

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Lucie Mrhálková

Snoezelen jako podpůrná metoda při výchově
a vzdělávání žáků s kombinovaným postižením

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 20. 4. 2015

.....
Mrhálková Lucie

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. za metodické vedení mé diplomové práce, poskytované připomínky a cenné rady.

Dále děkuji vedení a všem zúčastněným pedagogům ZŠ a MŠ speciální v Kroměříži za spolupráci a ochotu pomoci. Zvláštní poděkování patří Bc. Jindře Kučeříkové za pomoc při realizaci výzkumného šetření.

Mé poděkování patří také rodině za trpělivost a podporu nejen při psaní této diplomové práce, ale i za pomoc a podporu, kterou mi poskytovali v průběhu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ	8
1.1 Klasifikace kombinovaného postižení	10
1.2 Etiologie.....	12
2 ŽÁK S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	14
2.1 Mentální postižení v kontextu kombinovaného postižení	14
2.1.1 Mentální postižení a mentální retardace	14
2.1.2 Klasifikace mentální retardace	15
2.1.3 Chromozomální aberace	17
2.1.4 Mentální postižení v kombinaci s narušenou komunikační schopností	18
2.1.5 Mentální postižení v kombinaci se zrakovým postižením.....	19
2.1.6 Mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením.....	20
2.1.7 Mentální postižení v kombinaci se sluchovým postižením.....	24
2.2 Poruchy chování v kontextu kombinovaného postižení	26
2.3 Hluchoslepotá	27
3 EDUKACE ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	29
3.1 Legislativní vymezení.....	29
3.2 Základní škola speciální.....	30
3.3 Poradenství pro žáky s kombinovaným postižením	33
3.4 Individuální vzdělávací plán	35
3.5 Cíle edukace žáků s kombinovaným postižením	35
4 SNOEZELLEN - MSE	37
4.1 Vymezení pojmu	37
4.2 Historie Snoezelenu-MSE.....	38
4.3 ISNA- MSE.....	39

4.4	Snoezelen-MSE v České republice	39
4.5	Cíle a principy konceptu Snoezelen-MSE	40
4.6	Snoezelen prostředí	43
4.6.1	Vybavení Snoezelen místnosti	43
4.7	Typy multismyslových místností	45
PRAKTICKÁ ČÁST		48
5 SNOEZELLEN JAKO PODPŮRNÁ METODA PŘI VÝCHOVĚ A VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM		48
5.1	Cíle a otázky výzkumného šetření	48
5.2	Metodologie	49
5.3	Charakteristika výzkumného prostředí	49
5.4	Snoezelen v ZŠ a MŠ speciální Kroměříž	50
5.5	Případové studie žáků	52
5.5.1	Individuální plán pro metodu Snoezelen č. 1	54
5.5.2	Individuální plán pro metodu Snoezelen č. 2	62
5.5.3	Individuální plán pro metodu Snoezelen č. 3	69
5.6	Závěr výzkumného šetření	73
ZÁVĚR		77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		79
SEZNAM OBRÁZKŮ		83
SEZNAM PŘÍLOH		84
ANOTACE		92

ÚVOD

„Existuje mnoho definic, které popisují, co přesně metoda Snoezelen je, avšak pouze skrze slova a částečně předávané představy nejde ukázat, co se přesně pod tímto pojmem zamýšlí. Konečně jen osobní zážitek a zkušenost nám může poskytnout skutečný obraz o této metodě.“

Hulsegge, Verheul

S problematikou konceptu Snoezelen jsem se poprvé seznámila při svém působení na Základní a Mateřské škole speciální v Kroměříži. V období květen – červen roku 2013 jsem měla možnost na této škole působit jako dobrovolník. Po dobu mého pobytu jsem se seznámila se systémem vzdělávání a péče o žáky s nejtěžšími stupni postižení. Měla jsem také možnost vyzkoušet si práci s žáky v jiném prostředí, než je prostředí běžné třídy, a to v multismyslovém prostředí místnosti Snoezelen. Velmi mě tato speciální místnost plná nejrůznějších smyslových podnětů zaujala. Začala jsem se zajímat o využití tohoto stimulující prostředí v procesu vzdělávání žáků s kombinovaným postižením.

Metoda multismyslové stimulace Snoezelen prodělala v posledních letech mnoho změn. Tato alternativní forma výchovy a vzdělávání se stává stále více využívanou v péči o osoby s kombinovaným postižením. Odborníci na tuto problematiku a přední průkopníci metody Snoezelen v České republice je Bc. Renáta Filatová. Je spoluzakladatelkou Asociace konceptu Snoezelen u nás a garantem konceptu Snoezelen-MSE pro Českou a Slovenskou republiku. Ze světových osobností je na místě zmínit zakladatele konceptu Ada Verheula a Jana Hulseggeho, dále také prof. Dr. Kristu Mertens, která rozvíjí koncept Snoezelen na profesionální vědecké úrovni.

Cílem diplomové práce je tvorba individuálního plánu pro metodu Snoezelen u vybraných žáků s kombinovaným postižením. Předem připravený plán s jasně vymezenými cíli, který vychází z diagnostiky žáka a z jeho individuálních potřeb a přání, je předpokladem k vhodně vedenému a strukturovanému pobytu v místnosti Snoezelen.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozepsána do čtyř kapitol. Úvodní kapitola se zabývá terminologickým vymezením pojmu kombinované postižení, jeho klasifikací a rozmanitostí příčin vzniku tohoto postižení. Druhá kapitola pohlíží na problematiku kombinovaného postižení z hlediska jeho nejčastěji se vyskytujících kombinací. Zaměřili jsme se na kombinaci s mentálním postižením, které považujeme za nejčastější. Dále tedy popisujeme kombinace mentální retardace s dalšími

postiženími jako kombinace mentálního postižení s narušenou komunikační schopností, se zrakovým postižením, tělesným postižením, sluchovým postižením a s poruchami chování. V závěru kapitoly vymezujeme problematiku osob s hluchoslepotou. Třetí kapitola se zaměřuje na edukaci žáků s kombinovaným postižením se zaměřením na vzdělávání žáků v základní škole speciální a na poradenské služby poskytované těmto žákům. V poslední kapitole se zabýváme konceptem Snoezelen-MSE, jeho vymezením a historií. Zaměřujeme se primárně na cíle a principy této metody. V závěru kapitoly představujeme multismyslové prostředí z hlediska jeho vybavení a prostorového vymezení. Dále uvádíme možné typy multismyslových místností.

Praktická část práce je realizována kvalitativním výzkumným šetřením. Zde byly využity jako stěžejní metody případové studie a zúčastněná pozorování. Hlavním cílem práce je vytvořit individuální plán pro metodu Snoezelen u tří žáků s kombinovaným postižením v Základní a Mateřské škole speciální v Kroměříži. Naši pozornost jsme primárně zaměřili na pozorování účinků metody Snoezelen na celkové zklidnění a rozvoj komunikační dovednosti u vybraných žáků. Byly stanoveny dlouhodobé a dílčí cíle pobytů v místnosti u jednotlivých žáků s ohledem na jejich individuální potřeby a přání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

Velmi často se stává, že závažnější postižení a různé poruchy se sdružují. Mají tedy tendenci se vyskytovat společně. Jedinec pak může být postižen více vadami. Na tuto skutečnost poukazuje mnoho autorů, např. Herfort, Edelsberger, Jesenský, Frank, Kábele, Vašek, Kollárová, Eisová, Lányiová atd. Někteří odborníci dokonce tvrdí, že by se o samostatném postižení nemělo vůbec uvažovat, protože vždy toto postižení omezuje jedince jak v psychickém, tak sociálním vývoji (Vančová, 2011).

Vymezení pojmu

Ludíková (2005) řadí kategorii osob s kombinovaným postižením mezi nejsložitější, a to ze všech úhlů pohledu. S tímto faktorem také souvisí stále přetrvávající malá propracovanost této oblasti v oboru speciální pedagogiky z pohledu teorie, ale i praxe. Značné nedostatky se také jeví v terminologii. V České republice zatím nedošlo k jasnému terminologickému vymezení, a proto stále nejvíce užívanými termíny jsou vícenásobné postižení, kombinované postižení či kombinované vady. Situace ovšem není jiná ani v zahraničí. Multiple handicap či several/multiple disabilities jsou pojmy, které se používají v anglicky mluvících zemích. V překladu tyto pojmy znamenají vícenásobné postižení či těžké (vícenásobné) postižení. Pojmu těžké vícenásobné postižení neboli Schwerstmehrfachbehinderung užívají v Německu. Naši nejbližší sousedé na Slovensku používají dva termíny, a to viacnásobné postihnutie a viaceré chyby.

Prof. Sovák (1986, s. 22) uvádí: „Ve speciální pedagogice se kombinací rozumí sdružení několika vad u téhož jedince.“ Výše zmíněný autor označuje kombinované postižení jako: „složitý komplex různě podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací“. Hovoří také o pedagogickém významu, ve kterém je u téhož jedince nezbytné rozlišit vady na hlavní a vedlejší. Komplexní péče se poté zaměřuje na vadu, která je u daného jedince nejnápadnější, tzn. tu vadu, která nejvíce zasahuje strukturu osobnosti.

Defektologický slovník (Sovák a kol., 2000, s. 158) uvádí stručné vymezení kombinovaného postižení: „V defektologii jde o kombinované vady, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami.“

Vašek, Vančová, Hantos (1999, s. 10) definují kombinované postižení jako: „Multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.“

Ludíková (2005, s. 9) se ve své publikaci přiklání k definici prof. Vaška. Označuje ji jako poměrně shodnou a soudobou pro speciální pedagogiku jak v Česku, tak i na Slovensku. „Vícenásobné postižení je možné operacionálně vymezit jako multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který je důsledkem součinnosti participujících postižení či narušení. Jejich interakcí a vzájemným překrýváním vzniká tzv. „synergický efekt“, tj. nová kvalita postižení, odlišná od jednoduchého součtu postižení a narušení.“

Vítková (2004, s. 325) užívá pro označení jedinců s kombinovaným postižením neutrálního pojmu osoby s těžkým postižením. Tvrdí, že: „těžké postižení představuje komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech“. Dále uvádí, že dochází ke změnám v oblasti emocionální, kognitivní, tělesné. Omezena je také oblast sociální a komunikační.

Pro potřebu ministerstva školství a tělovýchovy (dále jen MŠMT) je vymezena skupina žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zde řadíme žáky na základě primárních postižení – žák se zrakovým postižením, sluchovým, tělesným či mentálním postižením a s vadami řeči. Do skupiny žáků se zdravotním postižením patří i žáci, kteří jsou postiženi více vadami. Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č.j. 25602/97-22 definuje žáky se souběžným postižením více vadami: „Za postiženého více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálněpedagogické diagnostiky odpovídá speciálněpedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.“ (Vítková in Pipeková a kol., 2010, s. 349).

Všechny zde uvedené definice se shodují na tom, že o kombinovaném postižení hovoříme, pokud se u daného jedince vyskytují dvě nebo více na sobě nezávislých postižení. Na tuto problematiku tedy nemůžeme nahlížet jako na součet dvou či více postižení, ale hovoříme zde o nové kvalitě, která si vyžaduje odlišný přístup, a to ve všech směrech.

1.1 Klasifikace kombinovaného postižení

Vymezení jednotlivých kategorií se setkává s podobným problémem, jako tomu bylo v terminologii. Osoby s kombinovaným postižením patří do heterogenní skupiny, proto se zde velmi obtížně určují společné faktory pro dělení do jednotlivých kategorií. Také z pohledu historie se tato kategorizace značně vyvíjela. Dříve se preferovalo členění podle druhu postižení, vycházelo se ze základního mentálního postižení a následně se k němu přiřazovalo postižení vedlejší (Ludíková, 2005).

Lányiová (in Vančová, 2010) uvádí dvě kategorie členění:

1. Jedinci, u kterých dochází k vrstvení postižení – k primárnímu postižení se přidružují sekundární postižení, jednotlivé postižení se tedy vrství na sebe, toto omezení jedinec pocítí při adaptaci na okolní prostředí hlavně ve společnosti zdravých jedinců.
2. Jedinci s více primárními postiženími – ovšem připouští, že tato kombinace více postižení vytváří novou kvalitu, tedy že se nejedná o pouhý součet důsledků jednotlivých postižení.

Sovák (1986, s. 20) kategorizuje kombinované postižení podle druhu:

1. „slepohluchoněmí;
2. slabomyslní hluchoněmí;
3. slabomyslní slepí;
4. slabomyslní tělesně postižení (a podobně).“

Jesenský (in Ludíková, 2005, s. 10) používá členění dle dominantního postižení:

1. „Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení;
2. Mentální postižení s tělesným postižením;
3. Mentální postižení se sluchovým postižením;
4. Mentální postižení s chorobou;
5. Mentální postižení se zrakovým postižením;
6. Mentální postižení s obtížnou vychovatelností;
7. Smyslové a tělesné postižení;
8. Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.“

Vašek (2005, s. 126) již přichází s jiným členěním a to dle tří symptomatologicky příbuzných skupin:

1. „Mentální postižení v kombinaci s dalším postižením - představuje nejpočetnější skupinu osob s kombinovaným postižením;
2. Slepota - hluchota – představuje nejtěžší formu kombinovaného postižení;

3. Poruchy chování v kombinaci s dalším postižením či narušením – rovněž tvoří významnou část skupiny osob s kombinovaným postižením.“

K tomuto členění se přikláníme v rámci diplomové práce.

Z mnoha pokusů o kategorizaci této oblasti vyplývá, že problematiku kombinovaného postižení lze členit z různých hledisek, a to například z hlediska příčiny vzniku, z časového hlediska, z hlediska stupně postižení, z hlediska symptomů atd. V rámci speciální pedagogiky volíme kategorizaci, která vychází z hlediska míry a struktury speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb. Vychází z projevů kombinovaného postižení a jeho dopadu na proces rozvíjení osobnosti jedince a jeho socializaci (Vančová, 2010).

Dle tohoto přístupu Vančová (2010) vyčleňuje následující kategorie.

1. Lehké kombinované postižení – řadíme zde ty jedince s kombinovaným postižením, kteří jsou schopni relativně samostatné existence a dosažení průměrné kvality života, a to na základě výchovy a vzdělávání. Dominuje zde edukace či speciální edukace, která probíhá v běžných či speciálních základních školách. Míra využití kompenzačních pomůcek, úpravy prostředí a cizí pomoci je nižší. Tito jedinci mohou dosahovat takové úrovně vzdělanosti, vycouvanosti a celkového rozvoje osobnosti, která jim zaručí získání kvalifikace na vykonávání pracovní činnosti.
2. Těžké kombinované postižení – do této kategorie řadíme ty jedince s kombinovaným postižením, kteří se neobejdou bez cizí pomoci, nejsou schopni samostatného života. V procesu výchovné rehabilitace je zde zastoupena speciální edukace, stimulace, reedukace, kompenzační aktivity. Edukace probíhá výhradně na speciálních školách a zařízeních, za použití speciálních pomůcek, metod a úprav prostředí. Komunikační proces je výrazně narušen, a proto je nutné ho budovat za použití alternativní a augmentativní komunikace. Cílem výchovné rehabilitace je dosažení optimální úrovně rozvoje osobnosti tak, aby byli tyto jedinci schopni samostatně zvládat alespoň základní životní situace a dosažení maximální míry socializace těchto jedinců.

Pro potřebu resortu školství se v České republice žáci s více vadami člení do tří skupin (č.j. 16776/97-22):

1. Skupina, v níž je společným znakem mentální retardace, která je pokládána za dominantní postižení, je zde také určujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a co nejvyšší míru výchovy.
2. Skupina tvořená kombinací postižení tělesných, smyslových a narušení komunikační schopnosti. Specifickou skupinu tvoří děti hluchoslepé.

3. Samostatnou skupinu tvoří děti či žáci s poruchou autistického spektra, dále jen PAS. (Vítková in Pipeková a kol., 2010).

1.2 Etiologie

Příčiny vzniku kombinovaného postižení bývají často nejasné. Velmi často dochází ke kombinování příčin postižení nebo zde není známý mechanismus vzniku poruchy, i když známe příčinu vzniku. Kombinované postižení z hlediska etiologie nejčastěji navazuje na poškození mozku a centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Proto se nejčastěji kombinované postižení pojí s mentální retardací, která je považována za primární symptom tohoto postižení. Mnozí autoři tuto kombinaci potvrzují a přidávají další časté kombinace např. mozková obrna, epilepsie, smyslová postižení, narušení komunikační schopnosti, poruchy chování vyplývající z mentální retardace a duševní poruchy (Ludíková, 2005; Vančová, 2010).

Kozáková (in Ludíková, 2005) rozlišuje dle doby vzniku postižení vrozená a získaná. Získaná postižení vznikají v průběhu života, kdy se velmi často k vrozenému postižení připojí postižení další. K tomuto případu může dojít následkem úrazu, infekce, nemoci apod. Dále výše zmíněná autorka uvádí, že příčiny vzniku postižení mohou vznikat ve všech etapách vývoje jedince.

a) prenatální příčiny – období od početí do narození dítěte.

1. Blastopatie – jedná se o poškození zárodku, které může být vyvoláno infekcí, nesprávnou výživou plodu, zářením a nebezpečnými chemickými látkami. Toto poškození pak vede ke vzniku různých syndromů.
2. Embryopatie – jedná se o poruchy vývoje zárodku od 15. dne do konce 3. měsíce těhotenství. Rozlišujeme tři druhy – embryopatie psychogenní (způsobena emocionální zátěží matky), embryopatie karenční (jedná se o nedostatečný příjem potřebných živin), embryopatie toxická (působení škodlivého záření, léků).
3. Fetopatie – dochází k poškození po 3. měsíci těhotenství, kdy příčinou jsou nemoci matky (např. diabetes, porucha činnosti štítné žlázy). Patří zde také infekce matky a intoxikace vlivem záření či otravy.

b) perinatální příčiny – období těsně před, během a těsně po porodu

Patří zde různé komplikace při porodu (např. poruchy krevního oběhu, hypoxie, asfyxie) či mechanické poškození mozku dítěte při porodu, předčasný porod a nízká porodní váha. K dalším perinatálním příčinám řadíme nemoci jako těžkou novorozeneckou žloutenku.

c) postnatální příčiny – období po narození dítěte

Řadíme zde záněty mozku způsobeny mikroorganismy (např. klíšťová encefalitida, meningitida), virová onemocnění, mechanické vlivy, úrazy, traumata, nádorová onemocnění mozku, krvácení do mozku. V pozdějším období jsou to onemocnění, která způsobují snížení inteligence, např. Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, schizofrenie, epilepsie (Kozáková in Ludíková, 2005).

Jako nejčastější příčiny vzniku kombinovaného postižení se uvádí: genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele, mechanická poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, psychické faktory, traumata apod. Dále můžeme zmínit diagnózy, které predikují výskyt kombinovaného postižení, patří zde MO – mozková obrna a syndromy jako Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom, Fetální alkoholový syndrom, CHARGE a řada dalších (Ludíková, 2005; Opatřilová, 2005; Vančová, 2010).

Pipeková a kol. (2010) zmiňuje existenci záchytných bodů, které mohou mít souvislost se vznikem těžkého postižení. Hovoří o seskupení škodlivých vlivů, které dávají vznik těžkému postižení. Zdůrazňuje také, že ve většině případů se nejedná o monokauzální příčinu. Za nejčastější příčinu vzniku kombinovaného postižení uvádí děti předčasně narozené nebo také děti, u kterých se po porodu objevují komplikace důsledkem těžkého úrazu.

2 ŽÁK S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

V následující kapitole uvedeme nejčastější postižení, která se objevují v kombinaci. Nejprve se budeme zabývat kombinací s mentálním postižením, protože tato skupina je pokládána za nejpočetnější. Hardman, Drew, Egan (in Ludíková, 2005) uvádí, že z každého tisíce osob běžné populace jsou čtyři osoby s těžkým kombinovaným postižením, kdy mentální retardace je primární symptom.

2.1 Mentální postižení v kontextu kombinovaného postižení

O kombinovaném postižení v rámci psychopedie mluvíme tehdy: „pokud se vyskytne u jedince s mentálním postižením či jinou duševní chorobou souběžně některé další postižení (např. somatické, psychosociální, smyslové, nebo narušená komunikační schopnost)“ (Kozáková in Ludíková, 2005, s. 35). Mnozí autoři (Herfort, Gaňo, Kábele, Matulay, Vašek, Kollárová, Lányiová, Hardman, Drew a Egan, Eisová atd.) se shodují na tom, že nejčastěji vstupuje do kombinace mentální postižení s dalšími postiženími, kdy mentální postižení je zde určujícím nejzávažnějším symptomem (Vašek a kol., 1999).

2.1.1 Mentální postižení a mentální retardace

Na objasnění vztahu mezi termíny mentální postižení a mentální retardace se vedou časté speciálněpedagogické diskuze. Někteří autoři tyto termíny vnímají jako synonyma, někteří však zdůrazňují značný terminologický rozdíl.

Švarcová (2003, s. 25) se řadí mezi ty autory, kteří termíny mentální retardace a mentální postižení považují za synonymní. Autorka ve své publikaci uvádí: „mentálním postižením či mentální retardací nazýváme trvalé poškození rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.“ Mentální postižení chápe jako trvalý stav, který nemůžeme odstranit jako například nemoc.

Autoři Valenta, Muller (2013, s. 14) naopak tyto dva pojmy od sebe rozlišují. Mentální postižení definují jako: „střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci, který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85“ tato definice pochází z terminologického a výkladového slovníku Speciální pedagogika (Vašek a kol., 1994). Zároveň výše zmínění autoři uvádějí, že mentální postižení je širší pojem, má také širší rozsah a lze ho použít jako zastřešující termín pro snížení inteligence na různém etiologickém podkladě.

Mentální retardaci definují „jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“ (Valenta et al., 2013, s. 12).

2.1.2 Klasifikace mentální retardace

V České republice používáme klasifikaci mentální retardace dle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10). Pochází z roku 1994, přičemž její aktualizovaná verze vstoupila v platnost 1. ledna 2013.

Klasifikace mentální retardace vychází z inteligenčního kvocientu, díky kterému lze určit hloubku mentální retardace. Rozlišujeme tedy šest základních kategorií:

F70 – F79 Mentální retardace

F70 Lehká mentální retardace

F71 Středně těžká mentální retardace

F72 Těžká mentální retardace

F73 Hluboká mentální retardace

F78 Jiná mentální retardace

F79 Nespecifikovaná mentální retardace (Kozáková, 2005, s. 22; Valenta et al., 2013, s. 9).

F70 Lehká mentální retardace – IQ 50-69

Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny samostatného života, vykonávají každodenní činnosti prakticky nezávisle na jiné osobě. Za příčinu lehké mentální retardace je považován vliv dědičnosti a značný podíl zde mají exogenní faktory jako nedostatek stimulace, sociokulturní deprivace. Do 3. let věku dítěte je zde lehké opoždění či zpomalení vývoje, mezi 3. a 6. rokem se objevují nápadnější problémy – opožděný vývoj řeči, malá slovní zásoba, nedostatečná zvědavost a vynalézavost. Tělesnou stavbou se jedinec nemusí odlišovat od intaktní společnosti. Diagnóza bývá většinou stanovena až ve vyšších vývojových úrovních. Hlavní problémy se vyskytují až při nástupu do školy (např. problémy se čtením, psaním, při teoretické práci, v logickém uvažování). V rámci výchovy a vzdělávání se zaměřujeme na rozvoj jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Vzdělávání probíhá nejčastěji v základní škole praktické, je zde vhodná i integrace do běžné základní školy. Osoby s lehkým mentálním postižením jsou schopny se vyučit prakticky zaměřeným učebním oborům, také pak dále mohou vykonávat jednoduchá povolání (Kozáková in Ludíková, 2005; Pipeková, 2010).

F71 Středně těžká mentální retardace – IQ 35-49

U těchto jedinců je výrazně omezena schopnost sebeobsluhy a zručnosti v každodenních činnostech, vyžadují větší míru vnější podpory po celý život (např. chráněné bydlení a chráněná pracovní místa). Etiologie je často organického původu. Diagnóza je stanovena již v kojeneckém období, nejpozději však v období batolecím. Rozvoj chápání a myšlení je opožděn či zcela omezen, omezeny jsou i komunikační schopnosti. Řeč je jednoduchá, chudá po obsahové stránce, agramatická, objevují se poruchy řeči, a to i v dospělosti. Jedinci se středně těžkou mentální retardací bývají zpravidla plně mobilní, objevuje se zde ale celková neobratnost a nekoordinovanost pohybů. Vývoj jemné a hrubé motoriky je značně zpomalen. Edukace těchto jedinců je také limitovaná, někteří z nich jsou však při kvalifikovaném pedagogickém vedení schopni si osvojit základy čtení, psaní a počítání. Vzdělávání probíhá v základních školách speciálních či formou integrace do běžných škol. Dospělí jedinci jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod neustálým odborným dohledem (Švarcová, 2006; Valenta et al., 2013).

F72 Těžká mentální retardace – IQ 20-34

U jedinců s těžkou mentální retardací se často vyskytují tělesné deformity (př. hydrocefalus, mikrocefalus), kombinovaná postižení, často se přidružují postižení smyslová. Příčiny jsou genetického i negenetického původu (malformace CNS, poškození zárodečné buňky, infekce). Již v předškolním věku je patrné výrazné opoždění psychomotorického vývoje, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů a značná celková pohybová neobratnost. Komunikační dovednosti a rozvoj řeči zůstává na předřečové úrovni, vzácně zvládají jednotlivá slova, řeč se však nemusí vůbec vytvořit. Často se objevují poruchy chování – sebepoškozování, agrese, stereotypní pohyby, hry s fekáliemi. Výchova a vzdělávání jsou značně limitované, uplatňuje se zde včasná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče, která může přispět k rozvoji samostatnosti a k celkovému zlepšení kvality života. Je zde možnost osvojení si základních hygienických návyků a také prvků sebeobsluhy. Vzdělávání probíhá podle vzdělávacího programu základní školy speciální. Tito jedinci nejsou schopni samostatného života, jsou odkázáni na značnou míru vnější podpory (Pipeková, 2010; Švarcová, 2006).

F73 Hluboká mentální retardace – IQ do 19

U jedinců v této kategorii se objevuje omezení pohybu až úplná imobilita. Etiologie je organická. Vyskytují se zde těžké senzomotorické a neurologické poruchy nebo jiná tělesná postižení, epilepsie a nejtěžší stupně atypického autismu. Velmi časté jsou kombinace se

smyslovým postižením. Nejsou schopni porozumět základním požadavkům a instrukcím, vyžadují proto stálou péči i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Komunikace je zde pouze nonverbální, možnosti vyjádření libosti či nelibosti, neartikulované výkřiky. Výchova a vzdělávání jsou značně omezené, při vhodném vedení jsou schopni porozumět jednoduchým požadavkům (Kozáková in Ludíková, 2005; Pipeková, 2010; Švarcová, 2006).

F78 Jiná mentální retardace

Tuto kategorii použijeme tehdy, kdy je pomocí obvyklých metod velmi obtížné až nemožné stanovit stupeň mentální retardace. Nejčastěji se takové případy vyskytují při přidruženém sensorickém nebo tělesném postižení např. u osob se zrakovým či sluchovým postižením, narušenou komunikační schopností, osob s autismem a u jedinců s těžkými poruchami chování (Kozáková in Ludíková, 2005; Valenta et al., 2013).

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Tuto kategorii použijeme v případech, kdy je u jedince prokázána mentální retardace, ale z důvodu nedostatku informací ho nelze zařadit do jedné z příslušných kategorií (Pipeková, 2010; Švarcová, 2006).

Mentální postižení lze v kombinacích zaznamenat v různém druhu, stupni, formě a typu. Vyskytují se kombinace závažnějších stupňů postižení, poruch či narušení, ale i lehčí stupně. Obecně se dá říci, že čím závažnější je stupeň mentálního postižení, tím závažnější bude i stupeň a početnost kombinujících se postižení. Mentální postižení různého stupně nacházíme ve spojení s tělesným postižením, smyslovým či s narušenou komunikační schopností (Vančová, 2010).

2.1.3 Chromozomální aberace

Velmi častou příčinou kombinovaného postižení bývají chromozomální aberace. Chápeme je jako poruchy ve smyslu změny počtu, tvaru anebo struktury chromozomů, která znamená pro jedince vždy závažné problémy. Každá chromozomální odchylka poškozuje vývoj jedince, jelikož mění rovnováhu mezi genetickými faktory (Kozáková in Ludíková, 2005).

Ludíková (2005) uvádí nejčastější syndromy, které predikují výskyt kombinovaného postižení. Patří zde Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom, Fetální alkoholový syndrom, syndrom CHARGE a řada dalších.

Downův syndrom

Vzniká na podkladě chromozomální odchylky. Jedná se o trizomii chromozomu v 21. pozici. Výskyt Downova syndromu je poměrně častý, na každých 700 až 800 dětí připadá jedno dítě narozené s tímto syndromem. U těchto jedinců se vyskytuje typická tělesná struktura, odlišná již na první pohled. Malá zavalitá postava, konečná výška nepřesahuje 155 cm, krátký, široký, mohutnější krk, krátké končetiny na rukou s typickou opičí rýhou. Dále rysy v obličeji – malá ústa a větší jazyk, zešíkmené oči, široký nos, nízko posazené uši. Objevuje se zde velmi často hypotonie – snížené svalové napětí, srdeční vady, smyslové vady, nižší rozumové schopnosti a narušená komunikační schopnost. Emocionální a sociální stránka je zde neporušena. Tito jedinci bývají velmi pozitivně emocionálně naladěni, jsou společenšší, přátelšší a usměvaví (Bazalová, 2014).

2.1.4 Mentální postižení v kombinaci s narušenou komunikační schopností

Narušená komunikační schopnost (také NKS) je nejtypičtějším příznakem mentálního postižení. NKS se u dětí s mentální retardací vyskytují několikanásobně častěji než u dětí intaktních. Toto potvrzují i výsledky šetření v publikaci Révay a kol. (in Lechta, 2011), kdy u dětí s lehkým mentálním postižením se poruchy řeči vyskytují v 86,5 % případů, u dětí se středním mentálním postižením v 95,4 % případů a u dětí s těžkým mentálním postižením je výskyt poruch řeči 100%. Často se u dětí poruchy řeči kombinují.

Nejčastěji se jedná o omezený vývoj řeči, který je ovlivněn stupněm, formou a typem mentální retardace. Již první řečové projevy se objevují se značným zpožděním, tím se odlišují od normy. Osoby s mentálním postižením mají problémy ve všech oblastech řečového projevu, tím rozumíme roviny – morfologicko-syntaktická, foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická i pragmatická (Peutelschmiedová in Ludíková, 2005).

Při popisu NKS vycházíme z heterogenosti symptomů, kdy je porušena obsahová stránka řeči a současně i její stránka vnější (artikulace, tempo řeči, melodie, přízvuk). Za nejčastější typ narušené komunikační schopnosti jak u dětí s mentálním postižením, tak u dětí intaktních považujeme *patlavost* neboli dyslalií. Jedná se o nesprávnou artikulaci hlásek, přičemž u dětí s mentálním postižením je často porušena výslovnost celé řady hlásek. Mezi další nejčastější narušení komunikační schopnosti řadíme *huhňavost* (rinolálii), jde o změnu rezonance zvuku hlásek při artikulaci. Výzkumy prokázaly, že huhňavá řeč je jedním z nejcharakterističtějších znaků osob s mentálním postižením. *Breptavost* (tumultus sermonis) je narušení plynulosti řeči či zrychlená řeč s vynecháváním hlásek. V poslední řadě se

u jedinců s mentálním postižením frekventovaněji objevuje *koktavost* (balbuties), což je narušení plynulosti řeči. Výzkumy ukazují, že koktavost se zřejmě nejčastěji vyskytuje u dětí s Downovým syndromem (až pětkrát častěji než u dětí s mentálním postižením). Narušení komunikační schopnosti patří mezi nejnápadnější projevy u osob s mentálním postižením, proto je zde velmi důležitá včasná a komplexní logopedická péče (Kozáková in Ludíková, 2005; Lechta, 2011).

2.1.5 Mentální postižení v kombinaci se zrakovým postižením

„Za jedince se zrakovým postižením je chápána ta osoba, která po optimální korekci (např. medikamentózní, chirurgické, optické) své zrakové vady či poruchy má dále problémy při zrakovém vnímání a zpracování zrakové informace v běžném životě“ (Ludíková in Renotiéová, Ludíková a kol., 2004, s. 192). Autorka osoby se zrakovým postižením dělí dle stupně zrakového postižení, dle doby vzniku, délky trvání zrakového postižení a také z hlediska etiologického. Nejčastější dělení zrakové vady je na základě stupně zrakového postižení na osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění.

„Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit“ (Kraus, 1997, s. 317). Autor nevidomost rozděluje na praktickou nevidomost (pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 včetně, binokulární zorné pole menší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace) a skutečnou nevidomost (pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 až světlocit, binokulární zorné pole 5° a méně i bez porušení centrální fixace) a plnou slepotu (světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu).

„Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně“ (Kraus, 1997, s. 317), dále autor uvádí dělení na lehkou slabozrakost (do 6/60 včetně) a těžkou (pod 6/60 do 3/60 včetně).

Kategorie osob se zbytky zraku se nachází na hranici mezi slabozrakostí a nevidomostí. Může zde v některých případech docházet k progresi či naopak k částečnému zlepšení. „Osobami s poruchami binokulárního vidění je označována kategorie dětí, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání narušeno na základě funkční poruchy. Mezi poruchy binokulárního vidění patří strabismus a amblyopie“ (Ludíková in Renotiéová a kol., 2004).

Toto členění je ovšem pouze jedno z mnoha. „Zrakové postižení lze také rozdělit podle typu postižení na osoby se ztrátou zrakové ostrosti, postižením širšího zorného pole, okulomotorickými problémy, obtížemi ve zpracování zrakových informací a poruchami barvocitu“ (Květoňová-Švecová in Ludíková, 2005).

Zrakové postižení se nejčastěji pojí s postižením mentálním, narušenou komunikační schopností, sluchovým, tělesným, ale také například se sociálním. Zrakem přijímáme až 80 % všech informací z okolí, velmi výrazně (až 30 %) se podílí na vývoji řeči. Osoba se zrakovým postižením se často potýká s narušenou komunikační schopností (Stoklasová in Ludíková, 2005).

2.1.6 Mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením

Vyskytnou-li se u daného jedince současně dvě a více tělesných postižení, onemocnění či zdravotní oslabení, hovoříme o kombinovaném somatickém postižení (Bendová in Ludíková, 2005).

Somatické postižení se velmi často pojí s postižením jiným. Tento fakt potvrzuje i statistika Ústavu sociální péče pro tělesně postižené Kociánka v Brně, která byla provedena v letech 1996–1998. Zjištěné údaje ukazují nárůst přidruženého postižení (nejčastěji pak mentální retardace) k primárnímu tělesnému postižení o 16,2 %, a to v průběhu dvou let. Pro příklad uvedeme údaje z roku 1998, kdy z celkového počtu 422 klientů bylo u 238 (56,3 %) zaznamenáno další přidružené postižení. Nejčastější přidružené postižení byla mentální retardace (41 % = 174 klientů), další pak epilepsie (11,6 % = 49 klientů), následně smyslová postižení jako těžká zraková vada (1,9 % = 8 klientů) a těžká nedoslýchavost (1,6 % = 7 klientů) (Vítková, 2006).

V oblasti somatopedie se také setkáváme se značnou rozmanitostí termínů, a to bohužel i na odborné úrovni. Můžeme se tak setkat s nevhodnými termíny jako vada, porucha mobility, porucha hybnosti, člověk se zdravotním postižením. Tyto pojmy můžeme označit za nepřesné, protože u jedince s nemocí či zdravotním oslabením nemusí být narušena hybnost. Jako nejvhodnější se proto jeví terminologické spojení člověk s omezením hybnosti. Tento termín zahrnuje osoby s tělesným postižením, ale také osoby s nemocí či zdravotním oslabením (Kantor, Jurkovičová, 2013).

Tělesné postižení

Tělesné postižení je ze speciálněpedagogického hlediska považováno za: „Přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony“ (Gruber, Lendl in Vítková, 2006, s. 39).

Autoři Kraus a Šandera (1964, s. 6) uvádějí: „tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří

sem také všechny úchytky od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity, též abnormality čili anomálie.“

Klasifikace tělesných postižení

Nejčastější dělení tělesného postižení je uváděno dle doby vzniku na vrozená a získaná. Nejčastější příčinou vrozeného tělesného postižení je dědičnost. Dalšími faktory jsou například prodělání infekcí v době prenatálního vývoje (např. zarděnky), nedostatek vitamínů, vliv léků, úrazy a psychická traumata matky, komplikované porody a v postnatálním období pak úrazy dítěte do 1 roku. Z hlediska etiologie zde autorka řadí také exogenní faktory jako nepříznivé klimatické a sociální podmínky (Renotierová, 2003).

Mezi vrozená postižení dle Bendové (2010) patří:

- a) poruchy tvaru a velikosti lebky – např. hydrocefalus, mikrocefalus, makrocefalus
- b) vady horních končetin – např. amélie – nevyvinutí končetiny, dysmélie – tvarová odchylka končetiny, polydaktylie – zmnožení prstů
- c) vady dolních končetin - např. vrozená noha kosá, kososvislá, hákovitá
- d) poruchy růstu – např. achondroplazie, gigantismus
- e) rozštěpové vady – např. rozštěp čelisti, patra, lebky
- f) centrální a periferní obrny (např. formy DMO)

Získaná tělesná postižení můžeme dělit na:

- a) tělesná postižení získaná po úraze a nesprávným držení těla – úrazy mozku a míchy (otřes mozku, zhmoždění mozku či části mozku, zlomeniny obratlů – poškození míchy), úrazy periferních nervů (neuropraxis – porušené vedení nervem), amputace, deformity tvaru těla (skoliózy, plochá záda, ploché nohy)
- b) tělesná postižení získaná po nemoci – revmatická onemocnění, dětská infekční obrna, Perthesova choroba, myopatie (Bendová, 2010; srov. Renotierová, 2003)

Nemoc

Dle Renotierové (2003, s. 46) lze nemoc definovat jako: „porušení rovnováhy organismu s jeho prostředím s důsledky v anatomických a funkčních změnách organismu.“ Organismus má adaptační schopnost vyrovnávat se s různými změnami a odchylkami vyvolané okolním prostředím, avšak tato schopnost není nevyčerpatelná. Při velkém přetěžování již adaptační schopnosti organismu nestačí změny vyrovnávat, tím vzniká nemoc. Nemoci dělíme z hlediska délky trvání a průběhu na krátkodobé (akutní) a dlouhodobé (recidivující a chronické) nemoci. Krátkodobá nemoc má rychlý průběh, většinou zde stačí

domácí léčba. U dlouhodobé nemoci je nutná hospitalizace. Následky po prodělané nemoci jsou různé a mohou méně či více ovlivnit život jedince, a to po stránce psychické, fyzické, edukační i pracovní (Renotierová, 2003).

Zdravotní oslabení

Za zdravotní oslabení považujeme celkové snížení odolnosti organismu vůči nemocem a zvýšený sklon k jejich opakování. Zdravotní stav organismu ohrožuje nevhodné okolní prostředí, špatný životní režim a nedostatečná či nesprávná výživa. Pro děti se zdravotním oslabením jsou zřizovány dětské ozdravovny, které plní především funkci léčebně preventivní. Tyto ozdravovny se nacházejí v příznivých klimatických podmínkách, jsou to například ozdravovny horské, podhorské a nížinné (Renotierová, 2003).

Mozková obrna

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-10) došlo v České republice k 1. 1. 2010 ke změně názvu dětská mozková obrna (DMO) na pojem mozková obrna (kód G80) (Vítková in Pipeková, 2010). V současné odborné literatuře se však stále ještě vyskytují oba dva termíny. Ve své diplomové práci budu používat již aktualizovaný pojem mozková obrna (dále jen MO).

V České republice žije asi 10-20 000 jedinců s diagnózou mozkové obrny. V populaci jsou to pak 2-3 děti s MO na 1000 živě narozených dětí (Bendová, 2010).

Pojem dětská mozková obrna u nás zavedl prof. Ivan Lesný, který je považován za zakladatele české neurologie. V roce 1959 vyšla jeho publikace s názvem „Raná dětská mozková obrna“. Byla to vůbec první česky psaná publikace, která se touto problematikou zabývala. Avšak další výzkumy a stále se zvyšující zájem o tuto problematiku vedl autora k napsání další publikace s názvem „Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa z roku 1972.“ Zde nalezneme i definici mozkové obrny, kterou autor pojímá jako: „raně vzniklé postižení mozku projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti“ (Lesný, 1972, s. 9).

Renotierová (2003, s. 34) uvádí: „dětská mozková obrna (DMO) je porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství (nejčastěji je vznik limitován věkem 1 roku)“. Dále autorka uvádí časté sekundární projevy tohoto postižení, například narušení komunikační schopnosti, snížení v oblasti rozumové i smyslové, porucha psychomotoriky, poruchy chování a velmi častý je zde výskyt epilepsie.

Kraus a kol. (2005, s. 67) definují mozkovou obrnu jako: „trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku“.

Klasifikace mozkové obrny dle Lesného (1972):

- a) spastické formy** – diparetická (paraparetická), hemiparetická, kvadruparetická
- b) nespastické** – hypotonická, dyskinetická (extrapyramidová)

Mozkovou obrnu nacházíme převážně v kombinaci s jiným postižením, nejčastěji se vyskytuje v kombinaci s postižením mentálním. Kraus (2005) uvádí, že mentální retardace se vyskytuje u 2/3 dětí s mozkovou obrnou, 1/3 je lehký stupeň mentální retardace, a 1/3 středně těžká a těžká forma mentální retardace. Dále autor dodává, že přidružená mentální retardace se nejčastěji vyskytuje u spastické kvadruparetické formy mozkové obrny.

Další časté přidružené postižení je narušení komunikační schopnosti. Řečové projevy u dětí s mozkovou obrnou jsou limitovány nejen postižením motoriky, ale i dalšími specifickými projevy mozkové obrny. Musíme brát v úvahu, že při mozkové obrně je v nejranějším období poškozen mozek a jeho vývoj. Nacházíme zde proto velkou řadu příčin vzniku narušení řeči a příslušných modifikací. Tři čtvrtiny dětí s mozkovou obrnou mají výrazné narušení řeči, a to od lehkých stupňů poruch až po úplnou neschopnost artikulace (Lechta, 2011).

Románek (in Lechta, 2011) uvádí, že již v předřečovém období nacházíme u těchto dětí značné odchylky ve vývoji řeči. Již v kojeneckém období mají děti s mozkovou obrnou problémy s dýcháním a sáním. Vývoj řeči dle tohoto autora závisí na postižení tělesné stavby, motorických funkcí, inteligenční úrovni, ale také na vlivu prostředí.

Kozáková (in Ludíková, 2005) tvrdí, že asi u poloviny dětí s MO je diagnostikována epilepsie. Ta se nejčastěji vyskytuje u hypotonické formy, pak u formy kvadruparetické (36%). Výjimkou nejsou ani poruchy chování (50% případů) a smyslová postižení. Více než polovina dětí s mozkovou obrnou má zrakové postižení od lehčího až po těžký stupeň. Mezi nejčastější řadíme strabismus neboli šilhavost. Pokud není zahájena včasná léčba, může dojít k amblyopii (tupozrakosti) a retinopatii nedonošených. Zrakové postižení nacházíme ve většině případů u kvadruparetické formy (38%). Sluchová postižení se vyskytují nejčastěji u dyskinetické formy MO, kde řadíme převážně poškození sluchové dráhy nebo mozkové kůry spánkového laloku (Lesný, 1972; Bednová in Ludíková, 2005; Vítková in Pipeková, 2010).

Epilepsie

Epilepsii řadíme mezi záchvatové onemocnění mozkového původu. „Projevuje se opakovanými záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky, které jsou podmíněny excesivními výboji mozkových neuronů (elektroencefalografické příznaky)“ (Šlapal, 2007, s. 43).

Vítek (in Vítková, 2006) řadí epilepsii mezi nejčastější neurologické poruchy. Pro epilepsii jsou typické spontánně se opakující epileptické záchvaty, které vznikají bez zjevné příčiny. Autor dále uvádí, že pravděpodobnost prodělání epileptického záchvatu v průběhu života jedince je až 9 %. Výskyt v populaci je 0,5-0,8 % případů na 1000 obyvatel.

Mezi faktory, které mohou přispět ke vzniku epilepsie, řadíme zejména geneticky podmíněné vrozené vývojové vady – porucha vývoje zrání mozku, chromozomální aberace, vrozené metabolické poruchy, vlivy pohlaví či poruchy neznáme. Další jsou faktory exogenní, které ovlivňují vznik epilepsie v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Řadíme zde klimatické vlivy, infekce, psychologické poruchy, tumory, hypoxie, hypoglykémie a další (Vítek in Vítková, 2006).

Šlapal (2007) uvádí jako hlavní klinické příznaky epilepsie poruchu vědomí, příznaky motorické (křeče, snížení či ztráta svalového tonu, automatismy), abnormální smyslové vjemy, nevolnost, zvracení, bolest hlavy, zvláštní psychické prožitky.

Při diagnostice vycházíme z vyšetření EEG, velice důležitý je i samotný popis konkrétního záchvatu, který mohou zaznamenat rodiče, sourozenci nebo pedagogové. Léčba probíhá farmakoterapií, kdy podáváme nejvhodnější antiepileptika. Velmi důležitou součástí léčebné terapie je úprava životního režimu, s tím související pravidelný denní režim a dostatečný spánek. Hlavním cílem terapie je tedy dosažení maximální kvality života jedince (Šlapal, 2007).

2.1.7 Mentální postižení v kombinaci se sluchovým postižením

Kombinace sluchového postižení s dalšími postiženími vytváří zcela ojedinělý komplex, který vyžaduje specifický metodický přístup. Ze speciálněpedagogického plánování je zapotřebí použití zcela nových neobvyklých postupů. Obecně se dá říci, že pokud se sluchové postižení objeví v kombinaci s jiným, již dopředu zařazujeme surdopedický přístup (Potměšil in Ludíková, 2005).

Sluchové postižení můžeme dle Suralové, Langerá (2005) klasifikovat z několika hledisek:

- a. **podle velikosti sluchové ztráty** – zde zahrnujeme jednotlivé stupně sluchové vady, které jsou vyjádřeny v decibelech. Stupnice od 0 do 140 dB vyjadřuje hlasitost zvuků, které člověk vnímá ve svém okolí (např. šepot – 30 dB, běžný hovor – 50 až 60 dB). Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) stanovila roku 1980 mezinárodní škálu dle jednotlivých stupňů sluchových poruch – normální sluch (ztráta do 25 dB), lehká sluchová porucha (ztráta 26-40 dB), střední sluchová porucha (ztráta 41-55 dB), středně těžká sluchová porucha (ztráta 56-70 dB), těžká sluchová porucha (ztráta 71-90 dB), úplná ztráta sluchu – hluchota (ztráta nad 90 dB).
- b. **podle místa vzniku vady** – dle místa postižení zvukového analyzátoru hovoříme o poruchách převodních, percepčních a centrálních. Převodní vady vznikají ve vnějším nebo středním uchu. Převodní vada nemůže nikdy způsobit úplnou hluchotu. Úplnou ztrátu sluchu způsobují vady percepční, jelikož zde dochází k postižení vnitřního ucha a nervové sluchové dráhy. Obě tyto vady se mohou vyskytovat ve smíšené podobě a tvořit tak další oddělenou skupinu. Centrální vady představují komplikované skupiny projevující se rozmanitými příznaky. Jsou způsobené různými procesy, které postihují sluchové centrum.
- c. **podle doby, kdy k sluchové vadě došlo** – rozlišujeme prelingvální a postlingvální sluchové vady. Prelingvální sluchové vady vznikají v době, kdy ještě není ukončen základní vývoj řeči. Řečové projevy nejsou dostatečně fixovány, proto zanikají a řeč se spontánně nevyvíjí. Řadíme je mezi vady velmi závažného charakteru. U postlingválních vad je již mluvená řeč dostatečně fixována. Vznik těchto vad je až po ukončení vývoje řeči, a proto řečové projevy již nezanikají. Velmi důležitá u těchto jedinců je včasná logopedická a surdopedická péče.

Někteří autoři uvádí kategorizaci osob se sluchovým postižením z hlediska speciálněpedagogického:

- a. **osoby nedoslýchavé** – ztráta sluchu je zde částečná, tuto vadu lze úspěšně kompenzovat.
- b. **osoby neslyšící** – úplná ztráta sluchu, osoby s tímto postižením nemohou vnímat a používat klasickou mluvenou řeč, ke komunikaci užívají znakového jazyka.
- c. **osoby ohluchlé** – ke ztrátě sluchu došlo v průběhu života, tedy po ukončení řečového vývoje, příčinou může být úraz, nemoc, nehoda.

d. osoby s kochleárním implantátem – osoby, kterým byl voperován přístroj do hlemýždě vnitřního ucha. Umožňuje jim tak vnímat zvuky ze svého okolí (Souralová, Langer, 2005).

Potměšil (in Ludíková, 2005) klade důraz na včasnou diagnostiku sluchového postižení a odborné zahájení surdopedické péče. Diagnostika zde bývá často ztížena přidruženým postižením, kdy sluchové postižení může být jiným postižením zastíněno.

2.2 Poruchy chování v kontextu kombinovaného postižení

Důsledky postižení mohou mít velmi negativní dopad také na sociální oblast jedince. Dítě s postižením bývá často izolováno v rodinném prostředí popř. v ústavním zařízení. Sociální zkušenosti těchto dětí jsou omezené, jelikož se jim dostává minimálního kontaktu s vrstevníky či cizími lidmi. U těchto jedinců můžeme zaznamenat značné negativní změny v chování (Růžička in Ludíková, 2005).

Ve společnosti mívají osoby s postižením často roli outsiderů. Jejich chování a vztahy bývají odlišné, nenormální, nejsou tudíž modelem normálního chování ve společnosti. Společnost pak těmto jedincům nerozumí, nedomluví se s nimi, neví, jaký postoj k nim zaujmout. Právě předsudky a postoje společnosti, ve které se jedinec nachází, mohou vést k sekundárním důsledkům postižení – k poruchám chování. Tyto poruchy jsou pak závislé na charakteru osobnosti, kombinaci druhu a závažnosti defektu (Vágnerová, 2004).

Poruchou chování dle Světové zdravotnické organizace WHO se označuje „opakující se a trvalý (v trvání nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte“ (Růžička in Ludíková, 2005, s. 93).

Jedinci s mentálním postižením patří k rizikovým skupinám z hlediska psychosociálního ohrožení. V samotné 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) spadá mentální retardace do oblasti psychiatrie. Mentální retardace je zde označována písmenem F (duševní poruchy a poruchy chování), přičemž následující číslice označují přesnější diagnózu. Mentální retardace pak spadá do oddílu F70-F79. Kromě stupně mentální retardace rozlišuje MKN-10 také přidružené poruchy chování např. afekty vzteku, sebepoškozování. Označují se příslušnou číslicí, která se přidá za tečku číslice vyjadřující stupeň postižení (např. F71.0 – středně těžká mentální retardace bez poruch chování, typická pro osoby s Downovým syndromem). Nula značí žádné či minimální poruchy chování, jednička pak označuje významnou poruchu chování, vyžadující pozornost popř. léčbu. Číslem

osm se označují jiné poruchy chování, přidáním číslice devět značíme stupeň postižení bez zmínky o poruchách chování (Valenta et al., 2013).

Velmi často se poruchy chování vyskytují v kombinaci s postižením mentálním. Někteří autoři dokonce uvádí, že výskyt duševních poruch a poruch chování je u jedinců s mentálním postižením několikanásobný. Jedná se především o poruchy jako stereotypie (stálé opakování určitých pohybů), sebepoškozování, agresivita a sociálně nevhodné chování. U některých mladistvých s mentálním postižením může vznikat asociální chování ve snaze zařazení do příslušné sociální skupiny. Patří sem především nadužívání alkoholu a návykových látek (Kozáková in Ludíková, 2005).

Deviantní chování a spáchání trestného činu se ve většině případů váže pouze na lehký stupeň mentálního postižení. Osoby s mentálním postižením bývají však mnohem často spíše oběťmi trestných činů než pachateli. Jedinci s hlubším postižením nedokážou posoudit míru nebezpečí, vzniklé situaci nerozumí a neuvědomí si, že se jedná o nezákonné chování. Často si myslí, že nemohou odmítnout, že jsou nuceni se podvolit. Důležitou roli zde hraje také snadná ovlivnitelnost těchto jedinců, jelikož je u nich často přítomna celková absence vůle tzv. abulismus (Kozáková in Ludíková, 2005).

2.3 Hluchoslepota

Hluchoslepotu považujeme za nejtěžší formu postižení, se kterým se můžeme setkat. Do této kategorie spadají osoby s různým stupněm postižení, neznamena to tedy, že jedinec s hluchoslepotou musí mít naprostou ztrátu zraku či sluchu. Ztráta sluchu a zraku není jen pouhým součtem obou postižení, jedná se o zcela speciální formu omezení. Stanovení definice pro hluchoslepotu je problematické, proto zde nacházíme dvojí pojetí. První pojetí je dle lékařské definice, která se zaměřuje na stav, případně funkci obou smyslů. Můžeme zde přesně určit konkrétní hodnoty stupně sluchového či zrakového postižení, které potřebujeme pro stanovení přesné diagnózy. Druhé pojetí je tzv. funkční definice, která se zaměřuje na popis dalších komplikací v běžném životě člověka s hluchoslepotou. Řeší převážně otázku socializace osob s hluchoslepotou, nastávající problémy v komunikaci a také výchovu a vzdělávání těchto jedinců (Ludíková, 2000).

Ludíková (2005, s. 106) uvádí: „hluchoslepota je takové současné postižení zraku a sluchu, které je závažné do té míry, že svému nositeli způsobuje problémy ve sféře psychické, sociální a v běžných situacích všedního života.“ Tuto definici považujeme za tzv. funkční definici hluchoslepoty, která se používá v České republice od roku 1992.

Klasifikace hluchoslepoty nejčastěji využívá kritérium stupně a doby vzniku postižení.

Dle stupně zrakového či sluchového postižení vyčleňujeme pět skupin:

1. „Totálně hluchoslepí – osoby s totální absencí zraku i sluchu;
2. Prakticky hluchoslepí – osoby s minimálními zbytky zraku či sluchu;
3. Slabozrací neslyšící – osoby se zbytky zraku a totální či praktickou hluchotou;
4. Nedoslýchaví nevidomí – osoby se zbytky sluchu a totální či praktickou slepotou;
5. Slabozrací nedoslýchaví – osoby se zbytky zraku i sluchu.“

Dle doby vzniku zrakového či sluchového postižení:

1. Hluchoslepí od narození;
2. Prvotně hluší se ztrátou zraku v raném období (mezi 6. a 9. rokem);
3. Prvotně hluší s pozdní ztrátou zraku (po dosažení 9. roku);
4. Prvotně nevidomí s ranou ztrátou sluchu;
5. Prvotně nevidomí s následnou ztrátou sluchu;
6. Prvotně vidící i slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v raném období;
7. Prvotně vidící i slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v počecovém období;
8. Prvotně slabozrací s následnou ztrátou sluchu;
9. Prvotně nedoslýchaví s následnou ztrátou zraku“ (Ludíková, 2000, s. 16 - 19).

Dle způsobu komunikace dále Ludíková (2000) dělí skupinu osob s hluchoslepotou na ty jedince, kteří využívají slovní formu řeči. Dále vydělují skupinu jedinců, kteří se dorozumívají pomocí znakového jazyka. Poslední skupinou jsou osoby němé, které neovládají žádnou formu řeči. Často se jedná o osoby s mentálním postižením nebo jedince, kteří svůj život prožili v izolaci. Autorka ovšem poukazuje na to, že je velmi obtížné klasifikovat skupinu osob s hluchoslepotou z důvodu různorodosti jejího složení.

3 EDUKACE ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Vzdělávací systém České republiky poskytuje vzdělávání všem žákům bez rozdílu sociálních, etnických, jazykových, kulturních a zdravotních hledisek. Právo na vzdělávání mají tedy i žáci s nejzávažnějším stupněm postižení nebo jeho kombinací. Výchova a vzdělávání jedinců s kombinovaným postižením se zaměřuje na maximální rozvoj osobnosti tak, aby míra zapojení do společenského života byla co nejvyšší. V pedagogické praxi se již ukázalo, že při intenzivním výchovném a vzdělávacím působení dochází k viditelným pokrokům. Můžeme tedy říci, že i ten nejmenší pokrok představuje zlepšení kvality života jedinců s postižením (Švarcová, 2011).

3.1 Legislativní vymezení

1. ledna 2005 vstoupil v platnost zákon č. 561/2004 Sb. tzv. školský zákon, který upravuje předškolní, základní, střední, vyšší odborné a jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních, v aktualizovaném znění zákona č. 472/2011 Sb. Tento zákon dále upravuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných. Školský zákon vymezuje, že za jedince se speciálními potřebami jsou považovány osoby se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním či sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením se pro účely školského zákona rozumí postižení mentální, tělesné, smyslové, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení či chování (Zákon č. 561/2004 Sb., www.msmt.cz).

„Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení“ (Zákon č. 561/2004 Sb., § 16 odst. 6, www.msmt.cz).

Tentýž zákon také stanovuje, že děti, žáci a studenti se zdravotním postižením mohou bezplatně využívat speciálních učebnic, speciálních didaktických a kompenzačních pomůcek. Dle typu postižení mají tyto osoby právo na bezplatné vzdělávání pomocí komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, vzdělávání s použitím Braillova písma a s pomocí náhradních způsobů dorozumívání.

Vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se zabývá vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška

č. 73/2005 Sb.¹ Dle vyhlášky č. 147/2011 Sb. se edukace těchto žáků uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření. Vyrovnávací opatření jsou poskytována žákům se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Patří zde využívání pedagogických a speciálněpedagogických metod a postupů, poskytování individuální podpory, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuální vzdělávací plán a služby asistenta pedagoga. Tato opatření se poskytují na základě posouzení vzdělávacích potřeb žáka, vzdělávacích výsledků procesu a celkového průběhu vzdělávání. Škola tato opatření může případně vydávat ve spolupráci se školským poradenským zařízením. Podpůrná opatření jsou určena pro žáky se zdravotním postižením. Mezi podpůrná opatření pro účely této vyhlášky řadíme speciální metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání, využití kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů. Dále také zařazení předmětů speciálněpedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, služby asistenta pedagoga a v poslední řadě snížení počtu žáků ve třídě (Vyhláška č. 147/2011 Sb., www.msmt.cz).

Za žáka s těžkým zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky považuje: „žák s těžkým zrakovým postižením, s těžkým sluchovým postižením, s těžkým tělesným postižením, s těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným či hlubokým mentálním postižením. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření“ (Vyhláška č. 147/2011 Sb., § 1 ods. 5, www.msmt.cz).

Výše uvedená vyhláška také stanovuje formy vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Mezi ně řadí individuální integraci, skupinovou integraci, vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální škola) či kombinací těchto forem.

3.2 Základní škola speciální

Základní škola speciální (původně pomocná škola) vychovává a vzdělává žáky, kteří se v důsledku snížení rozumových schopností nemohou vzdělávat na běžné základní škole či základní škole praktické. Tito žáci jsou však schopni si osvojit některé elementární prvky

¹ Dnes již vyhláška č. 103/2014 Sb., s účinností od 1. září 2014, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb., a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb.

vzdělávání. Dle § 48 odst. 1 školského zákona se v základní škole speciální mohou vzdělávat žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, s kombinovaným postižením a autismem. Vzdělávání těchto žáků probíhá od roku 2010/2011 dle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální (Zákon č. 561/2004 Sb., www.msmt.cz; Fialová, Opatřilová, Procházková, 2012).

Zařazení žáka do základní školy speciální schvaluje ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu zákonného zástupce. Školní docházka je desetiletá, organizačně je rozdělena na první stupeň (1.-6. ročník) a druhý stupeň (7.-10. ročník). Desátý ročník není povinný, nicméně je součástí vzdělávání žáků se závažným mentálním postižením. Základní škola speciální se od běžné základní školy odlišuje obsahovým zaměřením a organizačními formami výuky. Mezi její hlavní cíle patří poskytování elementárních vědomostí, dovedností, vytváření návyků pro praktický život a rozvíjení psychických i fyzických schopností žáka. Tyto cíle se uskutečňují výchovnou a vzdělávací činností, která musí být zaměřena také na respektování individuálních zvláštností žáků. V průběhu školní docházky si mohou žáci i s nejtěžším stupněm postižení osvojit velké množství poznatků a dovedností, díky kterým se pak může zvýšit jejich samostatnost a soběstačnost. Úkolem základní školy speciální je připravovat žáky na další vzdělávání. Někteří z nich se mohou dále vzdělávat v praktických školách, kde mohou získat kvalifikaci v jednoduchých produktivních činnostech (Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání ZŠS, www.msmt.cz; Švarcová, 2011).

Vzdělávání žáků v základní škole speciální probíhá dle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální (dále jen RVP ZŠS). Skládá se ze čtyř částí A, B, C a D. Část A vymezuje RVP ZŠS a specifické principy. Část B obsahuje charakteristiku oboru vzdělání – základní škola speciální. Část C se skládá ze dvou dílů, které jsou zpracovány dle stupně mentálního postižení:

Díl I. – Vzdělávání žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením

Díl II. – Vzdělávání žáků s těžkým mentálním a souběžným postižením více vadami.

V prvním díle si žáci osvojují základní vědomosti a dovednosti v jednotlivých vzdělávacích oblastech a vzdělávacích oborech, prakticky zaměřených činnostech a pracovních dovednostech. Vzdělávání probíhá za odborné speciálněpedagogické péče, vhodně zvolených podmínek, v přátelském, klidném a nestresujícím prostředí, které poskytuje pocit jistoty a bezpečí. Cílem základního vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením je dosažení optimálního rozvoje osobnosti žáka a kvality jejich života. Dále vedení žáka k

rozvoji komunikačních schopností, osvojení si sebeobslužných činností a základních pracovních dovedností při plnění pracovních požadavků. Důležité je také neustálé podněcování k učení, k osvojování dovedností a návyků, k myšlení a řešení problémů. V neposlední řadě je to schopnost vyjádření svých potřeb a požadavků, podpora samostatnosti a pozitivního vztahu k okolí (RVP ZŠS, www.msmt.cz).

Díl druhý se zaměřuje na vzdělávání žáků s nejtěžšími formami postižení. Vzdělávání těchto žáků je velmi náročné, jelikož se u nich vyskytuje závažné mentální postižení zpravidla v kombinaci s jiným postižením (tělesné, smyslové, narušení komunikační schopnosti či jiné zdravotní omezení). Velkým problémem při výchově a edukaci je nízká úroveň kognitivních schopností, především nedostatečná úroveň pozornosti a paměti. Žáci neprojevují zájem o osvojování nového učiva a nejsou schopni sledovat průběh vyučování. V procesu výchovy a edukace se vyžaduje úprava vzdělávacího obsahu, metod práce a organizace výuky. Patří zde také materiální a prostorové zabezpečení jako zřízení místnosti pro relaxaci a individuální práci, použití vhodného nábytku a zajištění kompenzačních pomůcek. Vzdělávání probíhá s využitím netradičních speciálních metod, které se uplatňují především v komunikaci - využívání alternativních a augmentativních systémů komunikace. Uplatňují se zde různé formy rehabilitační a relaxační činnosti. Cílem vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovaným postižením je osvojení základů hygieny a sebeobsluhy, rozvoj pohyblivosti a snaha o dosažení co největší míry samostatnosti. Důležitý je také rozvoj kladného vztahu ke spolužákům s cílem začlenění do kolektivu (RVP ZŠS, www.msmt.cz).

Část D vymezuje vzdělávání žáků s kombinovaným postižením. V procesu edukace těchto žáků se uplatňují speciálněpedagogické postupy a metody výuky. Pomocí speciálněpedagogických metod dochází k rozvoji rozumových schopností, orientačních dovedností, sebeobsluhy a dovedností potřebných k integraci do společnosti. Vzdělávání probíhá v podnětném a vstřícném prostředí, přičemž se vyžaduje také odborná připravenost pedagogických pracovníků, kteří využívají všech podpůrných opatření.

Přípravný stupeň základní školy speciální

Přípravný stupeň základní školy speciální umožňuje přípravu na vzdělávání dětem s těžkým mentálním postižením, s kombinovaným postižením nebo autismem. Do systému vzdělávání byl zařazen dne 21. 2. 2009 zákonem č. 49/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Dle § 48a školského zákona do třídy přípravného stupně zařazujeme děti ve věku od 5 let nebo děti, kterým byl ze zdravotních důvodů povolen odklad povinné školní

docházky. Třída má nejméně 4 a nejvýše 5 žáků. O zařazení rozhoduje ředitelka školy na základě žádosti zákonného zástupce, písemného doporučení školského poradenského zařízení a odborného lékaře. Vzdělávání v přípravném stupni probíhá nejdéle tři školní roky (Zákon č. 561/2004 Sb., www.msmt.cz; Švarcová, 2011).

Rehabilitační vzdělávací program

V současném vzdělávacím systému ČR je považován za tzv. dobíhající program, jelikož je nahrazen II. dílem Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělávání základní škola speciální. Rehabilitační vzdělávací program je určen pro žáky s tak závažným mentálním postižením, kteří nemohou být vzděláváni v základní škole speciální. V edukačním procesu se vyskytují značné problémy v systematickém osvojování učiva. Je to dáno tím, že u těchto žáků dochází ke sníženému rozvoji psychických funkcí a to zejména pozornosti, paměti a volných vlastností. Tyto oblasti je tedy potřeba postupně probouzet a rozvíjet. Míra úspěšnosti je zde ovšem velmi individuální. U těchto žáků nelze předpokládat zvládnutí základů trivie, tedy čtení, psaní a počítání. Odborně vyškolení speciální pedagogové se ve výchovném a vzdělávacím procesu zaměřují převážně na rozvoj komunikativních dovedností s použitím různých forem alternativní a augmentativní komunikace. Dále kladou důraz na rozvoj motoriky, aby bylo dosaženo co nejvyšší míry pohyblivosti. Dalším důležitým úkolem ve výchově a vzdělávání žáků s takto závažným stupněm postižení je rozvoj sebeobsluhy. Dbáme na osvojení si základních dovedností a návyků, za účelem dosažení maximální míry soběstačnosti. Působením na osobnost žáka se snažíme zajistit nejméně náročné podmínky pro soužití s jeho okolím (Švarcová, 2011).

3.3 Poradenství pro žáky s kombinovaným postižením

V edukačním procesu žáků se zdravotním postižením dochází k situacím, kdy je zapotřebí odborné psychologické a speciálněpedagogické pomoci. Tuto pomoc zajišťují školská poradenská zařízení, která poskytují podporu v oblasti diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb, posouzení individuálních zvláštností žáků se zdravotním postižením či znevýhodněním. Tato zařízení také vykonávají informační, poradenskou, metodickou činnost a preventivně výchovnou péči. Napomáhají při volbě vhodné formy vzdělávání a přípravě na budoucí povolání (Zákon č. 561/2004 Sb., www.msmt.cz; Kucharská et al., 2013).

Činnost školských poradenských zařízení je zakotvena ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která

byla novelizována vyhláškou č. 116/2011 Sb.² Systém školských poradenských zařízení vymezuje §3 této vyhlášky. Dle výše zmíněné vyhlášky poradenské služby poskytuje pedagogicko-psychologická poradna a speciálněpedagogické centrum (Vyhláška č. 116/2011 Sb., www.msmt.cz).

Speciálněpedagogické centrum

Speciálněpedagogická centra (dále jen SPC) poskytují poradenské služby žákům se zdravotním postižením. Specializují se na komplexní péči o žáka s jedním druhem postižením, k těmto účelům se zřizují SPC pro žáky s mentálním postižením, smyslovým postižením, tělesným postižením a žáky s narušenou komunikační schopností. Činnost center se uskutečňuje ambulantně na pracovišti daného centra, návštěvou pracovníků ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách či v zařízeních pečujících o žáky se zdravotním postižením. Speciálněpedagogická centra provádí dlouhodobou a pravidelnou práci s jedincem s postižením a jeho rodiči. Činnost centra se zaměřuje na vyhledávání žáků se zdravotním postižením, provádění komplexní diagnostiky žáka, vytváření plánu pedagogicko-psychologické péče a poskytování komplexní podpory pro žáka. Zajišťuje konzultace pro zákonné zástupce a pedagogické pracovníky. Pomáhá v oblasti sociálně právního poradenství, vydává doporučení o tvorbě individuálního vzdělávacího plánu, spolupracuje se školami, v nichž je žák integrovaný. Zapůjčuje rehabilitační a kompenzační pomůcky a vede také dokumentace žáků (Příloha č. 1 k vyhlášce č. 116/2011 Sb., www.msmt.cz).

Pedagogicko-psychologická poradna

Poskytuje pedagogicko-psychologické a speciálněpedagogické poradenství a odbornou pomoc při řešení výchovných a vzdělávacích problémů dětí a mládeže ve věku od 3 do 19 let. Činnost poradny se uskutečňuje ambulantně nebo návštěvami pracovníků v příslušných školách a školských zařízeních. Zajišťuje odborně psychologické a speciálněpedagogické služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo žákům s vývojovými a výchovnými problémy. Poskytuje poradenské služby zákonným zástupcům a pedagogům, kteří tyto žáky vzdělávají. Poradna dále provádí pedagogicko-psychologickou diagnostiku

² Dnes již vyhláška č. 103/2014 Sb., s účinností od 1. září 2014, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb., a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb.

školní zralosti. Vydává doporučení o zařazení do příslušné školy a vhodnou formu vzdělávání, zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením. Poskytuje informační a metodickou podporu školám a školských zařízením (Vyhlášce č. 116/2011 Sb., www.msmt.cz).

3.4 Individuální vzdělávací plán

„Individuální vzdělávací plán se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy“ (§ 6 odst. 1 vyhlášky č. 147/2011 Sb.).

Individuální vzdělávací plán (dále jen IVP) je vypracován na základě speciálněpedagogického, případně psychologického vyšetření školským poradenským zařízením či na doporučení lékaře. IVP se stanovuje na základě žádosti zákonného zástupce řediteli školy, ten také zodpovídá za jeho tvorbu a realizaci. Kontrolu naplňování vzdělávání žáka dle individuálního vzdělávacího plánu provádí dvakrát ročně školské poradenské zařízení. Je součástí dokumentace žáka, je také považován za závazný dokument ke zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Vychází z podmínek školního vzdělávacího programu. Individuální vzdělávací plán se zaměřuje na ty oblasti, které jsou negativně ovlivněny zdravotním postižením žáka. Nejen, že upravuje vzdělávací oblasti v jednotlivých předmětech, ale zároveň také řeší oblast chování, prožívání či začlenění žáka do kolektivu. IVP vypracovává třídní učitel ve spolupráci s ostatními pedagogy, kteří s žákem pracují. Důležitým předpokladem je získání všech podstatných informací o dítěti. Hlavním zdrojem je speciálněpedagogické, psychologické, případně i lékařské vyšetření (Jucovičová et al., 2009).

3.5 Cíle edukace žáků s kombinovaným postižením

Cílem procesu vzdělávání žáků s kombinovaným postižením je dosažení optimální úrovně při výchově a vzdělávání a maximální rozvoj osobnosti. Při naplňování edukačního cíle dochází k respektování individuálních, speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb žáka. Mezi základní úlohy edukace, vycházejících ze stanoveného edukačního cíle dle Vančové (2010) patří:

- naplňování speciálních vzdělávacích potřeb žáka s kombinovaným postižením a stanoveného obsahu edukace;

- podpora optimálního rozvoje kognitivních, motorických a sensorických funkcí;
- podpora rozvoje emocionality;
- podpora rozvoje komunikačních předpokladů;
- dosažení co nevyššího stupně sebeobsluhy a samostatnosti;
- rozvoj adaptačních schopností a procesu začlenění do společnosti;
- podpora procesu komplexní rehabilitace.

4 SNOEZELLEN - MSE

„Snoezelen-MSE je terapeutický, vědecký koncept na pomezí speciální pedagogiky a psychologie, který prokazatelně zlepšuje zdravotní stav klientů. Podmínkou je zvláštní prostředí, kompetentní a vzdělaný terapeut společně s klientem, který mu věří“ (Filatová, 2014, s. 11).

4.1 Vymezení pojmu

V mnoha zemích hledáme stále nové formy práce s osobami s kombinovaným postižením, které by respektovaly jejich omezené možnosti a také by vycházely z potřeb a přání těchto jedinců. Příkladem takové nové netradiční formy práce je koncept Snoezelen-MSE. Snoezelen-MSE je multismyslová metoda, která se realizuje prostřednictvím speciálně upraveného prostředí, které nabízí světelné a zvukové efekty, které jsou podpořeny příjemnou vůní a dalšími podněty působícími na jednotlivé smysly člověka. Největší výhodou Snoezelen prostředí je jeho multifunkčnost. Je místem poskytujícím pozitivně laděnou atmosféru vhodnou k relaxaci a bezstarostné uvolnění, aktivizuje, stimuluje a probouzí zájem. Snižuje také pocit strachu a úzkosti, podporuje vzájemnou důvěru mezi terapeutem a klientem. Snoezelen místnosti se podílejí na zlepšení zdravotního stavu a zkvalitnění života nejen jedinců s postižením, ale také jedinců bez postižení (Fajmonová, Chovancová, 2008; Filatová, 2014; Švarcová, 2011).

V Evropě byl dosud známým a užívaným pojmem Snoezelen bez přípony MSE. V Americe se pro multismyslové prostředí užívalo zkratky MSE, tedy Multisensory Enviroment – multismyslové prostředí. V současné době se nově zavádí termín Snoezelen-MSE, který vznikl spojením evropského a amerického názvu. Toto jednotné označení přináší více příležitostí ke společným diskuzím a výměně nových poznatků a informací na společných mezinárodních setkáních po celém světě (Filatová, 2014).

Definice, která byla přijata v roce 2012 zástupci ISNA-MSE pro koncept Snoezelen-MSE, zní: „Koncepční rámec Snoezelen-MSE je definován jako dynamické prostředí intelektuálního vlastnictví postavené na citlivém vztahu mezi účastníkem, zkušeným doprovázejícím člověkem a kontrolovaným prostředím, ve kterém je nabízeno velké množství stimulů“ (Filatová, 2014, s. 14).

4.2 Historie Snoezelenu-MSE

Koncepční rámec Snoezelen-MSE byl vyvinut v polovině 70. let 20. století a to zásluhou vědců Clarka a Clelanda. V roce 1966 tyto američtí psychologové vyvinuli speciální místnost, kterou nazvali „Sensory Cafeteria“ neboli „smyslová samoobsluha“. Jednalo se o uměle vytvořené multisenzorické prostředí, ve kterém byly předkládány vybrané smyslové podněty klientům s mentální retardací, vývojovými vadami, hyperaktivitou a autismem. Cílem výzkumu byl celkový rozvoj osobnosti, především v oblasti komunikačních dovedností a změn chování jedinců s postižením. O několik let později na jejich práci navázali holandské odborníci Ad Verheul a Jan Hulsege, kteří své vytvořené prostory pro smyslovou stimulaci nazvali pojmem Snoezelen. Tento termín vznikl spojením dvou holandských slov „snuffelen = čichat a „doezelen“ = dřímat. Prvotním podnětem pro vytvoření multismyslové místnosti v centru De Hartenberg byla myšlenka oživení stereotypního života klientů v ústavní péči nějakým nečekaným, zajímavým a nepředvídatelným zážitkem. Verheul a Hulsege provedli jednoduchý experiment s klientem ústavního zařízení, který jevil známky velmi pasivního chování. Klienta vyvezli na chladný večerní vzduch a sledovali jeho reakci. Najednou si všimli jeho netypického chování. Projevoval radost a smál se. Najednou došlo k výrazné změně v chování a k upoutání jeho pozornosti. Na základě tohoto experimentu vytvořili speciální místnost, která se zcela odlišovala od běžného prostředí, které klienti ústavu znali. Nevšední atmosféra místnosti spolu s nabízenými podněty pro stimulaci všech lidských smyslů tvořily velmi silný zážitek a staly se prostředkem k navazování kontaktu s osobami s nejtěžším stupněm postižení. V centru De Hartenberg v Nizozemsku vzniká pod vedením speciálního pedagoga Verheula „Centrum Snoezelen“, které funguje dodnes a slouží k setkávání odborníků a konání konferencí v oblasti konceptu Snoezelen. V roce 1986 vyšla první publikace zabývající se touto problematikou s názvem: „Snoezelen jiný svět: praktická kniha smyslových zážitkových prostředí pro mentálně hendikepované“. Ihned po vydání knihy začaly po celém světě vznikat místnosti určené dětem a dospělým se smyslovými poruchami a poruchami učení, které poskytovaly širokou škálu smyslových podnětů. Slovo „snoezelen“ se stalo registrovanou značkou britské společnosti ROMPA, která se zabývá provozováním speciálních místností, prodejem techniky, pomůcek a literatury. Začaly se také objevovat nové pojmy a přístupy multismyslové stimulace (Fajmonová, Chovancová, 2008; Filatová, Janků, 2010; Filatová, 2014).

4.3 ISNA- MSE

Speciální pedagog Ad Verheul, který je považován za otce konceptu Snoezelen, založil v roce 2002 spolu s prof. Dr. Kristou Mertens Mezinárodní Snoezelen Asociaci (neboli ISNA). Tato asociace se o deset let později rozdělila na dvě nezávislé organizace: International Snoezelen Association – Multisensory Enviroment (dále jen ISNA-MSE) a ISNA-Snoezelen professional. ISNA-Snoezelen professional je organizace vedená prof. Kristou Mertens, která vznikla v roce 2012. Cílem její činnosti je profesionalizovat Snoezelen koncept. ISNA-MSE, v českém znění Snoezelen Asociace-Multismyslové prostředí, je nadnárodní asociace, která sdružuje členy 41 národních organizací. Mezi členy například patří Německo, Nizozemsko, Kanada, Austrálie, Argentina a další. Cílem organizace je spolupráce mezi všemi národními a mezinárodními asociacemi, které využívají koncept Snoezelen-MSE. Hlavním cílem je rozvoj konceptu po odborné stránce. ISNA-MSE se orientuje na vydávání odborných publikací, odborných článků v časopisech a na internetu. Zřizuje síť vzdělávání a odborné přípravy v této oblasti, organizuje mezinárodní konference, zveřejňuje vědecky ověřené výzkumy o účinnosti tohoto konceptu. Snoezelen asociace sdružuje odborníky z oblastí neurologie, psychiatrie, psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky. Česká a Slovenská republika se zařadila mezi členy organizace ISNA-MSE v roce 2013 (Filatová, 2014; www.snoezelen-mse.cz).

4.4 Snoezelen-MSE v České republice

Nejvýznamnější osobností a prezidentkou ISNA-MSE pro Českou a Slovenskou republiku je speciální pedagožka Bc. Renáta Filatová. Její zásluhou se naše republika řadí mezi světovou špičku v oblasti Snoezelen terapie. Od roku 2014 patří Renáta Filatová mezi patnáct světových odborníků, kteří významnou měrou přispívají k rozvoji Snoezelen konceptu. Od roku 1999 se R. Filatová zabývá vytvářením multismyslových místností po celé České a Slovenské republice. Podává počáteční návrhy místnosti až po jejich samotnou realizaci. Tvorbu Snoezelen prostředí také garantuje na základě mezinárodní akreditace. Další její významnou činností je vývoj a tvorba kompenzačních pomůcek a také pořádání kurzů o metodice používání těchto pomůcek v praxi. Ve spolupráci s Institutem Bazální stimulace navrhuje pomůcky pro aplikaci této stimulace u dětí s nejrůznějšími diagnózami. Je ředitelkou Dětského domova v Řepišti v okrese Frýdek-Místek, kde vede Snoezelen terapie. Působí také jako lektorka ve Vzdělávacím centru Snoezelen koncept, které v roce

2009 vybuřovala. Od roku 2011 je organizátorkou mezinárodních konferencí, aktivně se také sama účastní mnoha zahraničních konferencí. Renáta Filatová je dnes již akreditovaným mezinárodním lektorem ISNA-MSE a garantem konceptu Snoezelen-MSE pro Českou a Slovenskou republiku. V roce 2011 zakládá ve spolupráci s Kateřinou Janků Asociaci konceptu Snoezelen České republiky (neboli ASNOEZ). Tato organizace sdružuje členy se stejným profesním zaměřením. V současné době zde působí 44 řádných a 2 čestní členové. Cílem asociace je sdružování odborníků a zájemců o tuto problematiku, prosazování jejich společných zájmů, pořádání workshopů, odborných stáží a vydávání odborných publikací. Asociace se také zaměřuje na získávání vědomostí a dovedností v této oblasti prostřednictvím pořádání vzdělávacích kurzů, školení, seminářů a konferencí. Důležitou činností je také spolupráce, vzájemná výměna a šíření zkušeností a odborných informací s dalšími obdobnými institucemi. Významná je také její činnost v oblasti výzkumu (Filatová, 2014, www.snoezelen-mse.cz).

4.5 Cíle a principy konceptu Snoezelen-MSE

Koncept Snoezelen-MSE v podobě, v jak ho známe dnes, zaznamenal od svého vzniku mnoho změn. V dřívější době se koncept primárně zaměřoval pouze na osoby s tělesným a mentálním postižením. Pozdější výzkumy však ukázaly, že Snoezelen-MSE napomáhá při zvládnání psychické deprivace, zátěžových situací a v řešení problémů v komunikaci. Dnes je již využíván všemi jedinci bez rozdílu. Podílí se na celkovém zlepšení zdravotního stavu člověka. Velkou změnu také zaznamenal samotný přístup k využívání této metody. Dříve byl tento koncept využíván jen jako volnočasová aktivita, která sloužila převážně k relaxaci uživatelů. Veškerá činnost v místnosti byla řízena libostí a nelibostí klienta a řídila se heslem „vše je dovoleno“. Dnes již víme, že předem nepromyšlená, nestrukturovaná hodina bez jasného cíle vede spíše k negativním reakcím a účinkům na klienta. Po celém světě je aktuálně považována za právoplatnou terapeutickou metodu, propracovanou podpůrnou edukační metodu a také chápana jako původní volnočasová aktivita (Filatová, Janků, 2010; Filatová, 2014, www.snoezelen.sk/cz/).

Snoezelen jako terapeutická metoda

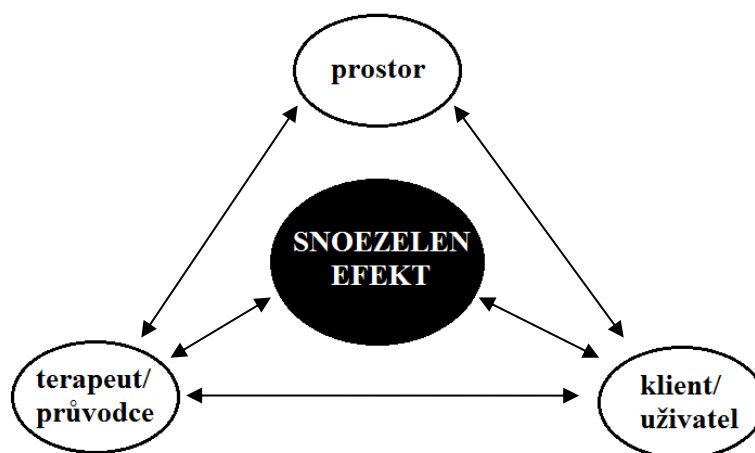
Přilivem stále nových poznatků v oblasti využívání řízené smyslové percepce se Snoezelen koncept posunul do roviny, kdy je považován také za právoplatný terapeutický koncept. To znamená, že pro Snoezelen terapii je nezbytný vzdělaný a kompetentní terapeut,

který se neobjede bez předem připraveného terapeutického plánu. Jasná, smysluplná a cíleně zaměřená práce vede ke správnému celkovému rozvoji klienta (Filatová, Janků, 2010).

Filatová (2014, s. 87) ve své publikaci uvádí: „Snoezelen terapií můžeme nazvat takový způsob práce s klientem, kterou řídí kompetentní proškolený odborník, jeho jednání vede ke zmírnění nebo odstranění potíží klienta. Nezbytnou součástí Snoezelen terapie je plán terapie přiměřené délky s jasně specifikovaným cílem vycházející z komplexní diagnostiky.“ Dále uvádí, že důležitým krokem před stanovením plánu a cíle terapie je provedení komplexní diagnostiky klienta.

Hlavním principem terapeutického působení ve Snoezelen prostředí je individuální přístup. Terapeut musí brát v úvahu klientovi potřeby, jeho individuální schopnosti a předpoklady. Některé z nabízených podnětů však nemusí klientovi vyhovovat. Úkolem terapeuta je se vcítit se do jeho situace a vytvořit tak příjemné prostředí, v němž se klient bude cítit co nejlépe. Dalším důležitým faktorem je možnost volby a výběru. Klient má možnost rozhodnout se, jaký druh podnětu je pro něj příjemný. Tento princip se zakládá na vztahu mezi klientem a terapeutem, kdy terapeut klienta respektuje a přizpůsobuje se jeho volbě. K vytvoření kladného vztahu mezi klientem a terapeutem je důležitý nedirektivní přístup. Tento princip lze ve zkratce shrnout větou „Nic se nemusí, vše je dovoleno“. Klient musí mít svobodu pohybu a ve zkoumání prostředí a nabízených podnětů v místnosti. Posledním důležitým bodem je časové rozmezí terapeutického působení. Délka pobytu by měla trvat přibližně 30 – 45 minut. Vždy je však potřeba respektovat individuální přání a potřeby klienta. Důležitější je pravidelnost pobytů než jejich délka (Fajmonová, Chovancová, 2008; Filatová, Janků, 2010).

Dle Filatové (2014, s. 120) je „Snoezelen zvláštní místo, prostor, kde terapeut kontroluje techniku, režíruje strukturovanou Snoezelen hodinu, která musí klienta oslovit do hloubky všech smyslů“. Významnou roli při působení Snoezelenu hraje vytvoření harmonického vztahu tří činitelů, kterými jsou uspořádaný prostor, terapeut/průvodce a klient, který dává předpoklad pro vznik Snoezelen efektu.



Obrázek 1 Snoezelen efekt (Převzato: Filatová, Janků, 2010).

Vymezený prostor zde představuje prostředí s příjemnou atmosférou, kterou zajišťuje vhodná volba osvětlení, příjemná teplota místnosti a nepřiliš hlasitá hudba. V roli průvodce může působit speciální pedagog, psychoterapeut, učitel, psycholog, zdravotní personál, rehabilitační pracovníci, fyzioterapeut, muzikoterapeut, pečovatel, sociální pracovníci a další. Terapeut by se měl převážně vyznačovat schopností empatie, trpělivostí, kreativitou a schopností motivovat. Při práci vychází z diagnózy klienta a osobního vztahu s ním. Významnou roli zde hrají také jeho předešlé zkušenosti se Snoezelen terapií a s jinými terapiemi jako například muzikoterapie, aromaterapie, ergoterapie a další (Filatová, 2014; Filatová, Janků, 2010).

Snoezelen jako podpůrná edukační metoda

V současné době jsou již Snoezelen místnosti vybudované v mnoha školách a školských zařízeních po celém světě. Umožňují žákům i učitelům zažívat nové nevšední situace ve zcela odlišném prostředí od běžné třídy. Umožňují rozvíjet a stimulovat smysly žáka a zajistit jeho celkové uvolnění a relaxaci. Dalším velmi důležitým důvodem k využívání této metody je zlepšení interakce mezi učitelem a žákem. Specifické prostředí a atmosféra Snoezelen místnosti vyvolává pocity pohody a uvolnění, které napomáhají k vyvolání očekávaných reakcí a odpovědí snáze než v prostředí třídy. Osoby s postižením jsou velmi často vystavovány stresu a napětí. Snažíme se jim proto poskytnout příjemné a upravené prostředí, které nabízí nové zážitky a celkové fyzické i psychické zklidnění. Snoezelen je již dnes využívána také jedinci s poruchou pozornosti a hyperaktivitou. Hlavní zásadou metody Snoezelen-MSE je respektování individuálních zvláštností a přání žáka. Tím dochází k rozvoji seberealizace a plnění jeho osobních zájmů (Filatová, Janků 2010). Koncept

Snoezelen podporuje cíle a úkoly výchovně vzdělávacího procesu. Dle autorek Filatové, Janků (2010) můžeme edukačně zaměřené cíle koncepce Snoezelen shrnout tímto výčtem:

- relaxace a zklidnění žáka;
- podpora seberealizace;
- pokles agresivního a autoagresivního chování dítěte;
- podpora kognitivních funkcí, vnímání, emocionality;
- rozvoj motoriky;
- podpora a rozvoj komunikace;
- rozvoj soustředění a pozornosti;
- pozitivní socializace.

4.6 Snoezelen prostředí

Základním principem konceptu Snoezelen je vytvoření multismyslového prostředí, které nabízí co nejširší spektrum smyslových podnětů pro senzorickou stimulaci. Zároveň se jedná o prostředí, které klientovi nabízí příjemné a libé pocity a zcela nové zkušenosti, se kterými se v běžném životě nesetkává. Plánovanou multismyslovou místnost lze vytvořit s ohledem na specifické potřeby klienta, jeho možnosti volby a řízení průběhu pobytu. Důležitou podmínkou je variabilita prostředí. To znamená, že se místnost vytváří tak, aby mohla být alternativně obměněna dle různorodosti klientů (Filatová, 2014; Fowler, 2008).

Výhodou konceptu Snoezelen je jeho multifunkčnost. Tím se liší od ostatních podobných metod. Toto prostředí plní funkci:

1. Relaxační – cílem je celkové uvolnění a vnímání příjemné atmosféry, která je navozena teplem, vůní, hudbou, tlumeným světlem;
2. Poznávací – vytváří nové zážitky a zkušenosti, klientům s tělesným postižením umožňuje přemísťovat se, plazit se, lézt, houpat se;
3. Interakční – stimuluje a vybízí k touze sám ovlivnit akci, např. zapnout svítidlo (Fajmonová, Chovancová, 2008).

4.6.1 Vybavení Snoezelen místnosti

Verheul a Mertens (in Filatová, Janků, 2010) uvádí základní požadavky, které musí místnost Snoezelen splňovat:

- a) odpovídající teplota (22-24 °C);
- b) příjemná vůně v místnosti, dobře větratelná;

- c) vhodně osvětlená;
- d) pohodlné vybavení – pohodlné sedačky, lehátka, deky;
- e) dostatek místa pro jedince, kteří potřebují mít osobní prostor samostatně;
- f) dostatečné množství hudební techniky a zvukového materiálu.

Prostorové podmínky

Základní velikost místnosti je přibližně 25 m². Místnost je bezbariérová, dostatečně izolovaná od okolních zvuků. Na podlahu volíme materiál vhodný pro bezpečnou chůzi například korek, tvrdou pryž či koberec. Podlaha musí být také snadno omyvatelná. Volba barvy místnosti ovlivňuje její celkový vzhled a atmosféru a může nám pomoci při optickém zmenšení či zvětšení prostoru. Vhodně zvolená barva místnosti má pozitivní vliv na náladu klienta. Velice důležité je celkové uspořádání místnosti tak, aby na klienta působila svým originálním dojmem. Snahou je vytvořit prostředí, které se zcela odlišuje od běžného, které klient zná (Filatová, 2014, Vitásková, 2007).

Materiálně-technické vybavení

Veškeré pomůcky ve Snoezelen místnosti musí být využity velmi uváženě a přiměřeně. Může totiž snadno dojít k situaci, kdy je klient zahlcen všemi nabízenými podněty a stimuly. Nabídka na trhu s výbavou pro Snoezelen místnosti je dnes velmi bohatá. Můžeme tedy zvolit z široké škály pomůcek, které jsou vhodné pro určitý okruh klientů (Filatová, Janků, 2010).

Pomůcky můžeme dělit dle toho, kterou smyslovou oblast ovlivňují:

- 1. stimulace zrakového vnímání** (vizuální percepce) – mezi nejčastější pomůcky pro zrakovou stimulaci patří světélkující bublinkové sloupy naplněné vodou či voskem, otáčející se reflektory, světélkující optická vlákna, dataprojektory či jiné druhy osvětlení pokoje, plazmové koule a válce, lávové lampy a další.
- 2. stimulace sluchového vnímání** (sluchová percepce) – ke stimulaci využíváme hudební a doprovodné nástroje, zvukové hračky, dešťové hole, zvonkohry, zabudovaná audio a stereo zařízení.
- 3. taktilní stimulace** (haptika) - pro taktilní stimulaci používáme různých druhů materiálů, podložek, polštářů a dek. Využívá se taktilně-haptických stěn, masážních a vibračních přístrojů. Dále houby a žínky lišící se materiálem, kartáče, přírodní materiály. Pro pohodlí a relaxaci v místnosti slouží vodní lůžko, sedáky, polohovací vaky, lehátka a houpačky.

4. **stimulace čichových vjemů** - používáme vůně, které jsou příjemné, nedráždí. Vůně vyvolávají určitý pozitivní zážitek a aktivizující paměť. Nejčastěji se pro tyto účely užívá difuzérů a aroma lamp. Lze také použít vonné svíčky a další nejrůznější předměty, které ovlivní naše emoce skrze čich.
5. **stimulace chuťových vjemů** - také stimulace chuťových buněk může zásadně ovlivnit náladu a prožívání klienta. Tato oblast bývá však velice často opomíjena. Jednoduše lze využít teplých či studených nápojů a potravin dle chuti klienta (Fajmonová, Chovancová, 2008; Filatová, Janků, 2010).

4.7 Typy multismyslových místností

Ve světě jsou již známé nejrůznější typy multismyslových místností. Jsou vytvářeny s určitým záměrem. Primárně však slouží k nabídce široké škály smyslových podnětů. Multismyslové místnosti jsou budovány smíšením několika základních prototypů místností, které lze skloubit dle individuálních potřeb klienta. Mezi tyto prototypy patří:

1. **Bílá místnost** - nejčastější typ využívaný pro koncept Snoezelen, původně určený pouze pro relaxaci uživatelů. Využívá se u osob s kombinovaným postižením a těžšími stupni mentálního postižení. Bílou místnost lze různě měnit dle potřeby klienta, proto se někdy setkáváme s označením „neutrální“ pokoj. Bílé stěny a strop jsou ideálním místem pro promítání barevných světelných obrazců. K základnímu vybavení pokoje patří vodní lůžko, světelný bublinkový válec, světelná optická vlákna, zvukový systém a polštáře.
2. **Šedá místnost** - barva a vybavení pokoje zabarvené do šeda mají za úkol redukovat veškeré podněty. Místnost by měla být zvukotěsná, z důvodu zajištění co největší minimalizace rušivých zvuků okolí. Je vytvořena pro klienty s poruchami pozornosti a soustředění. Cílem je zvýšení pozornosti a soustředění a snižování hyperaktivity.
3. **Tmavá místnost** – základem jsou tmavé až čistě černé zdi, strop i podlaha. Cílem takto vybavené místnosti je dosažení maximální vizuální stimulace. Základní vybavení místnosti obsahuje nejrůznější barevné lampy a fólie, optická vlákna, ultrafialové světlo a svítilny. Důležité je, aby místnost nebyla zaplněna nadměrnými světelnými efekty. Snažíme se zvýraznit jen konkrétní předmět či činnost. Tím odstraníme veškeré vizuální rozptýlení.
4. **Zvuková místnost** – místnost, která má zdi, strop i podlahu obloženou dřevem pro zajištění izolace od nežádoucích okolních zvuků. Je určena pro stimulaci sluchového vnímání, zvukovou diferenciaci a k soustředěnému poslechu hudby. Vybavením místnosti

mohou být také vibrační tabule, rezonanční desky či nejrůznější hudební nástroje. Cílovou skupinou jsou osoby se sluchovým postižením a jedinci s poruchou sluchové percepce či diferenciací.

5. **Interaktivní místnost** – jedná se o místnost, která je vybavena spoustou interaktivních spínačů s hlasovým, zvukovým či pohybovým výstupem. Pokoj obsahuje malé či velké dotekové tabule, které uživatelé mačkají prstem, rukou, nohou či hlavou. Manipulace s nimi obnáší určité schopnosti a dovednosti hmatové diferenciací. Interaktivní místnost umožňuje poznávat okolí i nabízené pomůcky, zapojovat fantazii a rozvíjet kognitivní schopnosti.
6. **Vypolstrovaná hrací místnost** – je vybavena vypolstrovanými zdmi i stropem, měkkým kobercem, nábytkem a množstvím polštářů. Pohyb v této místnosti je bezpečný, klient zde může experimentovat, lézt, skákat, schovávat a to vše bez rizika zranění. Prostředí je proto vhodné pro osoby se zrakovým či tělesným postižením (Filatová, Janků, 2010; Vitásková, 2007).

V neposlední řadě je třeba zmínit, že Snoezelen místnost je pouze jedním typem multismyslového prostředí. Multismyslovou stimulaci lze provádět i ve vnějším prostředí klienta, které musí být pro stimulaci vhodně uspořádáno. Takovým příkladem je další prototyp multismyslové místnosti – inkluzivní prostředí. Jedná se o běžné prostředí (zahrada, hřiště, obývací pokoj), které změním specificky vybranými pomůckami. Můžeme tak vytvořit prostředí, které bude využíváno společně osobami s postižením i intaktní společností. Dalším příkladem je vodní prostředí, které je vytvořeno sloučením Snoezelen prvků a vody. Jedná se o prostředí speciálně upraveného bazénu. Slouží k rozvoji vnímání polohy a pohybu, psychomotorickému vývoji a uvědomování si vlastního těla dítěte. Bazén můžeme obohatit vodopády, různými druhy sprch. Lze nainstalovat různé světelné a zvukové efekty, měnit teplotu vody. Můžeme tak zajistit esteticky odlišné prostředí, ve kterém lze rozvíjet kognitivní vnímání a představitivost. S využitím počítače můžeme vytvořit další prototyp, který nazveme virtuálním prostředím. Pomocí nasazených brýlí a rukavic se klient dostává do virtuálního světa, který si vytváří dle svých představ a fantazie. Dalším důležitým typem je prostředí přenosné. Tuto formu volíme v případě, kdy je klient upoután na lůžko. Jedná se o malé, skládací zařízení o maximální velikosti 2m². Dá se tedy složit a přemístit dle potřeby klienta. Na závěr je třeba uvést poslední příklady z výčtu prototypů místností a to proměnlivý pokoj, který lze měnit a přizpůsobovat dle potřeby klienta, a sociální prostředí sloužící zejména pro

speciální příležitosti a navazování sociálních vztahů. Dále je užíváno terapeutem a pracovníky zařízení jako prostor pro relaxaci (Filatová, Janků, 2010; Vitásková, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 SNOEZELLEN JAKO PODPŮRNÁ METODA PŘI VÝCHOVĚ A VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

V praktické části provádíme výzkumné šetření, které se zabývá problematikou využití multismyslové místnosti Snoezelen jako podpůrné metody při výchově a vzdělávání žáků s kombinovaným postižením. Hlavním cílem je sestavení individuálního plánu pro koncept Snoezelen u vybraných žáků s kombinovaným postižením na základní škole speciální. U těchto žáků byly sepsány kazuistiky, které obsahují také důležitá logopedická a somatopedická doporučení. Tato doporučení jsou pro nás velmi důležitým zdrojem při stanovení a naplňování konkrétních cílů pro práci v multismyslové místnosti Snoezelen.

5.1 Cíle a otázky výzkumného šetření

Hlavním cílem diplomové práce je tvorba individuálního plánu pro využití metody Snoezelen u vybraných žáků s kombinovaným postižením se zaměřením na celkové zklidnění a rozvoj komunikačních dovedností během pobytu v místnosti Snoezelen.

Dílčí cíle výzkumu:

- zjistit reakce žáka na multismyslové prostředí místnosti Snoezelen
- zjistit, do jaké míry působí metoda Snoezelen k posílení vzájemné interakci mezi terapeutem a dítětem
- analyzovat využití konkrétních prvků bazální stimulace

V praktické části byly formulovány následující výzkumné otázky:

1. Jakým přínosem je sestavení individuálního plánu pro metodu Snoezelen u vybraných žáků s kombinovaným postižením?
2. Napomáhá pobyt ve Snoezelenu celkovému zklidnění, uvolnění a psychické pohodě těchto žáků?
3. Ovlivňuje metoda Snoezelen rozvoj komunikačních dovedností u žáků s kombinovaným postižením?

4. Do jaké míry pomáhá využívání metody Snoezelen k posílení vzájemného vztahu mezi terapeutem a dítětem?

5.2 Metodologie

Praktická část diplomové práce je zpracována kvalitativním výzkumným šetřením. Dle Gavory (2010) umožňuje kvalitativní výzkum hlubší poznání konkrétního případu. Dále autor dodává, že se jedná o proces dlouhodobý a intenzivní. V rámci kvalitativního výzkumu zaznamenává výzkumník vše, co se v daném prostředí odehraje. Vysvětluje dané jevy očima zkoumaných osob, nikoliv na základě svých vlastních názorů a očekávání. Soustředí se na subjektivní svět osob, tedy ten, který existuje v jejich mysli. „Cílem kvalitativního výzkumu je porozumět lidem a událostem v jejich životě“ (Gavora, 2010, s. 186).

Jako stěžejní metody výzkumného šetření bylo využito případové studie a zúčastněného (participantního) pozorování. Případová studie se snaží detailně popsat jeden či několik případů a zachytit složitosti případu. „Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům“ (Hendl, 2005, s. 104). Další důležitou metodou výzkumného šetření bylo zúčastněné pozorování. Dle výše zmíněného autora: „zúčastněným pozorováním je možné popsat, co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč“ (Hendl, 2005, s. 193).

V praktické části diplomové práce byly popsány tři případové studie žáků s kombinovaným postižením. Výběr byl záměrný s doporučením třídního učitele a následné pozorování probíhalo po dobu dvou měsíců (únor-březen 2015). Jako další metoda byla zvolena analýza pedagogických dokumentů a rozhovory s pedagogy podílejících se na vzdělávání žáků. Výzkumné šetření probíhalo se souhlasem rodičů, byly pořizovány zápisky s poznámkami, záznamy z pozorování a fotografie.

5.3 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkumné šetření diplomové práce probíhalo ve spolupráci se Základní školou a mateřskou školou speciální v Kroměříži. Budova školy se nachází v okrajové části města, v zástavbě rodinných domů. Kolem areálu školy je zahrada, která je využívána pro výuku, relaxaci, sportovní a společenské aktivity. Zařízení je bezbariérové a poskytuje vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, především s kombinovaným postižením a poruchami autistického spektra. Kapacita budovy je 92 dětí a žáků (mateřská škola 12 dětí, přípravný stupeň ZŠ speciální 12 dětí, základní škola 68 žáků). Ve škole je aktuálně deset tříd.

Škola byla založena 1. 9. 1992 a nacházela se ve dvou objektech ve vzdálených částech města. V roce 2000 darovalo město základní škole speciální budovu původní mateřské školy a jeslí na ulici Františka Vančury. Na podzim roku 2001 se tedy mohlo její působiště přesunout do nově zrekonstruovaných prostor. Budova se skládá ze tří objektů, které jsou mezi sebou spojeny proskleným koridorem. První pavilon prošel celkovou rekonstrukcí. Skládá se z přízemí a prvního patra, které jsou po architektonické stránce řešeny stejně. Najdeme zde 5 tříd, sociální zařízení, ředitelnu, pracovnu ekonomky, šatnu pro zaměstnance a kuchyňku. Vzdělávají se zde žáci základní školy a žáci vyšších ročníků ZŠ speciální. Ve čtyřech třídách se nachází také malé pracovny pro individuální speciálněpedagogickou logopedickou péči. Třídy v přízemí slouží pro mateřskou školu, přípravný stupeň ZŠ speciální a ZŠ speciální. Zbývající dva nízkopodlažní objekty na svou rekonstrukci teprve čekají.

Druhý navazující objekt je nízkopodlažní a jsou zde umístěny pracovny speciálněpedagogického centra, školní jídelna, místnost pro účely zdravotní a rehabilitační tělesnou výchovu a další logopedická pracovna. Poslední navazující objekt není využíván vzhledem k havarijnímu stavu.

Výuku ve třídách zabezpečují dva pedagogové, jeden speciální pedagog a jeden asistent pedagoga. Na vzdělávání se podílí také logoped, fyzioterapeut, výchovný poradce, metodik prevence a koordinátor, který spolupracuje s pedagogy a žáky. Ve třídách se nachází řada učebních a kompenzačních pomůcek, které je možno si zapůjčit. Každá ze tříd je také vybavena počítačem. Vyučování probíhá v blocích, kdy je kladen důraz na dostatek relaxace a aktivní pohyb. Střídá se zde pracovní a odpočinkový režim. Pro tyto potřeby je každá třída členěna na část pracovní a část relaxační.

Významná pro školu je spolupráce se školskou radou a Občanským sdružením Korálky. Podílí se na organizaci a finanční podpoře sportovních a kulturních akcí pro děti. Důležitá je také práce školní družiny a školního klubu, který je zřízen pro žáky vyšších ročníků.

5.4 Snoezelen v ZŠ a MŠ speciální Kroměříž

Multismyslová místnost Snoezelen byla zřízena v průběhu školního roku 2012/2013 díky projektu: „Zkvalitnění a rozšíření speciálněpedagogických a psychologických služeb pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami“. Místnost Snoezelen je pravidelně využívána k individuální i skupinové práci s žáky, je tedy další významnou možností jejich vzdělávání. Rozměry místnosti činí asi 4x4 metry, okna jsou zastíněna bílým neprůhledným závěsem, stěny jsou vymalovány bílou barvou a zdobí je velká zrcadlová stěna umístěná nad vodním

lůžkem a taktilně haptický domeček. Po celé délce stropu je natažen modrý baldachýn, na podlaze je položeno linoleum a v levém rohu místnosti se nachází kuličkový polohovací list. Velkou část celého prostoru zabírá vodní lůžko, které je po stranách doplněno pevnými polstrovanými pódii. Vodní lůžko doplňují deky a polštáře, které napomáhají při polohování a relaxaci žáků. V místnosti najdeme také houpačku pro vestibulární stimulaci. Prostor je osvětlen třemi bodovými lampami s modrým, žlutým a červeným světlem, k osvětlení můžeme využít také UV zářivku a pro zvýraznění celkového efektu zrcadlovou kouli s regulací otáček. K podpoře zrakového vnímání použijeme vodní bublinkový sloup, který je umístěn v rohu vodní postele, závěs z optických vláken, space projektor s vyměnitelnými olejovými kotoučky (modrý a červený). Můžeme také využít hvězdného bílého koberce, faser optiku s jemnými optickými vlákny a dataprojektoru propojeného s iPadem. Zvukové podněty jsou zajištěny stereo hi-fi soupravou a dalšími hudebními pomůckami, které jsou umístěny v hudebním koutku. Najdeme zde různé bubínky (např. rámový buben, dřevěný buben) paličky, dešťové hole, rotující zvukové vlny, zvonečky Koshi a další rytmické nástroje. Čichové podněty zajišťuje vodní fontánka, do které lze přidat vonné oleje. V místnosti Snoezelen je možno využívat různých didaktických pomůcek a pomůcek k masáží jako jsou žínky, houbičky, kartáče, hřebínky, vibrační strojky, různé přírodniny a další, záleží pouze na výběru pedagoga.



Obrázek 2 Snoezelen místnost v ZŠ a MŠ speciální Kroměříž

5.5 Případové studie žáků

Případová studie 1: R. (10 let)

Pohlaví: muž

Rok narození: 2005 (10 let)

Učební dokumenty: Školní vzdělávací program ZŠ speciální „Duhová pastelka“ II. Díl, individuální vzdělávací plán.

Základní diagnóza: strukturální chromozomální aberace, vrozená vývojová vada na PHK (chybění palce) a na PDK (vytáčení chodidla zevně), vrozená nedomykavost chlopní, s retardovaným řečovým vývojem a aktuální mentální úrovní v pásmu těžké mentální retardace, vývojová úroveň odpovídá 16-36 měsícům věku dítěte.

Z psychologického a speciálněpedagogického vyšetření:

Zpráva vychází z komplexního vyšetření chlapce, z rozhovoru s matkou a dle sdělení speciálního pedagoga. Chlapec je ve známém prostředí třídy dobře aklimatizovaný. Proces zvykání na školu byl dlouhodobější. Chlapec chodí do školy rád, má v ní oblíbené kamarády a paní učitelky. Došlo u něj k výraznému sociálnímu rozvoji. Začal ve škole spolupracovat, učit se nápodobou.

Hrubá a jemná motorika: Mobilní chlapec drobnějšího vzrůstu. Hrubá motorika bez výrazných nápadností s projevy dyskoordinace pohybů a nejistoty. R. chodí a běhá po třídě, pohyb je však méně koordinovaný, nejistý. Jemná motorika s projevy menší obratnosti na pravé straně vyplývající ze základní diagnózy. K manipulaci používá levou ruku, pravá je méně obratná vzhledem k chybějícímu palci – zástupnou úlohu převzal ukazováček. Kresebný projev na úrovni čarání, kreslit ho baví. Nerespektuje plochu papíru.

Řeč a komunikace: V řeči se objevuje období posunu, které je střídáno stagnací vývoje. Chlapec se čím dál víc snaží o verbální projev, napodobuje zvuky zvířat, zkomoleně. Funkčně říká určitá slova („eee“, „tata“, „mamam“). Porozumění řeči je na dobré úrovni, pokyny poslouchá výběrově. Velmi se daří využívání komunikační knihy, dokáže sám ukázat na danou věc.

Pracovní dovednosti: Pracovní tempo je pomalejší s krátce udržitelnou pozorností. Délka koncentrace pozornosti je závislá na aktivitě nabízeného podnětu. Rád si hraje s legem – skládá kostky kolem dokola, staví komíny. Má rád motorické hračky, navléká na trn, vkládá

geometrické tvary – u známých hraček bez větších problémů. Rád si prohlíží knížky, hlavně se zvířátky, poslouchá básničky, čtení vydrží poslouchat krátkodobě. Má rád živá zvířátka.

Sebeobsluha a hygiena: Hygienické návyky zvládá s dopomocí. Potřebu vyprazdňování ojediněle signalizuje ukázáním na kartu. Je plenován, ale pravidelně se vysazuje na WC. Je schopen si sám vzít ze třídy ručník na záchod a zase ho zpět přinést. Snaží se sám vysvléct, některé části oděvu zvládá sám, jiné s dopomocí. Při oblékání pomáhá, spolupracuje.

Stravování: Ve stravování nastal posun. Chlapec je již schopen na pokyn si sám nachystat svačinu a nasvačit se. Tempo je pomalejší, občas je potřeba kontroly, avšak je schopen jíst po kouscích sám. Je potřeba pobízení k činnosti.

Celkové chování: Je to milý a hodný chlapec. Doma se snaží pomáhat – pokud ví, co je potřeba, je schopen donést samostatně požadovanou věc. Má smysl pro humor, rád napodobuje, paroduje. Nemá rád pláč ostatních dětí – je lítostivý, pláče taky, potřebuje pomazlit. Pokud mu něco nejde a není mu vyhověno, vzteká se.

Z logopedického vyšetření:

Kontakt a spontánní projevy: Chlapec se dorozumívá prostřednictvím neverbální komunikace, především jednoduchými – ikonickými gesty, vedením dospělého za ruku k požadovanému, při těchto činnostech se stále více snaží o verbální projev. Umí vyjádřit souhlas i nesouhlas pokýváním hlavy. Je schopen zahájit oční kontakt, pozorně sleduje obličej, mimiku a ústa mluvícího.

Rozumění a fonematická diskriminace: Rozumí základním jednoduchým verbálním i neverbálním pokynům, tyto plní výběrově, snaží se jemnými náznaky prosazovat své. Rozumí zákazu – respektuje jej, rozumí zabarvení a intenzitě hlasu, rozumí legraci.

Vývoj jazykových schopností a komunikace: Omezený vývoj řeči, receptivní složka rozvinuta lépe. Expresivní složka nerozvinuta. Těžká retardace expresivní složky řeči.

Slovní zásoba: odpovídající mentálnímu věku, dle údajů do 5 slov. Daří se i slovo „naschle“ při odchodu. Spolu s projevy zvuku – „eee“.

Ze somatopedického vyšetření:

Samostatná bipedální chůze s trupem nachýleným vpřed a s vytáčením pravé roviny těla zevně. Motorika dolních končetin (dále jen DK) bez výrazného oslabení, snížena svalová síla, deformita pravé DK – chodidlo vytočeno zevně. Dřep svede, překážku překročí samostatně, popřípadě s malou dopomocí, schody zvládá s přidržením - do schodů chůze

střídavá, ze schodů s přísunem. Na HK svalová hypotonie, nejsou zkraty. Na pravé ruce chybí palec, úchop atypický, předměty vkládá mezi 2. a 3. prst. Při manipulaci používá obě ruce, upřednostňuje levou ruku, úchop tužky je vařečkový. Celkově porušena koordinační složka pohybu, pohyb neobratný.

Ze somatopedického doporučení:

Pro celkový rozvoj motoriky a úpravu koordinace pohybu doporučujeme senzomotorickou stimulaci na elipse o průměru 45cm, popřípadě 85cm. Pro posílení svalstva a úpravu vadného držení jsou vhodné polohy v sedu rozkročmo, lehu na zádech a kleku přes elipsu. Cvičit s dopomocí. Jemnou motoriku stimulovat použitím předmětů různých tvarů, velikostí a materiálů, je vhodné doplnění míčkovou masáží a masáží ježkem. Vhodné je podporovat přirozené pohybové dovednosti a aktivity v přírodě – běh, šplh, průlezky, chůze v terénu, plavání.

Z logopedického doporučení:

Zařazení relaxačních chviliek – celkové zklidnění. Optimální stimulace rozvoje komunikativních dovedností z pohledu jednotlivých rovin. Zvýšená pozornost procvičování hrubé i jemné motoriky (moukoviště, práce s modelínou, moduritem, modelářskou hlinou, puzzle, legem drobnějších tvarů, přírodniny) a motoriky mluvidel. Procvičování jednotlivých pohybů rtů a jazyka, čelisti a jazyka vzhledem k patru v rámci pohybové imitace u zrcadla. Diferenciace zvuků, jejich lokalizace. Procvičování sluchové a zrakové percepce, rozlišování a srovnávání přírodních i umělých zvuků. Rozvíjení adekvátní obsahové stránky v oblasti jednotlivých kategorií s podporou vizualizace – alternativní a augmentativní komunikace (předmětová úroveň, úroveň zástupných předmětů, úroveň symbolická – fotogramy, reálné obrázky, VOKS). Návčik aktivní komunikace s využitím alternativní a augmentativní komunikace.

5.5.1 Individuální plán pro metodu Snoezelen č. 1

Důvody zařazení péče:

Důvodem zařazení chlapce do péče je potřeba celkového zklidnění a relaxace. Dále také rozvoj komunikativních dovedností na úrovni verbální i neverbální komunikace.

Terapeutický (dlouhodobý) cíl:

1. celkové zklidnění a následná relaxace
2. zlepšování porozumění řeči, rozvoj komunikativních dovedností

3. zlepšení vzájemné komunikace mezi učitelem a žákem
4. respektování daných pravidel, posílení schopnosti přizpůsobovat se požadavkům druhých
5. zprostředkování nových zážitků

Dílčí cíle:

Ad 1) celkové zklidnění a následná relaxace

- uvědomit si změny polohy a pohybu těla v prostoru pomocí vestibulární stimulace - houpání a kolébání na vodní posteli či v houpačce pro vestibulární stimulaci
- uvolnit a zklidnit celé tělo při pozorování zrakových podnětů a poslechu relaxační hudby
- zrelaxovat pomocí využití vybraných somatických podnětů – masáže, míčkování, prohřátí končetin, hlazení

Ad 2) zlepšování porozumění řeči a rozvoj komunikativních dovedností

- podporovat verbální projev při opakování říkanky či písničky s doplněním hry na tělo
- opakování rytmu při rytmizace říkanky či písničky na hudební nástroje
- stanovit hranice chování, prohlubovat reakce na pokyn, respektovat zákaz
- procvičovat nádech a výdech při dechových cvičeních za použití brčka, bublifuku

Forma: individuální /skupinová

Časové rozvržení: 30-35 minut/ 1x za týden

Průběh výzkumného šetření:

A. Téma: Jaro

B. Název: Jarní deštík

C. Vzhled místnosti: optická vlákna, vodní bublinkový sloup, nasvětlená zrcadlová koule s regulací otáček, space projektor – modro-zelené olejovky, vodní fontána, hudba CD - relaxační hudba Voda, hudba pro míčkování – CD Enya.

D. Další pomůcky: zvonek Koshi-Voda, dřívka, bubínek, dešťová důl, láhev s vodou, brčko, měkká terapeutická plastelína.

Pozorování č. 1:

S R. přicházíme do Snoezelenu. Místnost máme předem připravenou. Je puštěn bublinkový válec, na stěně se promítá olejová projekce modro-zelené barvy. Hraje relaxační hudba z CD Voda. Chlapci je již prostředí místnosti známé, nejedná se o jeho první pobyt. Vcházíme spolu do místnosti. Na pokyn si R. vyzouvá papuče a sedá si na vodní postel. Chvíli se rozhlíží po místnosti. Začátek pobytu zahajují zvonečkem Koshi. R. zvuk chvíli poslouchá, pak se po zvonečku natahuje. Uchopí jej a vkládá prsty dovnitř.

Zkoumá jej ze všech stran. Sám zazvoní, ale až moc silně s ním třepe. Pobízím ho tedy, že zvoneček jemně pohladíme a zazvoníme za něj společně. Dále volím poslech básničky s jarní tematikou (viz Příloha 3). Básničku odříkávám a přitom předvádím pohyb. R. mě se zájmem sleduje a reaguje úsměvem. Chce pohyb také předvést. S občasným vedením rukou při pohybu básničku opakujeme. Následně mi R. vkládá hlavu do klína. Dlouho nechce navázat oční kontakt. Přeríkávám mu básničku o jarním dešti (viz Příloha 3) a přitom chlapci poklepávám lehce na záda. Slovně pobízím k činnosti: „Kdepak se nám schoval R.? Kde je?“ Chlapec při vyslovení jména nereaguje. Zkousím použít dešťovou hůl. Na její zvuk chlapec také nezareaguje. Zvedne hlavu až při uchopení za ruku. Nejprve na dotek reaguje odtažením. Po chvíli mi dotek oplácí, pohladí mě po ruce a pobízí, abych si vzala dešťovou hůl. Poslouchá zvuk připomínající déšť. Na závěr R. odklízí nabízené předměty stranou, sedne si za mě a začne mě hladit - dle pokynu správně na hlavě a na zádech. Při této činnosti chlapce nechávám, protože vím, že má rád tělesný kontakt. Celý průběh ukončujeme zvonečkem Koshi – Voda a přesouváme se do třídy.

Pozorování č. 2:

S R. vcházíme do místnosti, která je nasvícena žlutým světlem odrážejícím od zrcadlové koule, na stěně je promítána projekce z modro-zeleného olejového kotouče. Jsou zapnuta světelná vlákna. V CD přehrávači hraje relaxační hudba s názvem „Voda“. Pobyt je motivován příchodem jara s cílem rozvoje soustředění při poslechu básničky a napodobení pohybů dle učitelky. R. si lehá na postel. Chvíli klidně leží, pak si sedá blízko mě. Pobyt zahajuji opět zvonečkem Koshi. R. chvíli poslouchá, pak se snaží zvoneček uchopit. Silně s ním třese. Zabraňuji mu v tom a pobízím slovně, abychom na něj zazvonili společně. R. činnost přijímá. Poté přeríkávám básničku o jarním dešti (viz Příloha 3), kterou doprovázím pohybem. R. poslouchá a mé pohyby s úsměvem sleduje. Při zopakování básničky se již snaží pohyby napodobit sám. Pomáhám mu občasným vedením rukou. Tato činnost se chlapci líbí, usmívá se. Volím tedy další říkanku s procvičením uvědomění si vlastní osoby. Společně vytleskáváme rytmus říkanky. Při vyslovení chlapcova jména v závěru básničky mu lehce poklepávám na hrudník a jméno ještě zdůrazním. Při zaslechnutí jména se chlapec usmívá a pohyb po mně opakuje ukazováním na sebe. Poté ukazuje na závěsná vlákna. Za odměnu se k nim tedy přesouváme. Chlapec se usadí pod vlákna. Zavírám ho tedy, jako by byl schovaný „pod deštníkem“. Se zájmem sleduje světelná vlákna, která jej obklopují. Hraje si s nimi a pozoruje měnící se barvy. Hladím ho jedním vláknem („dešťovou kapkou“) po celém těle. Chlapec moje pohyby sleduje a relaxuje. Pobyt zakončujeme zazvoněním na zvoneček Koshi a přesouváme se do třídy.

Pozorování č. 3:

Chlapec již při přechodu ze třídy do Snoezelen prostředí projevuje radost. Je zřejmé, že se na pobyt v místnosti těší. Po příchodu si R. dle pokynu sundává papuče a usazuje se na postel. Místnost je tentokrát jen tlumeně nasvícena UV světlem, na stěně je projekce modro-zelené barvy ze space projektoru. Zapnuta je relaxační hudba Voda a vodní fontánka. Dnešní hodina probíhá v relaxačním duchu s cílem celkového zklidnění a uvědomění si hranic vlastního těla. Začátek pobytu nám opět zahajuje zvuk zvonečku Koshi. R. se při jeho zvuku usmívá. Zvoneček pohladíme a společně na něj zazvoníme. Pobízím ho, aby si lehl na vodní postel. Pokyn respektuje. Podepírám mu hlavu polštářem. Před začátkem masáže chvíli relaxujeme. Chlapce hladím peříčkem nejprve po dlani, pak dál po celé ruce. R. se dotek peříčkem líbí, sleduje mé pohyby. Pěkně se zklidní. V přehrávači měním hudbu určenou pro míčkování – CD Enya. Do vodní fontánky přidávám kapku esenciálního oleje Aqua. Olejíček dám R. přivonět, abych se ujistila, že je mu vůně příjemná. Připravím si speciální míček pro míčkování. Masáž začínám v oblasti hlavy. Míček „koulím“ po hlavě, rozcuchávám vlasy, „prohlížím“ jedno a druhé ucho. Uprostřed čela se zastavím a na míček více přitlačím. Poté se věnuju oblasti očí, na každém oku míček krátce podržím. Zatlačím na nos. Masáž prokládám říkankami a básničkami, které se vztahují k masírovaným oblastem. R. mé pohyby sleduje a dotek míčkem toleruje. Můžu tedy dále pokračovat kolem krku na hrudník. Na oblast hrudníku krátce zaťukám, kroužím kolem oblasti pupíku. Při masáži břicha se R. hlasitě směje. Přecházím na oblast ruky. Masíruji nejdříve jednu, poté druhou ruku. Na závěr dolní končetiny a chodidla. R. masáž pěkně přijímá, klidně leží a vnímá kontakt míčku. Po masáži balím chlapce do polohy „mumie“ a nechávám prostor pro doznění zážitku z masáže. Pobyt zakončujeme opět zvonečkem Koshi a vracíme se do třídy.

Pozorování č. 4:

Vstupujeme s R. do předem připravené místnosti, která je osvětlena pomocí zrcadlové koule a vodního bublinkového sloupu. Na stěnách se odráží modro-zelená olejová projekce. Je puštěna relaxační hudba z CD Voda. Pobyt je motivován tématem přicházejícího jara. Cílem pobytu je napodobit hru na rytmické nástroje a procvičovat nádech a výdech při dechovém cvičení. Pobyt zahajujeme opět zvukem zvonečku Koshi. R. sedí naproti mně a poslouchá. S vedením rukou zvoneček společně pohladíme a zazvoníme na něj. Poté volím poslech dešťové hole. Po předvedení pobízím chlapce, aby ji uchopil. Činnost odmítá. Dávám mu tedy do rukou menší nástroj, který mám k dispozici. Společnou činnost již neodmítá. Dále provádím rytmizaci na bubínek s doprovodem říkanky o dešťových kapičkách (viz Příloha 3).

Chlapec se zaujetím poslouchá, snaží se říkanku doprovázet neartikulovanými zvuky. Po podání paličky ji na chvíli uchopí a párkrát silněji uhodí do bubínku. Směje se. Pak paličku odmítá a pobízí mě gestem, abych hrála sama. Opře se o polštář, poslouchá a usmívá se. Foukání do vody brčkem opět doprovázím slovně („voda po dešti teče a bublá“). R. nejprve poslouchá a po delším pobízení dvakrát do brčka foukne. Zvuk se mu líbí a pobízí mě, abych foukala dál. Začne při tom poskakovat na posteli. Pokouším se tedy o jeho zklidnění. Vypínám světelné zdroje (bublinkový sloup i projekci na stěně), které by nás mohly rušit a pouštím zrcadlovou kouli. Světla odrážející se od ní začnou „běhat“ po stěnách. Pobízím chlapce, aby se přesunul na vodní postel. Ukládám ho a zakrývám dekou. Vydrží jen chvíli, deku odkopává. Sedám si za něj a společně se kolébáme ze strany na stranu („jako mráčky na obloze při velikém větru“). Upozorňuji jej na poslech krásné hudby, která nám hraje. Chlapce hladím a prokládám doteky říkankami a písničkami, které se vztahují k tématu jara. Na tělesný kontakt reaguje R. velmi pozitivně. Dochází k postupnému zklidnění a uvolnění. Pobyt zakončujeme opět zvonečkem Koshi.

Zhodnocení terapeutického cíle:

Před zahájením průběhu pobytů ve Snoezelen místnosti jsme stanovili terapeutické dlouhodobé a dílčí cíle. K naplňování těchto cílů jsme volili vhodně vybrané podněty (somatické, zrakové, sluchové, čichové, vestibulární) a činnosti dle zájmů a potřeb žáka. Důležitým zdrojem pro nás byly údaje z psychologického, speciálněpedagogického vyšetření a z rozhovoru s pedagogy. R. je usměvavý chlapec, který rád navazuje kontakty. Má pozitivní vztah k pedagogům i ostatním dětem ve třídě. Důvodem zařazení chlapce do péče byla potřeba celkového zklidnění a rozvoj komunikativních dovedností. R. se na pobyt v místnosti Snoezelen vždy těšil a projevoval radost už při přechodu ze třídy. Ve Snoezelenu má R. své oblíbené místo pod závěsnými světelnými vlákny, které dostává vždy za odměnu. Chlapec byl v místnosti velmi aktivní, sledoval dění kolem. Verbálním pokynům rozuměl, občas byla potřeba většího pobízení k jejich plnění. Délka koncentrace pozornosti závisela na nabízeném podnětu. R. velmi rád poslouchal básničky a říkanky. Při jejich poslechu se snažil o verbální projev. Napodoboval pohyby a sám při opakování básniček vytleskával rytmus. Při pohybu se usmíval. Jednoduchými gesty dokázal vyjádřit svá přání. Pokud se mu daná činnost nelíbila, dával to jasně najevo pokýváním hlavy či odtážením. Chlapec kladně přijímal všechny doteky. V průběhu masáže vydržel v klidu ležet a relaxovat. Při potřebě výraznějšího zklidnění se dokázal uvolnit a zrelaxovat až při blízkém tělesném kontaktu. Rád se „tulil“ a nechal se hladit. Byla rozvinuta oblast vnímání vlastního tělesného schématu pomocí masáže

a vestibulární stimulace. Došlo také k procvičení nádechu a výdechu pomocí dechových cvičení s brčkem. Během pobytů ve Snoezelenu se nám podařilo navázat s žákem důvěrnější vztah a zlepšit tak vzájemnou komunikaci. V prostředí speciální místnosti plnil zadané úkoly lépe a výrazněji delší dobu než ve třídě. Při skupinové terapii přítomnost dětí přijímal kladně.

Případová studie 2: M. (10 let)

Pohlaví: muž

Rok narození: 2005

Učební dokumenty: Školní vzdělávací program ZŠ speciální „Duhová pastelka“ II. Díl, individuální vzdělávací plán

Základní diagnóza: dětský autismus – střední a těžká symptomatologie, aktuální mentální úroveň v dolním pásmu středně těžké mentální retardace, mentální vývoj je blokován pervazivní vývojovou poruchou.

Z psychologického a speciálněpedagogického vyšetření:

Vychází z komplexního vyšetření, z pozorování ve škole, z rozhovoru s matkou a třídní učitelkou. M. má ve škole vyhraněné pracovní místo, které je jasně strukturované lištou denního režimu na předmětové úrovni. Vypracovávanou činnost vyhotoví a z vlastní iniciativy rychle uklízí. Dopomoc při plnění úkolů nemá příliš rád, ale toleruje ji. Nevyhledává fyzický kontakt, někdy je ochoten ho tolerovat, jindy dává najevo i silnou nelibost.

Hrubá a jemná motorika: Hrubá motorika je bez výrazných nápadností. M. chodí samostatně, běhá, zvládne překonat v terénu překážky. Chůze do schodů i ze schodů se střídáním nohou. Odhodí míč – necíleně, nesnaží se ho chytit. Zvládne přenést předměty z místa na místo. Jsou patrné pohybové stereotypie, i když s nižší frekvencí. V rámci jemné motoriky zvládne stavět horizontální a vertikální útvary z kostek. Řadí předměty a hračky do řad, navlíká kruhy na trn, korálky na bužírku a tkanici. Vkládá tvary do výřezů podle různých velikostí, přiřazuje předměty i obrázky. Obě ruce spolupracují. Používá pinzetový úchop. Kresba – bezobsažné čáranice.

Řeč a komunikace: V rámci receptivní řeči dobře reaguje na slovní pokyny používané při práci a při opakujících se denních činnostech. Rozumí pokynům ano x ne, vždy však nevyhoví. Lépe plní požadavky, které jsou podpořeny vizuálně. Expresivní řeč je celkem bohatá, zvuky převážně neartikulované. Slovo nezaznamenáno. Neverbální vyjadřování – oční kontakt sporadický, deklarativní ukazování rovněž. Nesnaží se o náhradu řeči gesty. Mimika je nevýrazná.

Pracovní dovednosti: Pracovní tempo je pomalejší. Doba pozornosti se nepatrně prodlužuje. Chlapec je nadále vyrušitelný zejména zvukovými podněty, ale také vlastními úniky („zahledění“). Očima práci sleduje nekonzistentně. Lépe pracuje, jsou-li úkoly

strukturovány. Rovněž mu pomáhá vizuálně strukturovaná pracovní plocha a systematická práce zleva doprava. Orientuje se podle denního režimu. Sám s ním funkčně pracovat nedovede, potřebuje pomoc. Používá tranzitní kartu. Přiřazuje barvy, tvary, dle podobnosti. Učí se třídít dle jednoho kritéria. Vyhledává dvojici stejných obrázků, doplňuje dílky puzzle, složí půlené obrázky.

Sebeobsluha a hygiena: Vysvléká se sám. Při oblékání spolupracuje, ale je zde potřeba dopomoci. V jídlu je vybíravý, repertoár jídel rozšiřuje nerad. Nová jídla očichává. Ve škole pouze svačí. Pije z hrnku i PET lahve. Samostatné močení na WC, včetně mytí rukou.

Sociální chování: Děti sleduje, cíleně však nevyhledává. Upřednostňuje dospělé. Dříve kontakt sám neinicioval, dnes ho již vyhledá uchopením ruky. Kontakt častěji naváže v případě potřeby pomoci při činnosti či při stravování. Naučil se od dospělých fyzický kontakt přijímat. Dává ale jasně najevo, kdy už o něj nestojí. Negativně reaguje na změny maladaptivním chováním – pláč, vztek, odmítá pracovat.

Z logopedického vyšetření:

Posílena doba záměrné pozornosti a koncentrace. Respektuje pracovní návyky. Ojedinelé projevy echolálie. Pracuje rád s ozvučenými konkréty – programy PC pro rozvoj komunikativních dovedností dětí. Snaží se i o adekvátní nápodobu, ojedinelé opakuje po vzoru jednoduchá citoslovce. Projevy neartikulované hlasové produkce př. „ééé“, „ííí“. Práce v individuální logopedické péči se mu líbí. Má z ní radost, brání se ukončení. Respektuje pokyny logopedky.

Ze somatopedického vyšetření:

Lokomoce realizována bipedální chůzí. Chůze bez větších nápadností. Při přesunech v prostorách školy vyžaduje doprovod a případné vedení za ruku. Na končetinách nejsou zkratky ani deformity, držení těla je dobré. Svede základní motorické úkony, běhá, skáče, jezdí na rotopedu. Chůze po schodech a zdolávání překážek s občasnou pomocí. Dle svého zájmu samostatně manipuluje se cvičebním náčiním. Převážně je pasivní. O pohybové aktivitě nejeví velký zájem. Zvládne cvičení na míči ve dvojici žák – učitel. Pohyb provede s pomocí nebo s vedením pohybu.

Ze somatopedického doporučení:

Ke stimulaci motoriky se doporučuje zařadit senzomotorickou stimulaci na elipse o průměru 55cm a míči o průměru 45 cm. Cvičit v základních polohách – sed, leh na zádech,

leh na břicho. K posílení svalového korzetu jsou vhodné balanční plochy a cvičení na nářadí (př. žebřiny, trampolína, rotoped). Cvičit s dopomocí, pak samostatně dle nápodoby.

Z logopedického doporučení:

Zpřehledňovat požadavky strukturou a vizualizací. Rozvíjet porozumění a nácvik komunikace pomocí AAK. Učit se postupně s trvalou dopomocí funkčně používat několik základních symbolů z oblasti sebeobsluhy. Rozvíjet pasivní obsahovou stránku řeči vazbou na konkrétna – předmětová úroveň a úroveň zástupných symbolů. Dávat jasné, konkrétní a srozumitelné pokyny. Stanovit jednoznačná, srozumitelná pravidla s důsledným vyžadováním jejich plnění. Rozvíjet kooperaci s dětmi, upevňovat kontakt. Zavádět jednoduché, srozumitelné sociální a komunikační scénáře. Pracovat s podporou vizualizace. Dané procvičovat v pravidelně se opakujících činnostech v průběhu náplně dne

5.5.2 Individuální plán pro metodu Snoezelen č. 2

Důvody zařazení péče:

Důvodem zařazení chlapce do péče je potřeba nácviku přechodu do jiných prostor, nácvik práce s tranzitní kartou a nácvik tolerování doteků.

Terapeutický (dlouhodobý) cíl:

1. celkové zklidnění a relaxace
2. zlepšování porozumění řeči, rozvoj komunikativních dovedností
3. přechod do jiného prostředí s použitím volací a tranzitivní karty
4. adaptace na nové prostředí
5. rozvoj kooperace s terapeutem a spolužáky

Dílčí cíle:

Ad 1) celkové zklidnění a relaxace

- prohlubovat pocit důvěry, jistoty a bezpečí v novém prostředí
- relaxovat pomocí využití hmatových a vestibulárních podnětů – masáže prstů a dlaní, míčkování prstů a dlaní, hlazení po ruce, houpání a kolébání na vodní posteli
- použít zrakovou a sluchovou stimulaci k upoutání pozornosti, zklidnit se při poslechu relaxační hudby

Ad 2) zlepšování porozumění řeči a rozvoj komunikativních dovedností

- poslech a nápodoba rytmizace říkanky s použitím hudebního nástroje
- tolerovat vedení rukou při pohybu, tolerovat hru na tělo

- respektovat jasně a srozumitelně zadané pokyny
- plnit jednoduché úkoly v jiném prostředí

Forma: individuální x skupinová

Časové rozvržení: 30-35 minut/ 1x za týden

Průběh výzkumného šetření:

E. Téma: Jaro

F. Název: Jarní deštík

G. Vzhled místnosti: optická vlákna, vodní bublinkový sloup, nasvětlená zrcadlová koule s regulací otáček, space projektor – modré olejovky, vodní fontána, hudba CD – relaxační hudba Voda, hudba pro míčkování – CD Enya

H. Další pomůcky: zvonek Koshi – Voda, dřívka, bubínek, dešťová důl, láhev s vodou, brčko, měkká terapeutická plastelína

Pozorování č. 1:

S M. se do Snoezelen místnosti přesouváme pomocí tranzitní karty. Při přesunu je třeba držet chlapce za ruku. Přesun bez větších problémů zvládne, občas mírně táhne za ruku zpět. Vcházíme do místnosti, která je předem připravená. Je puštěna zrcadlová koule, na stěnách se promítá olejová projekce modro-zelené barvy. Zapnut je i bublinkový válec a hraje relaxační hudba z CD Voda. Pobyt je motivován tématem „Jaro“. Cílem pobytu je poslech a nápodoba rytmizace říkanky či básničky s použitím hudebního nástroje a tolerování vedení rukou při pohybu. M. si zouvá přezůvky a lehá si do vodního lůžka. Sedám si vedle něj. Pobyt zahajuji zvonečkem Koshi. M. chvíli poslouchá, poté zvoneček uchopuje a sám na něj zvoní. Dále pokračuji básničkou o jarním dešti (viz Příloha 3) a doplňuji ji pohybem. Chlapec klidně leží, poslouchá a sleduje mou činnost. Pokusím se o vedení rukou. Dotek ale odmítá. Toleruje pouze lehký dotek na dlaň (třukání prstem do dlaně ruky). Dále si беру dešťovou hůl. M. zvuk zaujme, poslouchá. Po chvíli hudební nástroj bere sám a manipuluje s ním. „Dešťový zvuk“ je mu zřejmě příjemný. „Prší“ s válcem a brouká si. U této činnosti vydrží velmi dlouho. Přidávám se k němu. Hrajeme společně, zvuk doprovázím slovně básničkou (viz Příloha 3). Dešťovou hůl odkládám a rytmizuji na bubínek říkanku o dešťových kapičkách (viz Příloha 3). M. chvíli poslouchá. Na bubínek s vedením rukou zabubnuje. Poté bubnuje sám oběma rukama. Při zvuku bubínku se usmívá a brouká si. Dívá se na sebe do zrcadla, dělá grimasy, vydává neartikulované zvuky. Poté se přesouvá k houpačce. Houpe se a sleduje dění kolem.

O další předkládané činnosti nejeví zájem. Na závěr našeho pobytu zvoním na zvoneček Koshi. Přesun do třídy s vedením za ruku zvládne bez problémů.

Pozorování č. 2:

Vcházíme do místnosti, která je nasvícena žlutým světlem odrážejícím se od zrcadlové koule. Na stěně je projekce z modro-zeleného kotouče ze space projektoru. Svítí závěs s optickými vlákny. Je puštěna relaxační hudba z CD Voda. Pobyt je motivován tématem přicházejícího jara a jarního deště. Cílem pobytu je poslech a nápodoba rytmizace říkanky či básničky a zaměření se na plnění daných úkolů v jiném prostředí. M. je již ve třídě neklidný, křičí. Při přechodu do místnosti tahá za ruku zpět. Po příchodu si sedá na okraj postele a zacpává si uši. Dívá se na sebe do zrcadla. Dělá na sebe grimasy, cení zuby a vydává neartikulované zvuky. Nechce se zout, dopomoc se mu nelíbí. Praští mě. Křičí. Na posteli sedět nevydrží, vstává a nechce se vrátit zpět. Po chvíli si sám sedá. Na lůžku sedí neklidně, poskakuje a houpe se. Básničku poslouchá. Zvuk hudebních nástrojů také, ale při podání ho odstrkuje. Zkousím zapnout bublinkový válec. M. stále projevuje neklid a napětí. Postupně se přesunuje k válci, dotýká se ho. Pozoruje měnící se barvy. Dochází k postupnému zklidnění. Na závěr se sám přesunuje do houpačky. Houpe se, vypadá spokojeně, usmívá se. Zde zůstává do konce pobytu. Konec oznámíme opět zazvoněním na zvoneček Koshi. Přesun do třídy s pomocí tranzitní karty je již bez problémů.

Pozorování č. 3:

Přechod do místnosti je klidný s použitím tranzitní karty. Dnes je místnost nasvícena pomocí UV světla, na stěně je projekce modro-zeleného olejového kotouče. Je slyšet bublání vodní fontánky. Atmosféru doplňuje klidná hudba z CD Voda. Dnešní hodina bude relaxační, s cílem celkového zklidnění a navození pocitu jistoty a bezpečí v novém prostředí. M. sedí na kraji postele a sleduje se v zrcadle. Na pokyn si sundává přezůvky. Pobízím ho, aby si sedl blíže ke mně. M. pokyn respektuje. Pobyt zahajuji zvonečkem Koshi. Chlapec zvuk zvonečku poslouchá. Po chvíli ho uchopuje a rozezní. Lehá si a zvoní si s ním nad sebou. Po chvíli zvoneček odkládá. Zkousím navázat kontakt pohlazením po ruce. M. kontakt toleruje. Na jiných částech těla ale dotek odmítá. Projevuje agresi, snaží se mě bouchnout. Nechá se pohladit peříčkem po dlani a prstech. Klidně leží a usmívá se. Při tlesknutí do dlaně se směje. Do vodní fontánky přidám kapku vonné esence. Dám M. přivonět, prohloubím tím dech a ujistím se, že je mu vůně příjemná. Na přehrávači pustím relaxační hudbu z CD Enya. Použiji speciální míček na míčkovou facilitaci. Orientuji se pouze na oblast ruky. Prsty jsou rozevřené, míček kutálím přes hřbet ruky na prsty, pak v dlani stiskneme. Koulím míček

okolo zápěstí, na předloktí, až na rameno. Dotek na rameni M. toleruje. Sklouznu dolů po ruce a oklepu. Totéž provádím s druhou končetinou. V průběhu masáže pohyb slovně doplňuji říkankami, které se vztahují k masírovaným oblastem. M. doteky míčkem přijímá kladně, klidně leží. Při masáži dlaně se usmívá. Na závěr chlapce přikrývám dekou a nechávám doznít zážitek z masáže. Konec pobytu signalizují opět zazvoněním na zvoneček Koshi. Přejít do třídy s tranzitní kartou je bez problému.

Pozorování č. 4:

Přesun do Snoezelen místnosti M. zvládne pomocí tranzitní karty. Dnes bude pobyt ve formě skupinové terapie. Vcházíme do místnosti, která je předem připravená. Je puštěn vodní bublinkový válec, zrcadlová koule a na stěnách se promítá olejová projekce modro-zelené barvy. Hraje relaxační hudba z CD Voda. Pobyt je motivován tématem „Jaro“. Cílem pobytu je rozvoj kooperace s terapeutem a spolužáky a dále respektování jasných a srozumitelných pokynů. M. si zouvá přezůvky a lehá si do postele. Pozoruje se v zrcadle a přitom vydává neartikulované zvuky. Osoby v blízkosti nechce, ohání se, ale nekřičí. Pobyt zahajují zvonečkem Koshi. M. chvíli poslouchá, poté zvoneček uchopuje. Poměrně dlouho s ním manipuluje. Pokračuji básničkou o jarním dešti (viz Příloha 3). Doplnuji ji pohybem. M. leží, poslouchá, ale vedení rukou netoleruje. Zkousím pouze lehké tlučení prstem do dlaně. Dotek na ruce již toleruje. Dále si беру dešťovou hůl. M. se zvuk líbí, uchopuje ji a lehá si k polštářům. Nástroj obrací ho a poslouchá zvuk „deště“. Zkousím rytmizaci říkanky na bubínek (viz Příloha 3). M. bubínek poslouchá, ale neprojevuje aktivnější zájem. Po opakovaném pobízení na něj párkrát sám zahraje, pak se opět vrací k dešťové holi. Využívám toho, že chlapec klidně leží zaujat předmětem. Sedám si k němu blíž a pohupuji se na vodním lůžku. Doprovázím slovní motivací („dešťová kapka spadla na zem, stekla do potůčku, přes potůček do řeky, s řekou do moře a tam se houpala na vlnkách“). Houpavé pohyby lůžka M. vnímá pozitivně. Klidně leží. Zkousím navázat kontakt hlazením po ruce. M. neodmítá. Pobyt zakončujeme zvonečkem Koshi. Na pokyn se chlapec přesouvá k okraji postele a obouvá se. Při přesunu do třídy jde klidně s pomocí tranzitní karty.

Zhodnocení terapeutického cíle:

Před zahájením pobytu v místnosti Snoezelen jsme u žáka stanovili dlouhodobé a dílčí cíle. K naplnění těchto cílů jsme volili podněty (somatické, sluchové, zrakové, čichové) a činnosti, které respektovaly individuální potřeby a přání žáka. Důležitým zdrojem byly zjištěné údaje z psychologického, speciálněpedagogického vyšetření a rozhovory s pedagogy. Důvodem zařazení chlapce do péče byla potřeba nácviku přechodu do jiných prostor, nácvik

práce s tranzitní kartou a tolerování doteků při nabízených činnostech. M. dokázal respektovat pobyt v jiném prostředí. Přesun do místnosti zvládal s vedením za ruku a s pomocí tranzitní karty. Při poslechu říkanek vydržel klidně ležet. Pohyb nenapodobil, vedení ruky odmítal. Toleroval jen dotek v oblasti rukou, na jiných částech těla ho odmítal. Svou nelibost projevoval bouchnutím a křikem. Poměrně velký zájem projevil o rytmické nástroje či předměty, se kterými mohl manipulovat. Velmi se mu líbil zvuk dešťové hole. U této činnosti vydržel vždy velmi dlouho. Zvládal plnit úkoly v jiném prostředí, občas byla potřeba většího pobízení. Chlapec se dokázal celkově zklidnit a zrelaxovat při míčkové facilitaci. Jeho oblíbeným místem byla houpačka pro vestibulární stimulaci. Houpačku na závěr pobytu vždy sám vyhledal. Relaxoval v ní i v případě negativního rozpoložení. Při skupinové terapii plnil zadané úkoly a nenechal se vyrušit spolužáky. Nesnesl ale jejich blízký kontakt, oháněl se.

Případová studie 3: A. (10 let)

Pohlaví: žena

Rok narození: 2005

Učební dokumenty: Školní vzdělávací program ZŠ speciální „Duhová pastelka“ II. Díl,

Základní diagnóza: Centrální hypotonický syndrom, EPI syndrom, psychomotorická retardace, řečová retardace, hemangiomy, vrozená stenóza srdeční chlopně, vývojová úroveň odpovídá 7-18 měsícům mentálního věku dítěte, odpovídá pásmu těžké až hluboké mentální retardace.

Z psychologického a speciálněpedagogického vyšetření:

Vyšetření vychází z komplexního vyšetření dívky, z rozhovoru s matkou a dle sdělení třídního učitele. Dívka je převážně pozitivně naladěná. Svou radost umí dávat najevo úsměvem, pohybem celého těla či natahováním ruky ke zdroji libosti. Školu navštěvuje ráda. Baví ji být ve společnosti ostatních dětí. Její oblíbenou činností je hraní si s různými provázky, které si omotává kolem rukou a nohou. Má ráda zvukové hračky a plyšáky. Hračky zkoumá rukama, ale má v oblibě vše zkoumat i ústy. Ráda poslouchá hudbu. Radost dává najevo pohybem těla, mimikou obličeje, smíchem.

Hrubá a jemná motorika: Došlo zde k výraznému rozvoji hrubé motoriky. Dle sdělení matky je schopna udělat pár krůčků s oporou v podpaží. Vleže válí sudy. Při potřebě dosáhnout na předmět je schopna se sama kousek přemístit. Přes pravou stranu se sama dostane do sedu. Vsedě vydrží chvíli bez opory, ale je nestabilní, hroutí se.

Řeč a komunikace: Řeč je retardována, vyjadřování převážně na úrovni žvatlání, ojediněle se objevuje řetězení slabik, dle matky používá cíleně „mama“, „baba“. Rozumí základním pojmům, které se pravidelně opakují při každodenních činnostech.

Pracovní dovednosti: Koncentrace pozornosti je závislá na atraktivitě podnětu. Ze soustředěné činnosti zkouší navlékat na trn, hraje si s kostkami – zkouší jich dávat více do rukou, zkoumá je ústy, ťuká s nimi o sebe, hází je kolem sebe. Učí se spolupráci a vedení, zkouší vkládat předměty do krabice.

Sebeobsluha a hygiena: Je celodenně plenována. Potřebu nijak nesignalizuje. Vysazuje se na záchod, má zde pomocná madla. Spolupracuje při oblékání – pomáhá navlékat ruce a nohy do oblečení.

Celkové chování: Obtíže se stravováním – odmítá teplou stravu, nejí ji ani po vychladnutí. Kouše tuhou stravu, ukusuje si z drženého rohlíku, chleba. Pije z lahve s tvrdou násoskou.

Z logopedického vyšetření:

Kontakt a spontánní projevy: Milá pozitivně laděná dívka, umí vyjádřit libost a nelibost reagující úsměvem na zajímavá a známá zvukomalebná slova a citoslovce. Daří se ojedinele déle vázat oční kontakt a fixovat očima předkládané podněty. Fixaci střídá zahleděním jakoby skrz osobu, která se i přesto nachází v zorném poli dítěte. V případě zájmu se zaměří na objekt v jejím okolí, za co by mohla tahat, případně uchopit, vložit do úst, třást s ním, odhazovat – vše na úrovni mechanické manipulace.

Rozumění a fonemická diskriminace: Rozumí několika jednoduchým pravidelně se opakujícím pokynům. Zaznamenáno ojedinele částečné zkvalitnění porozumění v rámci napomenutí. Reaguje lépe na pokyn k vyjádření dětské hříčky: „paci, paci, pacičky“. Z vyšetření sluchu dle lékařů lehká ztráta na levém uchu.

Stručné zhodnocení úrovně řeči a výslovnosti žáka: Dívka si při libých pocitech brouká – pudově žvatlá, produkuje zvuky bez významu. Zvířátka ani jednoduché citoslovce nenapodobí. Při nespokojenosti mrčí, ale nevzteká se, stěžuje si „mam“, „baba“. Hlasový projev je na úrovni pudového žvatlání a to na úrovni zdvojení, případně opakovaného řetězení slabik – „mama“, „baba“ bez projevů napodobivého žvatlání. A. má ráda práci s ozvučenými statickými symboly v rámci vhodného programu v PC, snaží se předkládané zafixovat krátkodobě pohledem. Projevuje libost a radost při předkládání zajímavých známých zvuků, v rámci rytmyzace, radost vyjadřuje úsměvem a pomocí těla – stereotypní kývání celého těla směrem vpřed, pokud to fixace dovolí máváním předloktí v daném rytmu s lehkým nadskakováním v sedu.

Ze somatopedického vyšetření:

Úroveň celkové lokomoce: Spontánní hybnost realizována přetáčením ze zad na břicho, v poloze na břiše je vzpor o předloktí. Zaujme polohu šikmého sedu, samostatný sed s nataženými DK je kyfotický. V lehu na zádech je postavení hlavy a páteře téměř symetrické, hrudník vpáčený. Přijímá kladně bazální stimulaci, především míčkovou masáž. Po škole se pohybuje ve speciální pojízdné židli zajišťující fixaci a stabilitu trupu.

Z logopedického doporučení:

Zkvalitňování primárních funkcí vhodnými masážemi, vhodnými aplikovanými terapiemi s trvalou dopomocí logopeda. Posilování patra hltanového uzávěru nácvikem pití slámkou. Zkvalitňování příjmu potravy a tekutin s trvalou dopomocí. Optimální stimulace rozvoje adekvátních pasivní obsahové stránky řeči s podporou vizualizace (úroveň předmětová, zástupná, symbolická – fotogram, reálný obrázek), několik základních symbolů z oblasti kategorií: nejbližší osoby - rodina, nejbližší osoby – škola, hygiena, jídlo – stolování, stimulační ozvučené hračky a oblíbené hračky a činnosti, oblíbená zvířátka, oblečení. Stimulace a procvičování uvědomělého nádechu a uvědomělého výdechu s využitím vhodných pomůcek (větrník, peříčko, hrkačka, slámka). Podporovat dítě v rozvoji pudovém žvatlání a produkce zvuků, využívat méně četného echolalického opakování (mama, baba) vždy s podporou vizualizace. Procvičování rytmizace s trvalou dopomocí (říkanky, známá píseň, melodie), v rámci možností vždy s podporou vizualizace.

Ze somatopedického doporučení:

Stimulace provádět ve speciální židli nebo vleže. Během dne střídat polohy – sed, leh na zádech, na břiše, klek. Používat ozvučené hračky, předměty materiálů, vydávající zvuky, poslech hudby. Stimulaci prokládat polohováním a s využitím prvků bazální stimulace. Vést ruku k vyhledávání předmětů a hraček vydávající zvuk. K rozvoji hrubé a jemné motoriky se snažit vyvozovat úchop, pracovat s hmatovými deskami, vibračními hračkami. K posílení svalového korzetu se doporučuje cvičení na míči o průměru 45cm v poloze na zádech, na břiše, v kleku se vzporem na horní končetiny. K rozvoji nervosvalové koordinace zařazujeme stimulaci na balančních plochách elipsa o průměru 85cm a 55 cm, kruhová úseč.

5.5.3 Individuální plán pro metodu Snoezelen č. 3

Důvody zařazení péče:

Důvodem zařazení dívky do péče je potřeba celkového zklidnění, rozvoj soustředění na jednotlivé podněty a rozvoj mobility.

Terapeutický (dlouhodobý) cíl:

1. celkové zklidnění a relaxace;
2. zlepšování porozumění řeči a komunikativních dovedností;
3. zvýšení pozornosti a koncentrace na předkládané podněty;
4. stimulace pohybového vývoje;
5. zprostředkování nových zážitků a zkušeností.

Ad 1) celkové zklidnění a následná relaxace

- celkově zklidnit při pozorování světelných efektů a při poslechu relaxační hudby
- uvědomovat si hranice svého těla při působení somatických podnětů - př. polohování „mumie“, míčkování, hlazení
- vnímat polohu těla v prostoru při vestibulárním podnětu – př. houpání a kolébání na vodní posteli, kontaktní dýchání

Ad 2) zlepšování porozumění řeči a rozvoj komunikativních dovedností

- záměrně poslouchat a opakovat rytmus s dopomocí při rytimizaci říkanky na hudební nástroj
- podporovat verbální projev při opakování říkanky či básničky
- tolerovat vedení rukou při pohybu, tolerování hry na tělo
- procvičovat uvědomělý nádech a výdech

Forma: individuální

Časové rozvržení: 30-35 minut/ 1x za týden

Průběh výzkumného šetření:

I. Téma: Jaro

J. Název: Jarní deštík

K. Vzhled místnosti: optická vlákna, vodní bublinkový sloup, nasvětlená zrcadlová koule s regulací otáček, space projektor – modré olejovky, vodní fontána, hudba CD – relaxační hudba Voda, CD Enya

L. Další pomůcky: zvoněk Koshi-Voda, dřívka, bubínek, dešťová hůl, láhev s vodou, brčko, měkká terapeutická plastelína

Pozorování č. 1:

S A. přicházíme do předem připravené místnosti. Na stěně je projekce modro-zeleného olejového kotouče ze space projektoru, je zapnut bublinkový válec. Hraje relaxační hudba z CD Voda. Pobyt je motivován tématem jara a jarního deště. Cílem pobytu je tolerování hry na tělo při poslechu básničky a podpora verbálního projevu při opakování říkanky či básničky. Ukládám dívku na vodní postel. Leží na zádech, ale je v neustálém pohybu. Pohybuje rukama i nohama. Hodinu zahájíme zvonkem Koshi. A. se po něm natahuje, s dopomocí se dostane až do sedu. Odříkávám básničku s jarní tematikou (viz Příloha 3). Společně ji doplňujeme pohyby. Pomáhám vedením rukou. Dívka dotek toleruje, při pohybu se usmívá. Radost projevuje pohybem celého těla. Přidržuji ji v sedu a přidávám říkanku

o deštíku (viz Příloha 3). Doplnuji ji hrou na tělo. Lehce poklepávám na hrudník dívky a zdůrazňuji její jméno. Při vyslovení jména se dívka usmívá. Při poslechu dešťové hole mává rukama i nohama a po chvíli se po předmětu natahuje. S předmětem sama manipuluje, předává ho z ruky do ruky, třepe s ním. Následně ho chce vkládat do úst, v tom ji zabraňuji. Zvuk „deště“ doplňuji krátkou říkankou. A. reaguje velmi kladně, brouká si a při vyslovení jména se směje. Při závěrečné relaxaci se zklidní jen na chvíli. Následně se vymotává z deky a natahuje se po válci, snaží se k němu dostat. V pohybu jí nezabraňuji. Dívka se zaujetím sleduje stoupající bubliny a měnící se barvy vodního válce. Pobyt v místnosti končíme zazvoněním na zvoneček Koshi.

Pozorování č. 2:

Přicházíme s A. do místnosti. Místnost je již nachystaná, příjemně nasvětlená pomocí zrcadlové koule. Jsou zapnuta světelná optická vlákna. Na stěně je projekce modro-zelené barvy ze space projektoru. Příjemnou atmosféru doplňuje relaxační hudba z CD Voda. Pobyt je motivován tématem přicházejícího jara. Cílem hodiny je poslech zvuku hudebního nástroje a snaha o jeho napodobení, dále poslech a rytmizace říkanky či básničky při jejím opakování. A. ukládám na vodní lůžko. Dívka je na lůžku aktivní, převaluje se. Pobyt zahajuji zvonečkem Koshi. A. se po něm natahuje, trvá jí poměrně dlouho dostat se do sedu. S dopomocí se přitáhne, snaží se dostat na všechny čtyři. Její aktivitu přijímám. Začínám rytmizovat na bubínek říkanku o dešti (viz Příloha 3). Dívka poslouchá, po navedení na buben krátce zahraje, nejprve paličkou s dopomocí, pak sama rukou. Usmívá se. Poté bubínek uchopuje a manipuluje s ním. Strká prsty mezi šňůrky bubínku. Musíme dávat pozor, aby ho nevkládala do úst. Beru si druhý bubínek a zkouším do něj bubnovat s různou intenzitou. A. hlasitější zvuk bez problémů přijímá. O rytmizaci na dřívka se pokouší sama, s vedením ruky je krátce uchopuje. Zvuk sama nenapodobí. Při závěrečné relaxaci ukládám A. do příjemné polohy a přikrývám dekou. Zapínám zrcadlovou kouli. Světýlka po stěnách se začnou pohybovat. Sedám si za ni a houpeme se společně ze strany na stranu. Vše doprovázím zpěvem (viz Příloha 3). A. poslouchá, pozoruje obíhající světýlka, dochází ke zklidnění. Na závěr pobytu opět zvoníme zvonečkem Koshi.

Pozorování č. 3:

Vstupujeme s dívkou do místnosti, která je nasvícena UV světlem, po stěnách „běhají“ světla z rotující zrcadlové koule. Je zapnuta vodní fontána, k poslechu hraje relaxační hudba z CD Voda. Cílem dnešní hodiny je celkové zklidnění a uvědomování si vlastního těla při míčkování. Přesouváme se s A. na vodní postel. Dívka je na posteli opět velice aktivní, snaží

se dosáhnout na předměty okolo. Převaluje se. Začátek pobytu signalizujeme zvonečkem Koshi. A. se po zvonečku natahuje, po uchopení s ním začne manipulovat. Zazvoní na něj při vedení rukou, směje se. Odklízíme všechny předměty z jejího dosahu. Před začátkem masáže chvíli relaxujeme. Hlazení peříčkem A. kladně přijímá. Peříčko chce uchopit. Sedám si tedy za dívku a dotek peříčkem opakuji. Přidávám ještě masáž v oblasti zad a šíje. A. tělesný kontakt bez problémů toleruje, dochází ke zklidnění. Připravíme se na míčkování. Do vodní fontánky přidáme kapku vonného oleje Aqua, který dávám dívce ovonět. Tím se ujistím, že je daná vůně dívce příjemná. Připravím si speciální molitanový míček pro míčkování. Poté vkládám A. polštář pod hlavu a pod kolena. Poloha pro ni musí být co nepříjemnější. Masáž začínám v oblasti hlavy, poté pokračuji do obličejové části. Míček „koulím“ po hlavě, rozcuchávám vlasy, „prohlížíme“ jedno a druhé ucho. Masáž prokládám motivačními říkankami, které se vztahují k masírovaným oblastem. Plynule pokračuji přes krk na oblast kolem hrudníku. Na hrudník krátce zatukám a vyslovuji jméno dívky. A. na jméno reaguje úsměvem. Míčkem pokračuji přes břicho dále na horní končetiny. Masíruji nejprve jednu, pak druhou ruku. A. se začíná po míčku natahovat, nevydrží už ležet klidně. Přikrývám jí tedy dekou a balím do polohy „mumie“. Nechávám doznít zážitek z masáže. Zapínám zrcadlovou kouli. Dívka klidně leží a pozoruje světelné efekty. Závěr pobytu končíme zazvoněním na zvoneček Koshi.

Pozorování č. 4:

Vcházíme do místnosti Snoezelen, která je již předem připravená. Je nasvícena žlutým světlem, které se pomocí zrcadlové koule odráží na stěny. Jsou zapnuta závěsná i přenosná optická vlákna i bublinkový válec. Pobyt je motivován tématem jara a jarního deště. Cílem pobytu je poslech říkanky či básničky s doplněním hry na tělo a snaha o její opakování, vnímání změny polohy těla při působení vestibulárních podnětů. A. ukládám do vodního lůžka. Začíná se sama na lůžku převalovat, aktivně se houpe. Přidávám se k ní, společně se houpeme ze strany na stranu. Pohyb opět doprovázím říkankou (viz. Příloha 3). Vedení rukou při pohybu dívka toleruje. Po chvíli mává rukama a snaží se pohyb napodobit, ale je velmi nekoordinovaný. Podaří se jí jednou pěkně tlesknout. Poté přecházím na dechová cvičení. Foukám brčkem do vody v lahvi (motivace: „voda po dešti teče, bublá“). A. zvuk poslouchá, sama do brčka nefoukne. Lahev s vodou odkládám a vkládám do dlaně terapeutickou hmotu. Práci s plastelínou slovně doprovázím („po jarním dešti se vytvoří bláto, zem je krásně měkká“). A. ve třídě pracuje s hmotou velmi ráda. V jiném prostředí si s ní nejprve neví rady, pak ji ale začne formovat a trhat na kousíčky. Opět zkouší dávat do úst. Závěrečná relaxace

je s doprovodem písničky (viz Příloha 3). Pouštím zrcadlovou kouli. Dívku ukládám do příjemné polohy a nechávám ji vnímat houpavé pohyby vodního lůžka. Závěr pobytu zakončuji zazvoněním na zvoneček Koshi.

Zhodnocení terapeutického cíle:

Před zahájením průběhu pobytů ve Snoezelen místnosti jsme stanovili dlouhodobé a dílčí cíle. K naplnění těchto cílů jsme volili vybrané podněty (somatické, zrakové, sluchové, čichové, vestibulární) a činnosti dle zájmů a potřeb žáka. Důležitým zdrojem pro nás byly zjištěné údaje z psychologického, speciálněpedagogického vyšetření a z rozhovoru s pedagogy. Důvodem zařazení dívky do péče byla potřeba celkového zklidnění, rozvoj soustředění na jednotlivé podněty a rozvoj mobility. A. byla po dobu pobytu ve Snozelenu vždy pozitivně naladěná. Byla neustále v pohybu, převalovala se ze zad na břicho. Stále se něčím zaměstnávala, snažila se s předměty manipulovat. Při rytmizaci říkanek poslouchala zvuk hudebního nástroje. Reagovala na něj úsměvem. Při vedení ruky na nástroj krátce zahrála, poté se ho snažila uchopit. Dokázala vyvinout úsilí, aby jej získala. Natahovala se za ním až do sedu. Vsedě vydržela chvíli, pak potřebovala pomoc. Předmět obracela v rukou a zkoumala (i orálně). Smála se při poslechu říkanek a básniček. Snažila se o verbální projev, broukala si. Radost projevovала kýváním těla směrem dopředu. Kladně přijímala vedení ruky, pohyb se snažila sama napodobit máváním předloktí. Velice kladně reagovala na somatické podněty. Dokázala se zklidnit a zrelaxovat při masážích. Při závěrečné relaxaci docházelo ke zklidnění při pozorování světél obíhajících po stěnách. Velmi intenzivního zklidnění docházelo při zabalení do deky a zafixování rukou (poloha „mumie“). Skupinovou terapii přijímala kladně. Snažila se s dětmi navazovat kontakt dotekem a o mnou nabízené činnosti jevila menší zájem. Lepších výsledků bylo proto dosaženo při individuální formě pobytu.

5.6 Závěr výzkumného šetření

Cílem praktické části diplomové práce bylo sestavit individuálního plán pro využití metody Snoezelen u třech žáků s kombinovaným postižením. V rámci pobytu jsme se zaměřili zejména na celkové zklidnění a rozvoj komunikačních dovedností. Dále našim cílem bylo zjistit reakce žáků na multismyslové prostředí Snozelenu, analyzovat využití konkrétních prvků bazální stimulace a v poslední řadě se soustředit na posílení interakce mezi terapeutem a dítětem.

Výzkumné šetření probíhalo po dobu dvou měsíců (únor - březen 2015). Během šetření byli sledováni tři žáci s kombinovaným postižením, kteří jsou vzděláváni v základní

škole speciální. Pobyty v místnosti probíhaly jednou týdně individuální nebo skupinovou formou. Před zahájením pobytu v místnosti byla potřeba důkladného prostudování závěrů z psychologických a speciálněpedagogických vyšetření. Velkým přínosem byly rozhovory s třídním učitelem a pozorování žáků v průběhu vyučování. V závislosti na těchto zjištěných údajích byly stanoveny dlouhodobé cíle pro pobyty v místnosti Snoezelen.

Na základě získaných poznatků z výzkumného šetření lze zhodnotit výzkumné otázky následujícím způsobem:

Výzkumná otázka 1: Jakým přínosem je sestavení individuálního plánu pro metodu Snoezelen u vybraných žáků s kombinovaným postižením?

Sestavení individuálního plánu u jednotlivých žáků s ohledem na zjištěné údaje z psychologických, speciálněpedagogických vyšetření a z rozhovorů s učitelem, se stal základem pro průběh pobytu v místnosti Snoezelen u jednotlivých žáků. Díky přesně stanoveným dlouhodobým a dílčím cílům u vybraných žáků se nám podařilo zaměřit se na ty oblasti, které bylo potřeba u daného žáka rozvíjet či zlepšovat. Před každým pobytem v místnosti jsme si vymezili dva hlavní cíle, které jsme se snažili v průběhu hodiny naplnit vhodně zvolenými činnostmi. Postupovali jsme dle předem připraveného metodického listu (viz Příloha 3), který byl motivován tématem přicházejícího jarního období. Metodický list obsahuje výčet možných činností, které přímo souvisejí s tímto tématem.

Výzkumná otázka 2: Napomáhá pobyt ve Snoezelenu celkovému zklidnění, uvolnění a psychické pohodě těchto žáků?

Prostředí multismyslové místnosti Snoezelen vytváří příjemnou atmosféru důvěry a uvolnění. Tato atmosféra je navozena smyslovými podněty, které působí na prožívání příjemných pocitů uživatele. Jinak tomu nebylo ani u tří zkoumaných žáků. Z toho vyplývá, že pobyt v místnosti Snoezelen opravdu napomáhá celkovému zklidnění a psychické pohodě žáka. U všech žáků došlo v průběhu pobytu k celkovému uvolnění a relaxaci. R. byl velmi aktivní chlapec. Celkové zklidnění bylo také důvodem jeho zařazení do péče. U R. jsme celkové relaxace dosáhli pomocí doteků a masáží (míčkování). R. tyto nabízené podněty velmi kladně přijímal. Spolu s příjemnou vůní a poslechem relaxační hudby bylo dosaženo navození pocitu jistoty a bezpečí. M. si v místnosti Snoezelen našel své oblíbené místo. Byla jím houpačka pro vestibulární stimulaci. Toto místo vyhledával sám, a to i v případě, kdy byl velmi neklidný. V houpačce se vydržel houpat velmi dlouho. Došlo k celkovému zklidnění a navození pocitu spokojenosti, který projevoval úsměvem. M. se dokázal zrelaxovat i při

nabízené masáži. U A. došlo k výraznému zklidnění při závěrečném zapoložování s doplněním světelného zdroje. A. dokázala v této poloze klidně setrvat a pozorovat nabízené světelné efekty. Celkového zklidnění jsme dosáhli i pomocí masáže a doteků, které jsme doplnily použitím esenciálních vonných olejů, které přispěli k navození příjemného pocitu uvolnění.

Výzkumná otázka 3: Ovlivňuje metoda Snoezelen rozvoj komunikačních dovedností u žáků s kombinovaným postižením?

Toto tvrzení lze na základě zrealizovaného výzkumného šetření potvrdit. K celkovému rozvoji komunikačních dovedností došlo u všech vybraných žáků, i když způsob a úroveň komunikace u těchto žáků byla odlišná. U R. byla velká snaha o verbální projev při poslechu a rytmičtější říkanek. Snažil se sám o napodobování předváděných pohybů a vytleskávání rytmu. Svou radost z prováděné činnosti projevoval smíchem. R. sám dokázal navazovat tělesný kontakt, při nabídce činností vyjádřil svůj souhlas či nesouhlas. Při činnostech navazoval oční kontakt. V průběhu pobytů v místnosti Snoezelen docházelo u R. k většímu respektování pravidel a plnění zadaných úkolů než v prostředí třídy. U druhého žáka M. docházelo k rozvoji komunikačních dovedností převážně při nabídce ozvučených předmětů. V průběhu pobytu M. velmi rád a dlouho pracoval s nabízenými nástroji. Při této činnosti si broukal, vydával neartikulované zvuky. Dával jasně najevo svou libost či nelibost. Svou spokojenost vyjadřoval úsměvem. U A. jsme zaznamenali velmi kladnou reakci na poslech a rytmičtější říkanek či básniček. Při poslechu básniček a vedení rukou při pohybu si broukala a svou radost z činnosti projevovala úsměvem a celkovým pohybem těla. A. v průběhu navazovala tělesný kontakt jak s učitelem, tak se spolužáky.

Výzkumná otázka 4: Do jaké míry pomáhá využívání metody Snoezelen k posílení vzájemného vztahu mezi terapeutem a dítětem?

I na tuto otázku nalezneme odpověď v rámci výzkumného šetření. V průběhu pobytu v místnosti jsme zaznamenali pozitivní rozvoj v interakci mezi sledovaným žákem a učitelem. R. měl v průběhu pobytu zájem o nabízené činnosti, spolupracoval a sám navazoval kontakt. Rád se nechal hladit a masírovat. Při závěrečné relaxaci vyhledal tělesný kontakt, čímž došlo ke zklidnění a následnému uvolnění. U M. se výrazně zlepšilo tolerování nabízeného kontaktu. Přesuny do místnosti Snoezelen u něj probíhaly pomocí tranzitní karty a vedením za ruku. M. tento kontakt bez problémů přijímal. Dříve veškerý tělesný kontakt odmítal, reagoval na něj bouchnutím a křikem. V průběhu pobytu v místnosti byl schopen bez

problémů přijmout kontakt na ruce a rameni. V průběhu skupinové terapie kontakt se spolužáky nenavazoval, ale jejich přítomnost v místnosti toleroval. U A. docházelo k nárustu zájmu o nabízené činnosti. Velmi ráda poslouchala zvuk rytmických nástrojů, dokázala vyvinout úsilí, aby předmět dostala. Při předvádění pohybu pomocí vedení rukou projevovala radost úsměvem a kýváním celého těla. Dokázala se déle při nabízených činnostech soustředit. K celkovému zklidnění a uvolnění docházelo pomocí doteků, hlazení a při blízkém tělesném kontaktu. Fyzický kontakt vyhledávala jak s učitelem, tak se spolužáky.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřila na problematiku metody Snoezelen jako podpůrné metody při výchově a vzdělávání žáků s kombinovaným postižením. Cílem práce byla tvorba individuálního plánu pro metodu Snoezelen u tří konkrétních žáků s kombinovaným postižením na základní škole speciální. Tyto plány jsme následně aplikovali ve speciálně upraveném prostředí Snoezelen místnosti. Realizace plánů probíhala po dobu dvou měsíců, jedenkrát týdně, individuální či skupinovou formou. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že předem připravený plán je předpokladem k vhodně vedenému a strukturovanému pobytu v místnosti Snoezelen. Z psychologických, speciálněpedagogických vyšetření se nám podařilo stanovit konkrétní dlouhodobé i dílčí cíle u každého žáka. Ty jsme v průběhu pobytů ve Snoezelen prostředí naplňovali. Zaměřili jsme se převážně na dva hlavní cíle, a to celkové zklidnění, relaxaci a rozvoj komunikativních dovedností u vybraných žáků. Z výzkumného šetření vyplývá, že Snoezelen pobyty měly pozitivní účinek na celkové zklidnění a uvolnění žáků. Působení vhodně zvolených smyslových podnětů vedlo k navození příjemných pocitů jistoty, bezpečí a ponoření se do atmosféry pro celkovou relaxaci. Při nabídce vhodně zvolených činností se nám podařilo rozvíjet komunikativní dovednosti u žáků.

Diplomovou práci jsme rozdělili na teoretickou a praktickou část. První kapitola teoretické části pohlíží na problematiku kombinovaného postižení. Pozornost byla věnována terminologickému vymezení, klasifikaci pojmu a příčinám vzniku tohoto postižení. Ve druhé kapitole došlo k vymezení pojmu mentální postižení a jeho kombinace s postiženími dalšími. Edukací žáků s kombinovaným postižením, legislativnímu vymezení vzdělávání a formou vzdělávání se zabývá třetí kapitola teoretické části. Poslední kapitola se zaměřuje na koncept Snoezelen-MSE, na jeho terminologické vymezení, historii a uvádí základní principy práce s touto metodou.

Praktická část byla realizována kvalitativním výzkumným šetřením, které pobíhalo v Základní a Mateřské škole speciální v Kroměříži. Obsahuje charakteristiku výzkumného prostředí a kazuistiky žáků. U tří vybraných žáků byl vytvořen individuální plán pro metodu Snoezelen. Byly také stanoveny hlavní a dílčí cíle pobytu v místnosti, které vycházely z údajů psychologického a speciálněpedagogického vyšetření. Tyto cíle byly u konkrétních žáků vymezeny s ohledem na jejich individuální potřeby a zájmy.

Věříme, že poznatky získané v diplomové práci povedou k lepšímu pochopení významu konceptu Snoezelen ve výchově a vzdělávání žáků s kombinovaným postižením. Předem připravený individuální plán s dobře promyšlenými cíli vede k vhodně vedenému

pobytu v místnosti, který může přispívat k rozvoji celkové osobnosti žáka. Námi sestavené plány budou nadále sloužit jako podklad pro vytváření struktury pobytu v místnosti Snoezelen u tří vybraných žáků v Základní a Mateřské škole speciální v Kroměříži.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDOVÁ, Petra. *Základy somatopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 52 s. ISBN 978-80-244-2620-4.

FAJMONOVÁ, Jana, CHOVANCOVÁ, Miroslava. *Možnosti využití snoezelen při práci s žáky v základní škole speciální*. 1. vyd. Praha: IPPP ČR, 2008. ISBN 978-80-86856-39-1.

FIALOVÁ, Ilona, OPATŘILOVÁ, Dagmar a PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. 222 s. ISBN 978-80-7315-233-8.

FILATOVA, R., JANKŮ, K. *Snoezelen*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.

FILATOVA, Renáta. *Snoezelen-MSE*. Vyd. 1. [Frýdek-Místek]: Kleinwächter Josef, 2014. 160 s. ISBN 978-80-905419-3-1.

FOWLER, Susan. *Multisensory Rooms and Environments*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. 256 s. ISBN: 978-1-84310-462-9.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra et al. *Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami: se specifickými poruchami učení a chování, s mentálním postižením (v MŠ i ZŠ), se sociálním znevýhodněním, z cizojazyčného prostředí*. 1. vyd. Praha: D + H, 2009. 158 s. ISBN 978-80-87295-00-7.

KANTOR, Jiří a JURKOVIČOVÁ, Petra. *Základy speciální pedagogiky osob s omezením hybnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 91 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3710-1.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 224 s. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

KRAUS, Hanuš a kol. *Kompendium očního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997, 341 s. ISBN 80-7169-1.

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 344 s., [6] s. obr. příl. ISBN 80-247-1018-8.

- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 74 s. ISBN 80-244-0991-7.
- KUCHARSKÁ, Anna et al. *Školní speciální pedagog*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 223 s. ISBN 978-80-262-0497-8.
- LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Vyd. 1. Praha, 1972
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Vzdělávání hluchoslepých*. 1. vyd. Praha: Scientia, 2000, 74 s. ISBN 80-718-3225-1.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU, 2005, 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
- PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a kol. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-0873-2.
- RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6
- SOURALOVÁ, E.; LANGER, J. *Surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 46 s. ISBN 8024410842
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky: Vysokoškol. učeb. pro ped. fak.* 6. vyd. Praha, 1986
- SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. Praha: SPN, 1978. ISBN 14-804-78.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003, 187 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8821-X.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011, 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.

VANČOVÁ, Alica. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. 1. Vyd. Bratislava: Kinezis Klub Tatry, 2010. ISBN 978-80-970228-1-5.

VÁŠEK, Štefan, VANČOVÁ, Alica, HATOS, Gyula a kol. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 1999. ISBN 80-967180-4-5.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

VITÁSKOVÁ, K. *Využití multismyslové metody SNOEZELEN u osob s mentálním postižením*. Disertační práce. Brno: PdF MU, 2007. 270 s.

Internetové zdroje:

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY: *Zákon č. 561/2004 sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY: *Vyhláška č. 72/2005 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY: *Vyhláška č. 116/2011 sb. kterou se mění vyhláška č. 72/2005 sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-72-2005-sb>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY: *Vyhláška č. 73/2005 Sb. O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* [online]. [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY: *Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb. O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*[online]. [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-147-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-73-2005-sb>.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY: *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální* [online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-obor-vzdelani-zakladni-skola>

SNOEZELEN-MSE: *O ISNA-MSE* [online]. [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: <http://www.snoezelen-mse.cz/index.php/o-isna-mse>

SNOEZELEN-MSE: *Prezidentka ISNA-MSE ČR/SR* [online]. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://www.snoezelen-mse.cz/index.php/zastupce-isna-mse-cr-sr>

SNOEZELEN, *Informační a servisní portál k práci v multisenzorickém prostředí: Teoretický úvod* [online]. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://snoezelen.sk/cz/co-je-snoezelen-teoreticky-uvod/>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Snoezelen efekt	42
Obrázek 2 Snoezelen místnost v ZŠ a MŠ speciální Kroměříž.....	51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Vybavení místnosti Snoezelen v ZŠ a MŠ speciální Kroměříž.....	85
Příloha 2 Pomůcky používané při práci ve Snoezelenu.....	87
Příloha 3 Metodický list pro pobyt ve Snoezelenu	88
Příloha 4 Osobní záznamová arch pro pobyt ve Snoezelenu	90
Příloha 5 Písemný souhlas rodičů s výzkumným šetřením.....	91

Příloha 1 Vybavení místnosti Snoezelen v ZŠ a MŠ speciální Kroměříž



Vodní bublinkový sloup



Závěsná optická vlákna



Projekce ze Space projektoru – modro-zelený kotouč a závěsná optická vlákna



Hudební koutek s houpačkou pro vestibulární stimulaci

Příloha 2 Pomůcky používané při práci ve Snoezelenu



Pomůcky pro práci v místnosti Snoezelen

Příloha 3 Metodický list pro pobyt ve Snoezelenu

TÉMA: JARO NÁZEV: Jarní deštník	
1. Přivítání	Zvonek Koshi, Voda 1x
2. Seznámení s tématem	<p>Básnička o dešti</p> <p>Smráká se, stmívá se, - krouživé pohyby rukou (jako když „čaruje“) mraky se valí.</p> <p>Z těch mraků právě teď - ťuknutí ukazováčkem do dlaně dvě kapky spadly.</p> <p>Další se přidaly, - ťukání prsty na stehna - už prší, leje,</p> <p>kdo sedí pod střechou, - z rukou naznačit stříšku nad hlavou dešti se směje.</p>
3. Uvědomování si své osoby	<p>Říkanka o deštníku</p> <p>Ťuká, ťuká, deštík, na široký deštník.</p> <p>Ťuká, ťuká prstíkem, kdo je pod tím deštníkem? JÁ + doplnit jméno dítěte</p>
4. Rytmizace na bubínek	<p>Dešťové kapičky</p> <p>Dešťové kapičky, dostaly nožičky. Běhaly po plechu, dělaly neplechu. Macek spal v okapu, šláply mu na tlapu.</p>
5. Poslech a tolerování zvuků různé intenzity	Na bubínek – deštík ťuká lehce, potichu, průtrž mračen silně, nahlas.

6. Dechové cvičení	Foukání brčkem do vody – voda po dešti teče, bublá.
7. Rytmizace na dřívka	Písnička Prší, prší.
8. Práce s měkkou terapeutickou plastelínou	Po dešti je bláto, zem je měkká.
9. Relaxace s vestibulární stimulací a poslechem písničky	Vnímání houpavých pohybů vodního lůžka – dešťová kapka spadla na Zem, stekla do potůčku, s potůčkem do řeky, s řekou do moře, tam se houpala na vlnách. Doprovázíme zpěvem: 1. <i>Voda, voděnka hladí oblázky.</i> //: <i>Takové je pohlazení, takové je pohlazení od lásky.://</i> 2. <i>Kdo se té vody jednou napije.</i> //: <i>Ten své srdce neuhlídá, ten své srdce neuhlídá, ztratí je.://</i> 3. <i>Větre, větríčku, běžíš po poli.</i> //: <i>Pofoukej mi mou hlavičku, pofoukej mi mou hlavičku, ať nebolí.://</i> 4. <i>Když se dvě srdce šťastně potkají.</i> //: <i>Na voděnce chladné ledy, na voděnce chladné ledy pukají.://</i>
10. Rozloučení	Zvonek Koshi, Voda 1x

Příloha 4 Osobní záznamový arch pro pobyt ve Snoezelenu

JMÉNO:	ROČNÍK:	ŠKOLNÍ ROK:
Základní charakteristika žáka		
Důvod zařazení do péče		
Terapeutický (dlouhodobý) cíl		
Zhodnocení terapeutického cíle		

ZÁZNAM JEDNOTLIVÝCH POBYTŮ		JMÉNO ŽÁKA:	List č.
Datum:	Náplň pobytu	Průběh pobytu + Zhodnocení	
Délka pobytu:			
Typ:	Individuální odlišnosti od metodického listu:		

Příloha 5 Písemný souhlas rodičů s výzkumným šetřením

Dobrý den,

jsem studentkou 5. ročníku Pedagogické fakulty v Olomouci. K vypracování mé závěrečné diplomové práce jsem si vybrala spolupráci se ZŠ a MŠ speciální v Kroměříži. Tímto bych Vás chtěla požádat o svolení k nahlédnutí do příslušných spisů jednotlivých žáků, které mi pomohou k dokončení mé práce. Slibuji, že zjištěné údaje budou použity jen pro účely mé práce. Nebudou použita konkrétní jména, pouze nejpotřebnější údaje.

Děkuji, Mrhálková Lucie

Podpis rodičů:

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mrhálková Lucie
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Snoezelen jako podpůrná metoda při výchově a vzdělávání žáků s kombinovaným postižením
Název v angličtině:	Snoezelen as a Supporting Method for Training and Educating Pupils with Multiple Disabilities
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá konceptem Snoezelen jako podpůrné metody při výchově a vzdělávání žáků s kombinovaným postižením. Teoretická část vymezuje pojem kombinované postižení, zabývá se edukací těchto žáků, přibližuje problematiku metody Snoezelen. Praktická část se zabývá tvorbou individuálního plánu pro metodu Snoezelen u vybraných žáků s kombinovaným postižením. Vymezuje hlavní a dílčí cíle, které jsou ověřovány v průběhu přímé práce s žáky.
Klíčová slova:	Kombinované postižení, edukace žáků s kombinovaným postižením, mentální postižení, koncept Snoezelen
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the concept of Snoezelen as a supporting method for the education of pupils with severe disabilities. The theoretical part defines the concept of combined disability, deals with the education of these students and informs about Snoezelen method. The practical part deals with the creation of an individual plan for Snoezelen method for selected pupils with multiple disabilities. It defines the main and sub-goals that are verified during direct work with students.
Klíčová slova v angličtině:	Several disabilities, Education of pupil with several disabilities, Mental disability, The concept of Snoezelen

Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Vybavení místnosti Snoezelen v ZŠ a MŠ speciální Kroměříž Příloha 2 Pomůcky používané při práci ve Snoezelenu Příloha 3 Metodický list pro pobyt ve Snoezelenu Příloha 4 Osobní záznamová arch pro pobyt ve Snoezelenu Příloha 5 Písemný souhlas rodičů s výzkumným šetřením
Rozsah práce:	84 stran + 7 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk