikační schopnost způsobená symptomatickými vadami řeči (Slowík, 2016).

Slowík (2016) uvádí, že pozoruhodnou kombinací je současný výskyt zrakové a sluchové vady, známý jako hluchoslepota. Lidé s hluchoslepotou nejsou zcela nevidomí ani neslyšící, ale mají různé stupně postižení obou smyslů. Tito jedinci mají specifické problémy a potřebují zvláštní přístup v komunikaci a vzdělávání, protože je pro ně obtížné kompenzovat omezenou funkci zraku nebo sluchu, když druhý ze smyslů je také podobně omezen.

2.2.3 Tělesné postižení

Podle Michalíka (2011) zní definice tělesného postižení takto: „Tělesné postižení je omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením vývojovou vadou, či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace, nebo amputací či deformací části motorického systému“ (p. 186-187).

Základním charakteristickým znakem tělesného postižení je omezení pohybového aparátu jedince. Většina lidí si tělesně postiženého člověka představí jako někoho na vozíku či s berlemi. Ve výsledku je ale pojetí tělesného postižení mnohem širší. Řadíme do něj i dlouhodobá onemocnění nebo zdravotní oslabení (Slowík, 2016).

Osobám s tělesným postižením a jejich edukací, diagnostikou, intervencí a socializací se zabývá speciálně pedagogická disciplína somatopedie. Tento termín vychází z pojmu „soma“ což znamená tělo, proto somatopedie zahrnuje například osobu, které chybí jeden prst na jedné ruce, tak ale i osobu s přerušenou páteřní míchou upoutanou na ortopedický vozík nebo osobu s občasnými epileptickými záchvaty (Slowík, 2016).

Klasifikace tělesného postižení

Tělesné postižení rozdělujeme podle doby vzniku na vrozené či získané. Vrozené vady mohou vzniknout již v prvních týdnech těhotenství, kdy může dojít k poškození zárodku z různých důvodů, jako jsou genetické predispozice, úrazy, špatná životospráva nebo intoxikace. Tyto vady se podle doby jejich vzniku dělí na prenatální (před porodem), perinatální (během porodu) a postnatální (po porodu). Vrozené vady mohou mít různé formy a typy, například centrální nebo periferní obrny, rozštěpové vady, a poruchy velikosti nebo tvaru lebky, jako jsou hydrocefalus, mikrocefalus a makrocefalus. Vrozené vady mohou také ovlivnit růst jedince a vést k diagnózám jako nanismus, gigantismus, achondroplazie a akromegalie. Mezi vady horních končetin patří například amelie, dysmelie, syndaktylie a polydaktylie, zatímco vady dolních končetin zahrnují vrozenou hákovitou nohu nebo vrozenou kosou nohu (Bendová, 2007).

Jednou z nejčastějších příčin vrozeného tělesného postižení je mozková obrna (MO) jejíž příčinou je poškození centrální nervové soustavy. Dochází tak k poškození hybnosti, které se projeví již v prvních letech života. Mimo poškození pohybového aparátu může být k mozkové obrně přidružené mentální postižení, poruchy učení, epilepsie či poškození zraku nebo sluchu (Kraus, 2011).

Podle Ješiny a Kudláčka (2013) lze mozkovou obrnu (MO) rozdělit na spastickou a nespastickou formu. Spastická forma se vyznačuje abnormálně vysokým svalovým napětím (hypertonie), zatímco nespastická forma je charakterizována snížením svalového tonu (hypotonie). Spastická forma se dále dělí na diparetickou, která je charakterizována spastickou obrnou obou dolních končetin, při níž osoby často využívají kompenzační pomůcky jako berle, hole nebo chodítka. Další je kvadruparetická forma, která postihuje všechny čtyři končetiny. Poslední je hemiparetická forma, která ovlivňuje hybnost dolní a horní končetiny na jedné straně těla, buď levé, nebo pravé.

Mezi nejčastější získané tělesné postižení patří deformace způsobené například špatnými drženími těla, následkem úrazů to mohou být poškození míchy, poškození periferních nervů a amputace a po nemoci se můžou vyskytnout revmatická onemocnění, dětská infekční obrna či myopatie (Renotiérová & Ludíková, 2006).

Podle Sienka (2018) tělesné postižení lze klasifikovat podle různých kritérií, přičemž závažnost postižení se může lišit v závislosti na jeho typu. Stupeň závažnosti postižení ovlivňuje soběstačnost jedince a tím i rozsah podpory, kterou potřebuje v každodenním životě.

2.2.4 Zrakové postižení

Zrak je jedním z nejdůležitějších smyslů, který nám poskytuje až 90 % všech informací. Jakékoliv zrakové omezení ztěžuje především orientaci. Osobou se zrakovým postižením není každý, kdo má zrakovou vadu, jelikož mnoho lidí nosí brýle či kontaktní čočky bez výrazného negativního dopadu na jejich život. Zrakové postižení určitého stupně se diagnostikuje tehdy, když běžná optická korekce nestačí a zraková vada způsobuje komplikace při každodenních činnostech (Slowík, 2016).

Speciálně pedagogická disciplína zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením se nazývá tyflopédie. Jejím cílem je maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením. To zahrnuje dosažení co nejvyššího stupně socializace, zajištění vhodných podmínek pro vzdělávání, přípravu na povolání, pracovní zařazení a plnohodnotné společenské uplatnění (Finková et al., 2007). Podle Slowíka (2016) může být příčinou zrakového postižení vada nebo porucha v kterékoli části zrakového ústrojí, od receptoru přes nervové dráhy až po zrakové centrum v mozku. Vrozené vady jsou často geneticky podmíněné nebo způsobené infekcí matky během těhotenství. V postnatálním období se kromě refrakčních vad nejčastěji objevují zákaly, záněty, nádory, úrazy, intoxikace a patologické změny sítnice. Některé vady jsou progresivní, což může vést k postupnému zhoršování stavu nebo úplné ztrátě zraku.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí rozdělujeme zrakové postižení do pěti stupňů:

1. Střední slabozrakost
2. Silná slabozrakost
3. Těžce slabý zrak
4. Praktická slepota
5. Úplná slepota

Podle Souralové (2006) lze osoby se zrakovým postižením rozdělit podle několika kritérií. Z hlediska doby vzniku se zraková postižení dělí na získaná a vrozená. Etiologicky rozlišujeme orgánové a funkční zrakové vady. Zohledňuje se také délka trvání zrakového postižení, přičemž postižení může být krátkodobé (akutní), dlouhodobé (chronické) nebo opakující se (recidivující). Základní rozdělení však spočívá v míře postižení: na osoby slabozraké, osoby se zbytky zraku, nevidomé a osoby s poruchami binokulárního vidění.

Zrakové postižení může mít významný dopad na život člověka. Může ovlivnit jeho schopnost učit se, pracovat, socializovat se a žít samostatně. Je proto důležitá podpora těchto osob, jejich socializace, kompenzace zraku s pomocí kompenzačních pomůcek a trénování prostorové orientace.

2.2.5 Sluchové postižení

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“

Helena Kellerová

Sluchové postižení představuje nejtěžší bariéru v komunikaci a následně se odráží do celého vývoje osobnosti. Pokud slyšící ztratí sluch, přichází najednou o přísun až 60 % informací. Osoby, které jsou neslyšící od narození nebo mají těžké sluchové postižení, mají sice rozvinuté určité kompenzační schopnosti, ale sluchový handicap dopadá na jejich život podstatně výrazněji, než se může jevit (Slowík, 2016).

Ke sluchovému postižení se váže pojem surdopedie, která je speciálně pedagogickou disciplínou a zabývá se výchovou, vzděláváním a rozvojem sluchově postižených osob. Jejím cílem je komplexní péče o sluchově postižené jedince, jejich sociální i pracovní zařazení, které se může realizovat v různých úrovních socializace. Surdopedie se vyčlenila z jiné speciálně pedagogické disciplíny a to logopedie, která se zaměřuje na osoby s narušenou komunikační schopností (Hampl, 2013).

Slowík (2016) uvádí, že sluchový handicap způsobuje několik závažných problémů. Za prvé, vytváří komunikační bariéru, která narušuje vývoj řeči a omezuje schopnost porozumění ostatním. Dále vede k deficitu orientačních schopností, protože člověk nemůže doplňovat zrakovou orientaci sluchem a jeho orientace v prostoru je omezena na rámec zorného pole. Sluchový handicap také představuje psychickou zátěž, což je často popisováno jako život ve "vězení ticha." Omezuje také síť sociálních vztahů kvůli problémům s komunikací. Kromě toho negativně ovlivňuje vývoj myšlení, které je úzce spjato s řečí, protože přemýšlíme v pojmech a vnitřní řeč, jež je klíčová pro rozvoj myšlení, tudíž se u jedinců neslyšících od narození prakticky nevyvíjí.

Sluchové postižení zahrnuje nedoslýchavé, neslyšící a ohluchlé osoby, tvořící heterogenní skupinu. Každá kategorie má různé charakteristiky ovlivněné faktory jako je míra a věk vzniku postižení, mentální dispozice, poskytovaná péče a další přidružená postižení. Z medicínského hlediska se hodnotí funkčnost sluchu, zatímco sociokulturní hledisko se zaměřuje na osobnost a sebepojetí jedince se sluchovým postižením. Oba přístupy mají za cíl rozvoj komunikačních kompetencí, které umožňují jedinci komunikovat ve společnosti a osvojovat si její hodnoty (Horáková, 2012).

„Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, případně funkcionálně percepčních poruch.“ (Slowík, 2016, p. 74). Podle Slowíka (2007) rozdělujeme sluchové postižení

podle stupně intenzity sluchové ztráty na osoby lehce nedoslýchavé, středně nedoslýchavé, středně těžce nedoslýchavé, těžce nedoslýchavé a na neslyšící a ohluchlé. Dále může sluchové postižení dělit na vrozené a získané. Skákalová (2011) uvádí, že vady vrozené vznikají v důsledku genetických dispozic nebo negativních prenatalních vlivů, jako jsou infekční onemocnění matky. U vrozených vad se dítě narodí se sluchovou ztrátou. Získané vznikají v průběhu života nejčastěji vlivem úrazu či nemoci.

Prelingvální sluchová ztráta se vyskytuje u osob, u kterých došlo ke sluchovému postižení perinatálně nebo před začátkem vývoje řeči v prvních měsících a letech života. Naopak termín postlingvální sluchová ztráta se vztahuje na osoby, u nichž došlo k náhlé nebo postupné sluchové ztrátě po dokončení vývoje řeči, což se obvykle určuje jako období mezi čtvrtým a šestým rokem věku (Slowík, 2016).

Většina společnosti používá jako komunikační prostředek národní mluvený jazyk, přirozeným a komunikačním prostředkem u osob se sluchovým postižením je jazyk znakový (Martinková, 2010).

2.2.6 Vady a poruchy řeči

Narušená komunikační schopnost se neomezuje pouze na mluvenou řeč, ale zahrnuje také grafickou formu, neverbální prostředky, a dokonce i netradiční komunikační kanály. Přestože mluvená řeč je nejčastěji používaným dorozumívacím prostředkem v naší společnosti, vady a poruchy řeči představují klíčový problém v logopedii (Slowík, 2016).

Základním kamenem komunikace mluvenou řečí je slovo (řecky logos). Speciálně pedagogickou disciplínou, zabývající se osobami s narušenou komunikační schopností, je již zmíněná logopedie. Ta se zaměřuje na pomoc při jakýchkoliv problémech s komunikací, a to nejen při vadách či poruchách mluvené řeči (Slowík, 2016).

Podle Lechty (1990) se o narušené komunikační schopnosti bavíme, pokud je narušena jedna či více jazykových rovin. Tyto jazykové roviny jsou čtyři a to foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a rovina pragmatická.

Mezi nejčastější logopedické vady patří opožděný vývoj řeči, dyslalie (narušení článkování řeči), dysfázie (vývojová nemluvnost), mutismus (získaná nemluvnost), afázie (získaná orgánová nemluvnost), balbutismus (narušení plynulosti řeči), rinolalie a palatolalie (narušení zvuku řeči), brebtavost a dále narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči či poruchy hlasu (Lechta, 2003).

2.3 Školství v České republice

Kurikulum – podle Maňáka et al. (2008) lze „v obecnějším pohledu kurikulum chápat jako obsah vzdělávání (učivo) v širším slova smyslu a proces jeho osvojování, tj. jako veškerou zkušenost žáka (učícího se), kterou získává ve školském (vzdělávacím) prostředí, a činnosti, které jsou spojeny s jeho osvojováním a hodnocením“ (p. 14).

Systém vzdělávání v České republice řídí Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), zejména dle školského zákona (561/2004 Sb.) a zákona o vysokých školách (111/1998 Sb.). Máme tři hlavní stupně vzdělávacího systému. Prvním je předškolní vzdělávání, které poskytují mateřské školy dětem zpravidla ve věku od 3 do 6 let, nejdříve však od 2 let. Povinné zapsání do školky se týká dětí, které do 31. srpna daného roku dosáhnou věku pěti let. Toto vzdělávání může být splněno i v přípravné třídě základní školy nebo v přípravném stupni základní školy speciální. Povinnost předškolního vzdělávání se nevztahuje na děti s hlubokým mentálním postižením (Portál veřejné správy, 2020).

Druhým stupněm je základní vzdělávání, které se uskutečňuje na základních školách (ZŠ), které mají devět ročníků. Věk žáků ZŠ je obvykle 6–15 let. Část základního vzdělávání můžou poskytovat víceletá gymnázia a osmileté konzervatoře. Ze zákona je povinné splnit devítiletou povinnou školní docházku.

Třetí stupeň je střední vzdělávání, které poskytují střední školy, gymnázia nebo konzervatoře. Věk žáků je obvykle 15–18/19 let. Absolventi získávají střední vzdělání s maturitní zkouškou, která je předpokladem pro studium na vysoké či vyšší odborné škole. Na odborných učilištích potom získávají střední vzdělání s výučním listem (Portál veřejné správy, 2020).

Žákům se speciálními vzdělávacími potřebami zákon garantuje právo na bezplatné poskytování specifické podpory vzdělávání prostřednictvím podpůrných opatření a poskytování vzdělávání a školských služeb ve stavebně a technicky upravených prostorách.

Podpůrná opatření (vyhláška 27/2016 Sb.) představují podporu pro práci pedagoga se žákem, kdy jeho vzdělávání vyžaduje jisté úpravy jeho vzdělávání. Člení se do pěti stupňů.

I. stupeň podpůrných opatření vždy navrhuje a poskytuje škola.

II. - V. stupeň navrhuje a metodicky provází v jeho naplňování školské poradenské zařízení (Vyhláška 27/2016).

2.3.1 Běžné školy

Běžná škola je vzdělávací instituce, která funguje podle stanovených norem, pravidel a požadavků definovaných státem. Tato zařízení svými charakteristikami představují převážně zavedený standard (Průcha, 2009).

Pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP) existují 3 možnosti vzdělávání. Prvním je individuální integrace, kdy žák navštěvuje běžnou školu a třídu a jsou mu poskytnuta již zmíněná podpůrná opatření, například asistent pedagoga. Podle Tannenbergerové (2016) mluvíme o inkluzivním vzdělávání. Považuje povinnou školní docházku v základních školách za ideální období pro inkluzivní vzdělávání, kdy žáci budují svou osobnost, učí se kriticky myslet, vnímat a pečovat o své okolí, respektovat sebe i ostatní. Zdůrazňuje, že inkluzivní vzdělávání je proces, jehož cílem je vzdělávat všechny děti v běžných školách s ohledem na jejich individuální odlišnosti.

2.3.2 Specificky zaměřené školy

Speciální školy poskytují výchovu a vzdělávání žákům s mentálním, smyslovým nebo tělesným postižením, žákům s vadami řeči, vícečetnými vadami, obtížně vychovatelným žákům a nemocným či oslabeným žákům umístěným ve zdravotnických zařízeních. Využívají při tom speciální výchovné a vyučovací metody, prostředky a formy. Tyto školy připravují žáky na začlenění do pracovního procesu a společnosti. Výuku zde zajišťují pedagogové se speciálním pedagogickým zaměřením a podporují je zdravotní, sociální a psychologičtí pracovníci (Český statistický úřad).

Skupinovou integrací nazýváme, když žák se SVP navštěvuje skupinu nebo třídu pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole. Tuto formu vzdělávání upravuje ustanovení § 16 zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona. Třídy podle odst. 9 tohoto paragrafu je možné zřizovat pouze pro žáky s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem.

Třetí možností vzdělávání žáků se SVP je škola zřízená pro žáky se zdravotním postižením. Tyto školy nazýváme školy speciální, které podle Renótierové definujeme takto: „Speciální školy poskytují žákům výchovu a vzdělávání, způsobem přiměřeným jejich postižení.“ (Renotiérová & Ludíková, 2006, p. 99)

Speciální školy členíme podle typu postižení na následující:

- MŠ, ZŠ, SŠ, střední odborná učiliště a konzervatoř pro zrakově postižené
- MŠ, ZŠ, SŠ, střední odborná učiliště a gymnázium pro sluchově postižené
- MŠ A ZŠ pro hluchoslepé
- MŠ, ZŠ, SŠ, střední odborná učiliště a gymnázium pro tělesně postižené
- MŠ a ZŠ logopedická
- ZŠ pro děti se specifickými poruchami chování a učení
- MŠ a ZŠ při zdravotnickém zařízení
- ZŠ speciální při zdravotnickém zařízení (Fischer et al., 2014).

2.4 Rehabilitační metody

2.4.1 Canisterapie

Doslovný překlad Canisterapie zní „léčba pomocí psa“. Její pozitivní přínos je nejen po psychické stránce, ale i té fyzické. Přítomnost tak laskavého zvířete uklidňuje, vyrovná krevní tlak a zklidňuje srdce (Galajdová, 2011).

Smyslem canisterapie podle Tvrdé (2020) je prostřednictvím canisterapeutického psa poskytnout komplexní metody a techniky, vhodně doplňující nebo navazující na ucelenou rehabilitaci. Cílem podle Bradáčové (2011) je aktivizace nemocného či zdravotně postiženého jedince, zlepšení psychického i fyzického stavu a popřípadě i snížení užívaných léků.

V canisterapii se setkáváme se třemi metodami.

Metoda AAA (animal assisted activities) - při aktivitách asistuje pes a je to příležitost pro motivační, výchovný, odpočinkový a také terapeutický prospěch zaměřený na zvýšení kvality života klienta. Tato metoda lze rozdělit ještě na pasivní, kdy má pes pozitivní efekt už svou pouhou přítomností, a interaktivní, kdy klient pečuje o zvíře stále či v různých časových intervalech (Galajdová, 2011).

Metoda AAT (animal assisted therapy) – cílená intervence, kdy cílem je posílení žádoucího chování a utlumení nežádoucího chování klienta. Tato forma podporuje hlavně fyzické, emocionální, sociální a kognitivní funkce. Proces je zaznamenáván a následně vyhodnocován.

Metoda AAE (animal assisted education) – cílem této metody je zvýšení motivace k učení a osobnímu rozvoji. Pes se využívá jako prostředek pro výuku (Galajdová, 2011).

Formy canisterapie dělíme na základě počtu účastníků na individuální a skupinovou. Dále si přiblížíme možnosti programu canisterapie. Nejvyužívanějším je program návštěvní, kdy

canisterapeutický tým dochází za klienty do zařízení nebo domů. Program probíhá v pravidelných intervalech. Pobytové programy zaměřené na canisterapii, pro které jsou cílovou skupinou děti se zdravotním postižením a děti v ústavních zařízeních. Canisterapie je využívána jako podpůrná psychosociální a rehabilitační metoda (Tichá, 2007).

Co se týče vhodného plemena pro vykonávání canisterapie, hraje tu roli hodně faktorů. Není důležité, aby měl pes průkaz původu či aby to bylo určité plemeno. Spíše jde o charakter psa, jeho výchovu a socializaci. Nestačí mít ke canisterapii jen předpoklady, ale musí být speciálně vycvičen a s canisterapeutem musí složit zkoušky canisterapeutických týmů.

Při výběru pro konkrétní klienty je to různé. Pro menší děti je vhodnější větší pes, protože malému psovi by mohly nedopatřením i ublížit. Pro nevidomé osoby je vhodný hodně velký pes. U mentálně postižených dětí záleží na jejich stavu. Tyto děti si se psem často nějak zvláště rozumějí. Pes také snižuje nesmělost a uzavřenost dítěte, dává mu pocit společenské jistoty. Pro děti tělesně postižené záleží na účelu seznámení psa s dítětem. Tady může pes pomoci právě po té fyzické stránce. U dítěte s poruchou autistického spektra ve většině případů platí, že je pes jedním z mála podnětů, na které je dítě schopno a ochotno reagovat. Pes umí číst v lidské mimice a gestech. Autista naopak nerozeznává neverbální komunikaci, ale psovi rozumí výborně. Pes tedy v podstatě dokáže autistovi zprostředkovat pocity a orientuje ho v jednání lidí kolem něj (Galajdová, 2011).

2.4.2 EEG Biofeedback

Biofeedback je přirozená biologická zpětná vazba. Organismy jsou živé proto, že mají zpětnou vazbu o svém chování. Sám život je nositelem účelné zpětné vazby a sebeudržování rovnováhy organismu. Biofeedback lze také navodit za účelem učení, tréninku a léčby. Tedy jakýkoli signál, který subjekt vnímá, je forma biofeedbacku (EEG Biofeedback Institut).

To, co dělá příroda, či odborník bez přístroje, dělá i biofeedback vybavený přístrojem – dává nám signál o sobě. Přístrojový biofeedback využíváme velmi často, jedná se totiž například o měření teploty teploměrem či zjišťování naší tělesné hmotnosti na váze (EEG Biofeedback Institut).

V případě Biofeedbacku (s velkým písmenem B) se bavíme o specializované metodě, která využívá technické prostředky k monitorování tělesných parametrů (Ptáček & Novotný, 2017).

Průkopníkem, který shodou náhod při své vědecké práci narazil na princip EEG Biofeedbacku, je Maurice Serman. V roce 1965 Serman prováděl experiment na 30 laboratorních kočkách, zahrnující učení a podmiňování podle Pavlova a Skinnera. Naučil kočky mačkat páčku pro jídlo a později čekat na konec zvukového tónu, než mohly opět stisknout

páčku. Během čekání kočky produkovaly senzomotorický rytmus (SMR) v mozku. Sterman je dále trénoval, aby zvýšily produkci SMR, což zlepšilo jejich spánek. Když kočkám podal hydrazin, zjistil, že ty s vyšší SMR měly menší pravděpodobnost epileptických záchvatů. Tento objev vedl k průlomů v tréninku mozku pomocí EEG Biofeedbacku, který se následně začal zkoušet i na lidech (Robbins, 2008).

EEG biofeedback je jeden z druhů biofeedbacku a je to metoda, která umožňuje regulovat činnost mozku. Dá se využít například pro zlepšení soustředění, pozornosti, vůli, paměti či uvolnění. Přístroj zaznamenává elektrické aktivity z různých částí mozku jedince. Provádí se pomocí dvou elektrod umístěných na povrchu lebky. Jedna se přiloží na temeno hlavy a druhá se připevní na ucho. EEG snímač zachycuje mozkové vlny a předává je počítači. Ten analyzuje signál a zajišťuje zpětnou vazbu. Tedy informaci pro mozek o tom, jak fungují mozkové vlny v konkrétním okamžiku (EEG Biofeedback Institut, n.d.).

Toto vyšetření se využívá v rámci diagnostiky různých nemocí či dysfunkcí, např. epilepsie, spánkové poruchy, nádory, poruchy vědomí, traumata apod. (Hugo & Vokurka, 2015). Podle amerických odborníků je vhodný u jedinců s poruchou pozornosti, aktivity a učení. Podle výzkumů je nadějná i léčba posttraumatické stresové poruchy (PTSD), kdy se u většiny účastníků výzkumu prokázaly významné změny minimálně v jednom měřítku symptomatických projevů PTSD (Panisch et al., 2020).

Naopak Thibaul et al. (2015) uvádí, že publikace neúspěšných výsledků jsou často opomíjeny a tím se zkresluje poměr negativních a pozitivních nálezů. Tvrdí, že povinná registrace výzkumu by mohla tuto situaci zlepšit.

Věková hranice pro využívání tréninku EEG biofeedbacku prakticky není omezena. Klinické úspěchy jsou zaznamenávány již od věku 2 let. Dokonce byl hlášen úspěch i u 14 dnů starého novorozence. Významná je tato metoda u dětí, kterým byl doporučen odklad nástupu do školy, které chodí na logopedii nebo mají potíže v kolektivu.

Osoby, které praktikují EEG Biofeedback, jsou nazýváni jako terapeuti nebo trenéři. Za předpokladu, že je tato metoda prováděna odborníkem, je vysoce bezpečná. Velmi efektivní je na poruchy spánku a lehké mozkové dysfunkce (EEG Biofeedback Institut, n.d.).

2.4.3 Snoezelen

Termín Snoezelen je holandského původu a vznikl kombinací dvou slov, a to snuffelen (čichat) a doezelen (dřítat). Tato slova vystihují základní charakteristiky Snoezelenu, kterými jsou smyslová stimulace a relaxace. V této souvislosti je vhodné zmínit také anglický termín "Multisensory Environment" (multismyslové prostředí), známý zkráceně jako MSE. Přípona MSE

byla ke slovu Snoezelen přidána v roce 2012. Spojení těchto dvou synonym do jednoho celku mělo za cíl nejen sjednotit tento koncept, ale také otevřít více možností pro mezinárodní spolupráci. (Fajmová & Chovancová, 2008; Filatová, 2014).

Filatová (2014) definuje metodu Snoezelen jako multisenzorickou stimulaci, která probíhá ve specificky upraveném prostředí. Jedná se o místnost, kde je příjemná atmosféra a ta má za cíl vyvolat pocit uvolnění, klidu, bezpečí a jistoty, slouží k relaxaci, poskytnutí autentického zážitku, vytvoření vztahu vzájemné důvěry a také motivuje jedince k činnosti.

Nejdříve byla metoda Snoezelen vyvíjena jako specifická aktivita orientovaná zejména na osoby s mentálním postižením. Postupem času se však došlo k názoru, že je využitelná u mnohem širší skupiny osob. Zájem tato metoda vzbudila i v psychiatrii a v péči o osoby s demencí (Hulsegge & Verheul, 1987). Snoezelen najdeme v dnešní době v každé speciální škole či v zařízeních pro mentálně postižené, ale také v mateřských školách, základních školách, ústavech, domovech pro sociální péči, centrech pro osoby s postižením, domovech pro seniory, chráněných dílnách a bydlení, v denních stacionářích a další (Filantová & Janků, 2010).

Ještě jednou zmíníme, že princip Snoezelenu spočívá ve vytvoření speciálně upraveného prostředí, které nabízí řadu smyslových podnětů a jeho cílem je vyvolat pocit uvolnění, bezpečí a důvěry (Filatová & Janků, 2010). Je důležitý soulad mezi třemi faktory, a to upořádaným prostorem, terapeutem či průvodcem a klientem. Faktory se vzájemně ovlivňují a v jeho středu se nachází efekt Snoezelenu. Klíčové je správně uspořádaný a vybavený prostor. Terapeut musí mít dostatečné znalosti o problematice. Podmínkou spolupráce a předpoklad úspěšnosti v dosažení daných cílů je vztah mezi klientem a terapeutem (Janků, 2010).

Nejdůležitější zásada pro využívání Snoezelen metody je, že „se nic nemusí a vše je dovoleno“ (Hulsegge & Verheul, 1987). Mezi základní vybavení místnosti patří vodní lůžko s pevným ochozem, relaxační vaky, polštáře, houpací síť, trampolína (využívaná k ležení a „houpání“), plyšové hračky, větrné tunely, světelné efekty (UV světla), světelná vlákna, reflektory, lampy a mnohé další. Často jsou součástí i zrcadlové stěny, využívá se relaxační hudba, různé nahrávky, zvukové hračky. Pro rozvoj čichu se využívají různé aromalampy, vonné oleje či voňavky a pro stimulaci hmatu míčkové bazény, nádoby s kamínky či pískem (Fajmanová & Chovancová, 2008; Müller, 2014).

2.4.4 Ergoterapie

Název ergoterapie je odvozen ze dvou řeckých výrazů. Prvním z nich je "ergon", což znamená práce, a druhým "therapia", které lze přeložit jako terapie nebo léčba (Krivošíková, 2011). Doslovný překlad vedl k mylným představám o aktivitách spojených s ergoterapií.

V minulosti se skutečně zaměřovala převážně na léčbu prací, zejména prostřednictvím keramických a dřevařských dílen. Ačkoli tyto dílny mají své místo v terapii i dnes, již nejsou hlavní náplní oboru (Švestková, 2015). Ergoterapie nelze snadno definovat, protože jde o komplexní proces. Skládá se z mnoha aktivit, které jsou nedílnou součástí každodenního života (Jelínková et al., 2009).

Pro nezávislý život jedinců se zdravotním postižením jsou také důležité instrumentální činnosti každodenního života, které zahrnují péči o domácnost, vaření, úklid, praní, nakupování, finanční gramotnost a využívání komunikačních technologií. Řešení problémů vzniklých z nemožnosti vykonávat tyto každodenní úkoly je klíčovou oblastí ergoterapie. Obzvláště významnou skupinou pro ergoterapeutickou intervenci jsou senioři. Zlepšení schopností v oblasti každodenních činností je zásadní i pro mnoho dalších diagnóz (Hagelskjaer et al, 2021).

Ergoterapie se využívá, u již zmíněných seniorů a u dětí s jakýmkoli fyzickým i psychickým onemocněním, u kterých dochází k výběru a přípravě na budoucí povolání. Ergoterapii můžeme zaměřit i na konkrétní oblast, způsobující jedincům omezení. Uplatňuje se například při ovlivnění senzomotorických schopností, kognice a psychosociální složky (Křivošíková, 2011).

3 CÍLE

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat jednotlivé rehabilitační metody praktikované ve speciální škole JISTOTA v Prostějově a zhodnocení dopadu jednotlivých rehabilitačních metod v konkrétních případech.

3.2 Dílčí cíle

- 1) Charakterizovat prostředí školy JISTOTA.
- 2) Analyzovat jednotlivé rehabilitační metody využívané ve škole JISTOTA.
- 3) Zhodnocení dopadu jednotlivých rehabilitačních metod v konkrétních případech.

3.3 Výzkumné otázky

- 1) Pozorují pedagogičtí pracovníci změnu motorických schopností u žáků, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody?
- 2) Jaké změny pozorují pedagogičtí pracovníci v komunikačních dovednostech u žáků, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody?
- 3) Jsou žáci, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody, samostatnější?

4 METODIKA

Bakalářská práce byla zpracována se zaměřením na rehabilitační metody ve speciální škole JISTOTA u žáků se souběžným postižením více vadami.

4.1 Výzkumný soubor

Pro výzkumné šetření byla podle daných kritérií vybrána Střední, základní a mateřská škola JISTOTA, o.p.s. v Prostějově. Kritériem pro výběr výzkumného souboru byla škola vzdělávající žáky se SVP v Prostějově. Toto kritérium bylo stanoveno, protože v Prostějově mám bydliště a výzkumné šetření, které zahrnovalo také zúčastněné pozorování, probíhalo delší dobu, a to v období dubna až června tohoto roku. Jelikož jsem chtěla školu samotnou i její prostředí, pedagogy a žáky dobře poznat, záměrnou volbou tedy byla škola JISTOTA, neboť jsem věděla, že vedení školy je ochotné a vstřícné ke spolupráci se studenty. Výzkumný soubor je podrobně charakterizován ve výsledkové části v kapitole 5.1.

Pro výzkum bylo osloveno všech 32 pedagogických pracovníků zaměstnaných ve speciální škole JISTOTA. Z tohoto počtu anketu vyplnilo 26 respondentů, ale v této bakalářské práci se pracuje pouze s 22 odpověďmi respondentů, protože zbylé 4 byly nevyhovující.

Do výzkumu byly zvoleny pouze čtyři rehabilitační metody, a to EEG Biofeedback, canisterapie, ergoterapie a Snoezelen. Dále je ve škole využívána muzikoterapie, dramaterapie, psychoterapie, aromaterapie a logopedie. Ve spolupráci s partnerskou organizací LIPKA, z.s. dochází žáci během docházky do školy na rehabilitační cvičení. Vybrané byly pouze zmíněné čtyři metody, neboť jsou žáky nejnavštěvovanější s pravidelnou docházkou.

V současné době navštěvuje základní školu 52 žáků, podle ŠVP ZV se vzdělává 24 žáků a 28 žáků se vzdělává podle ŠVP ZŠS. Z těchto 28 žáků byli jako případové studie vybráni žáci, kteří navštěvují všechny vybrané rehabilitační metody zároveň a terapie probíhají pravidelně, tudíž jsou na nich dobře pozorovatelné změny.

4.2 Metody sběru dat

Respondenti byli osloveni elektronickou formou, a to e-mailem. Sběr dat byl realizován pomocí anonymní vlastní ankety, vytvořené na webové stránce survio.com s názvem „Povědomí pedagogických pracovníků školy JISTOTA o rehabilitačních metodách“. V úvodu byli respondenti seznámeni s anonymitou ankety a s využitím dat. Vlastní anketa je přiložena v příloze (Příloha 11.1).

4.3 Statistické zpracování dat

Anketa se skládala z 26 otázek, z toho 20 uzavřených otázek, kdy si respondenti mohli volit i z více odpovědí a 6 doplňujících otevřených otázek. Anketu vyplnilo 26 z 32 dotazovaných pedagogických pracovníků a 4 z toho byly nevyhovující z důvodu špatného vyplnění či nevyplnění některých otázek. Výsledky ankety se tedy skládají z odpovědí 22 respondentů.

Anketa byla rozdělena na dvě části, kdy v první části odpovídali respondenti na otázky týkající se demografických údajů, připomínek ke škole a obecnějších informací. V druhé části se otázky týkaly konkrétních rehabilitačních metod. Respondenti odpovídali, jak často žáci dochází na terapie a jaké změny funkčnosti u žáků zaznamenali.

Data získaná z ankety byla analyzována, následně zpracována, zaznamenána do grafů a náležitě komentovány.

5 VÝSLEDKY

5.1 Charakteristika školy JISTOTA

Střední škola, základní škola a mateřská škola JISTOTA, o.p.s. je škola plně organizovaná, poskytuje vzdělání od 3 let do ukončení střední školy. Ve škole se vzdělávají žáci se speciálními vzdělávacími potřebami pod odborným vedením speciálních pedagogů, asistentů pedagoga a dalších odborníků. Vzdělávání v současnosti probíhá v 10 třídách v budově v Prostějově na adrese Tetín 1506/1 a ve třech třídách střední školy ve Výšovicích. Škola je zřízena podle § 16, odst. 9. Cílovou skupinou jsou žáci se souběžným postižením více vadami. Žáci jsou zařazováni na základě doporučení školského poradenského zařízení, které uvádí kód diagnózy a stupeň podpůrných opatření. Do školy jsou přijímáni žáci od druhého do pátého stupně podpůrných opatření (ŠVP ZŠ JISTOTA).

Celková kapacita školy je 79 žáků. Základní škola má celkovou kapacitu 56 žáků, z toho 34 žáků základní škola a 35 základní škola speciální. Celkově 8 tříd. Mateřská škola má kapacitu 5 dětí a praktická škola jednoletá 6 žáků a dvouletá 12 žáků. Škola má 2 oddělení školní družiny. Žáci mají k dispozici zařízení školního stravování, které se nachází v budově školy. Vyučování probíhá v českém jazyce. Všichni pedagogičtí pracovníci musí splňovat odbornou kvalifikaci pro přímou výchovnou činnost ve škole zřízené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami podle zákona 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících (ŠVP ZŠ JISTOTA).

Historie školy

Škola JISTOTA zahájila svůj provoz v září roku 1993, kdy se otevřely první čtyři třídy se 17 dětmi různého věku. Od roku 1994 získala škola právní subjektivitu s názvem Soukromá speciální škola a působila tak do června 1997. Následně se přetransformovala na Speciální školu, o. p. s. Nyní se škola nachází v polovině objektu Tetín 1 v Prostějově. V druhé polovině působí Občanské sdružení LIPKA, z. s.

V roce 1998 oslovila paní ředitelka Turková Obecní úřad ve Výšovicích, který zrekonstruoval a dostavěl zámek ve Výšovicích a dnešním výsledkem je společný projekt s názvem Projekt HANDICAP. Díky tomuto projektu část zámku poskytuje sociální bydlení, chráněné dílny, chráněná pracovní místa, rehabilitační, zdravotní a ošetrovatelskou péči, společenské, sportovní a kulturní zázemí a vyvařovnu s jídelnou.

Škola nabízí vzdělání pro všechny věkové skupiny od mateřské školy až po střední školu s perspektivou budoucího životního uplatnění. Dále pro všechny stupně závažnosti zdravotního postižení. Škola spolupracuje s dalšími odborníky a lékaři nebo již se zmíněným Občanským

sdužením LIPKA z. s., kde probíhá klinická logopedie a léčebné rehabilitace. Díky tomu je vzdělávání provázáno se všemi dalšími složkami komplexní péče každého žáka. Škola poskytuje široké spektrum zájmových kroužků, které jsou pro žáky školy zdarma. Jedná se například o kroužek keramický, čtenářský, badatelským hudebně-dramatický, kroužek pletení z pedigu či kroužek zábavné logiky nebo práce s počítačovou grafikou.

Když v roce 2006 došlo ke změnám ve školské legislativě, změnila škola svůj název na Mateřskou školu a základní školu JISTOTA, o. p. s. Od školního roku 2008/2009 byly v odloučeném pracovišti ve Výšovicích otevřeny třídy střední školy Praktické školy jednoleté a Praktické školy dvouleté, z toho důvodu změnila škola opět svůj název na Střední škola, základní škola a mateřská škola JISTOTA, o. p. s. (pvtetin.cz).

Obrázek 1

Budova školy JISTOTA



5.2 Rehabilitační metody využívané ve škole JISTOTA

EEG Biofeedback

U většiny dětí, u kterých trénink v této době probíhá, je terapie teprve na začátku. Již nyní je vidět, že došlo ke zmírnění projevů nervozity, ke zlepšení pozornosti a koncentrace, zlepšují se projevy podrážděnosti, odtažitosti a hyperaktivity. Všeobecně lze říci, že ve škole dochází po prováděném EEG Biofeedbacku spíše ke snížení projevů ADHD než PAS. Viditelné zlepšení v těchto oblastech je pouze subjektivní názor kvalifikovaných pedagogických pracovníků. Pro objektivní posouzení zlepšení je nutné vyšetření EEG.

Trénink Biofeedbacku je třeba provádět často a dlouhodobě podle projevů klienta. Změny v projevech jsou znát až po delší době, proto je nutné podstoupit tréninků opravdu hodně.

Tuto metodu provádí jeden zaškolený EEG Biofeedback terapeut, který podstoupil kurz v EEG Biofeedback Institutu v Praze. V současné době z kapacitních důvodů na EEG Biofeedback pravidelně dochází 12 dětí v intervalu 2x týdně. Jeden takový trénink trvá 45 minut. Dítě sedí v relaxačním lehátku, na hlavě má nasazené elektrody a sleduje monitor, na kterém je spuštěna hra, kterou ovládá svou vůlí za „odměnu“. Odměnou je „sbírání“ bodů se zvukovým signálem. Hra může být nahrazena i pohádkou, kdy je zřejmé, zda dítě má zaměřenou pozornost na děj nebo se pouze dívá a neví o čem pohádka je. Terapeut sleduje druhý monitor a upravuje obtížnost tréninku, který je nastavený na konkrétní dítě.

Obrázek 2

Trénink EEG Biofeedback



Canisterapie

Canisterapie na škole probíhá skupinovou formou. Canisterapeut se dvěma psy dochází do školy každé pondělí na 2 hodiny. Během této doby se vystřídají jednotlivé skupiny dětí. Každá skupina se psy stráví cca 20 minut. Výjimkou jsou ležící žáci, ke kterým dochází canisterapeut i se psy přímo k jejich lůžku ve třídě, kde s nimi canisterapeut individuálně pracuje. Jedná se o plemena psů Bobtail a Německý krátkosrstý ohař.

V případě příznivého a teplého počasí probíhá canisterapie venku na půdě školy. V případě nepříznivého počasí a v zimních měsících probíhá v tělocvičně školy.

Canisterapie začíná pomalým seznámením se psy. Každé dítě má možnost si oba psy nejdříve prohlédnout a pohládit. Následuje ukázka jednotlivých povelů, které psi ovládají. Canisterapie u dětí probíhá formou hry, děti se nenásilnou formou za pomoci asistenčního psa učí různé dovednosti. Děti například hází psům míček a samy se snaží pejška přivolat a vyzkoušet si s ním nějaké povely. Konec hodiny je věnován relaxaci a mazlení s pejsky.

Obrázek 3

Canisterapie venku



Obrázek 4

Canisterapie v tělocvičně



Snoezelen

Metoda Snoezelen se ve škole JISTOTA provádí v bílém pokoji, určeném pro relaxaci a odpočinek. Místnost je vybavená vodním lůžkem, relaxačními vaky, různými světelnými a zvukovými pomůckami a dalšími smyslovými pomůckami, jako je světelný válec, haptický a balanční chodník, světelné a kontrastní tabulky pro rozvoj zraku, masážní či vibrační pomůcky nebo různé vonné oleje a koření pro rozvoj čichu.

Součástí bílého pokoje je také světelný projektor promítající světelný obraz na stěnu, podle kterého si pedagog může určit téma hodiny. Na výběr jsou například barvy, roční období a podobně. Strop je vybaven světelnou sítí imitující hvězdnou oblohu. V místnosti je možnost hudebního doprovodu dle vlastního výběru.

Je určena k individuální i skupinové terapii. Této metody se ve škole účastní všichni žáci dle daného rozpisu. Individuální terapie jsou prováděny dle potřeby.

Obrázek 5

Bílý pokoj



Obrázek 6

Bílý pokoj – světelný tunel



Ergoterapie

K ergoterapii jsou ve škole určeny 4 dílny. Keramická dílna, multifunkční dílna, dílna pro práci se dřevem a kuchyňka. Ergoterapie se účastní všichni žáci. Je součástí pracovního vyučování a zájmových kroužků. Výběr činností vychází ze školního vzdělávacího plánu (ŠVP) a vlastního výběru pedagogického pracovníka. Žáci v dílnách pracují pod vedením učitele s dopomocí dvou asistentů pedagoga.

V keramické dílně žáci pracují s keramickou hlínou, glazurami a dalšími barvítka. Je vybavená keramickou pecí pro vypalování výrobků. Ideální pro práci v keramické dílně je skupina do šesti dětí.

Multifunkční dílna je vybavena ostatním materiálem pro kreativní vyžití dětí (modelování z fimo, kreslení, práce s přírodninami, pletení z pedigu, tiskárna a další). Dílna je optimální pro skupinku 6-8 žáků. Dílna je využívána v rámci výtvarné výchovy, pracovních činností a zájmových kroužků.

Dílna pro práci se dřevem je určena k drobnému tvoření a seznámení se s nářadím a základní práci s dřevěným materiálem, například výroba ptačí budky. Je využívána převážně v pracovních činnostech.

V kuchyňce se připravují pokrmy a jednoduchá dílna. Je využívána v pracovních činnostech a ve školní družině. Je vybavena kuchyňskou linkou s troubou. Děti se učí samostatnosti a přípravě jednoduchých jídel jako jsou jednohubky, palačinky, bramboráky či puding, nebo například pečení perníčků.

Obrázek 7

Keramická dílna



Obrázek 8

Dílna pro práci se dřevem



5.3 Případové studie

Pro případové studie byli vybráni žáci navštěvující všechny jednotlivé rehabilitační metody. Všichni žáci jsou zařazeni do školy zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona.

Žák č. 1

- Chlapec – 13 let, 6. ročník, žák je vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu (IVP), který vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV), je mu poskytována podpora asistenta pedagoga, dosahuje průměrných výsledků, stupeň podpůrného opatření 4.
- Diagnóza: Porucha autistického spektra (atypický autismus), ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), poruchy chování, intelekt v normě.
- Žák navštěvuje skupinovou canisterapii, Snoezelen, ergoterapii a EEG Biofeedback.
- U toho žáka v rámci rozvoje osobnosti nejvýraznější terapie jsou EEG Biofeedback a ergoterapie, kdy žák sám hodnotí terapii jako prospěšnou. Sám udává, že se cítí lépe, necítí již úzkostné stavy a nutkavé projevy.
- Po Biofeedbacku se zlepšila schopnost koncentrace a snížila se tenze. Což je patrné z kontrolních orientačních výsledků, kdy se index koncentrace a tenze zlepšil. Žák se viditelně zklidnil.
- V ergoterapii je patrné zlepšení v uspořádání práce a pořádku kolem pracovního místa, upravenost výrobků, kterým dříve nevěnoval pozornost, dnes je důslednější v práci a záleží mu na výsledku. Například používá všechny barvy, dříve používal pouze červenou.

Žák č. 2

- Dívka – 17 let, 8. ročník, vzdělávána podle IVP, který vychází z RVP ZV s minimálními výstupy, je jí poskytována podpora asistenta pedagoga, stupeň podpůrného opatření 4.
- Diagnóza: lehké mentální postižení, neurologické onemocnění, epileptická encefalopatie s dalšími komorbiditami.
- Žákyně navštěvuje skupinovou canisterapii, Snoezelen, ergoterapii a EEG Biofeedback.

- Během terapie EEG Biofeedbackem došlo k prodloužení pozornosti a ochotě spolupracovat. Ve výsledku orientačního testu došlo ke zlepšení indexu koncentrace. Tenze je zkreslená častými zárazy a epileptickou aktivitou. Spolupráce dívky není vždy ideální.
- Při ergoterapii došlo postupně ke zlepšení jemné motoriky.
- Metoda Snoezelen byla pro dívku velmi užitečná do doby negativního zážitku, kdy slyšela na chodbě jiného žáka, u kterého proběhl afektivní záchvat. Od té doby se bílé místnosti vyhýbá.
- Canisterapie byla dříve u dívky problematická, měla strach ze psů. Po čase byl tento strach postupně odbourán. Nyní se s radostí účastní.

Žák č. 3

- Chlapec – 18 let, 9. ročník, vzděláván podle IVP, který vychází z RVP ZV s minimálními výstupy, je mu poskytována podpora asistenta pedagoga, stupeň podpůrného opatření 4.
- Diagnóza: lehké až středně těžké mentální postižení, ADHD se sklonem k impulzivnímu jednání, epilepsie, narušená komunikační schopnost.
- Žák navštěvuje skupinovou canisterapii, Snoezelen, ergoterapii a EEG Biofeedback.
- Chlapec má velké problémy s chováním. Během terapií došlo postupem času ke zlepšení sebeovládání. Více si věří, což se odrazilo i na výsledcích jeho práce. Vliv terapií je komplexní, terapiemi se prolíná nutná psychoterapie, která zde sehrává hlavní roli.

Žák č. 4

- Chlapec – 14 let, 7. ročník, vzděláván podle IVP, který vychází z RVP ZV s minimálními výstupy, je mu poskytována podpora asistenta pedagoga, stupeň podpůrného opatření 4
- Diagnóza: centrální levostranná hemiparéza, abnormní postavení levé nohy s těžkou progresí a podstatným zhoršením pohybových funkcí, makrosomie, opoždění psychomotorického vývoje, lehké až středně těžké mentální postižení.
- Žák navštěvuje skupinovou canisterapii, Snoezelen, ergoterapii a EEG Biofeedback.

- Jedná se o žáka, který pomalu přestává zvládat vzdělávací program ZV. Je pohodlný, k práci s ním jsou nutné prvky motivace. Z počátku se činností chtěl účastnit pouze svou přítomností. V současné době má v oblibě práci s keramickou hlinou. I přes jeho tělesné postižení a omezené možnosti se u žáka zlepšila jemná motorika. Další terapie se v jeho případě jeví jako nevýrazné. Bohužel, k pohodlnému způsobu života je veden i domácím prostředím.

Žák č. 5

- Dívka – 13 let, 8. ročník, vzdělávána podle IVP, který vychází z RVP ZV, je jí poskytována podpora asistenta pedagoga, stupeň podpůrného opatření 4
- Diagnóza: tělesné postižení, těžké specifické poruchy učení, špatný psychický stav – mentální anorexie.
- Žákyně navštěvuje skupinovou canisterapii, Snoezelen, ergoterapii a EEG Biofeedback.
- Zde je nutno podotknout, že dívka má všechny terapie velmi ráda. Do školy chodí sporadicky. Všechny terapie jsou velmi prospěšné, ale vzhledem k docházce do školy probíhají nepravidelně, jsou doplňovány psychoterapií.

Žák č. 6

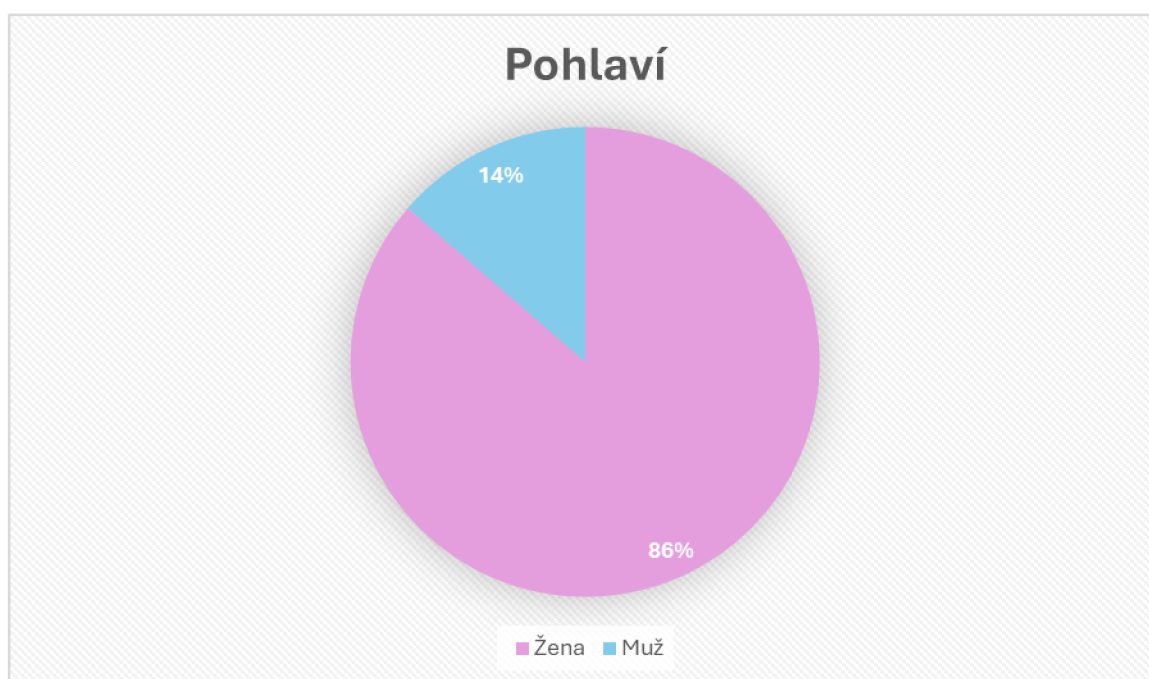
- Chlapec – 15 let, 8. ročník, vzděláván podle IVP, který vychází z RVP ZŠS 1. dílu, je mu poskytována podpora asistenta pedagoga, stupeň podpůrného opatření 4.
- Diagnóza: středně těžké mentální postižení, ADHD, porucha autistického spektra, výrazné projevy nesoustředěnosti, instability a hyperaktivity.
- Žák navštěvuje skupinovou canisterapii, Snoezelen, ergoterapii a EEG Biofeedback.
- Žák se v předchozích letech vzdělával podle běžného ŠVP ZV a byl převeden do základní školy speciální. Má velmi těžké nekompenzované projevy hyperaktivity, rodiče odmítají medikační léčbu, která by pomohla projevy zmírnit. Tyto projevy již částečně zmírnila terapie EEG Biofeedback, odbouraly se tenze, ale index koncentrace, ačkoliv se zlepšil, je stále velmi špatný. Vlivem terapií a snížením výstupů vzdělávání se odbourala agresivita.

U vybraných rehabilitačních metod nelze jednoznačně posoudit, která z metod je pro žáky nejprospěšnější. U terapie EEG Biofeedbackem je v orientačních testech viditelné zlepšení, ale na zlepšení se s největší pravděpodobností podílela komplexní péče. U žáků se mnohdy v jejich projevu odráží mimo diagnózy, která má samozřejmě na projevech hlavní podíl, také prostředí, ve kterém žijí.

5.4 Výsledky ankety

Obrázek 9

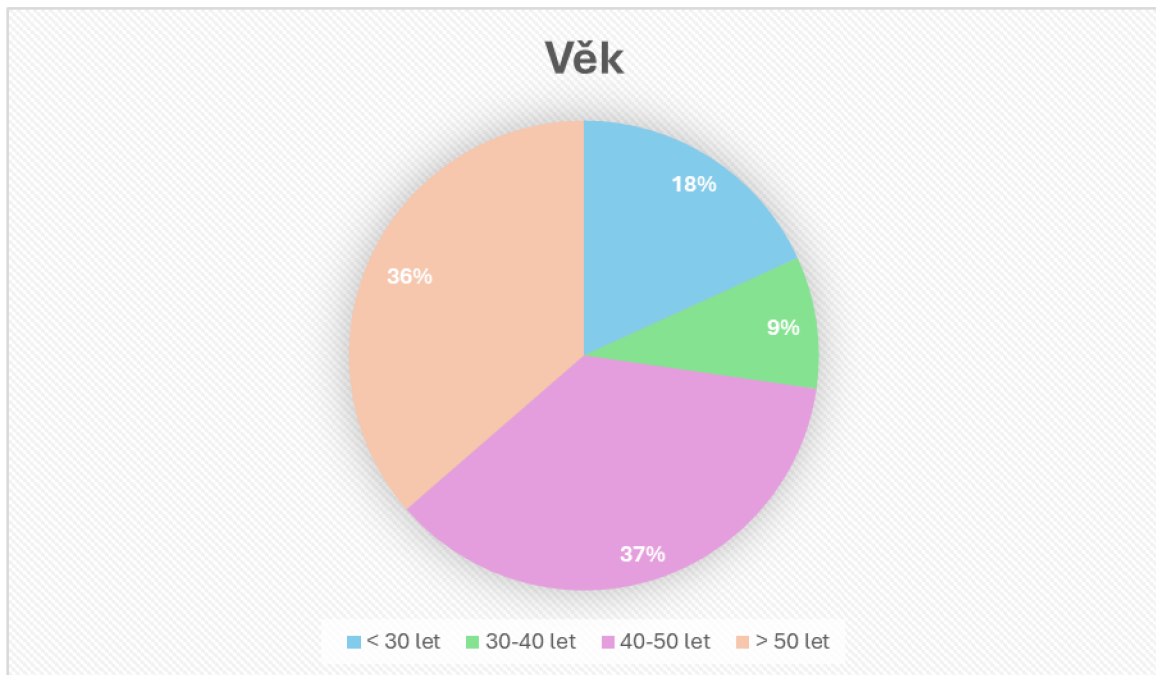
Rozdělení podle pohlaví



Z prvního grafu můžeme vidět, že v rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že ve škole JISTOTA je většina pedagogických pracovníků ženy. Přesně tedy 19 žen a 3 muži.

Obrázek 10

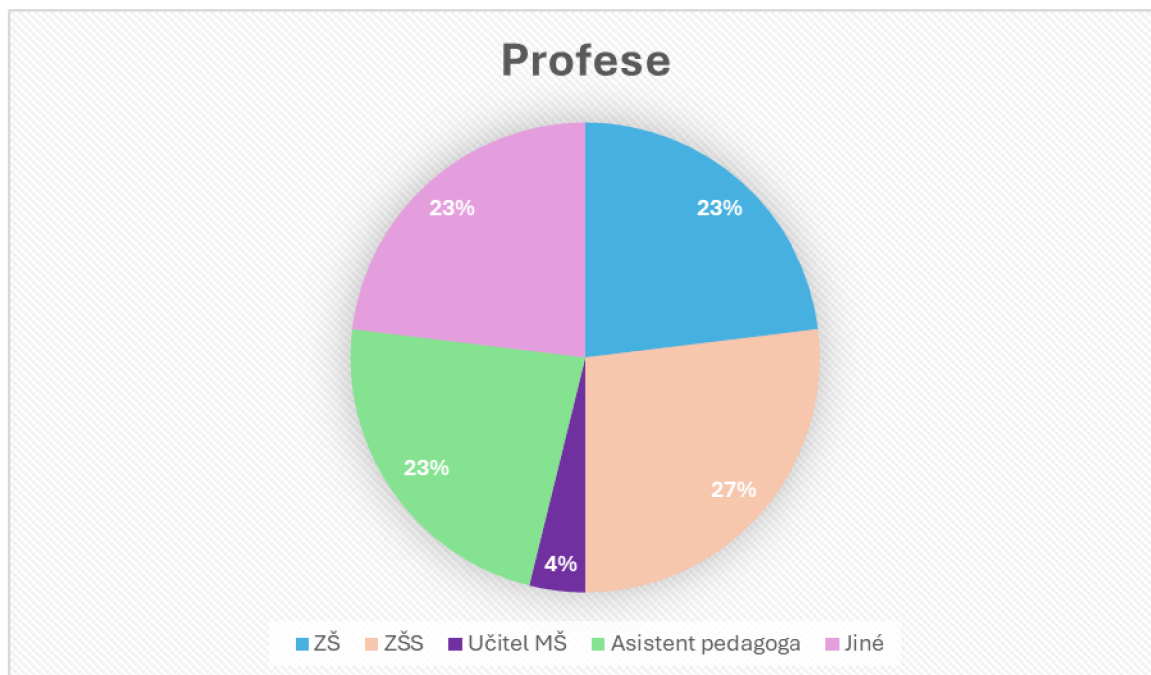
Rozdělení podle věku



Dále jsem respondenty rozdělila podle věku do 4 kategorií. Nejpočetnější skupiny jsou dvě, a to osoby nad 50 let (8) a osoby mezi 40 a 50 lety (8). Dále v kategorii 30-40 let jsou 2 osoby a v kategorii pod 30 let 4 osoby.

Obrázek 11

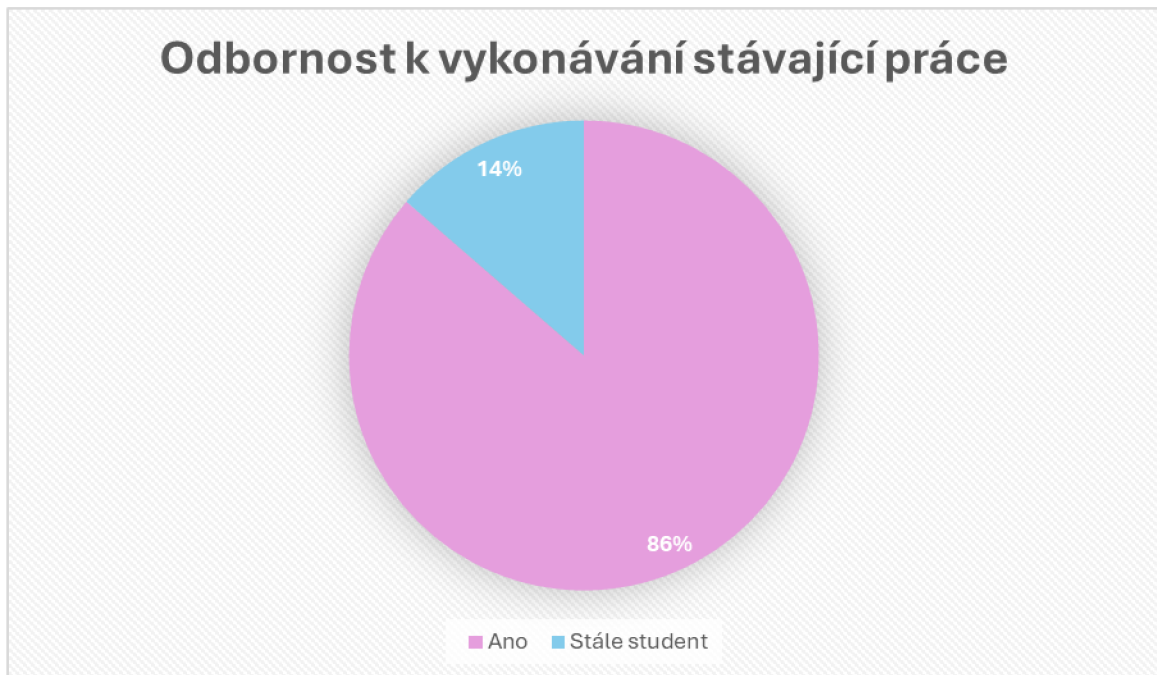
Rozdělení podle profese



V rámci profese si respondenti mohli zvolit z více variant, jelikož někteří učí například ve třídách v rámci základní školy, ale také zároveň v rámci školy speciální. Z toho důvodu možnost Učitel na ZŠ speciální zvolilo 7 osob, možnost Asistent pedagoga 6 osob, možnost Učitel ZŠ také 6 osob, možnosti Učitel MŠ 1 osoba. Možnost Jiná zvolilo 6 osoby, kdy z toho 2 osoby doplnily odpověď, že učí na Střední škole, 2 osoby, že jsou zástupci ředitelky, 1 osoba, že je ředitelka.

Obrázek 12

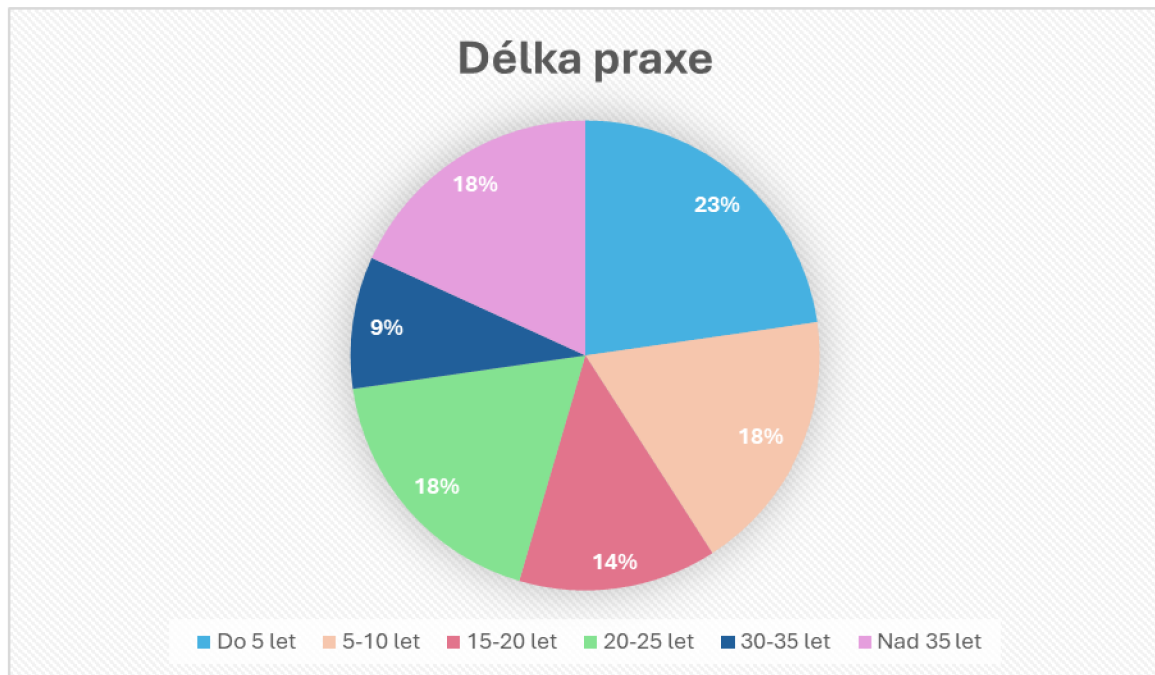
Dostačující odbornost



Zde byla respondentů položena otázka, zda jim jejich vzdělání či odbornost stačí k vykonávání jejich stávající práce. Můžeme si povšimnout, že většina zvolila odpověď ano, konkrétně 19 osob. Celkem 3 osoby zvolili odpověď, že ještě studují. Další dvě možnosti odpovědí byly, že se dále ve své odbornosti vzdělávají, že mají v plánu dozdělat se, aby se mohli věnovat určité rehabilitační metodě a také odpověď ne, že jim jejich odbornost nestačí. U těchto třech možností byly hodnoty 0.

Obrázek 13

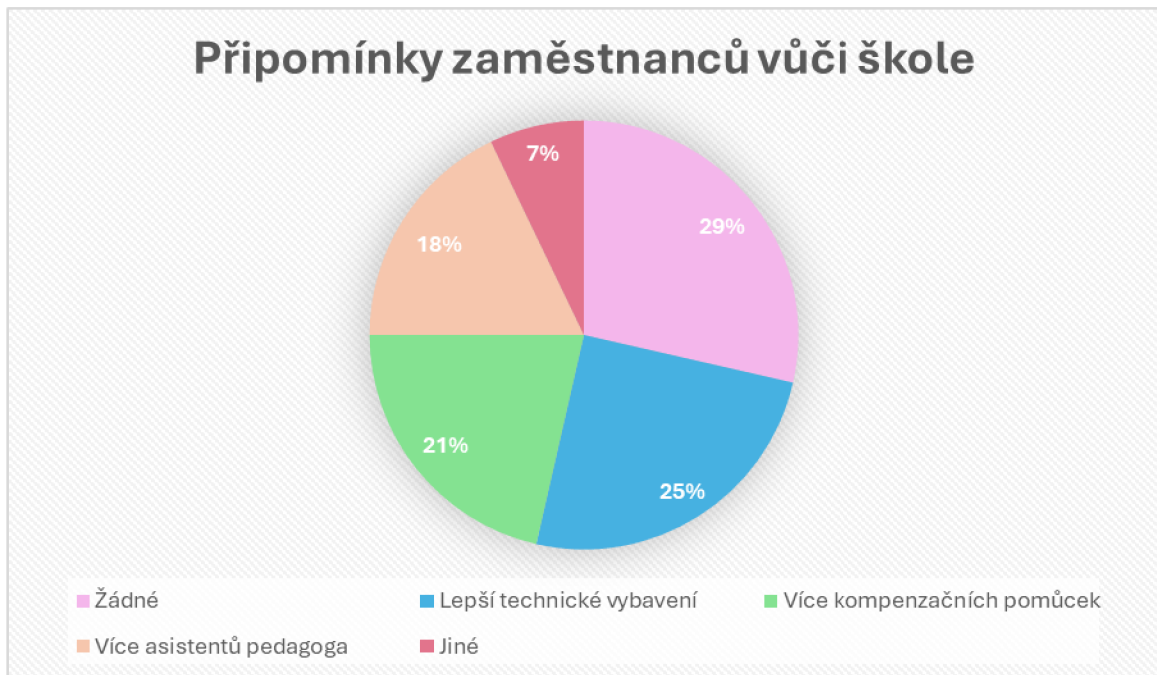
Délka praxe



Zde měli respondenti na výběr z více možností. Nejpočetnější skupinu tvořila kategorie do 5 let (5 osob). Kategorie 5-10 let, 20-25 let a nad 35 let zvolilo v každé kategorii 4 osoby. Dále 3 osoby zvolily možnost 15-20 let délku praxe a 2 osoby možnost 30-35 let.

Obrázek 14

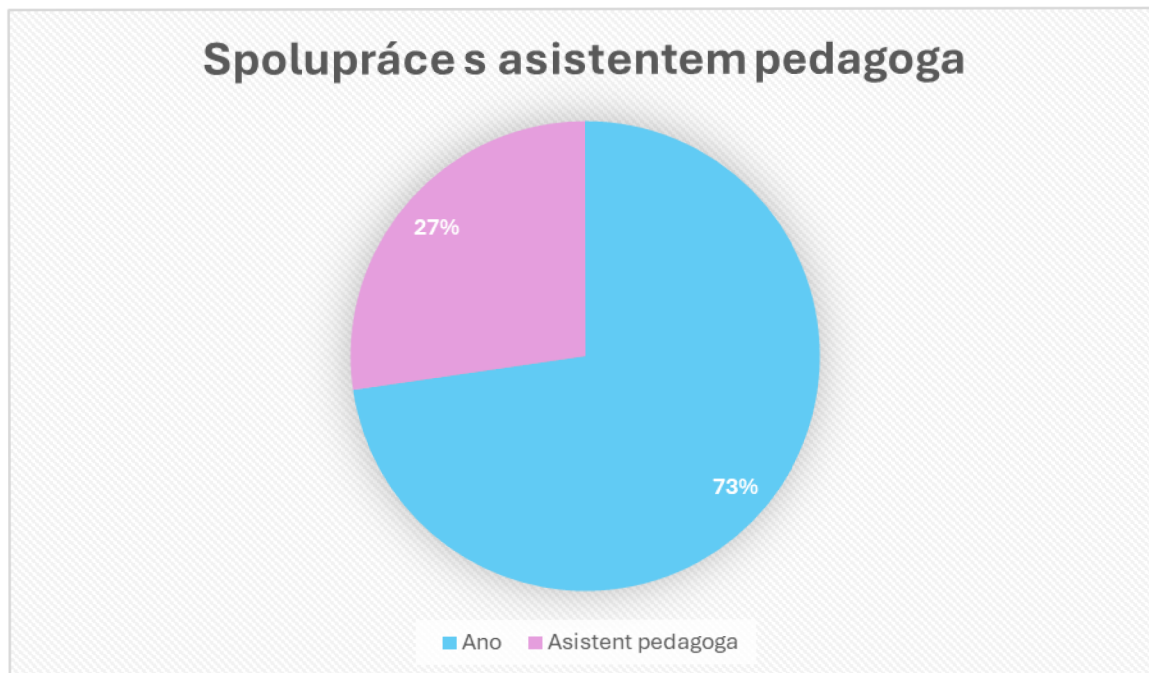
Spokojenost zaměstnanců



Další dotaz byl, zda by respondenti chtěli na škole něco změnit. 8 osob by nezměnilo nic a jsou spokojeni. 7 osob by uvítalo lepší technické vybavení a 6 osob více kompenzačních pomůcek. 5 osob zvolilo možnost, že je potřeba více asistentů pedagoga. 2 osoby uvedly v možnosti „jiné“, že by uvítaly zlepšení mezilidských vztahů.

Obrázek 15

Spolupráce s asistentem pedagoga



Tato otázka byla zaměřena na učitele a zněla, zda spolupracují s asistentem pedagoga. Většina (16) odpověděla, že ano a 6 osob zvolilo možnost, že oni sami jsou asistenty pedagoga.

Obrázek 16

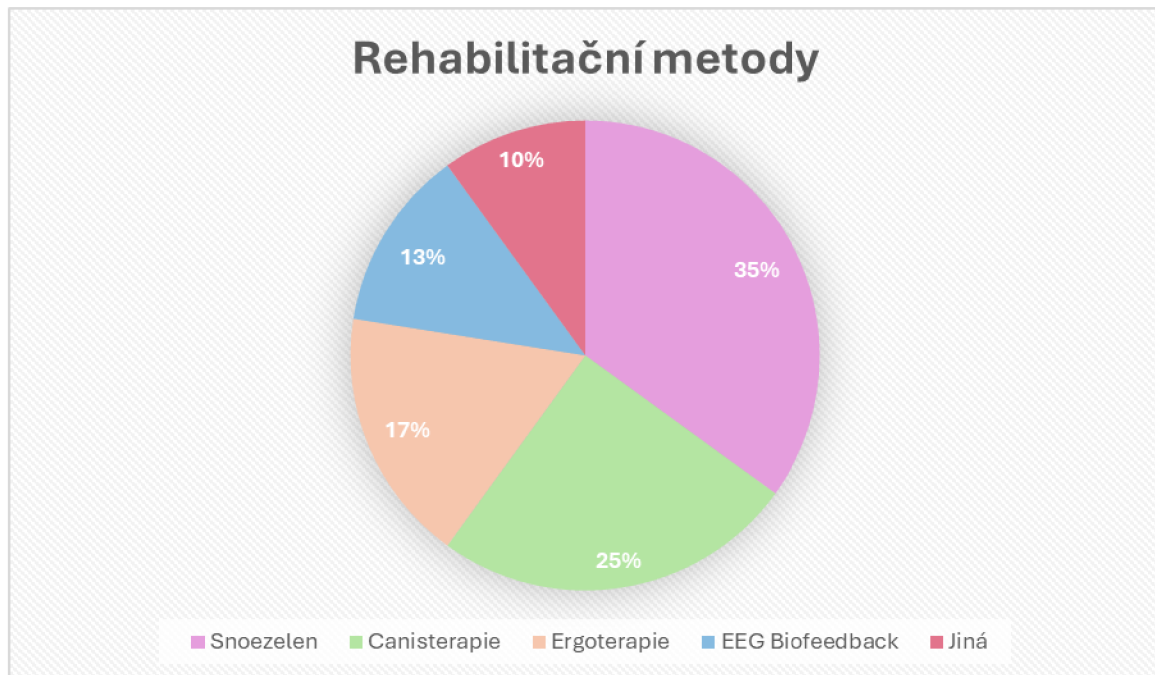
Věk dětí



Zde jsem respondentů položila otázku, jaký je věk dětí v jejich třídě. Většina (16) vybrala možnost, že žáci jsou ve třídě věkově smíšené. Celkem 5 osob zvolilo možnost více než 14 let a 1 osoba vybrala možnost 6-8 let.

Obrázek 17

Vykonávané rehabilitační metody

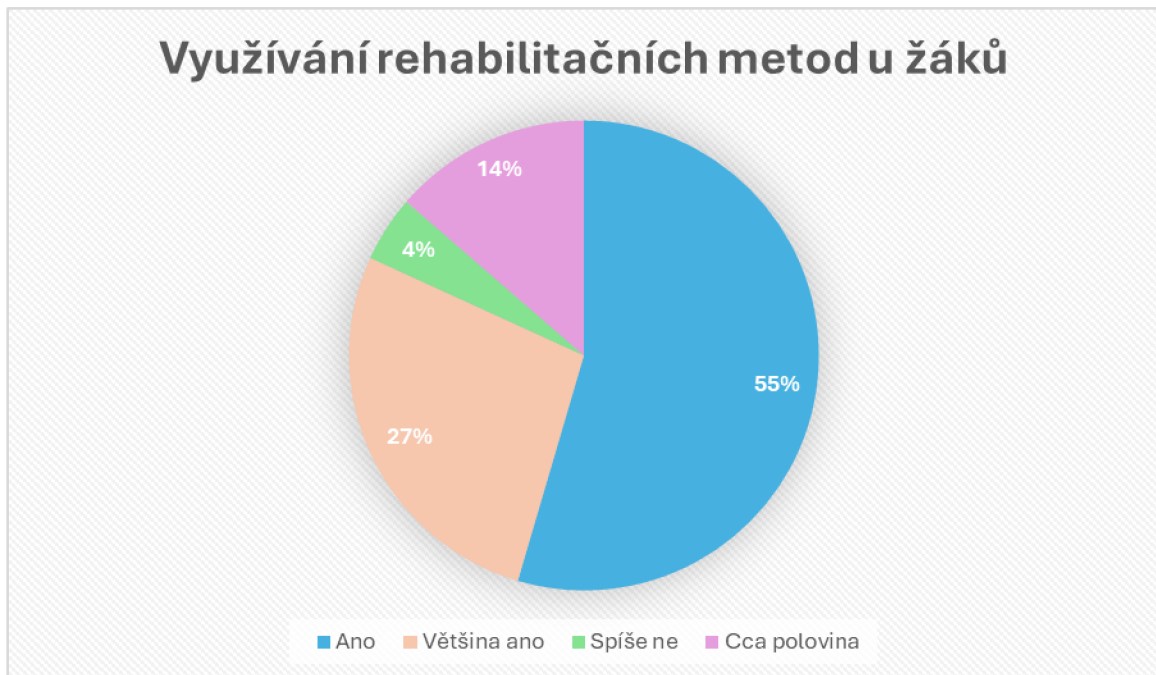


Dále si uvedeme, jaké rehabilitační metody dotazovaní účastníci vykonávají. Účastníci zde měli na výběr zvolit více možností najednou. Metoda Snoezelen byla zvolena 14×, canisterapie 10×, ergoterapie 7×, EEG Biofeedback byl zvolen 5× a 4× byla zvolena možnost „jiné“, která byla dále specifikována na muzikoterapii, dramaterapii, psychoterapii a aromaterapii.

U canisterapie se domnívám, že dotazovaní pochopili tuto možnost odpovědi spíše jako, že se s žáky canisterapie účastní.

Obrázek 18

Využívání rehabilitačních metod u všech žáků

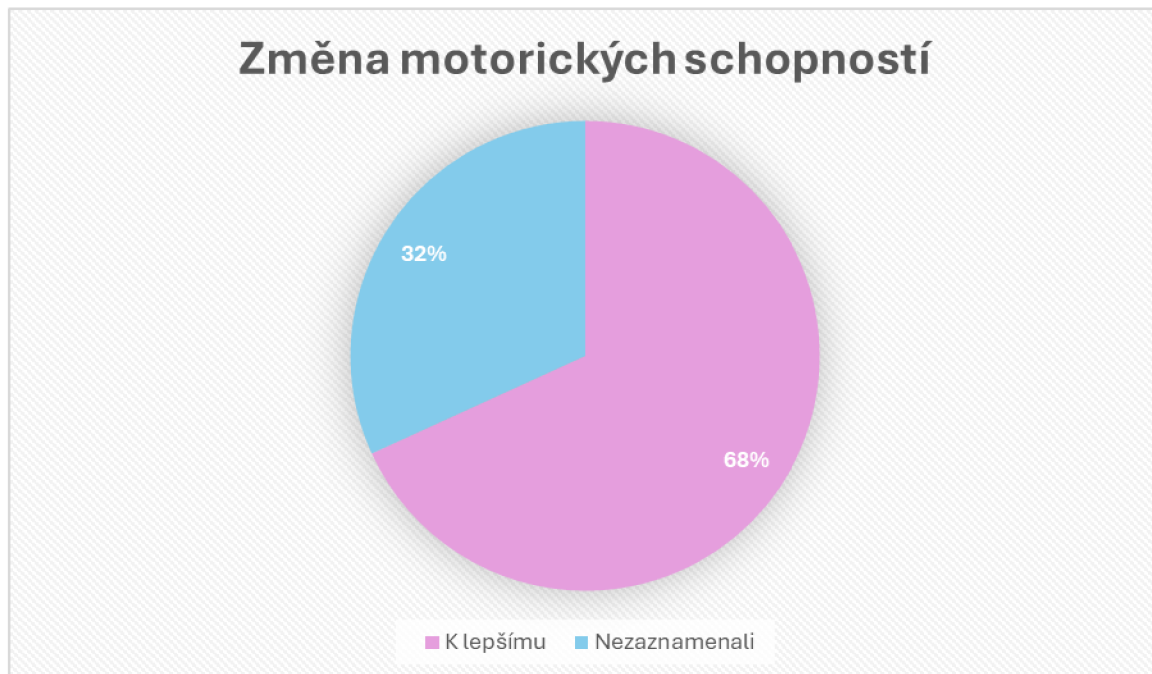


Respondentů jsem se také zeptala, zda všichni žáci dochází na jednotlivé rehabilitační metody. Celkem 12 respondentů odpovědělo, že žáci na jednotlivé terapie dochází všichni. Dalších 6 osob opovědělo, že většina ano. Pouze 3 osoby zaznamenaly, že cca polovina dochází na terapie a 1 respondent odpověděl, že spíše nedochází všichni.

5.5 Vliv rehabilitačních metod na schopnosti a dovednosti žáků

Obrázek 19

Změna motorických schopností



Výzkumná otázka č. 1

Pozorují pedagogičtí pracovníci změnu motorických schopností u žáků, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody?

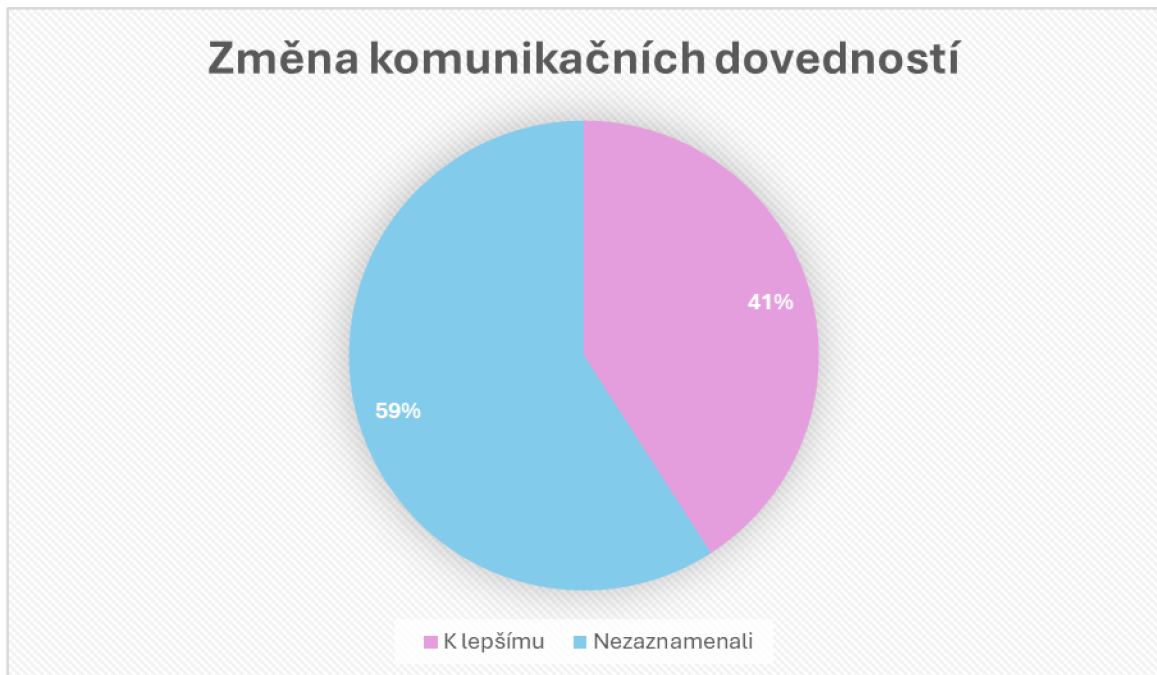
Při dotazu, zda respondenti zaznamenali, změnu motorických schopností u žáků, kteří využívají zmíněné rehabilitační metody (EEG Biofeedback, canisterapie, ergoterapie, Snoezelen) odpovědělo 15 osob, že zaznamenali změnu k lepšímu a 7 osob odpovědělo, že změnu nezaznamenali. Měli možnost vybrat také odpověď, zaznamenání změny k horšímu.

Po této otázce v anketě následovala doplňující otevřená otázka pro doplnění konkrétních povšimnutých změn. Odpovědi se příliš nelišily.

Pedagogičtí pracovníci zaznamenali u žáků zlepšení v oblasti jemné i hrubé motoriky, konkrétně lepší úchop, uvolněné zápěstí, lepší postoj, při keramice větší šikovnost. Dále se objevovala odpověď, že jsou žáci zručnější, mají lepší koordinaci, zlepšení myšlení, chování, zklidnění a větší soustředěnost při práci.

Obrázek 20

Změna komunikačních dovedností



Výzkumná otázka č. 2

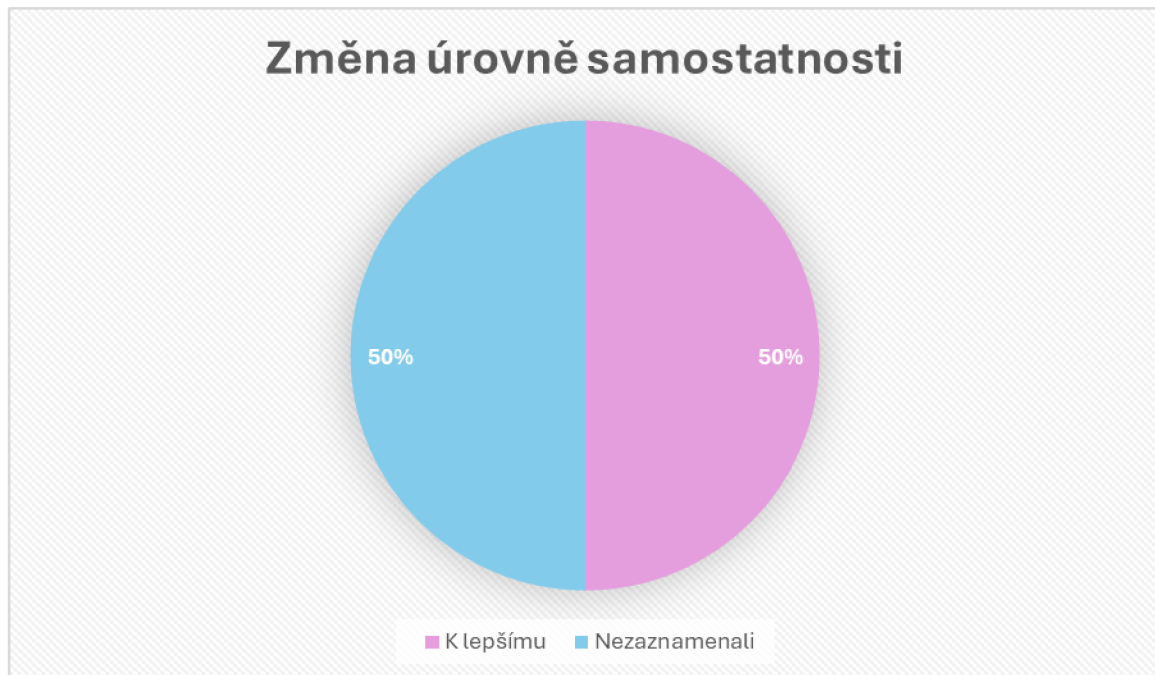
Jaké změny pozorují pedagogičtí pracovníci v komunikačních dovednostech u žáků, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody?

Dále byli respondenti dotazováni, zda zaznamenali změnu u žáků v komunikačních dovednostech. Zde většina odpověděla, že změnu nezaznamenali, konkrétně 13 osob. 9 osob zaznamenalo změnu k lepšímu. Měli možnost vybrat také odpověď, zaznamenání změny k horšímu.

V doplňující otázce jsme se dozvěděli, že respondenti zaznamenali změnu při větší snaze o komunikaci s dospělými osobami, že více přemýšlí, jsou soustředěnější a lépe se vyjadřují. Dále se opakovali odpovědi, že jsou žáci více samostatní, méně úzkostní, jsou klidnější a uvolněnější.

Obrázek 21

Změna úrovně samostatnosti



Výzkumná otázka č. 3

Jsou žáci, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody, samostatnější?

U dotazu na změnu úrovně samostatnosti u žáků, kteří využívají rehabilitační metody, odpovědi respondenti následovně. Změnu k lepšímu zaznamenala polovina, tedy 11 osob a žádnou změnu nezaznamenalo také 11 osob.

Respondenti dále odpověděli, že se změna úrovně samostatnosti projevila ve větším sebevědomí žáků, že si více věří a neujišťují se tak často, zda dělají dané úkoly správně. Snaží se více samostatně zvládat zadanou práci, zlepšila se u nich samoobsluha a praktické dovednosti, dokáží se sami zabavit hrou, jsou pověřováni drobnými úkoly a mají radost z jejich samostatného a správného splnění.

Také jsem se ptala na změnu neklidu a změnu psychické pohody u žáků, využívajících dané rehabilitační metody. Respondenti zodpověděli, že se žáci více koncentrují, lépe spolupracují s učitelem, dokáží se lépe a rychleji zklidnit a jsou aktivnější, soustředí se ve výuce a snaží více regulovat své emoce. Dokonce se lépe přizpůsobují jak učiteli, tak podmínkám celé třídy a ostatním spolužákům. Další respondenti uvedli, že se žáci více usmívají a jsou veselejší. Více se zapojují do kolektivu a mají zájem o společnou interakci a hry.

6 DISKUSE

Pro praktickou část byla vybrána škola JISTOTA, která je zaměřená na vzdělávání žáků se SVP, takových základních škol je v České republice 320 (ČSÚ, 2023).

Z výzkumného šetření vyplývá, že 86 % respondentů, tedy pedagogických pracovníků školy JISTOTA, jsou ženy. Autoři Klassen a Chiu uvádí z výzkumu provedeném v roce 2010, že 69 % učitelů tvoří ženy a 31 % muži (Klassen & Chiu, 2010). Z posledního Mezinárodního šetření o vyučování a učení TALIS (Teaching and Learning International Survey), za které v České republice odpovídá Česká školní inspekce, byla uvedena data, která ukazují, že žen jako učitelek je 68 %. Ve východní Evropě a střední Asii tvoří ženy více než 75 % a například v Lotyšsku dokonce 90 % učitelů tvoří ženy (Česká školní inspekce, 2018).

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že nejpočetnější věková kategorie je 40-50 let a také kategorie nad 50 let. Tyto data se nevymykají celkovému průměru vzhledem k tomu, že z šetření MŠMT v roce 2019 vyplynulo, že průměrný věk učitelů v regionálním školství je 47,2 let. Určité rozdíly lze najít v jednotlivých krajích a také v úrovních vzdělávacího systému (Hlavní výstupy z Mimořádného šetření, 2019). Podle České školní inspekce za rok 2022/2023 se průměrný věk učitelů snížil na 46 let, z toho 17 % bylo mladších 30 let a 8 % bylo starších 60 let.

Dále Česká školní inspekce uvedla, že průměrná délka učitelské praxe činila 19 let. Ve škole JISTOTA, jsem na základě ankety zjistila, že zde je největší počet osob s praxí do 5 let (23 %), 18 % osob má praxi 5-10 let, 18 % 20-25 let a 18 % osob dosahuje praxe přes 35 let. Dále byli respondenti dotazováni, zda jim jejich stávající odbornost stačí k vykonávání jejich práce. 14 % osob zodpovědělo, že stále studuje a 86 %, že jim jejich odbornost stačí. Podle České školní inspekce je kvalifikovaných učitelů 90,2 % (Česká školní inspekce, 2023).

Rehabilitační metody jsou u osob, dětí a žáků se zdravotním postižením a speciálními vzdělávacími potřebami běžně využívány. Petrásková (2020), která ve své diplomové práci zjišťovala, kolik zařízení poskytuje klientům metodu Snoezelen, zmiňuje, že našla v České republice 135 zařízení, které uvádí, že tuto metodu poskytují. Z toho pro 49 % jsou cílovou skupinou děti. Přesná data, uvádějící, kolik speciálních škol využívá metodu Snoezelen či jestli disponují Snoezelen místností, nejsou dohledatelné. Ve škole JISTOTA tuto metodu praktikuje 35 % pedagogických pracovníků.

6.1 Vliv rehabilitačních metod

Z anket vyplývá, že 68 % osob zaznamenalo změnu motorických schopností k lepšímu. Rozebereme si tedy jednotlivé rehabilitační metody a jejich kladný vliv na motorické schopnosti. Uvádí se, že ve Snoezelenu se zvyšuje rozvoj psychomotorických schopností, jemné i hrubé motoriky, percepce a kognitivní složky. Dále vytváří pohodu a má relaxační účinky (Verheul, 2014 in Sirkkola (ed.) 2014). Pomocí canisterapie můžeme také rozvíjet motorické schopnosti a zlepšit koordinaci pohybu, hlavně díky manipulaci se zvířetem (Tichá, 2007). EEG Biofeedback trénink také vede ke zlepšení kognitivních funkcí a motorických dovedností. Tato metoda je využívána k normalizaci mozkové aktivity, což má mimo jiné pozitivní vliv na symptomy u stavů, jako je například ADHD, a podporuje motorické učení při zotavení, zdravotním postižením či po mrtvici (Enriquez-Geppert et al, 2017). Co se týče ergoterapie, tak ta je právě v případech oslabených motorických dovedností či poruch pozornosti dítěti doporučována. V rámci ergoterapie nacvičujeme pracovní návyky nebo samoobslužné dovednosti. Tímto procvičováním děti zlepšují jemnou i hrubou motoriku (Švestková, 2015).

Změnu komunikačních dovedností zaznamenalo 41 % respondentů, a to k lepšímu, což potvrzuje i Verhul (2014), který uvádí, že Snoezelen vede ke zkvalitnění komunikace a rozvoje sociálního citění a socializace. 59 % respondentů uvedlo, že žádnou změnu nezaznamenali. Díky canisterapii můžeme u dětí pozorovat rozvoj paměti, řeči, myšlení a schopnost komunikace. Většina dětí si s pejsky začne povídat a více se socializuje (Tichá, 2007). Podle Velemínského (2007) vytváří pes komunikační příležitost, nabízí téma rozhovoru a rozvíjí také neverbální komunikaci. Studie ukazují, že metoda EEG Biofeedback může dětem s různými poruchami pomoci zlepšit schopnost soustředění a efektivněji komunikovat. Díky tréninku EEG Biofeedback se může také zlepšit pozornost a sebe-regulace, což komunikační dovednosti může také nepřímo ovlivňovat (Enriquez-Geppert et al, 2017). Z výzkumu Wottawové (2021) můžeme potvrdit, že i díky ergoterapii se zlepšuje komunikace u daných osob. Může vést k lepší srozumitelnosti řeči, rozšíření slovní zásoby i sebedůvěře mluvit a komunikovat.

Změnu úrovně samostatnosti v naší anketě zaznamenala přesně polovina respondentů, tedy 50 %. Druhá polovina respondentů uvedla, že nezaznamenali změnu žádnou. V důsledku snížené adaptability u dětí se speciální vzdělávacími potřebami, se tito žáci déle adaptují novém prostředí či kolektivu. V rámci tohoto adaptačního období, je možné využívat Snoezelen pro zmírnění nežádoucích problémů při vzdělávání. Snoezelen má pozitivní přínos na sebeobsluhu a samostatnost žáka, jeho zklidnění a nezávislost (Filatova, 2020). Canisterapie motivuje klienty k samostatnosti, aktivitě a spolupráci. Terapie umožňuje navazování nových a současných vztahů (Velemínský, 2007). Luňáková (2015) ve svém výzkumu došla k závěru, že metoda EEG

Biofeedback byl účinný pro zlepšení schopnosti vyjadřování, ale také samostatnosti a sebeobsluhy. EEG Biofeedback Institut uvádí, že tato metoda zlepšuje, jak verbální komunikaci, kterou jsem rozebírala výše, tak koncentraci a samostatnost. Tyto zkušenosti byly vyzkoušeny na dětech s poruchami autistického spektra. A v neposlední řadě, si zmíníme ergoterapii, která je součástí ucelené rehabilitace a také učí jedince soběstačnosti a samostatnosti, což je výsledkem pravidelných terapií, procvičování a nácviků aktivit (Kusoňová, 2011).

7 ZÁVĚRY

Hlavní náplní této bakalářské práce bylo seznámení se s prostředím speciální školy JISTOTA v Prostějově, s vybranými rehabilitačními metodami a zhodnotit jejich přínos v konkrétních případech. Školu jsem podrobně charakterizovala a s ní také jednotlivé metody. Pro výzkum byly vybrány pouze čtyři rehabilitační metody z několika využívaných na dané škole. Vybrala jsem metodu Snoezelen, EEG Biofeedback, canisterapii a ergoterapii. Tyto jednotlivé metody jsem podrobně analyzovala a popsala, jak probíhají. Pro zhodnocení těchto metod jsem vybrala šest žáků, kteří využívají všechny tyto metody a dochází na ně pravidelně. U žáků jsem uvedla jejich diagnózy a vyzorované změny.

Dále jsem stanovila celkem tři výzkumné otázky. Z odpovědí respondentů, kterých jsem se dotazovala ve vlastní anketě, byly zjištěny zajímavé výsledky.

1) Pozorují pedagogičtí pracovníci změnu motorických schopností u žáků, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody?

Z výsledků výzkumného šetření se domnívám, že ano. 68 % pedagogických pracovníků uvedlo, že zaznamenali u žáků změnu motorických schopností k lepšímu. Konkrétně potvrdili, že při využívání daných rehabilitačních metod došlo u žáků ke zlepšení hrubé a jemné motoriky, postoje a postavení těla, koordinace a také došlo k celkovému zklidnění a většímu soustředění. 32 % uvedlo, že žádnou změnu nezaznamenalo. Nikdo neuvedl, že by mělo dojít ke zhoršení.

2) Jaké změny pozorují pedagogičtí pracovníci v komunikačních dovednostech u žáků, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody?

U zkoumání komunikačních dovedností, se 41 % respondentů shodlo, že opět zaznamenali změnu k lepšímu. A konkrétně pozorují změny ve snaze i zájmu komunikovat, které jsou větší, více nad věcmi přemýšlí, jsou soustředěnější a lépe se vyjadřují. 59 % respondentů odpovědělo, že změnu komunikačních dovedností u žáků nezaznamenali.

3) Jsou žáci, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody, samostatnější?

V oblasti samostatnosti bylo z výzkumné šetření zjištěno, že jen polovina respondentů zaznamenala, že jsou žáci, kteří pravidelně navštěvují rehabilitační metody, více samostatní a polovina žádnou změnu nezaznamenala. Zde tedy nelze jednoznačně určit, zda rehabilitační metody mají univerzální dopad na samostatnost všech žáků.

Hlavní cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat jednotlivé rehabilitační metody praktikované ve speciální škole JISTOTA a zhodnocení dopadu jednotlivých rehabilitačních metod v konkrétních případech. Výzkumné šetření probíhalo v prostředí uvedené školy, která byla vybrána záměrně. Rehabilitační metody byly vybrány ty nejvyužívanější a nejvíce navštěvované. Ve výsledku bylo zjištěno, že vybrané rehabilitační metody mají významný

pozitivní dopad na rozvoj motorických schopností, komunikačních dovedností, zvýšení úrovně samostatnosti a další, což je pro rozvoj žáků se speciálními vzdělávacími potřebami klíčové.

7.1 Doporučení pro praxi

Pravidelná a systematická rehabilitační péče je nezbytná pro rozvoj funkčnosti žáků se SVP a měla by být nedílnou součástí vzdělávacího programu speciálních škol. Přestože byly zaznamenány významné přínosy, bylo zjištěno, že implementace těchto metod vyžaduje značné časové a personální nároky, které mohou představovat výzvu pro pedagogické pracovníky. Na základě těchto zjištění bych ráda navrhla zvýšení počtu proškolených pedagogických pracovníků, konkrétně u metody EEG Biofeedback, která je u žáků velmi žádaná, ale bohužel kapacitně omezena, vzhledem k časové náročnosti. Snížilo by se tím pracovní zatížení stávajících učitelů a zlepšila by se kvalita i kvantita poskytované péče. Další možností je zaměstnání pracovníků, kteří by se věnovali výhradně poskytování rehabilitačních metod. Tito specialisté by mohli zajišťovat odbornou péči, což by umožnilo učitelům více se soustředit na výuku a další pedagogické aktivity.

8 SOUHRN

Bakalářská práce se zaměřuje na charakteristiku a přiblížení prostředí speciální školy JISTOTA v Prostějově a zde využívané rehabilitační metody. Práce je rozdělena do dvou částí. Část teoretická se zaměřuje na rešerši odborné literatury, která je zaměřena na vymezení pojmů, jako je zdravý jedinec a jedinec se zdravotním postižením. Dále jsou popsány jednotlivé druhy postižení (mentální, tělesné, zrakové, sluchové, kombinované a vady řeči), vymezení školství v České republice a rozdíly mezi vzděláváním žáka se speciálními vzdělávacími potřebami na běžné škole či škole speciální. Nakonec se v teoretické části zaměřuji na jednotlivé rehabilitační metody konkrétně na canisterapii, EEG Biofeedback, ergoterapii, a Snoezelen.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo analyzovat jednotlivé rehabilitační metody praktikované ve speciální škole JISTOTA a zhodnocení dopadu jednotlivých rehabilitačních metod v konkrétních případech. V praktické části je podrobně charakterizována škola JISTOTA a analyzována vybrané rehabilitační metody. Dále se zabývám případovými studii, které tvoří šest vybraných žáků ze skupiny 28 žáků, kteří se vzdělávají podle ŠVP ZŠS. Tito žáci byli vybráni, protože mají všichni kombinované postižení a všichni pravidelně dochází na zkoumané rehabilitační metody.

Dále se věnuji výsledkům vlastní ankety, která byla elektronickou formou zaslána pedagogickým pracovníkům školy JISTOTA. Z celkového počtu 32 oslovených osob, vyplnilo anketu 26 respondentů, z toho 4 byly nevyhovující. Výsledky ankety tedy obsahují odpovědi 22 respondentů. Anketa se skládala z 20 uzavřených a 6 doplňujících otevřených otázek. V první části jsem se v anketě dotazovala na demografické údaje a druhá část se týkala rehabilitačním metodám a vypořádaným změnám funkčnosti u žáků se SVP.

Celkově výzkum ukázal, že vybrané rehabilitační metody mají pozitivní dopad na rozvoj motorických schopností, komunikačních dovedností a dalších oblastí u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zlepšení v oblasti samostatnosti bylo méně jednoznačné, ale i zde byly pozorovány pozitivní změny. Tento výzkum podtrhuje význam rehabilitačních metod v rozvoji schopností a dovedností žáků v prostředí speciálních škol.

9 SUMMARY

This bachelor thesis focuses on characterizing and presenting the environment of the special school JISTOTA in Prostějov, along with the rehabilitative methods utilized therein. The thesis is divided into two parts. The theoretical part centers on a review of specialized literature, focusing on defining concepts such as a healthy individual and an individual with a health impairment. It also describes various types of impairments (mental, physical, visual, auditory, combined, and speech disorders), outlines the educational system in the Czech Republic, and discusses differences between the education of students with special educational needs in regular versus special schools. Finally, the theoretical part examines specific rehabilitative methods, namely Canister therapy, EEG Biofeedback, Occupational therapy, and Snoezelen.

The primary objective of the bachelor thesis was to analyze the rehabilitative methods practiced at the special school JISTOTA and evaluate the impact of these methods in specific cases. In the practical part, the JISTOTA school is thoroughly characterized, and selected rehabilitative methods are analyzed. The thesis also includes case studies involving six selected students out of a group of 28 students who are educated according to the School Educational Programme for Schools with Special Education Needs. These students were chosen because they all have combined disabilities and regularly participate in the studied rehabilitative methods.

Furthermore, the thesis addresses the results of its own survey, which was electronically distributed to pedagogical staff members of the JISTOTA school. Out of a total of 32 individuals contacted, 26 respondents completed the survey, with 4 responses deemed inadequate. Therefore, the survey results encompass responses from 22 participants. The survey consisted of 20 closed-ended and 6 open-ended questions. The first part of the survey queried demographic data, while the second part focused on rehabilitative methods and observed changes in functionality among students with special educational needs.

Overall, the research demonstrated that the selected rehabilitative methods have a positive impact on the development of motor skills, communication abilities, and other areas among students with special educational needs. Improvement in independence was less straightforward, but positive changes were also observed in this regard. This research underscores the significance of rehabilitative methods in fostering the abilities and skills of students in the context of special schools.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Bartoňová, M., & Vítková, M. (2007). *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. Paido.
- Bendová, P. (2007). *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bradáčová, S. (2011). Canisterapie. In Hanák, P. et al. *Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*.
- Česká školní inspekce. (2018). *O šetření TALIS*.
- Česká školní inspekce. (2023). *Kvalita vzdělávání v České republice*. Výroční zpráva 2022/2023.
- Černá, M. (2015). *Česká psychopedie*. Univerzita Karlov v Praze.
- EEG Biofeedback Institut. *Trénink metodou EEG Biofeedback*. Retrieved from <http://eegbiofeedback.cz/trenink-metodou-eeg-biofeedback/>
- Eldelsberger, L. et al. (2000). *Defektologický slovník*. H&H.
- Enriquez-Geppert, S., Huster, J. R., & Herrmann, S. C. (2017). EEG-Neurofeedback as a Tool to Modulate Cognition and Behavior: A Review Tutorial. (11). *Frontiers in Human Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00051>
- Fajmonová, J., & Chovancová, M. (2008). *Snoezelen: možnosti využití snoezelenu při práci s žáky v základní škole speciální*. IPPP – Institut pedagogickopsychologického poradenství ČR.
- Filatova, R. (2014). *Snoezelen-MSE*. Kleinwachter.
- Filatova, R. (2020). *Průvodce konceptem SNOEZELEN-MSE krok za krokem*. ISNA-MSE.
- Finková, D., Ludíková, L., & Růžičková, V. (2007). *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Fischer, S., et al. (2014). *Speciální pedagogika*. Triton.
- Galajdová, L., & Galajdová Z. (2011). *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Portál.
- Hagelskjaer, V., Nielsen, K., T., VON Bülow, C., Graff M., & Waehrens, E., E. (2021). Occupational therapy addressing the ability to perform activities of daily living among persons living with chronic conditions: a randomised controlled pilot study of ABLE 2.0. *Pilot and Feasibility Studies*. 7(1), 1-15. doi:10.1186/s40814-021-00861-9
- MŠMT. (2019). *Hlavní výstupy z Mimořádného šetření*.
- Hampl, I. (2013). *Surdopedie*. Ostravská univerzita.
- Horáková, R. (2012). *Sluchová postižení – úvod do surdopedie*. Portál.
- Hulsegge, J., & Verheul, A. (1987). *Snoezelen: Another World: A practical book of sensory experience environments for the mentally handicapped*. Rompa.
- Jelínková, J., Krivošíková, M., & Šajtarová, L. (2009). *Ergoterapie*. Portál.

- Klassen, R. & M. Chiu. (2010). Effects on teachers' self-efficacy and job satisfaction: Teacher gender, years of experience, and job stress. *Journal of Educational Psychology*. 102/3, pp. 741-756. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019237>.
- Klusoňová, E. (2011). *Ergoterapie v praxi*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů.
- Kraus, J. (2011). *Dětská mozková obrna*. Grada.
- Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Grada.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2013). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lechta, V. (1990). *Logopedické repetitorium*. SPN.
- Lechta, V., et al. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál.
- Ludíková, L. (2005). *Kombinované vady*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ludíková, L., & Souralová, E. (2006). *Speciální pedagogika 5. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ludíková, L., & Růžičková, V. (2007). *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Luňáková, M. (2015). *Prevence a reedukace specifických poruch učení pomocí metody EEG-biofeedback*. Masarykova univerzita.
- Machová, J., Kubátová, D., Hamanová, H., Kabíček, P., Mrázová, E., Svoboda, Z., & Wedlichová, I. (2009). *Výchova ke zdraví*. Grada.
- Machová, J., Kubátová, D., et al. (2015). *Výchova ke zdraví. 2. aktualizované vyd.* Grada Publishing.
- Maňák, J., Janík, T., & Švec, V. (2008). *Kurikulum v současné škole. Pedagogický výzkum v teorii a praxi*. Paido.
- Martinková, E. (2010). *Komunikace a osoby se sluchovým postižením*. In Jurkovičová, P. (Eds.). *Komunikace a lidé se smyslovým postižením*. (pp. 10-32). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Portál.
- Müller, O. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice*. Grada.
- Panisch, L. S., & Hai, A. H. (2020). The Effectiveness of Using Neurofeedback in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*. 21(3), 541–550. <https://www.jstor.org/stable/27011047>
- Petrásková, A. (2020). *Zařízení poskytující metodu Snoezelen v České republice*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Portál veřejné správy. (2020). Česká vzdělávací soustava. Retrieved from <https://portal.gov.cz/rozcestniky/ceska-vzdelavaci-soustava-RZC-40>
- Průcha, J. (2009). *Pedagogická endyklopedie*. Portál.
- Ptáček, R., & Novotný, M. (2017). *Biofeedback v teorii a praxi*. Grada.
- Renotíerová, M. (2003). *Somatopedické minimum*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Renotíerová, M., & Ludíková, L. (2003). *Speciální pedagogika*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Renotíerová, M., Ludíková, L. (2006). *Speciální pedagogika*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Richterová, B. (2011). *Teorie a praxe problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice*. Reintegra.
- Robbins, J. (2008). *A Symphony in the Brain*. Grove Press.
- Sienko, S., E. (2018). An Exploratory Study Investigating the Multidimensional Factors Impacting the Health and Well-being of Young Adults with Cerebral Palsy. *Disability and Rehabilitation*, 18(3), 660-666.
- Skákalová, T. (2011). *Uvedení do problematiky sluchového postižení*. Gaudeamus.
- Slowík, J. (2019). *Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada.
- Souralová, E. (2006). Andragogika surdopedická. In Ludíková, L. et al. *Speciální pedagogika – Andragogika*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Tannenbergerová, M. (2016). *Průvodce školní inkluzí aneb Jak vypadá kvalitní základní škola současnosti?* Wolters Kluwer.
- Tichá, V. (2007). Metodika canisterapie. In Velemínský M. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků. 1. vyd.* Dona.
- Thibault, R. T., Lifshitz, M., Birbaumer, N., & Raz, A. (2015). Neurofeedback, Self-Regulation, and Brain Imaging: Clinical Science and Fad in the Service of Mental Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(4), 193–207. <https://www.jstor.org/stable/48515961>
- Tvrdá, A. (2020). *Canisterapie: zvíře v sociálních službách*. Plot.
- Valenta, M., & Müller, O. (2007). *Psychopedie*. Parta.
- Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M., et. al. (2018). *Mentální postižení*. Grada.
- Valenta, M., & Müller, O. (2021). *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. PARTA.
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika – vychovatelství*. Technická univerzita v Liberci.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Velemínský, M. et al. (2007). *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Dona.

- Verheul, A. (2014). Snoezelen. In Sirkkola, M., et al. *Everyday Multisensory Environments, Wellness Technology and Snoezelen*. HAMK Häme University of Applied Sciences.
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2015). *Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání*. Maxdorf, Jessenius.
- Vyhláška MŠMT ČR č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. *Sbírka zákonů ČR. Částka 10*.
- Švarcová, I. (2011). Mentální retardace. Portál.
- Švestková, O. (2015). Ergoterapie. *Rehabilitation*. 22(1), 38-44.
- Wottawová, A. (2021). *Využití ergoterapie při výcviku komunikačních schopností u jedince s kognitivně komunikačním deficitem*. Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- World Health Organization (WHO). (1948). *Constitution*.
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. *Sbírka zákonů ČR. Částka 190*.

11 PŘÍLOHY

11.1 Anketa pro pedagogické pracovníky

Povědomí pedagogických pracovníků školy JISTOTA o rehabilitačních metodách

1. Jaké je vaše pohlaví?
 - Žena
 - Muž

2. Kolik je vám let?
 - Méně než 30 let
 - 30–40 let
 - 40–50
 - Nad 50 let

3. Pracujete jako? (můžete vybrat více možností)
 - Učitel MŠ
 - Učitel ZŠ
 - Učitel ZŠ speciální
 - Asistent pedagoga
 - Rehabilitační pracovník
 - Jiné (prosím uveďte)

4. Stačí vám vaše vzdělání/odbornost k vykonávání vaší stávající práce?
 - Ano
 - Ne
 - Ještě studuji.
 - Dále se vzdělávám ve své odbornosti.
 - Mám v plánu dostudovat potřebnou odbornost, abych se mohl/a věnovat stávající práci/ vyšší pracovní pozici/rehabilitačním metodám.

5. Jaká je délka vaší praxe?
 - Do 5 let
 - 5-10 let
 - 10-15 let
 - 15-20 let
 - 20-25 let
 - 25-30 let
 - 30-35 let
 - Nad 35 let

6. Chtěl/a byste na škole něco změnit? (můžete vybrat více možností)
- Nic, jsem spokojen/á
 - Lepší technické vybavení
 - Více kompenzačních pomůcek
 - Je potřeba více pedagogů
 - Je potřeba více asistentů pedagoga
 - Jiné (vypište)
7. Spolupracujete při výuce s asistentem pedagoga?
- Ano
 - Ne
 - Jsem asistent pedagoga
8. Věk dětí ve vaší třídě?
- 3-5 let
 - 6-8 let
 - 9-11 let
 - 12-14 let
 - Více než 14 let
 - Věkově smíšené
9. Jakou rehabilitační metodu vykonáváte? (můžete vybrat více možností)
- EEG Biofeedback
 - Canisterapie
 - Snoezelen
 - Ergoterapie
 - Jiné
10. Dochází všichni žáci na jednotlivé rehabilitační metody?
- Ano
 - Většina ano
 - Cca polovina ano
 - Spíše ne
 - Ne
 - Nevím
11. Jak často žáci dochází na EEG biofeedback?
- 2x týdně
 - 1x týdně
 - 1x za dva týdny
 - 1x měsíčně
 - Individuálně

- Nevím

12. Jak často u žáků probíhá canisterapie?

- 2x týdně
- 1x týdně
- 1x za dva týdny
- 1x měsíčně
- Individuálně
- Nevím

13. Jak často se u žáků využívá Snoezelen?

- 2x týdně
- 1x týdně
- 1x za dva týdny
- 1x měsíčně
- Individuálně
- Nevím

14. Jak často u žáků probíhá ergoterapie?

- 2x týdně
- 1x týdně
- 1x za dva týdny
- 1x měsíčně
- Individuálně
- Nevím

15. Zaznamenali jste u žáků změnu motorických schopností při využití těchto rehabilitačních metod?

- K lepšímu
- K horšímu
- Nezaznamenal/a jsem
- Pokud ano, jak se změna projevila?

16. Zaznamenali jste u žáků změnu neklidu při využití těchto rehabilitačních metod?

- K lepšímu
- K horšímu
- Nezaznamenal/a jsem
- Pokud ano, jak se změna projevila?

17. Zaznamenali jste u žáků změnu komunikačních dovedností při využití těchto rehabilitačních metod?

- K lepšímu

- K horšímu
- Nezaznamenal/a jsem
- Pokud ano, jak se změna projevila?

18. Zaznamenal jste u žáků změnu paměti při využití těchto rehabilitačních metod?

- K lepšímu
- K horšímu
- Nezaznamenal/a jsem
- Pokud ano, jak se změna projevila?

19. Zaznamenal jste u žáků změnu psychické pohody při využití těchto rehabilitačních metod?

- K lepšímu
- K horšímu
- Nezaznamenal/a jsem
- Pokud ano, jak se změna projevila?

20. Zaznamenal jste u žáků změnu úrovně samostatnosti při využití těchto rehabilitačních metod?

- K lepšímu
- K horšímu
- Nezaznamenal/a jsem
- Pokud ano, jak se změna projevila?

11.2 Vyjádření etické komise



Fakulta
tělesné kultury

Genius loci

Vyjádření Etické komise FTK UP

Složení komise: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D. – předsedkyně
Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
Mgr. Michal Kudláček, Ph.D.
Mgr. Filip Neuls, Ph.D.
prof. Mgr. Erik Sigmund, Ph. D.
doc. Mgr. Zdeněk Svoboda, Ph. D.
Mgr. Jarmila Štěpánová, Ph.D.

Na základě žádosti ze dne 21. 6. 2024 byl projekt bakalářské práce

Autor /hlavní řešitel/: **Monika Melzerová**

s názvem **Možnosti rehabilitace ve speciální škole JISTOTA v Prostějově**

schválen Etickou komisí FTK UP pod jednacím číslem: 79/2024
dne: 27. 6. 2024

Etická komise FTK UP zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnicemi pro výzkum zahrnující lidské účastníky.

Řešitelka projektu splnila podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

za EK FTK UP
doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.
předsedkyně

Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci
třída Miru 117 | 771 11 Olomouc | T: +420 585 636 009
www.ftk.upol.cz

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
Komise etická
třída Miru 117 | 771 11 Olomouc

11.3 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Název studie (projektu): Možnosti rehabilitace ve speciální škole JISTOTA v Prostějově

Jméno:

Datum narození:

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností. Pokud je studie randomizovaná, beru na vědomí pravděpodobnost náhodného zařazení do jednotlivých skupin lišících se léčbou.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis účastníka:

Podpis studentky Moniky Melzerové pověřené touto studií:

Datum:

Datum: