

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Hrůzová Renata

Speciální pedagogika předškolního věku

Edukační proces dětí s těžkým kombinovaným postižením v předškolním zařízení rehabilitačního stacionáře

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Edukační proces dětí s těžkým kombinovaným postižením v předškolním zařízení rehabilitačního stacionáře“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce za použití pramenů, uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci dne 18. 4. 2015

.....

Poděkování:

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Jiřímu Kantorovi Ph.D. za odbornou pomoc i za poskytnuté cenné rady.

Renata Hřůzová

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Zdravotní postižení.....	7
1.1 Postižení, základní dělení	7
1.2 Mentální a tělesné postižení.....	10
2 Dítě se zdravotním postižením.....	20
2.1 Osobnost dítěte	20
2.2 Rodina a její působení	22
3 Výchova a vzdělávání dětí s postižením.....	25
3.1 Historie, typy zařízení	25
3.2 Výchovné a vzdělávací procesy	26
PRAKTICKÁ ČÁST	
4 Problematika edukačního procesu dětí s těžkým kombinovaným postižením v předškolním zařízení rehabilitačního stacionáře	35
4.1 Cíl projektu, metodologie	35
4.2 Charakteristika zařízení.....	36
4.3 Charakteristika souboru	44
4.4 Vlastní šetření	45
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	68
SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ, PŘÍLOH.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	74
PŘÍLOHY	
ANOTACE	

ÚVOD

Dětem s postižením a edukační činnosti se věnuji již více než 25 let, proto jsem si zvolila tuto tematiku i k psaní bakalářské práce. V mateřské škole speciální mám na starosti děti s mentálním a kombinovaným postižením. Děti, které jsou předmětem této práce, mají těžké kombinované postižení, takže práce s nimi je obzvlášť náročná – každý, i drobný pokrok, je pro ně velkým úspěchem. Tato práce podává přehled edukačních činností, které jsou s dětmi vykonávány, a jejich přínos pro rozvoj dětí.

Hlavním cílem práce bylo zmapování edukačních činností, které jsou s dětmi s těžkým kombinovaným postižením vykonávány v rámci předškolního zařízení, a analýza jejich výsledků. Dílčími cíly bylo studium a analýza odborné literatury, aplikace praktických činností a jejich soupis, a vytvoření případových studií vybraných dětí. Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol, z nichž tři jsou teoretickými východisky pro část praktickou.

První kapitola se věnuje postižení – rozděluje obecně postižení, následně se zaměřuje na mentální a tělesné postižení, které jsou stěžejními pro praktickou část. Uvádí definice a klasifikace jednotlivých druhů postižení podle různých kritérií, poukazuje na problémy, které sebou konkrétní postižení přináší.

Druhá kapitola nabízí pohled na dítě s postižením – na osobnost a problematiku postižení, která má vliv na vývoj a rozvoj dítěte. Důraz je kladen na předškolní věk, který je předmětem praktické části práce. V této kapitole jsou nastíněny i rodinné a sociální vlivy, formující dítě do dalšího života.

Zařízení, které se věnují vzdělávání a výchově dětí s postižením, jsou uvedena ve třetí kapitole. V této části bakalářské práce je nastíněna i školská problematika – zákony a vyhlášky, na kterých je vzdělávání závislé. Protože součástí praktické části je i analýza školské dokumentace vybraných dětí, je v této kapitole uvedena i školská dokumentace, daná zákonem.

V praktické části je uveden cíl a metodologie, je zde popsáno zařízení, ve kterém šetření a pozorování probíhalo. Případové studie, získané polostrukturovanými rozhovory s týmem,

podílejícím se na edukaci a výchově, přiblíží problematiku dětí s těžkým kombinovaným postižením, kterými se výzkum zabýval. K šetření byly použity kvalitativní metody – využity byly polostrukturované rozhovory, metody přímé práce a aktivního pozorování, analýza odborné literatury.

Závěr shrnuje získané poznatky a nabízí doporučení. Práce obsahuje i přílohy, které na fotografiích ukazují přímou práci s dětmi s těžkým postižením, poskytovanou v dětském rehabilitačním stacionáři.

TEORETICKÁ ČÁST

Tato část práce vychází z teoretických poznatků o postiženích a jeho dopadech na osobnost člověka. V další části ukazuje možnosti edukace a výchovného působení na lidi s postižením.

1 Zdravotní postižení

Během svého života potkáváme lidi, kteří se něčím odlišují od majoritní společnosti – je jedno, zda jde o přistěhovalce, bezdomovce, Rómy, známé herce, zpěváky či politiky. Stejně je to i s lidmi s postižením – dříve bychom je na ulicích nepotkali, zato dnes se s nimi setkáváme zcela běžně – stali se jako ostatní minority součástí společnosti. S měnícím se názorem veřejnosti na tyto osoby se konečně dostáváme k tomu, že je přestáváme vnímat se známou nálepkou postižený, příp. vozíčkář, Down, autista...

1.1 Pojem postižení, základní dělení

Výklad pojmu postižení není stále jednotný, proto může být interpretován různě (Jankovský, 2001). Důležitou změnou, která je v terminologii zaznamenána, je přesun od postižení k osobnosti – hovoří se nejprve o jedinci, teprve poté je případně přidáno i jeho postižení – jde tedy o osobu s mentálním postižením, ne o mentálně postiženou osobu. I když tento posun ve vnímání není zcela nový – byl zmíněn již v roce 1967 na prvním kongresu Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace v Montpellieru (Valenta, Müller, 2013), do mnohých ordinací a zařízení ještě nepronikl, takže se často i v odborných kruzích setkáme s terminologií již překonanou. Jankovský (2001) uvádí, že v dřívějších dobách bylo vnímání osob s postižením postaveno na zařazení do kategorií, od nichž se odvíjela další výchovná i edukační opatření. V dnešní době je tedy postižení vnímáno jako dimenze, dávající životu určitou kvalitu, rozměr. Následkem poškození části organismu je narušení psychické, fyzické a sociální pohody, čímž je zásadně narušena kvalita života. Postižení je vnímáno jako dlouhodobá nevratná změna zdravotního stavu.

Klasifikace funkčních schopností

Světová zdravotnická organizace (WHO) zavedla na svém 54. zasedání Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a hendikep (ICIDH: International Classification of Impairment, Disability and Handicap, původní verze je z roku 1980) některé pojmy, vázající se k postižení (Jankovský, 2001):

- ✓ *handicap*: znevýhodnění, omezující či snižující výkonnost člověka, což se projevuje hlavně v sociální oblasti změnou role; tento pojem byl nahrazen termínem restringovaná (omezená) participace (účast).
- ✓ *impairment*: porucha na orgánové či systémové úrovni – může jít o poškození, abnormalitu, poruchu či ztrátu na somatických i psychických strukturách;
- ✓ *disability*: porucha, snížení aktivity na úrovni komplexnosti jedince – následkem poškození není možno vykonávat aktivity běžným způsobem. V roce 1977 byl tento pojem nahrazen pojmem *activity*.

V polovině 90. let WHO přistupuje na spolupráci i s lidmi s postižením při nové revizi – do té doby se na její tvorbě podíleli pouze lékaři. Uznává zdravotní postižení jako otázku lidských práv a přistupuje na hodnocení nejen z hlediska poruchy a funkce, ale i sociálních vlivů, které se stávají také předmětem jejich klasifikace. (Infoposel [online]) Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je preferován pojem porucha před pojmem nemoc – nemoc je dle Zvolského (1994) „*syndrom se známou příčinou, průběhem či patofyziologickým mechanismem*“. Podle Valenty (2013) není v revizi zmíněn pojem handicap, který je často frekventovaný ve speciální pedagogice, ale od toho se právě pod myšlenkou, že „*lidé nejsou handicapováni, ale společnost je do handicapujících situací uvádí*“, (Müller a kol., 2014, s. 412) upustilo.

Definice disability (funkčních schopností organismu) podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) byla přijata v Praze v roce 2006: „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.*“ (MPSV [online]) S přijetím tohoto pojetí se mění přístup k lidem s postižením – v popředí již nestojí osoba se svým postižením, ale popis a klasifikace situací v okolnostech, se kterými se člověk setkává, a které mají vztah ke zdraví. Kromě tohoto přináší zavedením jednotného hodnocení zdraví a disability porovnatelná data, a tím i hodnotitelnou metodiku. (MPSV [online], s. 9) MKF je rozdělena na čtyři velké komponenty – „*tělesné funkce a tělesné struktury, dále na aktivity a participace, faktory prostředí a osobnost*“. (Müller a kol., 2014, s. 413) Cílem nové

klasifikace bylo přinést standardy ve vyjadřování – v popisování zdraví a stavů, vztahujících se k životní pohodě. MKF a MKN-10 se doplňují – v MKN jsou vypsány diagnózy nemocí či zdravotních problémů (informace o mortalitě nebo morbiditě), v MKF jsou doplňující informace o různých oblastech lidských funkčních schopnostech a disability (jejich omezení). MKF je využitelná i v jiných oborech – v ekonomice, pojišťovnictví, v sociální politice ad. Samozřejmostí je její využití ve vzdělávání, např. při tvorbě osnov pro žáky se specifickými vzdělávacími potřebami, a při výchově. V kapitole 3 Dvoustupňové klasifikace MKF je myšleno i na učení a aplikaci znalostí, mezi něž patří např. naslouchání či jiné účelné vnímání, učení se čtení, psaní a počítání, ale i řešení problémů, učení a aplikace znalostí. ((MPSV [online] s. 51)

Novela školského zákona č. 561/2004, jejíž platnost se chystá od 1. 9. 2016, v § 16 zmiňuje množství podpůrných opatření dítěte/ žáka/ studenta (PSP [online]) B. Kartous (Literární noviny [online]) komentuje, že *„rozhodující nebude diagnóza mentálního a kognitivního stavu dítěte, ale aplikace podpůrných opatření, která mu vzdělávání usnadní“*. Novela školského zákona uvádí, že: *„(1) Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření... (3) Podpůrná opatření podle odstavce 2 písm. a) až h) se člení do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti.“* (INKLUZE [online]) Integraci tedy provází množství podpůrných opatření, které dítě/ žák/ student potřebuje. (Relax. Lidovky [online]) Mezi podpůrná opatření patří např. vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (IVP), využití asistenta pedagoga, vzdělávání ve stavebně upravených prostorech, poradenství školského poradenského pracoviště, úprava hodnocení, použití kompenzačních pomůcek, úprava podmínek k přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání atd. (PSP [online])

Základní dělení postižení

Všeobecně můžeme postižení dělit dle více kritérií. Protože je v této práci zmiňováno těžké kombinované postižení, přináší tato kapitola dělení a základní informace, které přispějí hlavně k pohledu na tento druh postižení.

Postižení lze dělit podle různých kritérií:

a/ podle druhu postižené oblasti či smyslu;

- b/ podle stupně postižení;
- c/ podle typu postižení;
- d/ podle příčiny vzniku;
- e/ podle doby vzniku.

Ad a/ Podle druhu postižené oblasti či smyslu dělíme postižení na:

- ✓ mentální: opoždění rozumového vývoje spojené s problémy v adaptačních procesech, což se negativně odráží i v myšlení v abstraktní rovině (srov. Bartoňová et al., 2007; Švarcová, 2006; Černá, 2008);
- ✓ tělesné – somatické: poruchy nervového, pohybového a nosného aparátu, následkem čehož je narušen psychomotorický výkon, což se může projevit i v sociální a psychické oblasti (Jankovský, 2001);
- ✓ smyslové: - zrakové
- sluchové
- ✓ vady řeči;
- ✓ kombinované (ve školské terminologii souběžné postižení více vadami) – kombinace dvou a více druhů postižení různého stupně;
- ✓ poruchy autistického spektra (dále i PAS).

Dělení se může v jednotlivých druzích postižení měnit, proto je další klasifikace uvedena u konkrétních druhů postižení v další kapitole.

1.2 Mentální a tělesné postižení

V předškolním zařízení, které je předmětem práce, jsou umísťovány děti s mentálním či kombinovaným postižením (souběžným postižením více vadami), u kterého převažuje postižení mentální, proto je v této části zmíněna právě tato kombinace postižení.

Mentální postižení

Pojem mentální retardace byl přijat v roce 1959 na konferenci WHO v Miláně. Je odvozen z latinského mens = mysl, rozum, a retardio = zaostávat, opožďovat, takže by jej bylo možno přeložit jako opoždění rozumového vývoje. Definic mentálního postižení je více, a ne všechny jsou úplně shodné: „*Mentální retardace je označení jistého vrozeného defektu*

rozumových schopností. Kromě zaostávání v rozumovém vývoji u takto postižených jedinců dochází i k odlišnému vývoji některých psychických vlastností i k poruchám v adaptačním chování“. (Fischer, Škoda, 2008, str. 91; srov. Švarcová, 2006) Podle MKN-10 je mentální postižení vymezeno jako „stav zastaveného nebo neúplného psychického vývoje, který charakterizuje zejména narušení schopností, projevujících se v průběhu vývojového období, přispívajících k celkové úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových a sociálních schopností“.

(ÚZIS, [online])

Vzhledem k tomu, že se práce věnuje školské oblasti, je důležitá definice M. Dolejšího (1978; Bazalová in Pipeková, 2010, s. 289): „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí, postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnapadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení.*“ I přes jistou nejednotnost je většinou shoda v tom, že jedinci s tímto postižením mají sníženou úroveň rozumových schopností, z čehož plyne problematičtější adaptace na životní podmínky. Shoda panuje i v trvalosti tohoto stavu a v jeho vrozenosti, příp. získání do dvou let věku dítěte. (Müller, Valenta, 2003; Pipeková, 2010)

Etiologie

„*Příčinou mentální retardace je postižení centrálního nervového systému, dále CNS, které může vzniknout různým způsobem, přičemž etiologie se projeví kvantitativně či kvalitativně v klinickém obraze“.* (Fischer, Škoda, 2008, str. 92) Vágnerová (2004) a Pipeková (2010) jako příčiny vzniku mentálního postižení uvádí dědičnost – defekt vzniklý poruchou struktury či funkce genetického aparátu, anomálie či poruchy na chromozomech, dále v prenatálním období působení teratogenních vlivů, úrazů či infekce matky. V perinatálním období upozorňují na protražované porody, nízkou porodní hmotnost či asfyxii. Možnou příčinou postnatálního vzniku retardace je i poškození mozku, způsobené virovými či bakteriálními záněty mozku či mozkových blan, úrazy, krvácení do mozku ad., vzniklé do dvou let věku dítěte. Výchovné problémy – nedostatečnou či nepřiměřenou výchovu nepovažuje Vágnerová (2004) za možnou příčinu vzniku mentální retardace.

Klasifikace

K rozlišení stupně mentálního postižení slouží standardizované skóre - inteligenční kvocient (dále jen IQ), který je měřitelný pomocí různých diagnostických nástrojů. V případě mentálního postižení jde o snížení IQ, tzn., že hodnoty IQ se nachází pod průměrnou hodnotou, určenou Gaussovou křivkou (Tabulka 1). „Kvantitativní hodnocení inteligence poskytuje pouhý globální odhad schopností, určující pozici mentálně postiženého člověka k populační normě“ (Fischer, Škoda, 2008, str. 93).

Tabulka 1: Rozdělení mentální retardace podle stupně postižení (srov. Švarcová, 2006; Černá, 2008; Pipeková, 2010; Fischer, S., Škoda, 2008)

Kód dle MKN - 10	Slovní označení	Pásmo IQ
F70	lehká mentální retardace	IQ 50 – 69
F71	střední mentální retardace	IQ 35 – 49
F72	těžká mentální retardace	IQ 20 – 34
F73	hluboká mentální retardace	IQ méně než 20
F78	jiná mentální retardace	
F79	nespecifikovaná (neurčitá) mentální retardace	

Pozn.: Kódování pomocí písmene a číslice označuje druh postižení – mentální retardaci, písmeno F specifikuje obor – psychiatrii.

Toto kódování je možno doplnit o další kód, který může vyjadřovat poruchu chování (Müller, Valenta, 2003):

- ✓ 0. – žádná (minimální) porucha chování;
- ✓ 1. – významná porucha chování vyžadující pozornost nebo léčbu;
- ✓ 8. jiná porucha chování;
- ✓ 9. bez zmínky o poruše chování.

Dalším klasifikačním kritériem může být podle Bazalové (in Pipeková, 2006) typ postižení:

- ✓ eretický – nepokojný, instabilní, hyperaktivní;
- ✓ torpidní – apatický, strnulý, netečný;
- ✓ nevyhraněný – vzruchy i útlum jsou téměř v rovnováze.

Dalším z kritérií pro posuzování by mělo být i zhodnocení adaptačních funkcí ad. Stanovení stupně mentální retardace je důležité pro vzdělávací i výchovnou činnost s dítětem, ale i pro

stanovování množství podpůrných opatření. Důležité je i pro stanovování dávek státní sociální podpory.

Lidé s mentálním postižením mají podle Dolejšího (1978) infantilní osobnost, jejich chování je rigidní, může být úzkostné, proto je zapotřebí dbát na jejich potřebu bezpečí a uspokojení. Jejich pozornost je těkavá, ulpívají na detailech, mají malou srovnávací schopnost. „*Pro vývoj osoby s mentální retardací může být charakteristická disproporce mezi zralostí rozumovou, sociální, emoční a biologickou. Důležité je upozornit, že mentální retardace není jen prosté časové opožďování duševního vývoje, ale jde při ní o strukturální vývojové změny. Nejedná se pouze o změny kvantitativní, ale i kvalitativní*“. (Dobromysl [online]). Děti, které jsou předmětem pozorování, mají těžké mentální postižení, což má všeobecně za důsledek opožďování psychomotorického vývoje, neobratnost, řeč nebývá utvořena vůbec, příp. komunikují pomocí jednoduchých slov. Bývají impulzivní, s nestálými náladami, s možností afektivního chování. Problémem se stává hygiena a její udržování. Tito jedinci jsou odkázáni na celoživotní péči ostatních. (Pipeková, in Vítková, 2004) I přes vývojové zvláštnosti, závisujícími na hloubce postižení, se tyto děti vyvíjí a prochází jednotlivými stádii vývoje, i když tato stádia jsou pomalejší a trvají déle.

Školství

Při zařazování do vzdělávání záleží na stupni mentálního postižení – děti s lehkým postižením bývají integrovány ve školách běžného proudu, příp. v základních školách praktických, děti se středně těžkým postižením a těžšími postiženími potom v základních školách speciálních, např. v MŠ spec., ZŠ spec. a PrŠ, Brno, Ibsenova.

Tělesné postižení

Motorika (hybnost) zahrnuje všechny pohybové aktivity organismu od mimovolních, přes volní, po automatismy. Poruchy motoriky se negativně odráží v kvalitě života jedince – ovlivňují jeho veškerý vývoj. I zde platí přímá úměra – čím víc je hybnost omezena, tím větší jsou negativní dopady na jedince. (Renotiérová, Ludvíková, 2002). „*Tělesná postižení jsou přetrvávající nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Řadíme mezi ně vady pohybového a nosného ústrojí, tzn. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení. Dále pak poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují narušenou hybností.*“ (Renotiérová, Ludvíková, 2002, s. 204). Pokud je nějaká část pohybové soustavy díky postižení využívána

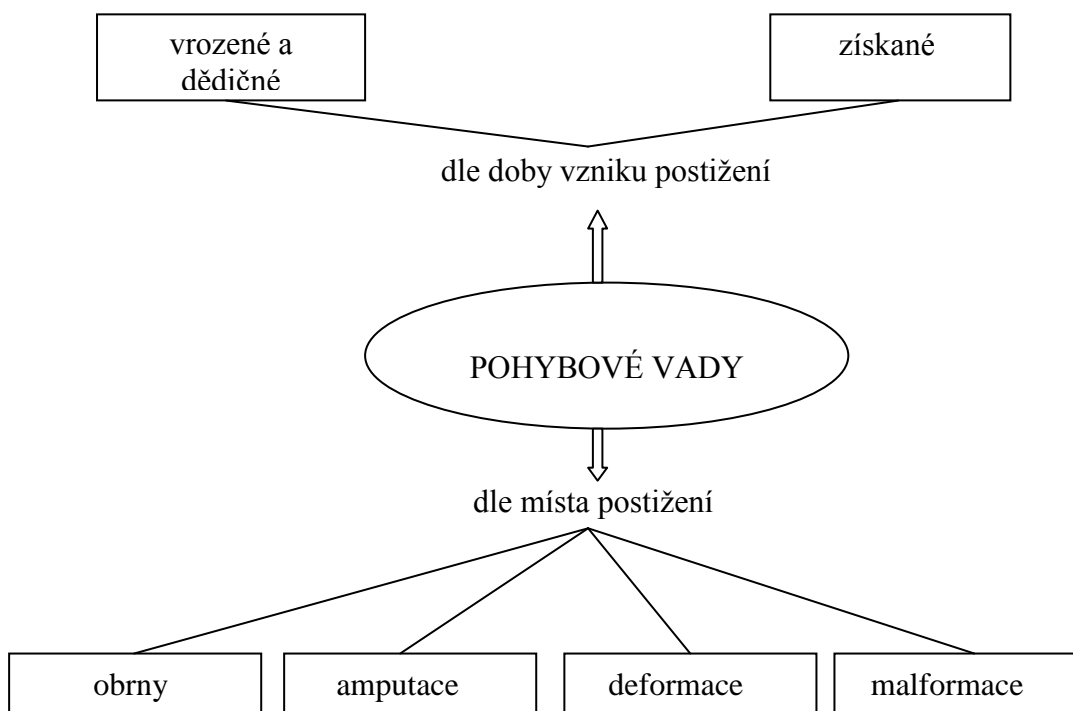
jinak, než je tomu u intaktní populace, nelze ji stejně zatěžovat, v důsledku čehož slábne a svaly atrofují. Rehabilitační cvičení, poskytované v denním rehabilitačním centru, popsané v praktické části, má za úkol i předcházet těmto problémům. Následkem omezení hybnosti nemůže dítě získávat tolik informací a podnětů z okolí jako dítě zdravé, čímž dochází i k negativnímu dopadu na jeho smyslový, rozumový i psychický vývoj. To může mít za následek i problémy se vzděláváním.

Etiologie

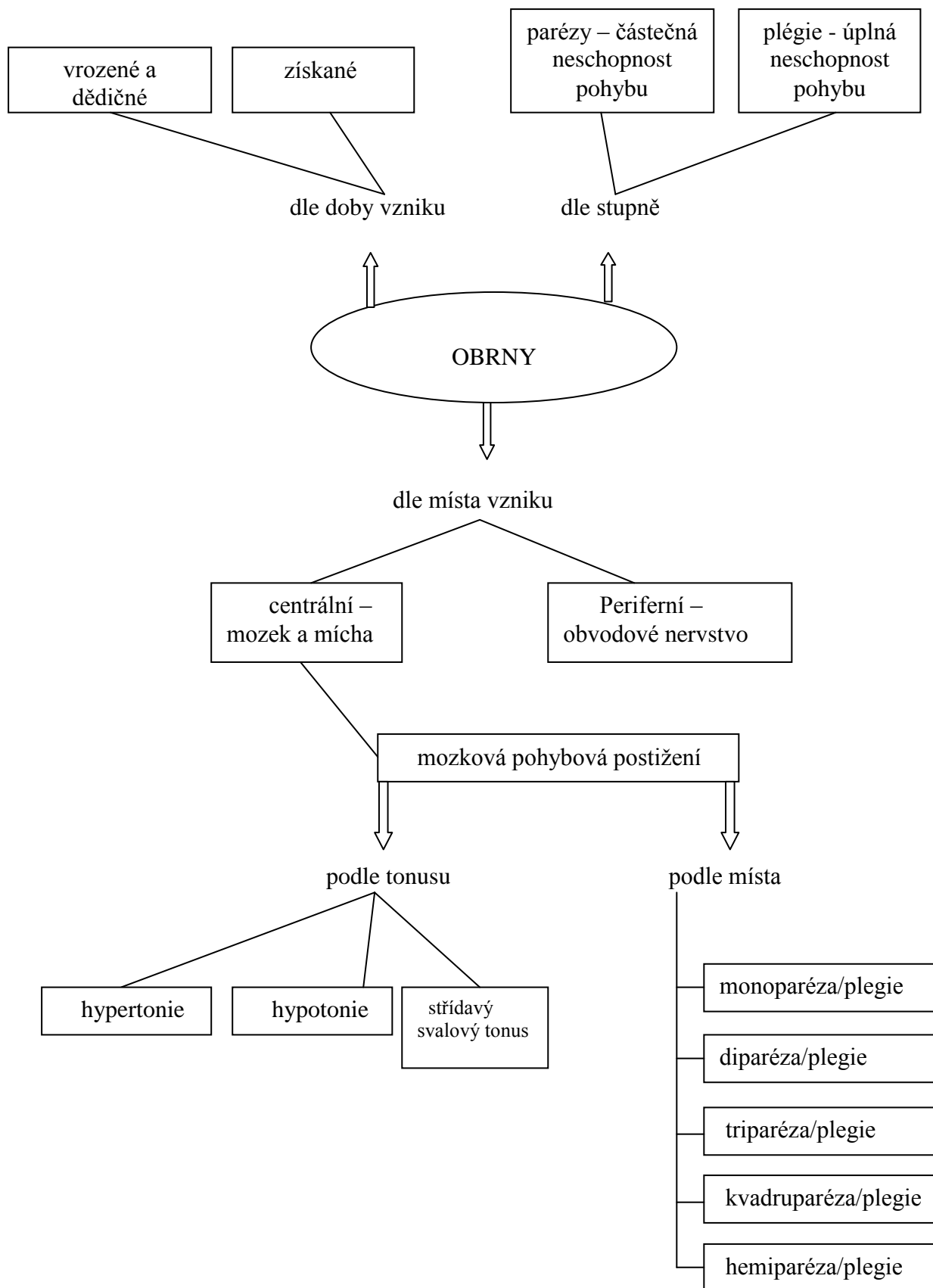
„Co se etiologie týče, DMO není dědičná ani nakažlivá. Avšak ani přes spoustu dosavadních výzkumů není vyléčitelná, a ani není známo žádné preventivní opatření“. (Fischer, Škoda, 2008, str. 38) Příčiny vzniku jsou, stejně jako u mentální retardace, prenatální, perinatální a postnatální. Prenatálními příčinami mohou být infekty a později oběhové poruchy matky. Do perinatálních řadíme porodní asfyxii spolu s komplikovanými a protrahovanými porody, např. koncem pánevním, a novorozeneckou nedonošenost i přenošenost. Infekty mozku, vzniklé v prvních měsících po narození, patří do příčin postnatálních. (Pipeková, 2006)

Klasifikace pohybových vad

Možností klasifikací je víc – liší se podle kritérií, např. podle rozsahu a stupně. Nejčastější je dělení podle vzniku nebo místa postižení – obrázek 1 a 2.



Obrázek 1: Schéma dělení pohybových vad (Vítková, in Pipeková, 2010)



Obrázek 2: Schéma dělení obrn (Vítková, in Pipeková, 2010)

Pohybové vady podle místa postižení (Vítková, 1998)

Obrny centrální a periferní – v centrální části se týkají mozku a míchy, v periferní jde o obvodové nervy. Patří sem obrny, traumatické úrazy mozku, mozkové záněty, nádory, degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy ad. Deformace – může jít o deformace lebky, hrudníku, páteře, svalů aj. Malformace – jde o vrozené vady končetin a různé růstové odchylky, řadí se sem amélie, dysmelie, fokomélie a arachnodaktylie ad. Amputace – operativní odstranění části končetiny, těla nebo orgánu.

Mozková pohybová postižení podle tonusu

Forma spastická – patří sem diparézy/plegie, hemiparézy/plegie, kvadruparézy/plegie; Pipeková (2006) dodává, že u diparézy nebývají většinou narušeny kognitivní funkce, u hemiparézy pravostranné uvádí průměrnou kognitivní kapacitu a u levostranné u cca poloviny osob posun do pásma lehké mentální retardace. V případě kvadruparézy jsou prognózy nejméně příznivé.

Forma nespastická – hypotonická a dyskinetická. „*Hypotonická forma postihuje především vnímání rovnováhy. Postižení mají špatnou pohybovou koordinaci, jejich chůze je nestabilní, o široké bázi (připomíná epileckou chůzi), chodidla pokládají nezvykle daleko od sebe s cílem zajištění vyšší rovnováhy*“ (Fischer, Škoda, 2008, str. 47) „*Dyskinetická forma je charakterizována mimovolnými pomalými krouživými pohyby. Tyto abnormální pohyby postihují obvykle ruce a nohy, v některých případech je postiženo svalstvo tváře a jazyka, což vede ke grimasám, žmoulavým pohybům úst, mlaskání apod.*“ (Fischer, Škoda, 2008, str. 46) V některých pracích je uváděna jako třetí forma i lehká mozková dysfunkce. (Fischer, Škoda, 2008, s. 39)

Mozková pohybová postižení podle místa postižení

Monoparéza/ monoplegie – jedná se o postižení jedné končetiny, jde tedy o nejméně zatěžující postižení z této škály. Postižení většinou obou dolních končetin je nazýváno diurézou/ diplegií. Triparéza/ triplegie je většinou hemiplegie s dodatečným postižením další končetiny. U tetra/kvadruplegie/parézy jde o postižení celého těla. Hemiparéza/ hemiplegie je ochrnutí vertikální – pravé nebo levé poloviny těla, často po mozkové mrtvici.

Školství

Školská zařízení pro osoby s tělesným postižením: MŠ a ZŠ pro TP Kociánka, ZŠ pro TP v Opavě, GEMINI Brno, OA, OŠ a PrŠ pro TP v Janských Lázních, SŠ F.D.Roosevelta pro TP v Brně, MŠ, ZŠ a SŠ Daneta v Hradci Králové, MŠ spec., ZŠ spec. a PrŠ, Brno, Ibsenova, Jedličkův ústav a ZŠ a SŠ v Praze. (Helpnet, [online])

Kombinované postižení

„O kombinované vadě hovoříme tehdy, jestliže jsou u dítěte diagnostikovány dva nebo více druhů postižení současně, které jsou příčinně nezávislé a omezují vývoj jedince.“ (Vítková, in Hanák, 2005, s. 15) Postižení kombinované vzniká často u dětí s vrozenou vadou, nebo s perinatálním poškozením. Osoby s kombinovaným postižením jsou nejsložitější skupinou – kombinace postižení omezuje ve všech oblastech života, přináší problémy v řešení z důvodu nutnosti stanovení nejvíce znevýhodňujícího postižení, a podle tohoto stanovení potom hledání pro jedince nejvhodnějšího edukačního procesu i školského prostředí. (Ludíková, 2005) Všeobecně platí, že čím více druhů různých postižení bylo spojeno, tím více úsilí bude zapotřebí k výchově i vzdělávání jedince. (Vítková, 2004)

Důsledky kombinovaného postižení shrnuje Vágnerová (2004) do těchto oblastí: změny v oblasti chování a emočního prožívání, změny osobnosti, poruchy kognitivních funkcí a motorické poruchy. Ludíková (2005) uvádí, že problematika osob s kombinovaným postižením, i když jde dosud o poměrně novější obor, má v pojetí speciální pedagogiky specifické postavení. Upozorňuje i na skutečnost, že vzhledem k dosud ne úplně přesně vymezené terminologii je problematičtější využívání legislativního rámce, ale i tvoření koncepce služeb. V literatuře se lze setkat s označením *kombinované postižení*, *vícenásobné postižení*, *více vad*, *kombinované vady* aj. (srov. Vašek, Vančová, Hátoš, 1999; Vítková, 2004; Švarcová, 2000; Valenta, Müller, 2003). Školská legislativa užívá název *souběžné postižení více vadami*.

Etiologie

Etiologie kombinovaného postižení je díky kombinacím faktorů různá. Prenatálními příčinami mohou být infekce – např. HIV, toxoplazmóza, cytomegalovirus, dále preeklampsie, asfyxie, toxiny, mnohočetné těhotenství, genetické vlivy a mutace ad. Do perinatálních příčin patří např. protražovaný porod, infekce během porodu, nízká porodní váha - nedonošenost aj.

Traumatická poranění hlavy, infekce, nádory mozku či otravy mohou zapříčinit kombinované postižení i postnatálně. (srov. Kraus a kol., 2005; Opatřilová, 2005; Valenta, Müller, 2007)

Klasifikace

Nejpočetnější skupinou kombinovaných postižení je mentální a tělesné postižení. Kraus a kol. (2005) na základě kvantifikace mentálního a motorického postižení rozlišuje pět skupin:

- těžká motorická porucha a těžké mentální postižení;
- těžká motorická porucha + lehké nebo střední mentální postižení;
- středně těžká motorická porucha + lehké mentální postižení;
- lehká motorická porucha + lehké mentální postižení;
- lehká porucha bez mentálního postižení.

V rámci těchto postižení mohou být přidruženy i další disability – např. smyslové postižení, další onemocnění – např. epilepsie, hydrocefalus, dále ADHD, ADD, specifické vývojové poruchy učení, poruchy řeči ad.

Školství

„Za postiženého více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený 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 speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazená do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.“ (MŠMT [online]) Zařazení do vzdělávání je závislé na druhu a stupni postižení. Největší procento dětí s kombinovaným postižením je umístěno ve speciálních školách – jde o děti se středním a těžším stupněm postižení.

„Vzdělávání žáků s kombinovaným postižením vyžaduje uplatňování speciálněpedagogických postupů a alternativních metod výuky. Tyto metody nacházejí uplatnění při rozvíjení rozumových schopností, obsluhy a dalších dovedností, zlepšování sociální komunikace, sebeobsluhy a dalších dovedností potřebných k integraci do společnosti.“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 72) Integrační snahy jsou v současnosti v popředí pozornosti – Vítková (2006) upozorňuje, že k úspěšnému uskutečnění integrace je kromě vytvoření podmínek a komplexního přístupu zapotřebí i kvalitně připravený personál. Důležité je i vybavení didaktickými, kompenzačními i technickými pomůckami, dále pomůckami pro

psaní a kreslení, k rozvoji manuálních dovedností. Samozřejmostí je v dnešní době nejrůznější technické vybavení a informační technologie.

2 Dítě se zdravotním postižením

„Všechny děti, ať se vyvíjí normálně či typicky, ať mají vývojové poruchy nebo je u nich vyšší riziko vývojových problémů, mají mnoho společných tělesných a psychických potřeb. Tyto základní potřeby musí být naplňovány, aby děti mohly prospívat a vyvíjet se podle svých nejlepších možností.“ (Allen, Marotz, 2005, s. 14) Každý člověk je originál – i děti s postižením. Stejně znaky, týkající se postižení, neznamenají, že tito jedinci jsou stejní. Jako u intaktní populace má každý své charakteristické rysy, jedinečnou osobnost. (Švarcová, 2006)

2.1 Osobnost dítěte

Psychologové se shodují, že první roky života dítěte hrají hlavní roli v jeho dalším vývoji. Během prvních dvou až tří let života se dítě nejrychleji vyvíjí a mění, osvojuje si chování typické pro člověka, vytváří si základy schopností a vědomostí pro všechny oblasti života. Při vývoji dítěte je důležité, zda se vyvíjí postupně krok za krokem. (Allen, Marotz, 2005) U dítěte s postižením tomu tak není – podle druhu postižení některé oblasti ve vývoji stagnují, některé se vyvíjí značně pomaleji. *„Schopnost dítěte učit se a uspět v nejrůznějších činnostech spočívá v souhře mezi povahou (genetická výbava) a výchovou (způsob péče, podněty a učení, jehož se mu dostává).“* (Silberg, J. 2003, s. 124)

Děti s postižením mají složitější vstup do života, a to nejen vzhledem k problematice jejich postižení, ale i díky nedůvěře a menší akceptovatelnosti dětí hlavně s mentálním a duševním onemocněním většinovou společností. Tyto postoje se stávají neviditelnou bariérou i příčinou problémů v sociálních vztazích. (Pančocha, Slepíčková, in Bartoňová a kol., 2012)

Stejně jako děti z intaktní populace, jsou i děti s postižením vystavovány během života stresu. U dětí s mentálním postižením a autismem to bývá častější – nerozumí situacím, ve kterých se ocitají, takže se potom pro ně může stát jakákoliv nová situace potenciálním stresorem. Mezi další problémy, které sebou postižení přináší, a které se negativně odráží na psychice dětí, mohou patřit problémy s navazováním vztahů, rozpad přátelství, tlaky spojené se školní docházkou, pocit odlišnosti, posměch, nereálné požadavky na chování, problémy s komunikací, obava z pocitu ztráty ad. Dlouhodobý stres v dětství nese důsledky i do

budoucná. O to důležitější jsou vazby v rodině a blízkém okolí, které mohou tyto stresové zkušenosti alespoň částečně eliminovat. (Plummer, 2013) Ve školském prostředí takové situace mohou vznikat např. při vzniku nové situace, pokud dítě něčemu nerozumí, při výskytu nové osoby – např. pokud se výuky účastní praktikující studenti, při stresové situaci jiného dítěte, ve chvílích nepohody fyzické i psychické atd. Na řešení těchto situací pomáhají relaxační techniky, hry, aktivní relaxace, pozitivní dotek – např. masáž ad., které mohou probíhat v prostředí snoezelenu.

Abychom se vyhnuli stresovým situacím, je dle Newmana (2004) dobré řídit se tipy na jednání s dítětem s postižením:

- ✓ dát dítěti na zvládnutí úkolu více času;
- ✓ řídit se heslem „Opakování je matka moudrosti“;
- ✓ nenechat se odradit nedostatečnou reakcí;
- ✓ při činnostech zapojovat více smyslů;
- ✓ budovat řád, ale nevylučovat občasně změny;
- ✓ neulpívat na jedné dovednosti;
- ✓ zajišťovat flexibilitu v dovednostech (přenos dovednosti i na jiný předmět, na jinou situaci);
- ✓ dokončovat započaté činnosti;
- ✓ dovolit si občas vstoupit i do světa dítěte;
- ✓ neočekávat velké věci najednou, radovat se z malých krůčků.

Aby se dítě stalo sebevědomější, samostatnější, a snáze si poradilo s problémy a nenadálými situacemi, zastává Rogers (1961) myšlenku, že se musí vztah k dítěti vyznačovat kongruencí (transparentností) a empatií (schopností vcítit se). Důležité ve vztahu je i bezpodmínečné přijetí dítěte coby jedinečné osobnosti.

„Mentálně postižený je originální jedinec, který je však uvnitř skupiny stejně postižených osobností sui genesis, vyznačující se specifickými zvláštnostmi biologické, psychologické i sociální povahy. Ty se projevují především v jeho vztazích k prostředí uvnitř i vně skupiny přibližně stejně postižených jedinců. A tak se na jedné straně setkáváme s osobností člověka, mající mnoho shodných znaků ve všeobecně lidských nebo pro daný defekt typických charakteristikách, na druhé straně s jedinečnou osobou s mentální retardací, která se

specificky rozvíjí a prožívá život způsobem sobě vlastním, od každého druhého jedince odlišným“. (Kvapilík, Černá, 1990, s. 9-10)

Předškolní období, kterým prochází pozorované děti, trvá u dětí z intaktní populace od 3 do 6 let. U dětí s mentálním postižením je toto období prodlouženo o cca 4 – 5 let. Typickou činností pro toto období je hra, stejně jako je tomu u intaktních dětí, která ale bývá málo vynalézavá, děti mohou být neklidné s roztržitými zájmy, nebo naopak mohou být uzavřené a vyhledávat samostatnou činnost. (Kvapilík, Černá, 1990)

Všechny děti s postižením by měly být již od raného dětství v rukou odborníků – pediatrů, psychologů, neurologů, speciálních pedagogů, logopedů, fyzioterapeutů ad. podle závažnosti postižení, zdravotních problémů a speciálních potřeb. V této době děti navštěvují některé školské zařízení – mateřskou školu, speciální třídu při mateřské škole nebo mateřskou školu speciální. (Bazalová, in Pipeková, 2006) Tyto třídy mohou být umístěny např. v denním rehabilitačním stacionáři.

2.2 Rodina a její působení

Pro rodinu většinou bývá velkým otřesem narození dítěte s postižením. Matějček (2001) uvádí, že v okamžiku sdělení takové zprávy rodiče ztrácí ideály, které do dítěte vkládali, prožívají okamžiky zklamání. *„Řada lidí shodně uvádí, že ten okamžik pro ně znamenal životní zlom, že se hodně změnili.“* (Newman, 2004, s. 16)

Ryckman a Henderson (1970, in Blažek, Olmrová, 1988) vyjmenovávají šest příčin zklamání rodičů:

- a/ rodiče berou své děti jako své pokračovatele, takže si dávají za vinu vše nedobré, co se děje;
- b/ rodiče si uvědomují, že se nenaplní jejich naděje a sny;
- c/ rodičům se ztrácí vidina pokračování rodu, spjatá s jakýmsi dosažením vlastní nesmrtelnosti;
- d/ rodiče mohou pociťovat vinu za to, že své dítě s postižením neumí dostatečně milovat, jak se to od rodičů očekává;

e/ rodiče dětí s postižením nedávají svému dítěti prostor, jejich péče může být přehnaná, úzkostlivá;

f/ zátěž při výchově dítěte s postižením bývá velká.

Podle Blažka a Olmrové (1988) dokážou rodiče překonat fakt samotného postižení, pokud má nějaké východisko. Jestliže je jim budoucnost podle jejich představ odepřena, tento fakt se může stát naprosto zdrcující, zasahuje do jejich sebepojetí. Papoušek a Papoušková (1992, in Vančura, 2007) dodávají, že zároveň ale rodiče připravují podmínky pro interakci s dítětem – odpovídají mu tak, aby bylo dítěti jasné, o co jde, svůj verbální projev uzpůsobují potřebám dítěte, jeho úrovni vývoje. Podle Murrayové (2002, in Vančura, 2007) rodiče dětí s postižením čelí řadě problémů – musí přijmout fakt, že mají dítě s postižením, což hlavně u dětí s mentálním postižením přijímají v různé míře – někteří postižení popírají, jiní hledají, kdo postižení zapříčinil, a jen někteří jsou schopni přijmout tento fakt beze zbytku. Dále uvádí emocionální zátěž, kterou rodiče zažívají i při přijetí postižení dítěte. Rodiče neumí tuto zátěž a z ní vyplývající pocity sdílet, a pokud ani jejich okolí neumí o této problematice mluvit, dostaví se negativní důsledky. Někteří rodiče jsou schopni akceptovat různé nemoci, popř. i smrt, ale akceptace postižení nejsou schopni. Toto nazývá Murrayová (2002, in Vančura, 2007) teologickým konfliktem.

Jedním z nejnáročnějších problémů bývá rozhodování o zabezpečení péče po celé období života jedince s postižením, zvláště v situaci, kdy je nedostatek míst v nejrůznějších stacionářích a chráněných bydleních, a celodenní péče je finančně téměř nedostupná. Nemalé jsou i finanční problémy, které s sebou samotné postižení přináší. Někteří rodiče mají navíc snahu kompenzovat dítěti postižení pomocí neúčelných výdajů např. za různé zbytečné léčby, někteří nakupují neúměrné množství dárků apod. Finanční starosti ale mohou vycházet ze skutečnosti, že léčba, která je pro dítě nutná, není hrazena z veřejných prostředků, a je mimo rámec možností rodičů, takže může vyústit např. ve vyhledávání grantových příležitostí, sponzorů, v pořádání nejrůznějších sbírek (viz příloha 1) ad. Problémem se může stát i péče ze stran profesionálů, pokud neodpovídá potřebám dítěte a jeho rodiny.

Při zvládnutí situace po narození dítěte s postižením je velmi důležitá pomoc nejbližší i širší rodiny i okolí. Soudržnost rodiny a její schopnost řešit problémy tvůrčím způsobem, tedy vyvinout variabilitu v řešení obtížných situací, nezdolnost jako schopnost čelit překážkám, sdílení zodpovědnosti a úplnost rodiny se jeví pro zvládnutí a řešení problémů jako velmi

důležité. (srov. Krauss,1993 in Vančura, 2007; Scorgie, a kol. 1998 in Vančura, 2007; Beckman, 1983 in Vančura, 2007)

Mezi efektivní adaptační strategie rodičů patří přijetí dítěte tak, jak přišlo na svět (srov. Scorgie, a kol. 1998 in Vančura, 2007; Matějček, Dytrych, 1997). Jako pozitivní je vnímáno odhodlání uspět, i třeba za cenu změny bydliště. Matějček (2001) zmiňuje možnost přijetí postižení jako výzvu, na níž je nutné odpovídat aktivitami, mezi které může patřit vyhledávání informací, obstarávání pomůcek ad. Díky nedostatku informací hlavně v období po narození dítěte se rodiče musí sami postarat o získávání zkušeností a dovedností v péči o dítě, čímž se dostávají do pozice expertů. Důležité je, aby tyto získané informace nepřerostly do jiných než rodičovských rolí – rodič by měl vždy zůstat hlavně rodičem, nepřebírat na sebe zcela role terapeutů, pedagogů aj. (Matějček, 2001) Spolupráce s profesionály, schopnost rozhodovat se a řešit problémy a ochota ke změně jsou dalšími proměnnými ve vztahu k dítěti. (Vančura, 2007) Další strategie pro zvládnání situace uvádí Newman (2004) – pečlivé zvažování nabídek (stacionáře aj.), vyhledání rodičů s podobnými zkušenostmi, odpočinek, přijetí pomoci, možnost říct ne nejrůznějším nabídkám, ale i svému dítěti. Vzdělávání společnosti ve vztahu k lidem s postižením je v jiných zemích dnes již samozřejmostí, nyní se dostává do popředí zájmu i v naší zemi.

3 Výchova a vzdělávání dětí s postižením

Výchova a vzdělávání dětí s postižením mají svá specifika. Měnily se podle doby – od doby starého Řecka, kdy byly děti narozené s postižením svrhávány ze skály či pohozeny a odsouzeny tak k smrti, do současnosti, kdy se začíná vzhledem k inkluzivním tendencím věnovat těmto dětem zvýšená pozornost – chystaná novelizace školského zákona i zákona o sociálních službách a projednávání problematiky poruch autistického spektra na půdě Parlamentu ČR jsou nejnovějšími počiny v této oblasti. Protože v této práci je zmíněn i dětský rehabilitační stacionář, ve kterém probíhá edukace dětí s postižením, je tato kapitola věnována i vývoji vzdělávacích zařízení a samotnému vzdělávání dětí s postižením.

3.1 Historie, typy zařízení

Péče o osoby s postižením byla vnímána již odedávna hlavně jako úloha církve, ale teprve v posledních stoletích se začíná promítat hodně pozvolna tato činnost i do činnosti státu.

Historie péče o osoby s mentálním postižením ve 20. stol. v českých zemích (Valenta, Müller, 2009):

Dvacáté století stále není pro lidi s postižením přející – fungují sice nejrůznější ústavy, povětšinou věnované lidem s mentálním postižením, ale situace ve školství není stále pozitivní. V roce 1904 začíná pracovat soukromý ústav učitelky Donnebaumové v Lomnici na Moravě, který má v začátku v péči pouze čtyři chovance. Rok 1910 je zajímavý vznikem ústavu v Hradci Králové, sloužící slabomyslným chlapcům s poruchami chování. V tomto roce vzniká i Pedologický ústav v Praze. Tento rok je v Praze udáváno již 9 pomocných tříd pro cca 200 žáků. Rok 1913 přináší otevření ústavu pro židovskou mládež v Hloubětíně u Prahy a ústavu ve Střelcích. V Klimkovicích je v roce 1918 otevřen Ústav pro dívky s pomocnou školou a hospodářstvím. V těchto letech se začíná věnovat mládeži s postižením větší pozornost, takže hned v následujícím roce vzniká v Marianum v Opavě, které otevírá řád sester Boží lásky, i oddělení pro slabomyslnou mládež. V roce 1920 provozuje řád Neposkvrněného početí Panny Marie výchovný ústav ve Šternberku, rozšířený o pomocné třídy v oddělení pro slabomyslné, a v následujících letech ústavy v Plzni, Brně, Opařanech, Slatiňanech, Kelči u Hranic a Fryšavě u Znojma. Konrád Sedláček se v roce 1920 stává ředitelem první pomocné školy v Olomouci. V roce 1937 je na území republiky pouze 365

tříd pro cca 6500 žáků s mentálním postižením (slabomyslných), i když je množství těchto dětí odhadováno na cca 19 000 – ty ale končí povětšinou v ústavech. Velký progres v této tematice přinesl listopad 1989, po kterém se díky otevření hranic dostávají do země nejrůznější zahraniční modely péče o lidi s postižením, které se dříve či později začínají realizovat – jde o alternativní školství a podněty k výchově a vzdělávání lidí s postižením.

Typy zařízení

Denní rehabilitační stacionář, ve kterém probíhalo pozorování, patří mezi zdravotnická zařízení. Poskytuje služby zdravotnické, výchovné, vzdělávací a sociální. Další zařízení, poskytující podobné služby, jsou centra denních služeb, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a chráněná bydlení. Tato zařízení mohou poskytovat služby pobytové, terénní nebo ambulantní. Služby poskytované v těchto zařízeních podléhají etickým principům, ke kterým patří rovný a individuální přístup, podpora a pomoc, zachování lidské důstojnosti, dodržování práv, diskrétnost a mlčenlivost, vzájemná tolerance a důvěra. Podpora uživatelů služeb v samostatnosti a soběstačnosti, spolu s podporou a rozvojem jejich schopností a dovedností, je v těchto zařízením samozřejmostí. Zařízení poskytují pro osoby s postižením i léčebnou rehabilitační péči. Ta by měla být včasná – tedy poskytovaná od raného vývoje, nebo co nejdříve po úrazu. U osob s postižením jde kvůli zpomalení progresu nemoci, příp. kvůli zachování funkcí nutných k sebeobsluze či samostatnosti o poskytování celoživotní péče. (Fiala, P. [online])

3.2 Výchovné a vzdělávací procesy

Vzdělávací proces dětí s postižením podléhá stejně jako vzdělávací proces ostatních dětí školskému zákonu. Při přijímání do školy stále platí tzv. spádovost, ale i to, že si rodiče/zákonní zástupci mohou vybrat školu pro své dítě sami. Tento výběr je ale podle druhu postižení omezenější než u dětí z intaktní populace – může být ovlivněn architektonickými bariérami, možností poskytování speciálních pomůcek ad. Svůj význam má i celková atmosféra školy, erudice pedagogů, motivace žáků apod. (Valenta a kol., 2012) „*Pomáhat rozvíjet dětský mozek znamená vychovávat dítě v prostředí, které je bohaté na podněty a stimuluje je po emocionální i intelektuální stránce.*“ (Silberg, 2003, s. 90)

Historické hledisko předpisů o vzdělávání ve 20. století

Již v roce 1905 umožnil Řád školní o vyučování zřizování zvláštních pomocných či podpůrných tříd. V roce 1907 byly Výnosem upraveny podmínky pro přijímání žáků do zvláštních pomocných či podpůrných tříd. Výnos zmiňoval i pokyny k vyučování těchto žáků – pomocná škola může mít jen tři až pět tříd, ve kterých je maximálně 20 žáků na učitele, vyučovací doba jednoho předmětu může být maximálně 25 min. Vývoj oboru ovlivnily tři sjezdy se zaměřením na pomocné školy a péči o slabomyslné jedince, uskutečněné v roce 1909 v Praze, 1911 v Brně a 1913 ve Slezské Opavě. Rok 1929 přinesl Zákon o pomocných školách, který zařadil tyto školy do školského systému, upravil jejich řízení státem, a řešil i otázku povinné školní docházky slabomyslných. V roce 1948 vychází Zákon o jednotném školství č. 95/48 Sb., který v roce 1953 rozšiřuje Školský zákon 31/53 Sb. o edukaci žáků s mentálním postižením na druhém stupni škol (vznik zvláštních učňovských škol). V roce 1960 připojuje zákon č. 188/60 Sb. speciální mateřské školy k síti speciálních škol. Tento rok se tak stal zlomovým pro činnost, která je zmiňována v této práci.

Legislativní východiska pro vzdělávání v současnosti

Listina základních práv a svobod v hlavě IV., v článku 33, umožňuje v základních a středních státních školách bezplatné právo na vzdělání. Tento předpis je východiskem i pro školský zákon, který obsahuje zásadu „*rovného přístupu každého státního občana České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, víry a náboženství, národnosti, etnického nebo sociálního původu, majetku, rodu a zdravotního stavu nebo jiného postavení občana*“ (z. č. 561/2004 Sb., §2 odst. 1a) Školství proto prochází neustálým procesem transformace, jež si klade za cíl zpřístupnit vzdělání všem bez rozdílů. Od roku 1989 se začínají prosazovat snahy o integraci dětí s postižením, dochází k postupnému odbourávání architektonických i jiných bariér. Konečným cílem je inkluze, jejímž heslem je *Být jiný je normální* – v praxi jde o to, aby osoby s postižením nebyly vůbec vyčleňovány, ale od začátku byly rovnoprávnými členy intaktní populace. (Vítková, 2004)

V dnešní době hraje nejdůležitější úlohu školský zákon a vyhlášky, upravující vzdělávání intaktní populace, ale i vzdělávání dětí s postižením. Úmluva o právech dítěte zmiňuje, že výchova má směřovat co nejvíce k rozvoji osobnosti dítěte. Další z dokumentů, Bílá kniha, představuje od roku 2001 Národní program rozvoje vzdělávání v České republice, který

formuje vládní strategii v oblasti vzdělávání, odráží celospolečenské zájmy, a dává konkrétní podněty k práci škol. (MPSV [online])

Kurikulární dokumenty, vycházející z tzv. Bílé knihy, mají dvě úrovně:

a/ *státní úroveň* – Národní program vzdělávání, Rámcový vzdělávací program.

Státní program vzdělávání „*vymezuje hlavní zásady kurikulární politiky státu, obecné cíle vzdělávání, oblasti vzdělávání nezbytné pro dosažení těchto cílů, zásady pro tvorbu rámcových a školních vzdělávacích programů, podmínky pro jejich zavádění do škol i další legislativní a organizační předpoklady pro realizaci kurikulární politiky státu*“. (Vítková, 2004, s. 28) Do státní úrovně dokumentů patří ještě Rámcové vzdělávací programy pro předškolní, základní, střední gymnaziální a střední odborné vzdělávání.

b/ *školní úroveň* – školní vzdělávací programy.

Školní úroveň dokumentů tvoří na základě manuálů vytvořené Školní vzdělávací plány, na to mohou navazovat třídní vzdělávací plány, a pro některé děti jsou vypracovávány i individuální vzdělávací plány.

Přehled nejdůležitějších právních předpisů, vztahující se ke vzdělávání dětí/ žáků/ studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (MŠMT [online]):

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) nabyl účinnosti 1. ledna 2005. Od té doby proběhla celá řada novelizací, poslední novelizace byla č. 64/2014 Sb. Účinnost některých částí poslední novely, především týkající se maturitní zkoušky, je až od 1. ledna 2015.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 364/2005 Sb., o vedení dokumentace škol a školských zařízení a školní matriky a o předávání údajů z dokumentace škol a školských zařízení a ze školní matriky (vyhláška o dokumentaci škol a školských zařízení), ve znění pozdějších předpisů, určující rozsah, formu a způsob vedení dokumentace škol a školských zařízení a školní matriky a rozsah, formu, způsob a termíny předávání údajů z dokumentace škol a školských zařízení a školní matriky.

Nařízení vlády č. 75/2005 Sb., o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, toto nařízení se vztahuje na pedagogické pracovníky škol a školských zařízení zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, krajem, obcí a dobrovolným svazkem obcí, jehož předmětem činnosti jsou úkoly v oblasti školství.

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami má svá specifika. Tato práce se týká dětí s těžkým mentálním a somatickým postižením, proto se tato část věnuje jen těmto postižením.

Podmínky vzdělávání

Děti a žáci s těžkým mentálním a kombinovaným postižením bývají vzdělávání nejčastěji v základních školách speciálních, kde jsou vytvořeny vhodné podmínky pro jejich rozvoj. Školy by měly zabezpečit bezbariérovost, technické vybavení, zajišťující pohyb po škole, vhodné didaktické a kompenzační pomůcky, vhodně upravené počítače, snížené počty žáků ve třídách, vhodně upravené prostředí, speciální učební metody a učebnice. (Vítková, 2004)

Pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami může být v odůvodněných případech vypracován **individuální vzdělávací plán** (dále IVP), který by měl podle Mertina (1995, s. 52) obsahovat „*úpravu učební látky a učebních postupů, a kroky vedoucí ke kompenzaci, nápravě, zmírnění vlivu prokázané poruchy*“. Dále by měl obsahovat i „*vytyčení cílů, jednotlivé kroky a postupy, metody a materiály, potřebné ke zvládnutí, motivační aspekty vzdělání, metody a termíny ověřování výsledků*“. (Biehler, Snowman, 1990, in Mertin, 1995, s. 53; Wiederholt, Hammill, Brown, 1983; Šamalík, 2006) Na vypracování a využívání IVP se vždy podílí celý tým – třídní pedagog, další vyučující žáka, psycholog, ředitel školy, školní speciální pedagog, pracovníci speciálně-pedagogického centra, rodiče/ zákonní zástupci žáka, samotný žák ad. „*Individuální vzdělávací plán (IVP) pro žáka se zdravotním postižením se vypracovává ve spolupráci se školským poradenským zařízením, nejčastěji se speciálním pedagogickým centrem, které diagnostikuje speciální vzdělávací potřeby žáka a navrhuje míru podpůrných opatření*“ (RVP. [online]). IVP je vždy v písemné formě, s podpisy členů týmu.

Metody práce ve speciálním školství

Ve výchově a vzdělávání dětí s těžkým postižením se v praxi využívají různé metody. Ve stacionáři, který popisuje tato práce, se využívá hlavně metoda Snoezelen, bazální stimulace, baby masáže, míčkování, canisterapie a muzikoterapie – konkrétní činnosti jsou zmíněny v pozorování dětí v praktické části bakalářské práce. Tato část zmiňuje obecné popisy a principy těchto terapií.

a/ Snoezelen

Metoda snoezelen vznikla v 60. a 70. letech 20. stol. – v roce 1966 je první zmínka o práci s lidmi v prostředí, speciálně upraveném pro jejich potřeby, v článku Kavárna smyslů v americké publikaci. V roce 1986 dánský psycholog Ad Verheul, pracující v Holandsku s těžce mentálně postiženými lidmi, vydává se svým kolegou publikaci „Snoezelen a jiný svět“. V 80. letech se metoda šíří po Evropě, na konci 80. let proniká i do Japonska, USA, Kanady, Izraele a Austrálie. Pokračuje její šíření po světě a rozvíjení původních metod, které se v roce 1998 začínají diferencovat podle osob i prostředí, ve kterém se pracuje. V tomto roce je založena asociace ISNA – International Snoezelen Association se sídlem v Berlíně. (Fajmonová, Chovancová, 2008)

Principem metody je vytvořit příjemné stimulující a relaxační prostředí se smyslovými podněty. Pokud je dítě vystaveno různým smyslovým podnětům – hudbě, barvám, vůním, dotykovým i chuťovým vjemům, jeho mozek je stimulován a v dospělosti bude přizpůsobivější k učení. (Silberg, 2003) Důležitý je zde verbální či neverbální kontakt mezi osobami – většinou jde o klienta a jeho terapeuta, příp. rodiče, dále jde o přijetí člověka s postižením, o pomoc. To jsou funkce metody snoezelen – relaxační, interakční i poznávací. Umožňuje tedy celkové uvolnění, sluchové, čichové i světelné podněty, práci s hudbou, s hračkami, se zařízením, což může být např. hra se světelným vodopádem, houpání v síti, schovávání se ad. Důležité je ve snoezelenu bezpečné prostředí – prostředí, ve kterém se děti necítí ohroženy, kde mají čas a volnost pro sebe a své aktivity. Prostředí snoezelenu může sloužit pro různé typy masáží i terapií – baby masáže, masáže pomocí tibetských mís, míčkování, bazální stimulaci, muzikoterapii ad. (Fajmonová, Chovancová, 2008)

Významná je i vzdělávací funkce hlavně u osob s těžkým tělesným postižením – základní zkušenosti s tělem, jeho poznávání, uvědomování si ho, stanovování hranic těla, rozvoj

verbální i neverbální komunikace, interakce s podněty – možnost naučit se ovládat různá zařízení snoezelenu, např. reflektory, projektory pro promítání olejových skvrn aj., stimulace čichu pomocí aromalamp, stimulace hmatu různými hračkami, rozvoj sluchového vnímání např. Orffovými nástroji, ale i pomocí nejrůznějších nahrávek – nemusí jít jen o hudební produkci, ale oblíbená je např. nahrávka tlukotu lidského srdce. (Fajmonová, Chovancová, 2008) „*Děti si velmi rády hrají. Vychází to z jejich přirozenosti. ... Dítě se učí hrou rozvíjet motoriku i schopnost přemýšlet.*“ (Silberg, 2003, s. 143)

Snoezelen se dá využít i na vyplnění volného času např. v době odpolední školní družiny, kdy děti s postižením bývají již unavené, a proto je vhodné ponechat jim čas a možnost klidu a relaxace. Samozřejmě by měla být možnost využití této místnosti jako relaxace pro pedagogy a ostatní personál, což ale v našich podmínkách nebývá běžné. (Fajmonová, J., Chovancová M., 2008)

b/ Bazální stimulace

Koncepce bazální stimulace byla vytvořena A. Fröhlichem pro děti s těžkým a kombinovaným postižením k vývoji jejich osobnosti. Bazální znamená základní, stimulace je nabídka podnětů – koncepce je tedy založena na zjištění, „*že zprostředkováním zkušenosti a vjemů pomocí těla můžeme jedince uvést do reality (skutečnosti), zprostředkováním zkušenosti (empirie) a vjemů*“ (Vítková in Müller a kol., 2014, s. 361) Je nutné brát v potaz individuální vývoj, nikoliv kalendářní věk dítěte. Základem je úvaha, že každý má naprogramovaný vlastní vývoj, který je možné vhodným způsobem podpořit. Princip bazální stimulace *zde a teď* znamená, že je velký důraz kladen na přítomnost, nikoliv na budoucnost, jak to bývá obvyklé, protože pro osoby s těžkým postižením znamená budoucnost cosi nejasného, špatně postižitelného. Tyto osoby žijí přítomností – tady a teď se podle svých možností pohybují, vnímají, navazují kontakty, učí se, radují se. (Vítková in Müller a kol., 2014) Koncepce bazální stimulace poukazuje na to, „*že se jedinec vyvíjí v závislosti na podnětech ze svého okolí. Jestliže se tyto podněty nedostavují, vede to ke snižování genetického vkladu.*“ (Vítková in Müller a kol., 2014, s. 362)

A. Fröhlich dospěl k tvrzením:

Aby nedošlo k sensorické deprivaci, potřebuje dítě ke svému vývoji podněty, a protože si je neumí samo zprostředkovat, musí mu je zprostředkovat jeho okolí. Dále je nutné zabezpečit, aby dítě i přes svoje těžké postižení mělo dostatek pohybových zkušeností, protože bez nich

by byl narušen vývoj jeho kognitivních funkcí. Vzhledem k tomu, že je lidský mozek plastický, proto i některé poškozené struktury mohou nabýt znovu své funkčnosti, když jsou některé funkce převzaty jinou oblastí mozku. U dětí se pokoušíme reprodukovat vývojově nižší fáze a poskytovat adekvátní intenzivní a dobře strukturované podněty, které mají za úkol ovlivnit primární postižení i jeho sekundární následky.

c/ Míčková automasáž – míčkování

Autorkou této metody je PaedDr. Jana Kopkánová, která v ní vychází z metody míčkové facilitace Zdeny Jebavé. Jde o metodu využívající prvky jógy, respektující čakry a akupresurní body na těle. Jejím cílem je navození pocitu bezpečí, pohody, zdraví. Hodí se zejména pro děti s lehčím a středním mentálním postižením, pro děti s lehčím somatickým a smyslovým postižením. Celý navržený program obsahuje 20 prvků, probíhající na šesti částech těla – na temeni hlavy, obličeji a uchu, dále na šíji, na hrudníku, čtvrtou oblastí je ruka, rameno a paže, další na dolních končetinách a chodidlech, a šestá je na zádech. Stejně jako u ostatních individuálních terapií je i tady dětmi kladně hodnoceno věnování se samotnému jedinci – dítě má pedagoga či rodiče samo pro sebe. Pokud dítě nemá rádo dotyky, je vhodné začít s míčkováním, a teprve po přivyknutí si na blízkost dalšího člověka a dotyk přes míček začít s bazální stimulací. (Fajmonová, Chovancová, 2008)

Podle Fajmonové a Chovancové (2008) je při míčkování nutné dodržovat některé metodické pokyny:

- ✓ dítě musí být na masáž připraveno – před masáží si dojde na toaletu, popř. je přebalené, vysvlečené do spodního prádla;
- ✓ motivace – je vhodné veškeré počínání doprovázet slovem, aby dítě vědělo, co se s ním bude dít;
- ✓ důležitou roli hraje prostředí – pokud je v zařízení snoezelen, míčkování probíhá nejlépe v této místnosti;
- ✓ míček – používá se molitanový míček na soft tenis ve velikosti míčku tenisového;
- ✓ aromaterapie – při míčkování se s úspěchem využívá i aromaterapie – dítě si zvolí samo vůni, která je mu příjemná, popř. mu ji nachystáme sami;
- ✓ hudební podbarvení – zvolíme dítěti příjemnou hudbu, zvyšující pozitivní prožitek;
- ✓ polohy – vzhledem k větší délce cvičení je zapotřebí zaujmout takovou polohu, ve které je dobře dítěti i terapeutovi;
- ✓ intenzita cvičení – je nutné užívat přiměřený tlak, hlavně v oblasti obličeje;

- ✓ vlastní míčkování – pojmy: koulení – míček držíme v jedné ruce tak, abychom s ním pomocí koulení a válení mohli pohybovat po těle dítěte; setření – míček držíme pevně, přejíždíme s ním po kůži; oklepnutí – míček oklepneme pomocí pohybu zápěstí, pokud možno směrem k zapálené svíčce, což představuje spálení všeho negativního z těla;
- ✓ relaxace – na závěr necháme dítě 5 – 10 min. v klidu, můžeme ho zabalit, aby si doprožilo příjemné okamžiky, spojené s míčkováním. Pokud by dítě chtělo pokračovat s míčkováním na některém konkrétním místě těla, vyhovíme mu.
- ✓ závěr – dítě pomalu probouzíme, necháváme mu čas na probrání. Ukončování relaxace je rozdílné podle hloubky postižení dítěte – dítě s lehčím tělesným postižením se bude přes pohoupání a protažení pomalu zvedat do stoje, dítě s těžkým postižením pohoupáme a dle možností můžeme trochu protáhnout.

Míčkování probíhá dle závažnosti postižení dítěte – dítě s těžkým somatickým postižením a různým svalovým tonem vyžaduje jistá specifika – spasticita vyžaduje menší tlak, hypotonie větší, nutné jsou i častější změny poloh a úprava pozic, vyžadováno je podkládání hlavy ad. (Fajmonová, Chovancová, 2008)

d/ Baby masáže

Jde o komunikaci, o způsob dorozumívání s dítětem pomocí dotyku. „*Jestliže se jemně dítěte dotýkáte, dodáte mu pocit jistoty a bezpečí, což mu umožní, aby se cítilo sebejistě a nakonec i nezávisle.*“ (Silberg, J. 2003, s. 24) Tělesný dotyk dítě potřebuje k životu – pokud ho nemá, dochází k narušení jeho citového i tělesného vývoje. Tato masáž neslouží jen pro radost, uvolnění a zklidnění, ale podporuje celkový vývoj dítěte, aktivizuje jeho schopnosti, posiluje imunitní systém, zlepšuje trávení a mnoho dalšího. „*Držení a hlazení stimuluje mozek dítěte, aby uvolňoval důležité hormony, podporující jeho vývoj.*“ (Silberg, 2003, s. 51)

e/ Muzikoterapie

„*Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu.*“ (WFMT, 2011, in Müller a kol. 2014)

Hudba a její vnímání podporuje rozvoj dětského mozku – ovlivňuje časoprostorové vnímání, přispívá k lepší prostorové orientaci, posiluje nervová spojení, která jsou potřebná pro komplexní myšlení, má význam pro rozvoj řeči i motorický vývoj. Vystavení dítěte hudebním podnětům a různým sluchovým vjemům je důležité i pro jeho duševní vývoj. (Silberg, J. 2003)

Muzikoterapeutický proces

V muzikoterapii jde o využití hudby k nehudebním, terapeutickým cílům. Muzikoterapie se využívá systematicky – nejde jen o náhodné zlepšení momentálního stavu, ale o cílené opakované využívání hudebních aktivit s individuálními cíly. Proces muzikoterapie má 3 fáze – fázi přípravy, fázi realizace a fázi evaluace, které se ale mohou vzájemně prolínat, takže nemusí být rozpoznatelné. Muzikoterapie může probíhat buď ve skupinové, nebo v individuální formě. Méně časté je setkání komunitní, kdy může jít o setkávání rodin, školních tříd apod. (Müller a kol. 2014) „*Mezi hudební prostředky muzikoterapeutických technik patří hra na tělo, hlas, a hra na nástroj.*“ (Müller a kol. 2014, s. 272)

Podle Bruscii (1998, in Müller a kol. 2014) využívá muzikoterapie čtyři základní metody – poslech hudby, interpretaci, improvizaci a kompozici. Tyto základní metody se mohou kombinovat s tancem, s dramaterapií, s řečovou terapií, s arteterapií aj. Někteří muzikoterapeuti si vytváří vlastní metody – tzv. muzikoterapeutické modely, např. dnes je již registrovaná kreativní muzikoterapie autora Nordoff-Robbinse, analytická muzikoterapie Mary Priestley aj. (Müller a kol. 2014)

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Problematika edukačního procesu dětí s těžkým kombinovaným postižením v předškolním zařízení rehabilitačního stacionáře

Praktická část bakalářské práce popisuje edukační činnosti, vykonávané v denním rehabilitačním stacionáři s dětmi s těžkým kombinovaným postižením, a jejich výsledky.

4.1 Cíl projektu, metodologie

Východiskem práce byla praktická edukační činnost, vykonávaná v rámci předškolního zařízení v Dětském rehabilitačním stacionáři v Brně na Kyjevské ulici.

Hlavním cílem práce bylo pozorování a analýza edukačních činností, které jsou s dětmi s těžkým kombinovaným postižením vykonávány v rámci předškolního zařízení, a analýza výsledků.

Dílčími cíli bylo studium a analýza odborné literatury a školské dokumentace, pozorování a aplikace praktických činností (bazální stimulace, muzikoterapie, orofaciální stimulace, práce s dětmi ve snoezelenu, podpora pohybového vývoje, míčkování), a vytvoření případových studií vybraných dětí.

Metodologie je zaměřena na kvalitativní postupy, které jsou pro tento druh průzkumu nejvhodnější. *„Kvalitativní výzkum je nenumerné šetření, jehož podstatou je vytvořit komplexní obraz o zkoumaném problému. Jde do hloubky zkoumaných jevů, které se zároveň snaží začlenit do širšího kontextu. V jeho průběhu nezaujímá výzkumník velkou distanci od zkoumaných subjektů, naopak je s nimi v bližší, spíše neformální interakci“* (Maňák, Švec, 2004, s. 22). Polostrukturované rozhovory byly prováděny se zákonnými zástupci dětí, s rehabilitačními pracovníky stacionáře, s lékaři, dětskými sestrami, sociální pracovníci, se speciálními pracovníky mateřské školy. Pomocí takto strukturovaných rozhovorů jsem získala

informace, využité při zpracování případových studií pozorovaných dětí. Respondenti byli seznámeni s důvodem rozhovoru, byla jim zaručena anonymita. Informace byly získávány aktivním přímým a zúčastněným pozorováním při práci s dětmi. Vzhledem k tomu, že šlo o děti, se kterými pracuji v rámci pedagogické praxe, některá pozorování byla i z pozice vyučujícího. Doplnující informace, týkající se dětí, jsem získala i pomocí studia a analýzy odborné literatury a školské a zdravotní dokumentace dětí. K veškerým průzkumům byl získán souhlas zákonných zástupců dětí.

4.2 Charakteristika zařízení

Pozorování probíhalo v Dětském rehabilitačním centru Medvídek v Brně (dále jen DRC), nacházejícím se v klidné části sídliště ve Starém Lískovci na ulici Kyjevská. Budova stacionáře je po kompletní rekonstrukci, při které byla zvýšena o jedno patro.

Jde o denní zdravotnické zařízení, jehož provozní doba je ve všedních dnech od 6,00 hod. do 16,00 hod. Kapacita zařízení je 55 klientů. Ve stacionáři jsou přítomni praktický a rehabilitační lékař, logoped, psycholog, sociální pracovník, ergoterapeut, fyzioterapeuti a dětské sestry. DRC poskytuje klientům i respitní péči – její poskytování je vázáno na využití maximálně 4x za rok.

Klienti zařízení

Jedná se o denní stacionář pro děti s kombinovanými vadami a pro děti s tělesným postižením, jejichž zdravotní stav vyžaduje neustálou lékařskou a odbornou péči. Klienty jsou děti ve věku od 1 do 10 let s kombinovanými vadami různého stupně (souběžným postižením více vadami), děti s mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací, vrozenými vývojovými vadami apod.

Klienti jsou zařazováni na **oddělení** podle věku a převážně i podle stupně postižení – oddělení jsou označena barvami:

- oranžové (věk 3 – 10 let, těžší stupně postižení);
- zelené (věk 3 – 6 let, lehčí stupně postižení a nově příchozí);
- modré (věk 5 – 10 let, lehčí stupně postižení);
- červené (věk 3 – 6 let, středně těžké stupně postižení).

Toto rozdělení není definitivní – oddělení mohou být doplněna i klienty z jiné věkové kategorie či s jiným stupněm postižení.

Personální obsazení

Každé oddělení má cca 13 – 14 dětí, o které se starají tři *dětské sestry a jedna pomocnice*. Náplní práce zdravotních sester je ošetrovatelská a výchovná činnost. Spolupráce s pedagogy probíhá na informační úrovni – sestry informují o medikaci dítěte, jeho naladění, momentálním psychickém stavu, aktuální rodinné situaci apod., což pomáhá pedagogům k individualizaci edukačního plánu. V případě, že by nedocházelo k předávání informací a týmové spolupráci mezi všemi zúčastněnými, byla by značně ztížena možnost pedagogické intervence, a tím snížena účinnost celého rehabilitačního i pedagogického procesu. Pedagogičtí pracovníci se průběžně vzdělávají prostřednictvím vzdělávacích seminářů, krátkodobých i dlouhodobých kurzů v rámci celoživotního vzdělávání.

Ve stacionáři je šest *fyzioterapeutů*, z nichž jeden je vyčleněn pro ambulantní léčbu, ostatní se starají o klienty DRC. Jejich činnost koordinuje a zaštiťuje *rehabilitační lékař*. Ve stacionáři se využívá individuální i skupinová forma práce, používá se metoda dle Vojty a Bobath koncept, ve kterých jde kromě individuálních cílů hlavně o rozvoj hrubé a jemné motoriky. Fyzioterapeuti úzce spolupracují s pedagogy např. při pomoci s polohováním dětí k různým činnostem, což napomáhá k jejich lepšímu prožívání a soustředění.

Sociální pracovník má na starosti převážně pomoc rodičům – seznamuje je s možnostmi sociálních dávek a příspěvků, s vyplňováním formulářů pro jejich získávání, s koordinací volnočasových aktivit, se zajištěním odborných přednášek a seminářů ad. Sociální pracovník je upozorňován pedagogy na dlouhodobě nepříznivé psychické stavy dítěte, na případné problémy s docházkou, na problémy s hygienou ad. Tyto problémy řeší dále podle daných zákonů a směrnic.

Psycholog se stará o diagnostiku klientů, při které spolupracuje s rodiči i s dalšími zaměstnanci DRC. Při stanovování diagnózy spolupracuje i s pedagogy.

Náplní práce *logopeda* je poskytování zejména orofaciální stimulace, vyvozování hlásek, případně navrhování alternativní a augmentativní komunikace a její zavádění do praxe.

Praktický lékař denně kontroluje zdravotní stav dětí, hlavně potom dětí s těžším postižením. Na základě určení diagnózy navrhuje další možnosti – např. vyšetření jinými odborníky,

a případně stanovuje terapeutické postupy. Při kontrole zdravotního stavu spolupracuje i s pedagogy.

Ergoterapeut je v DRC nově přijatou pracovní pozicí. V náplni práce má rozvoj hrubé a jemné motoriky u dětí, a jejich přípravu na další životní etapy.

Činnost zařízení

Do činnosti stacionáře se zapojují tři ministerstva – Ministerstvo zdravotnictví (MZ), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). MZ určuje rozsah zdravotní péče a činnost zdravotnického personálu – do jeho kompetence patří i systém ucelené rehabilitace, kterým děti ve stacionáři denně prochází. Činnost sociálního pracovníka je určována zákonem č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách, spadajícím pod MPSV. MŠMT zajišťuje vzdělávání – v tomto konkrétním stacionáři poskytovaná Mateřskou, základní a Praktickou školou speciální, Brno, Ibsenova 1 (dále jen MŠ, ZŠ a PrŠ, Brno, Ibsenova 1). Škola se věnuje vzdělávání dětí a žáků se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením, s kombinovaným postižením – dle školské legislativy se souběžným postižením více vadami, a vzdělávání žáků s poruchami autistického spektra. Ve stacionáři jsou v současné době čtyři třídy mateřské školy speciální a jedna třída základní školy speciální. Vzdělávání dětí vychází dle informací školy (Ibsenka [online]) z Rámcového vzdělávacího plánu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy – jsou vzdělávány podle Školního vzdělávacího programu pro základní školu speciální, a podle individuálních vzdělávacích plánů, vycházejících z tohoto programu.

Vzdělávání dětí a žáků s postižením vyžaduje dle Kantora (2013) využívání specifických edukačních metod a zásad, mezi které patří komentování aktivity, změna prostředí, smysluplnost učiva, využívání smyslových podnětů, motivace odměnami především nemateriálního charakteru ad. Tyto metody a zásady jsou v zařízení uplatňovány – škola nabízí výuku spojenou s technikami arteterapie, muzikoterapie, bazální stimulace a metodu snoezelen, hiporehabilitaci, canisterapii ad., individuální přístup, praktickou výuku. Prostředí rehabilitačního stacionáře nabízí navíc fyzioterapii, masáže ad.

V této bakalářské práci se věnuji edukační činnosti ve třídě mateřské školy speciální, proto se dále budu věnovat pouze této kategorii. Mateřská škola speciální je odloučeným pracovištěm MŠ, ZŠ a PrŠ Brno, Ibsenova 1. Sídlí v DRC Medvídek, Kyjevská 5 v Brně. Mateřskou školu navštěvovalo v době pozorování 45 dětí.

Režim dne v zařízení

06,00 – 08,00 hod: Příchod dětí do stacionáře.

Některé děti již v této době začínají s individuální rehabilitační péčí.

08,00 – 08,30 hod: Snídaně dětí.

Po snídani si děti berou rehabilitační pracovníce a učitelky na svá pracoviště k individuální činnosti dle rozpisu. Tento plán je výsledkem práce celého týmu odborníků – je domluvena posloupnost a čas činností, a harmonogram práce během celého dne.

08,30 hod – 11,30 hod: Dopolední edukační činnosti.

V 8,30 hod. většinou začínají podpůrné terapie se skupinkami, které zajišťují speciální pedagožky (muzikoterapie, canisterapie), nebo probíhá skupinová či individuální výuka ve třídách, popřípadě ve snoezelenu. Během dopoledne by měly všechny děti každý den zvládnout rehabilitační cvičení i výchovně vzdělávací činnosti. Během dopoledne si některé děti bere dle potřeby k činnostem nebo k vyšetření ještě ergoterapeutka, psycholožka a lékařka.

11,30 – 12,00 hod: Oběd.

12,00 – 14,00 hod: Odpolední odpočinek.

Po obědě nastává odpočinek dětí v postýlkách na odděleních, kde o ně pečují zdravotní sestry, popřípadě si děti bere opět speciální pedagožka a věnuje se s nimi relaxačním činnostem (snoezelen, balónková lázeň, četba pohádky apod.).

14,00 – 14,30 hod: Svačina dětí na odděleních.

14,30 – 16,00 hod: Odpolední činnosti.

Děti si hrají na odděleních, popřípadě je jim poskytována odpolední rehabilitace. Děti čekají na příchod rodičů, probíhá odevzdávání a odchod dětí ze zařízení.

16,00 hod: Uzavření zařízení.

Poskytované terapie

V zařízení se vypracovávají plány podpůrných terapií, vykonávaných během školního roku. V následujícím popisu jsou vypsány konkrétní terapie tak, jak jsou používány v tomto zařízení.

1/ Muzikoterapie

(skupina dětí s těžkým zdravotním postižením)

- *Úvodní část* - napolohování dětí (pasivní) dle individuálních možností (relaxační vaky, válce, klíny apod.). Začínáme zazvoněním na triangl, přivítáním písničkou „Vítej, Kubo“, doprovázenou dotykem, pohlazením (uvědomění si vlastního těla).
- *Aktivní část* - individuální napolohování aktivní nebo relaxační, vedení k úchopu nástrojů (chřestidel), podpora vydávání zvuků nástrojů úderem, plácnutím, zatřepáním apod. Tato část spočívá ve zpěvu písniček s danou tematikou (učitelky zpěv, rytmický doprovod na Orffovy nástroje, hra na varhany), v improvizaci (navázání na rytmus skupiny nebo jednotlivce, hra se skupinovým pulsem, dynamikou, podpora spontánního projevu dítěte), a ve vokalizaci (neverbální hlasový projev, stimulace hlasového projevu dětí – zrcadlení s nástrojem, pohybem).
- *Uvědomění si vlastního těla* pomocí písničky „Máme nohy“, „Ruce, ruce, ručičky“, „Každá ručka“.
- *Psychomotorické hry* – aktivity:
 - ✓ Cvičení s dospělým – aktivní dospělý a pasivní dítě.
 - ✓ Houpání a válení hlavy do stran.
 - ✓ Válení celého těla do stran na dece ve dvojici.
 - ✓ Vození po hladké podložce za nohy.
 - ✓ Vození na dece.
 - ✓ Větrník na dece.
 - ✓ Houpání na dece.
 - ✓ Houpání na trampolíně.
 - ✓ Houpání v sedu v klubíčku do stran.
 - ✓ Klubíčko – rozbalení klubíčka (vnímání prostoru kolem sebe).
- *Závěrečná relaxační část* – slouží ke zklidnění dětí, odehrává se s hudbou za pomoci psychomotorických cvičení s padákem (padák – děti v poloze pod ním, děti leží na padáku, variace s míčky), za použití šátků, míčků, peříček, dešťové hole, pomocí fyzického kontaktu. Nesmí chybět závěrečné rozloučení a pochválení dětí.

2/ Canisterapie - polohování (individuální):

Polohování je individuální a má především relaxační charakter. Zvolená poloha odpovídá aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte.

Polohováním se snažíme i o podporu pohybového vývoje a o celkové tělesné i duševní zklidnění. Zaměřujeme se na prohřívání prochladlých končetin a následně prováděné pohyby, směřující k protažení a k uvolnění případných spasmů. Asistovaným pohybem paže (ruky) provádíme hlazení pejska, čímž zároveň stimulujeme taktilní vjemy. U některých poloh (vleže na zádech, nohy v podkolení jsou opřené o psa) dochází i k přímému kontaktu, a tím k somatické stimulaci. Přitom neustále sledujeme reakce dítěte a snažíme se jim přizpůsobit vhodnou polohou. Aby se děti neprochladily, je možné je lehce přikrýt dekou. Některým dětem je příjemná slovní komunikace, jiné jsou spokojenější, když si polohování užívají jenom se psem (beze slov). Nebráníme se ani olizování, pokud je dítěti příjemné, nebo je přijímá bez výhrad. Jestli je to možné, ukončíme polohování postupně, dítě necháme ještě chvíli ve vhodné poloze (s oporou), ve které může sledovat volný pohyb psa v místnosti. Může si jej pak ještě pohladit a odměnit jej granulí, kterou dítěti vložíme do dlaně (většinou je to činnost vedená/asistovaná).

Nejčastěji využívané polohy a činnosti:

- ✓ Leh na zádech, hlava a horní část zad se opírá o psa.
- ✓ Leh na zádech, nohy v podkolení položené na psovi.
- ✓ Leh na břicho, břichem přes psa, hlava a ruce jsou volné, nohy v protažení.
- ✓ Leh na boku, hlava a bok se opírá o psa, ruka hladí.
- ✓ Leh na podložce vedle psa, čelem, hlava podepřená polštářem.
- ✓ Leh na podložce vedle psa, zády, hlava podepřená polštářem.
- ✓ Šikmý sed, hlava v protažení, ruka položená přes psa, druhá ruka hladí.
- ✓ Klek na patách, předloktí jsou opřené o psa, hlava volná.
- ✓ Olizování obličeje.
- ✓ Olizování ruky (asistované krmení z dlaně).

3/ Míčkování

Míčkování je alternativní metodou podpůrné stimulace u dětí s těžkým tělesným postižením. Jedná se o metodu, využívající prvků jógy, založenou na energetických centrech - tzv. čakrách, a akupresurních bodech na různých částech těla. Jde o alternativní doplněk

komplexní péče nejen o děti s postižením. Cílem metody míčkování je mimo jiné uvolnění, zklidnění organismu, harmonizace dechu, zmírnění psychického napětí, pocit klidu a jistoty, pohody. Pomocí této metody se děti snaží nejen uzdravovat a povzbuzovat, ale uvědomují si i jednotlivé části těla.

Nedílnou součástí je navození klidné atmosféry, vyvětraná, ale zároveň tepelně dostupná místnost, měkká podložka, aromalampa, a poslech relaxační hudby. K míčkování se používá molitanový míček.

S metodou míčkování se pracuje u dětí předškolního věku s těžkým stupněm postižení a s dětmi s těžkou mozkovou obrnou jako s alternativou tělesné výchovy. Některé z dětí dosahují mentální a pohybové úrovně kojeneckého a batolecího věku. Díky pravidelnému cvičení by dítě mělo lépe vnímat své tělo, soustředit se a udržet pozornost, ale i vnímat pravidelný, vzájemný kontakt mezi ním a pedagogem.

4/ Bazální stimulace

Oblasti podpory v bazální stimulaci jsou jasně dané, můžou se lišit pomůckami, poskytovanými masážemi ad.

Somatické podněty

Dítě má možnost užít povrch těla jako orgán vnímání – učí se na něj motoricky reagovat a podnět lokalizovat. To, jakým způsobem dítě na podnět reaguje, poznáme z jeho chování – změna pohybu, změna polohy, příp. jen změna svalového tonu. Působení somatických podnětů vytváří předpoklady pro základní poznatky dítěte o vlastním těle a jeho zkušenostním potenciálu.

Z vnějších podnětů zprostředkování nejrůznějších smyslových zkušeností se sleduje reakce na vibrace, chvění, hlazení. K těmto taktilním stimulacím se používají dětské masáže (baby masáže), dotekové masáže, míčkování, masážní strojky, a dále doteky na povrchy s různou drsností a teplotou, hladící hry aj.

Taktilně haptické podněty

Dítě si s pomocí zprostředkovaného dotyku vyznačí citlivé oblasti rukou – rukama mu umožníme něco cítit, držet, uchopit a pustit, čímž dítě poznává, že různé věci jsou

charakteristické na omak. Používají se látkové sáčky naplněné různými materiály, peříčka, drátěnky, houbičky, kousky kožešin, různé polštářky na podkládání ad.

Vibrační podněty

Dítě se učí cítit vibrace na různých částech těla pomocí vibračních strojků. Těmito strojky se působí na svalstvo horních a dolních končetin, čímž stimulují jeho aktivaci. Zvláště se podporuje nejen vnímání povrchu těla, ale i proprioreceptivní vnímání (vnímání hloubky sluchovým orgánem při akusticko-vibrační stimulaci – pomocí strojků, které vydávají zvuk společně s vibrací, popř. současně se světelným efektem).

Vizuální podněty

Dítě se má naučit fixovat zrakem nejjednodušší podněty, vědomě se naučit postavení očí, proto je třeba nacvičit pohyby hlavy a očí za podnětem. Dalším úkolem je naučit se chápat každodenní předměty a lidi jako objekty ke zrakovému vnímání.

Akustické podněty

Dítě se má naučit reagovat na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu. Dále se má naučit, že tóny, šumy a zvuky mají různý zdroj, mohou mít informační charakter, a že je lze samostatně vyrobit, vyprodukovat.

K akustickým podnětům napomáhají různé jednoduché ozvučené předměty, jednoduché nástroje, ozvučené a vibrační hračky. Reprodukovaná hudba nemusí být nutně hudba esoterická a meditativní. Naopak, pokud je záměrem dítě spíše zaktivovat, volíme hudbu dynamičtější.

Orální podněty

Dítě se učí aktivovat oblast úst, učí se senzibilaci úst pro nejrůznější vjemy pomocí orálních her, dále se učí aktivovat podněty čichové a chuťové (např. přiřadit vůně k osobám), učí se poznat, že ústa a nos mohou zprostředkovat užitečné vjemy (např. libé a nelibé chutě či vůně). Při tomto učení se zároveň trénuje vztah ruka – ústa.

Čichové podněty

Používají se lehké aromatické vůně, navoněné polštářky, mýdla. Využívá se i vůně jídla nebo prádla. Nabídku vůní a olejů k masážím je nutné přizpůsobit při alergiích na vůně.

Vestibulární podněty

Dítě se má naučit rychle vnímat různé polohy – nahoru, dolů, dokola. Je zapotřebí učit dítě, že může samo ovlivňovat svalový tonus těla, a učit ho orientaci v prostoru pomocí hlavy. Využívané pomůcky – gymnastické balóny, válce, houpačky, balanční plochy ad.

5/ Baby masáže

Tyto masáže jsou poskytovány dětem s těžším kombinovaným postižením dle individuálních potřeb. Masáž nemusí být dítěti poskytována v plné míře – např. při dýchacích problémech lze poskytnout jen masáž hrudníku. Popis poskytovaných technik, vycházející z knihy J. Hašplové Masáže dětí a kojenců, je uveden v příloze 2.

Masáže i terapie provádí vyškolený personál – fyzioterapeutky, dětské sestry a speciální pedagožky. Všechny děti mají individuálně stanovený program, ve kterém jsou zakomponovány terapie a masáže dle jejich konkrétních potřeb.

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr vzorku respondentů byl záměrný (nenáhodný), účelový, byl proveden na základě dostupnosti. (Skoly.praha.[online.pdf]) Vybrané děti chodí do mateřské školy speciální, třídy MK3. Tuto třídu navštěvuje 10 dětí, z nichž 2 mají těžké kombinované postižení. Edukační proces těchto dětí je tématem bakalářské práce.

Podkladem pro charakteristiku jsou případové studie vybraných dětí, získané polostrukturovanými rozhovory se zákonnými zástupci dětí, s psychologem, s fyzioterapeuty, speciálními pedagogy, a s praktickým lékařem. Informace v této části spadají pod ochranu zákona č. 101/ 2000 Sb., proto jsou jména dětí pozměněna.

Dítě je k edukačnímu procesu přijato na základě žádosti zákonných zástupců, lékařské zprávy od klinického psychologa, rozhodnutí ředitele o přijetí, a vyjádření speciálně pedagogického centra. Ředitel rovněž vydává rozhodnutí o povolení vzdělávat se podle individuálně vzdělávacího plánu. Složka dítěte obsahuje i souhlasy zákonných zástupců o prováděných činnostech a aktivitách v zařízení, podklady pro matriku, pozorování dítěte a závěrečné hodnocení dítěte, které se vypracovává dvakrát ročně.

Pro popis edukačního vzdělávání u dětí s těžkým kombinovaným postižením ve stacionáři jsem si vybrala dvě děti ve věku pět a šest let.

4.4 Vlastní šetření

Případová studie č. 1

Dítě: Petr, věk 6 let a 2 měsíce

Poznámka: jméno dítěte bylo z důvodu ochrany osobních údajů změněno.

Pozorování se odehrávalo v době od 3. 11. 2014 - 21. 1. 2015

Osobní a rodinná anamnéza

Petr má nyní šest let. Do zařízení nastoupil již ve dvou letech na doporučení pediatra a rehabilitačního lékaře. Je umístěn v „modrém oddělení“ pro děti s různými druhy postižení.

Při rozhovoru s matkou jsem cítila lehký nezájem z její strany hovořit o Petrovi, a rovněž malý zájem o edukaci, rehabilitaci i další činnosti, které se v zařízení s jejím synem provádí. Dítě vyrůstá v neúplné rodině, jen s matkou a se starším zdravým bratrem. S výchovou dětí občas pomáhá babička. Otce neuvádí, na výchově chlapce se nepodílí. Sdělila mi, že se chlapec narodil předčasně v 28. týdnu těhotenství. První příznaky postižení se začaly projevovat až kolem jednoho roku věku dítěte. Byla u něj diagnostikována DMO - kvadruparetická forma s RPMV, těžká mentální retardace, a kongenitální stidor laryngu.

Sebeobsluha

V sebeobsluze je plně odkázán na péči dospělé osoby, pleny má celodenně. Je krmen mačkanou stravou, pije se lžičky. Při oblékání je pasivní.

Sociální anamnéza, scholarita

Chlapec je společenský, komunikativní, milý, pozitivně naladěný a přizpůsobivý. Na prostředí třídy si zvykl ihned, ve třídě je spokojený, velmi se těší na činnosti. Naváže oční kontakt, snaží se neverbálně komunikovat pohledem, dokáže vyjádřit souhlas a nesouhlas. Matka pro něj bude žádat odklad školní docházky.

Motorika

Motorika je v rámci těžké kvadruspasticity, stagnuje na úrovni II. trimenomu, viditelné jsou pouze pokusy o pohyb plazením.

Komunikace

Komunikace se odehrává převážně očním kontaktem a neverbálně. Verbálně zvládá tři slova: „jo“, „ne“, „ahoj“.

Prognóza

Dítě bude po celý život odkázáno na soustavnou péči druhé osoby.

Individuální vzdělávací plán (obsahuje metody a cíle vzdělávání):

Údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické péče včetně zdůvodnění:

Speciálně pedagogická péče v rozsahu 5 hodin týdně bude probíhat ve třídě. Podpůrné terapie, začleněné do výuky, budou realizovány ve snoezelenu, na odděleních, kde bude prováděna muzikoterapie a canisterapie, a dále ve třídě a na zahradě.

Pedagogické postupy:

Při práci s dítětem se aplikuje modifikace obsahu učiva. Respektuje se individuální tempo a úroveň motorických schopností. Je poskytována pozitivní zpětná vazba, instrukce, probíhá kontrola pochopení zadání úkolu jedincem. Uplatňuje se multisenzorální přístup a zohlednění aktuálního stavu pozornosti.

Způsob zadávání a plnění úkolů:

Způsob zadávání je verbální a vizuální formou otázek. Plnění úkolů je individuální se stálou pomocí, komunikace - vyjádření souhlasu „jo“, nesouhlasu „ne“, pohledem.

Nejčastěji využívané učební texty, speciální a kompenzační pomůcky:

Audio technika, relaxační oleje a masážní pomůcky, stimulační pomůcky v multisenzoriální místnosti, polohovací vak, gymbaly, interaktivní tabule, výukové programy pro PC.

Rozsah a obsah péče dalších odborníků mimo výuku:

- Rehabilitace realizovaná fyzioterapeutem dle individuálního plánu.
- Logopedická péče poskytována dle individuálního plánu.
- Péče pediatra zajišťovaná dle individuálního plánu a potřeb dítěte.
- Psychologická péče realizovaná dle individuálního plánu.

Předpokládaná potřeba navýšení finančních prostředků: Ne.

Potřeba dalšího pedagogického pracovníka či další osoby a její rozsah: Ne.

Plán práce - cíl vzdělávání, harmonogram a obsah činností

- **Cíl vzdělávání:** Prostřednictvím pedagogických postupů a ucelené rehabilitace dosáhnout rozvoje komunikace, sociálních vztahů dítěte a začlenění do kolektivu dětí.
- **Týdenní harmonogram činností:** součástí speciálního vzdělávání je systém ucelené rehabilitace, v jehož rámci jsou realizovány činnosti – viz tabulka 2:

Tabulka 2: Týdenní plán činností Petra

	Terapie	Forma
Pondělí	Masáže, ORFS, PPV, Snoezelen	individuální
Úterý	Muzikoterapie, ORFS, PPV	skupinová
Středa	Míčkování, ORFS, PPV, Snoezelen	individuální
Čtvrtek	Canisterapie, ORFS, PPV	individuální
Pátek	ORFS, PPV, Snoezelen	individuální

Pozn.: zkratka ORFS = Prvky orofaciální stimulace, zkratka PPV = Podpora pohybového vývoje

Obsah činností

Smyslová výchova

Somatické podněty rozvíjí vnímání a vyvolávají reakce na vibrace, hlazení, na doteky předměty různých vlastností. Taktálně haptické podněty umožňují vnímat citlivost rukou, pocit něco držet, poznávat různé struktury. Vibrační podněty napomáhají učit se cítit vibrace na různých částech těla. Vizuální podněty stimulují zrakové vnímání, vytvářejí zrakový kontaktu, soustředí zrak na statický, pohyblivý předmět, obrázek. Akustické podněty vyvolávají reakce na hlas, na jméno, zvuky z blízkého okolí, zvuky v přírodě. Využívají se relaxační hudba, hra na klavír, písničky a říkanky pro děti. Aromaterapie využívá čichové podněty, včetně vůní potravin při jídle. Ke vnímání informací o pohybu v prostoru přispívá

vestibulární stimulace. Ve speciální multisenzorické místnosti – snoezelenu jsou formou bazální stimulace zprostředkovány jednotlivé zrakové, sluchové, hmatové, vibrační, vestibulární a somatické podněty.

Rozumová výchova

Rozumová výchova směřuje k uvědomování si vlastního těla a jeho částí, jejich určování, pojmenování. Jednoduchými pokyny jsou vyvolávány různé reakce, pracuje se zrcadlem, s fotografií. Prohlubují se znalosti členů rodiny, spolužáků..., pochopení pojmů já - ty, můj - tvůj. Poznávají se různé činnosti, předměty a zvířata na obrázcích, u zvířat jejich zvuky. Učí se chápat kvantitativní pojmy, počet 1, 2. Provádí se třídění, řazení předmětů a obrázků podle různých kritérií. Využívá se práce s knihou, orientace na stránce (nahore, dole, vpravo, vlevo...). Rozvíjí se artikulace, pasivní a aktivní slovní zásoba.

Orofaciální stimulace

Orofaciální stimulace pozitivně ovlivňuje emoční procesy. Navozuje zrakovou prostorovou orientaci. Pomáhá vytvářet vztah k sobě samému i ke svému okolí, orientovat se v okolí. Rozvíjí paměť při koncentraci pozornosti a také oromotoriku.

Hudebně pohybové činnosti

Soustředěným vnímáním, poslechem písní a hudby, se rozvíjí schopnost naslouchat. Používá se muzikoterapie relaxační a stimulační. Poznávají se písně podle melodie. Rozvíjí se koordinace pomocí rytmizace, dále také schopnosti zaznamenat a sdílet vnitřní prožitky. Využívá se psychomotorická terapie, tělesně – pohybová stimulace, socioterapie. Smyslová kooperace rozvíjí kooperaci sluchového, zrakového, hmatového, kinestetického vnímání.

Pracovní a výtvarné činnosti

Rozvíjí se motorika ruky. Vkládáním dobře uchopitelných předmětů se cvičí dlaňový úchop a jeho stimulace. S pomocí se rozvíjí úchop, podržení předmětu a jeho uvolnění. Využívají se techniky mačkání, trhání papíru – s pomocí. Pracuje se s prstovými barvami, se štětcem – opět s pomocí. Seznamuje se s různými výtvarnými technikami.

Zdravotní tělesné činnosti

Jejich součástí jsou relaxační a stimulační masáže. Rozvíjí se kinestetické vnímání na gymnastickém válci a na balančních plošinách (PPV). Snažíme se vybudovat kladný vztah

k motorickému cvičení a pohybovým aktivitám. Hrajeme si s míčem: koulení, házení, chytání – s pomocí. Vhodným doplňkem je pobyt v kuličkovém bazénu.

Vlastní pozorování

Pozorování dítěte v zařízení dne 20. 11. 2014

08,00 – 08,30 hod.

Petra přiváží matka do centra v osm hodin ráno. Převlékne jej a předá zdravotní sestře. Sestry se ho ujímají - chlapec je usměvavý a výská radostí. Ostatní zaměstnanci, procházející okolo, se s ním zdraví, a on reaguje úsměvem. Ke snídani dostává kaši, kterou ho krmí zdravotní sestra. Po krmení dochází na hygienu – na výměnu plen. O půl deváté si pro chlapce přichází rehabilitační pracovnice a odváží si jej na cvičení.

08,30 – 09,00 hod.

Fyzioterapeutka vysvětluje, že díky diagnóze, kterou Petr má, jde hlavně o denní komplexní rehabilitační péči reflexní lokomoce dle Vojty a techniku měkkých tkání, a dále o individuální léčebnou tělesnou výchovu (dále jen LTV) s prvky klasické posturální aktivace. Aktuální úroveň hrubé motoriky u tohoto dítěte odpovídá II. trimenomu. Chlapec vleže na zádech v asymetrické poloze spontánně pohybuje všemi končetinami a hlavu nejistě fixuje, pokouší se přitahovat za horní končetiny do sedu. Převalí se ze zad na bok, pokouší se až na břicho. Dlaně má většinou sevřeny, při pocitech libosti je ale uvolní a protahuje. Vložený prst nebo předmět sevře, po chvíli pasivně pustí. Ke zmírnění spasticity se využívají facilitační techniky a míčkování, s využitím antispastických vzorců a polohování, dále relaxační a miofasciální techniky, techniky měkkých tkání a mobilizace kloubů, senzomotorika – cvičení na míčích, masáže, protahování spastických svalů do krajních poloh denně, 1x v týdnu jsou doporučené hydromasáže. Terapie je nutné aktualizovat podle momentálního zdravotního stavu.

09,00 – 10,00 hod.

V 9 hodin si chlapce přebírá speciální pedagožka, která si ho veze do třídy. Pro dnešní výuku zvolila oblast rozumové výchovy, ve které probírá uvědomování si vlastního těla a jeho částí pomocí ukazování a pojmenování. Výuka probíhá formou sociálních hříček (dětská říkadla, hra na tělo) a výukovým programem s názvem Dětský koutek. Z didaktických pomůcek využívá oblékací pannu. Petr se snaží o ukazování částí těla, učitelka sleduje pohyb jeho očí a kontroluje správnost odpovědí. Výuka je zaměřena i na orofaciální stimulaci, při které je

kladen důraz na rozvoj paměti při koncentraci pozornosti a záměrného pozorování. Chlapec je ve třídě jednu hodinu. Je pozitivně emočně naladěný, usměvavý, kamarádský, klidný a snaživý. Projevuje snahu spolupracovat, koncentruje se na předváděnou činnost, reaguje na podněty k procvičování smyslového vnímání. Je vděčný za kontakt a je rád v prostředí dospělých. Má smysl pro humor.

10,00 – 11,30 hod.

V deset hodin je dítě převezeno zpět na oddělení, kde si ho přebírají podle potřeby zdravotní sestry a další odborní pracovníci – např. dětská lékařka, ergoterapeutka a psycholog. Petr je opět přebalen a sundán z vozíku na zem, v poloze na bříšku. Má velkou radost, že kolem něj pobíhají děti, přináší mu hračky a hladí ho. Velmi se mu líbí autíčko, pro které se ovšem musel kousek připlazit a se kterým se snaží jezdit po koberci. Při hře ovšem stihne pozorovat vše, co se kolem něj děje. Směje se sestrám, které si něco zábavného povídají, a upozorňuje je svým verbálním projevem, že někdo z dětí zlobí.

11,30 – 12,00 hod.

Zbystří, když zdravotní sestry volají děti k obědu, protože rád jí. Je krmen mačkanou stravou buď sestrou, nebo učitelkou. Petr má dnes těstoviny s omáčkou a masem. Oběd mu chutná, stravu přijímá bez problémů, a ještě sleduje dění kolem sebe.

12,00 – 13,30 hod.

Po obědě chlapce sestry přebalují. Děti si jdou odpočinout do postýlek a učitelka jim čte pohádku. Často se stává, že učitelky dětem v době relaxace hrají na kytary. Petr neusne a s úsměvem ve tváři poslouchá.

13,30 – 14,00 hod.

O půl druhé si bere chlapce opět fyzioterapeutka - reakce na to že musí jít cvičit je stejná, jako byla ráno. Jen ji zahlédne, už natahuje. Klidným a pěkným přístupem Petr fyzioterapeutka přece jen přesvědčí - za odměnu má slíbenou křupku.

14,00 – 14,30 hod.

Ve dvě hodiny všechny děti vstávají, už je zpátky i Petr, sestra ho přebalí, a podává se svačina. Na kostičky nakrájený chleba s pomazánkou mu chutná, sestra mu ještě po lžičkách dává čaj.

14,30 – 15,00 hod.

Po svačině na dotaz, jestli si chce jít hrát na koberec za dětmi, odvětí, že „ne“, na otázku, jestli tedy zůstane sedět na vozíku, odpovídá „jo“. Do příchodu matky, která přichází ve tři hodiny, pozoruje sestry i hru ostatních dětí. Před odchodem řekne všem „ahoj“ tak, jak to zvládá nejlépe.

Pozorování dítěte v zařízení dne 21. 1. 2015

08,30 – 09,15 hod.

Maminka přiváží Petra až o půl deváté. Nezdá se jí chlapcovo nachlazení, proto žádá zdravotní sestry, aby se na něj během dne podívala doktorka. Petr má rýmu, je slyšet, že je zahleněný, ale má opět dobrou náladu a usmívá se. Veškerý personál se s ním zdraví, hladí jej a lituje jeho zdravotní stav. Ještě před svačinou přichází lékařka, která ho poslouchá a prohlíží. Jelikož nemá Petr teplotu a žádný konkrétní nález mimo zaníceného nosohltanu, doporučuje pro ten den klidový režim a možnost jej ponechat v zařízení – tedy nebrat ho na procházku. Pro matku bude sepsána o vyšetření lékařská zpráva. Chlapec dostává svačinu - vánočku s pomazánkou a čaj. Sestra ho krmí, ale kvůli obtížnějšímu dýchání svačina trvá déle než obvykle.

09,30 – 10,00 hod.

Po domluvě fyzioterapeutky s učitelkou jde chlapec na cvičení. Má opět slíbenou křupku a tentokrát i pro něho příjemnější cvičení. Rehabilitační pracovnice potřebuje u dítěte snížit spasticitu, která je díky nekomfortu dítěte zvýšená. Provádí dle individuálního programu reflexní lokomoce dle Vojty. Rovněž pro zlepšení odtoku hlenu z plicního stromu uplatňuje na Petrovi míčkovou facilitaci hrudníku dle Jebavé. Intenzita terapie je přizpůsobena aktuálnímu stavu dítěte. Při návratu dítěte na oddělení fyzioterapeutka předává sestřím instrukce, jak provádět antispastické a expektorační polohování. Sestry mění chlapci pleny.

10,00 – 11,45 hod.

Petra si z oddělení odváží učitelka do snoezelenu, kde je možnost multisenzoriálního přístupu k dítěti. Petr je nadšený - tuto místnost velmi rád navštěvuje. Má radost vždy při poskytování individuální péče, když má učitelku sám pro sebe. Pedagožka využívá vybavení Snoezelenu - umísťuje dítě na vodní lůžko, pouští relaxační hudbu, zapaluje aromatickou lampu, zapíná vodní válec a promítá olejové skvrny na zeď.

Cílem těchto činností je celkové zklidnění dítěte a učení reakce na podněty v bezprostřední blízkosti. Petr očima zkoumá ještě vibrační hračky na polici, protože mu učitelka dala možnost výběru. Vybírá si vibrační hračku v podobě medvídka. Učitelka touto hračkou působí na svalstvo horních a dolních končetin, čímž stimuluje jejich aktivaci. Chlapec si potom vybírá i z dalších hraček. Učitelka kombinuje i ostatní druhy podpory - somatické, taktilně haptické, vizuální, akustické a čichové podněty. Petr si dobu strávenou s učitelkou ve snoezelenu náramně užil, má dobrou náladu a je usměvavý.

11,45 – 12,15 hod.

Sestry už na Petra při návratu na oddělení volají: „No kde jsi tak dlouho, málem jsme ti to snědly.“ Hoch se směje a neverbálně komunikuje se sestrami. K obědu dostává kuře s rýží. Je vidět, že mu jídlo chutná, ale kvůli dýchacím potížím je pro něj přijímání stravy velmi obtížné.

12,15 – 13,30 hod.

Petra po obědě sestry opět přebalují. Z důvodu nachlazení si nejde lehnout do postýlky, ale je umístěn do polohovacího polštáře ve tvaru slunečnice, do kterého ho dle předchozích pokynů fyzioterapeutky napolohují tak, aby se mu co nejlépe dýchalo. Učitelka čte dětem pohádku „O kozlíkovi“, ale tu Petr už neslyší, protože usnul.

13,30 – 14,00 hod.

Pro dítě přichází fyzioterapeutka, ale jelikož se zdravotní stav Petra po vyspání zhoršil, rozhodne se ho nechat v klidu, a pouze ho napolohuje do jeho speciálního vozíku.

14,00 – 14,30 hod.

Všechny děti jsou již vzhůru, probíhá převlékání, hygiena a svačina. Chlapec nechce svačit, je vidět, že se necítí dobře. Proto dostává pouze čaj dávkovaný po lžičkách.

14,30 – 15,15 hod.

Petr zůstává i nadále napolohován ve speciálním vozíku. Ostatní děti na oddělení se věnují volné hře v kuchyňce. Petrovi přinášejí ochutnat, co uvařily. Poskakují okolo něj, mluví k němu, hladí ho, a snaží se jej rozveselit. Daří se jim to. Petr, i když se necítí dobře, se směje a snaží se o komunikaci s ostatními dětmi. Když mu sestry oznámí, že přišla matka, radostí

sebou trhne a rozhodí rukama. Matka na oddělení sděluje, že si nechá chlapce pár dnů doma. Sestry se s ním loučí a přejí chlapci brzké uzdravení. Petr zdraví „ahoj“, tak jak to zvládne.

Výsledky pozorování, diskuze

Kromě výše popsaných dvou dnů jsem chlapce ještě průběžně pozorovala při dalších činnostech ve třídě a při ostatních podpurných terapiích. Jeho další aktivity jsem konzultovala se speciální pedagožkou, která má hocha v péči.

Po celou dobu pozorování byl chlapec v zařízení pozitivně emočně naladěný, usměvavý, kamarádský, klidný a snaživý. Stále projevoval snahu spolupracovat, koncentroval se na předváděnou činnost, reagoval na podněty k procvičování smyslového vnímání. Byl vděčný za kontakt. Dával najevo, že se dobře se cítí ve společnosti dospělých. Projevil se u něj smysl pro humor.

Z pozorování vyplývá, že chlapec nemluví, komunikuje především očima a úsměvem. Receptivní složka je na lepší úrovni než expresivní. Vokalizuje spokojenost a nespokojenost, pokouší se o slova, používá výrazy „jo“, „ne“, „ahoj“. Na otázky typu chceš papat, chceš cvičit apod., odpovídá „jo“ „ne“, i když kvůli dýchacím obtížím mu to dělá velké problémy.

Na slovní pokyn ukáže na obrázku všechny běžné předměty, zvířátka, činnosti, části těla a oblečení, rozumí pojmem malý – velký, pozná činnosti na obrázcích (běhá, vaří, hází). Poznává základní geometrické tvary, částečně se u něj používá metoda globálního čtení. Rozumí rovněž pokynům „dej“, „podívej se na mne“, „zvedni ruku“. Na pokyn ukazuje barevná kolečka, přiřazuje obrázky, třídí předměty podle barev. S pomocí pracuje s výukovými programy. V muzikoterapii a hudebních činnostech spontánně prožívá hudbu, reaguje na ni v rámci svých možností. Na bazální stimulaci, míčkování a relaxační činnosti reaguje velmi pozitivně. Canisterapii si moc neužívá, protože má strach ze psů – na blízkost psa reaguje úlekem, někdy i pláčem. Při pracovních a výtvarných aktivitách potřebuje pomoc a vedení.

V sebeobsluze je plně odkázán na péči dospělé osoby, pleny má celodenně. Je krmen mačkanou stravou, pije ze lžičky. Při oblékání je pasivní.

Velkou výhodou by bylo pořízení vhodného komunikátoru, nejlépe speciálně vybaveného počítače pro komunikaci a potřeby chlapce. Rodiče o této možnost neuvažují z finančních důvodů. V jedné městské části města Brna se pořádá pro chlapce finanční sbírka, aby mohl absolvovat měsíční pobyt s matkou v lázních Klimkovice, který není hrazen zdravotní

pojišťovnou (viz obr. č....). Stanovené cíle vzdělávání se prostřednictvím pedagogických postupů a ucelené rehabilitace daří postupně naplňovat.

Případová studie č. 2

Dítě: Sára, věk 5 let a 4 měsíce

Poznámka: jméno dítěte bylo z důvodu ochrany osobních údajů změněno.

Osobní a rodinná anamnéza

Rehabilitační stacionář dítě navštěvuje druhým rokem. Nástup do zařízení doporučila pediatřička a rehabilitační pracovnice, kterou matka se Sárou navštěvovala ambulantně. Dívka je umístěna ve „žlutém oddělení“ pro děti s těžkým kombinovaným postižením. Jde o milou blondřatou dívku s modrýma očima, štíhlé, vyšší postavy.

Adaptace již od prvního dne nástupu probíhala úspěšně. Dítě bylo klidné a celkem kladně laděné. Od začátku má zájem o kontakt s druhými osobami, dotýká se pravou rukou dospělé osoby a brouká. Dokáže dát najevo spokojenost úsměvem, touhou po dotykovém kontaktu, osobu sleduje zrakem. Vyžaduje komunikaci s osobami, což je jistě způsobeno soustavnou a láskyplnou péčí matky. Ráda se dívá na děti při hře, pokud je zajištěna v polohovací židličce.

Sára se narodila z druhé gravidity ve 29. týdnu těhotenství, po odtoku plodové vody. Vážila 1350 gramů a měřila 41 centimetrů. Třetí den došlo u dítěte ke krvácení do mozku a byl jí zaveden shunt. U Sáry byla diagnostikovaná kvadruparetická forma DMO, hluboká mentální retardace, hydrocephalus a epilepsie.

Rodina byla do nedávna úplná, ale otec situaci nezvládl, a odešel před rokem k přítelkyni. Pro Sáru si ale jednou za čtrnáct dnů jezdí a vozí ji na víkend ke své matce, která mu s péčí o dítě pomáhá. Ve společné domácnosti s matkou a Sárou bydlí syn z prvního manželství, kterému je 16 let.

Matka projevuje zájem o veškeré dění kolem jejího dítěte - edukační, rehabilitační i terapeutický program. Doma s dítětem cvičí podle Vojtovy metody, jezdí do přírody, dokonce byli i pod stanem. Dle sdělení matky je Sára doma většinou spokojená, velmi

radostně reaguje na děti, zejména na svého bratra a bratrance. V této situaci kope nožkami, radostně víská a vokalizuje. Čím více lidí, tím je spokojenější. Bohužel po silné radosti a vzrušení většinou přijde epileptický záchvat. Dívka nemá ráda, když rodiče telefonují, to začne usedavě plakat. Ráda poslouchá pohádky na CD, rovněž se ráda koupe ve vaně, nechce z vany a pláče. Matku rozlišuje od jiných lidí, před cizími odvrací hlavu. Doma rozlišuje i písničky - u některých pláče, na jiné reaguje pozitivně. Členem domácnosti je i boxer – pes jménem Gregor, kterého má dívka moc ráda. Gregor se jí bojí, protože už jej několikrát kousla.

Sebeobsluha

V sebeobsluze je plně odkázána na péči dospělé osoby, pleny má celodenně. Je krmena mixovanou stravou, pije se lžičky. Při oblékání je pasivní.

Sociální anamnéza, scholarita

Sára je milá hodná dívka. Je ráda ve společnosti dětí i dospělých. Vnímá dění kolem sebe. Při nenadálém intenzivnějším zvuku u ní dochází často k úleku. Velmi pozitivně reaguje na lidský hlas. Dítě bude i nadále navštěvovat DRC. Matka bude pro dítě před nástupem k základnímu vzdělávání žádat odklad školní docházky.

Motorika

Dívka se přetočí na bok, na břicho se neotočí. Nekoordinovaně mává rukama. Na břicho leží, hlavu nezvedá, pouze ji otáčí.

Komunikace

Neverbálně se snaží o navázání sociálního kontaktu. Na oslovení reaguje hlasem. Brouká si, směje se, pokouší se formulovat některá slova.

Prognóza

Dítě bude po celý život odkázáno na soustavnou péči druhé osoby.

Individuální vzdělávací plán

Pedagogické postupy:

Při práci s dítětem se aplikuje modifikace obsahu učiva. Je poskytována pozitivní zpětná vazba. Respektuje se individuální tempo. Uplatňuje se multisenzorální přístup a zohlednění aktuálního stavu pozornosti.

Způsob zadávání a plnění úkolů:

Zadávání úkolů je individuální. Úkoly jsou plněny individuálně s trvalou pomocí.

Učební texty, speciální a kompenzační pomůcky:

K práci je využívána audio technika, speciální židle, relaxační oleje a masážní pomůcky, stimulační pomůcky v multisenzoriální místnosti, polohovací vak, klín, gymbaly, interaktivní tabule ad.

Rozsah a obsah péče dalších odborníků mimo výuku:

- Rehabilitace realizovaná fyzioterapeutem dle individuálního plánu.
- Logopedická péče poskytována dle individuálního plánu formou konzultací s matkou.
- Péče pediatra zajišťovaná dle individuálního plánu a potřeb dítěte.
- Psychologická péče realizovaná dle individuálního plánu.

Předpokládaná potřeba navýšení finančních prostředků: Ne.

Potřeba dalšího pedagogického pracovníka či další osoby a její rozsah: Ne.

Plán práce - cíl vzdělávání, harmonogram a obsah činností

- **Cíl vzdělávání:** Prostřednictvím pedagogických postupů a ucelené rehabilitace dosáhnout rozvoje komunikace, sluchového, zrakového a hmatového vnímání, pozitivní zpětné vazby a rozvoje sociálních vztahů dítěte.
- **Týdenní harmonogram činností:** součástí speciálního vzdělávání je systém ucelené rehabilitace, v jehož rámci jsou realizovány činnosti – viz tabulka 3:

Tabulka 3: Týdenní plán činností Sáry

	Terapie	Forma
Pondělí	Babymasáže, míčkování, PPV	individuální
Úterý	Muzikoterapie, ORFS, PPV	skupinová
Středa	Bazální stimulace ve Snoezelenu	individuální
Čtvrtek	canisterapie, ORFS, PPV	individuální
Pátek	ORFS, PPV	individuální

Pozn.: zkratka ORFS = Prvky Orofaciální stimulace, zkratka PPV = Podpora pohybového vývoje

Obsah činností:

Smyslová výchova

Zaměřuje se na rozvoj jednotlivých smyslových analyzátorů a jejich funkcí především prostřednictvím bazální stimulace, která umožňuje komunikaci s okolím, zprostředkovává zážitky z vlastního těla, i nové zkušenosti. Umožňuje vnímat podněty, reagovat na somatické podněty jako jsou vibrace, hlazení, dotýkat se předmětů různých fyzikálních vlastností. S pomocí taktilně haptických podnětů se snažíme o vnímání citlivosti rukou, poznávání pocitu něco držet, seznámit se s různými strukturami. Učíme cítit vibrace na různých částech těla prostřednictvím vibračních podnětů. Chceme využívat pozitivního působení psů na psychickou, emociální a somatickou oblast dítěte v rámci canisterapie. Významné jsou reakce na hlas, na jméno, zvuky z blízkého okolí, zvuky v přírodě, ostatní akustické podněty. Využívá se relaxační hudba, hra na klavír, písničky a říkanky pro děti. Fyzioterapeutka se podílí na poskytování vestibulárních podnětů. Při jídle lze použít čichové podněty vůně potravin jako jednu z možností aromaterapie. Zaměřujeme se na komunikativní a sociálně – emocionální podněty.

Bazální stimulace

Bazální stimulace ve snoezelenu využívá různé relaxační techniky. Zde se rozvíjí vnímání a prociťování vibrací, chvění zvuků, vnímání kontrastu ticha a zvuku, vnímání hudby. Zkouší se Hra na tělo, experimentování – vnímání vlastních zvuků. Využívají se podpůrné terapeutické techniky - masáže, aromaterapie, míčkování, kartáčování, stejně tak jako stimulace libých a příjemných pocitů, stimulace vestibulárního aparátu a stimulace vibračními

podněty. Podporují se motorické funkce, rozvíjí se také neverbální schopnosti, stimuluje se hmat jedince.

Rozumová výchova

Rozumová výchova se zaměřuje na uvědomování si vlastního těla a jeho částí a hranic. Využívají se reakce na hlas, na jméno, na jednoduché pokyny. Pracuje se se zrcadlem i s fotografií. Snažíme se nasměrovat soustředění na poslech čteného, vyprávěného textu. Masáž dlaní a prstů se využívá ke stimulaci úchopu. Rozvíjí se vnímání různých tvarů zrakem, hmatem.

Orofaciální stimulace

Orofaciální stimulace přispívá k navázání kontaktu a mimoslovní komunikace. Podporuje procítění těla jako příjemné zóny. Usiluje o vnímání středové osy těla a její navození ze strany dítěte.

Hudebně pohybové činnosti

Hudebně pohybové činnosti se soustředí na vnímání a poslech písni, hudby. Pracuje se s tělem v návaznosti na senzomotorickou terapii. Aplikuje se receptivní muzikoterapie, obsahující stimulační a relaxační poslech. Koordinace a rytmizace se provádí pasivně. Skupinová muzikoterapie rozvíjí schopnosti zaznamenat a sdílet vnitřní prožitky, poskytuje prostředky k sebevyjadřování, rozvíjí schopnosti naslouchat.

Pracovní a výtvarné činnosti

Rozvíjí úchop a držení předmětů s pomocí. Využívá se spolupráce při krmení, masáží dlaní a prstů. Úchop se stimuluje vkládáním předmětů do dlaní.

Zdravotní a tělesné činnosti

Podporují pohybový vývoj jedince. Jejich součástí je polohování, relaxační masáže, budování tělesného schématu, středové roviny, aktivace vestibulárního aparátu. Cvičí se synchronizace dýchání. Činnosti se doplňují pobytem v kuličkovém bazénu.

Pozorování dítěte v zařízení dne 11. 11. 2014

08,15 – 08,45 hod.

Matka Sáru přiváží do zařízení ve čtvrt na devět a omlouvá se, že jde pozdě. Jelikož Sáru nepřevléká, pouze ji sundává bundu a čepici, okamžitě si ji přebírají sestry. Na oddělení ji

všichni vítají a Sára odpovídá svým verbálním projevem, který zní radostně. Dívka je umístěna ve „žlutém oddělení“ pro děti s těžkým kombinovaným postižením. Sestry ji chválí „pěkné tričko s kočičkou“, na což dítě reaguje prskáním, protože takto neverbálně znázorňuje kočku. Všechnen personál na oddělení s ní komunikuje jako se zdravým dítětem. Jsou pokládány otázky: „Jak jsi se měla včera?“, „Co jste s mamkou ráno dělaly, že jste přišli pozdě?“, „Za chvíli bude svačina, budeš papat?“ apod. Sára na všechno říká „jó“.

Vývoj řeči je v předřečovém stádiu - napodobivé žvatlání, reaguje na otázky. O půl deváté začíná svačina, dostává mixovanou stravu. Sestra ji povídá, jak je to dobré, aby ochutnala, ale dívčina pusa zůstává pevně sevřena. Až když se řekne, že jí to sní Gregor, tak začíná jíst. Po jídle sestra vymění pleny a opět dítě dává na speciální židličku, aby mohla mít přehled o dění kolem sebe.

8,45 – 09,30 hod.

V 8:45 si dítě odváží na rehabilitaci fyzioterapeutka. Objasňuje, že vzhledem k diagnóze, kterou Sára má, jde hlavně o denní komplexní rehabilitační péči. S dítětem provádí individuální LTV – cvičení na neurofyziologickém podkladě s využitím prvků reflexní lokomoce dle Vojty nebo Bobath konceptu, facilitační techniky, míčkování, zmírnění spasticity s využitím antispastických vzorců a polohování, bazální stimulaci, relaxační a myofaciální techniky, techniky měkkých tkání a mobilizaci páteře a periferních kloubů. Při cvičení jde zvláště o protahování spastických svalů a kontrakturu do krajních poloh, úpravu držení těla a cviky na páteř. Aktuální úroveň hrubé motoriky u tohoto dítěte odpovídá II. trimenomu. Dívka se přetočí na bok, na břicho se neotočí. Nekoordinovaně mává rukama. Na břicho leží, hlavu nezvedá, pouze ji otáčí. Jednou týdně jsou doporučené hydromasáže. Dnes se fyzioterapeutka věnuje vývojové rehabilitaci reflexní lokomocí dle Bobath konceptu. Rovněž provádí techniky měkkých tkání. Na dítěti lze pozorovat pozitivní reakci po cvičení, vyvolanou uvolněním spasticity. Cvičení probíhá 45 minut.

09,30 – 10,00 hod.

Po skončení rehabilitace převezme fyzioterapeutka Sáru zpět na oddělení, kde se jí opět ujímají zdravotní sestry. Dítě přebalí a lžičkou jí dávají čaj. Následně ji umístí do rehabilitačního polštáře ve tvaru slunečnice. Dítě po cvičení odpočívá.

10,00 – 11,00 hod.

V deset hodin přicházejí na oddělení učitelky s hudebními nástroji (kytary, varhany, dešťová hůl). Dětem oznamují, že bude probíhat muzikoterapie. Nejdříve Sáru i ostatní děti napoložují podle individuálních možností do relaxačních vaků. Začíná se zazvoněním na zvoneček a přivítáním písní „Jak se jmenuješ“, doprovázenou pohlažením. S pomocí učitelky sedící vedle bubnuje Sára rytmus svého jména do bubnu, ale jsou viditelné úlekové reakce. Po přivítání následují písně k uvědomění si vlastního těla „Ruce, ruce, ručičky, Každá ručka“. Sára vydává neartikulované zvuky, „zpívá“. Učitelky ji chválí. Následují psychomotorické hry za hudebního doprovodu na varhany. Učitelky postupně provádějí se Sárou i ostatními dětmi houpání na dece a houpání v sedu do stran. To se Sáře moc nelíbí, zvukově projevuje svoji nelibost. Děti jsou potom opět napoložovány do relaxačních vaků. Učitelky hrají na nástroje a zpívají dětské písně. Děti poslouchají. Hudbou jsou v dětech vyvolávány akustické podněty. Sára výská radostí. Zpěv a hra na hudební nástroje se jí velmi líbí. Závěrečná část muzikoterapie je určena ke zklidnění dětí. Hraje relaxační hudba. Je využit psychomotorický padák. Učitelky jej rozprostřou nad dětmi a mávají s ním nahoru a dolů. Některé děti pozorují barvy. Všichni vnímají proud vzduchu rozvířený padákem. Sára se usmívá. Tato činnost se jí evidentně líbí a užívá si to. Muzikoterapie je zakončena opět zazvoněním zvonečku.

11,00 – 12,00 hod.

Touto dobou již sestry chystají oběd. Ptají se Sáry, jestli bude „papat“. Ona odpovídá „joo“. Sestra umísťuje Sáru do speciální židle, která byla vyrobena přímo pro ni. Dítě přichází krmit učitelka. K obědu dostává mixovanou stravu – rajskou omáčku s masem a brambory. Sára se nechává přemlouvat, aby otevřela pusou. Štípe učitelku do ruky. Vydává zvuky vyjadřující její nelibost a odvrací hlavu od jídla. Učitelka ji motivuje a orofaciálně stimuluje lžičkou. Sára začíná jíst. Sní pouze polovinu porce a dostává po lžičkách čaj.

12,00 – 13,45 hod.

Po obědě sestry Sáru opět přebalují a ukládají na lůžko do ložnice. Na spaní jí dávají oblíbenou hračku šaška. Sáře se nechce odpočívat o samotě a „volá“ na sestry, aby získala jejich pozornost. Po dvaceti minutách volání Sára usíná.

13,45 – 14,15 hod.

Sára je již vzhůru a pozoruje okolí. Pro Sáru si přichází fyzioterapeutka, bere si ji z ložnice a veze na rehabilitaci. Odpolední rehabilitace se zaměřuje na reflexní lokomoci dle Vojty. Sára je na cvičení již zvyklá, proto nereaguje negativně, pouze si „povídá“.

14,15 – 15,40 hod.

Sára svačí o něco později než ostatní děti. Dostává dětskou výživu, kterou sní celou. Během svačiny ji sestra motivuje příchodem matky signalizovaným zazvoněním zvonku. Po svačině ji sestry přebalí a nechávají ji ve speciální židli. Průběžně s ní komunikují a posouvají ji k zavěšenému balonu, do kterého Sára plácá. Na oddělení telefonuje matka, že si dnes Sáru vyzvedne později. Proto sestry ještě dítě polohují do relaxačního vaku, pouštějí písničky, a dávají nad ni hrazdičku se závěsnými hračkami. Personál s ní při tom stále komunikuje. Při zazvonění zvonku ji sestry upozorní, že přišla matka a Sára výská radostí. Při odchodu domů všem pošle pusu.

Pozorování dítěte v zařízení dne 12. 1. 2015:

07,30 - 8,30 hod.

Matka přiváží dítě do zařízení. Upozorňuje při předávání Sáry sestry, že u ní proběhl včera odpoledne epileptický záchvat. Byla by ráda, kdyby se na ni podívala paní doktorka a sestry ji více sledovaly. Doporučila klidový režim v průběhu dne u dítěte z důvodu možného opakování záchvatu. Personál se se Sárou snaží komunikovat na téma včerejší mimořádné události. Sára ráda komunikuje s dospělými a na otázky typu „Už je ti dnes dobře?“ „Co to té mamince tropíš?“, odpovídá „joo“. Následně je dítě umístěno do speciální židle a pozoruje příchod ostatních dětí a přípravy na svačinu. Sára dnes dostává kaši, ale moc jí nesní, kvůli včerejšku ji nikdo nenutí. Dostane hlavně čaj podávaný po lžičkách. Sestra dívku přebaluje. Na Sáru se po svačině přichází podívat i lékařka zařízení. Dítě jí připadá v pořádku a v dobrém rozpoložení.

08,30 – 09,15 hod.

Fyzioterapeutka, která si pro Sáru přichází, je upozorněna od zdravotnického personálu na včerejší záchvat. Odvází si dítě do rehabilitační místnosti. Zde provádí stimulaci dechových bodů v oblasti hrudníku a míčkovou facilitaci dle Jebavé v modifikaci pro ležící klienty

s cílem kvalitnějšího odhlenění. Sára vypadá spokojená, brouká si. Fyzioterapeutka pokračuje neuromuskulárním cvičením dle Kabata pro kvalitnější rozvinutí hrudníku a snížení spasticity horních končetin. Dívka se po cvičení rozkašlala, a proto následuje desetiminutové polohování na boku v antispastické poloze. V této době s terapeutkou neverbálně komunikuje.

09,15 – 09,45 hod.

Po skončení rehabilitace převezme fyzioterapeutka Sáru zpět na oddělení, kde se jí opět ujímají zdravotní sestry. Fyzioterapeutka upozorňuje sestry na Sářiny problémy s kašlem. Sestry dívce lžičkou podávají čaj. Následně ji umístí do rehabilitačního polštáře, kde Sára po cvičení odpočívá.

10,00 – 11,00 hod.

Také přicházející pedagožka je personálem upozorněna na Sářiny zdravotní problémy. I z toho důvodu Sáru převáží do snoezelenu k bazální stimulaci. V rámci stimulační a relaxační techniky se věnuje baby masážím dítěte. Tuto činnost kombinuje s aromaterapií. Sáru vysvleče a nechá jí pouze plenu. Uloží ji na vodní postel na záda a povídá si s ní o tom, co budou dělat. „Budu ti hladit břicho a záda“, říká učitelka. Sára spokojeně odpoví „joo“. Začíná se masáží břicha (postupy „Mlýnek, Vodní mlýn, Palci do stran, Slunce a měsíc, Procházka prsty, I love you“). Následuje masáž hrudníku (postupy „Otevřená kniha, Motýl“). Na tyto masáže reaguje dítě projevy spokojenosti. Komunikuje s učitelkou očním kontaktem i neverbálním projevem, gestikulací.

Bazální stimulace u Sáry končí masáží zad, kvůli které otáčí učitelka dítě na břicho (postupy „Malé kroužky, Tam a zpět, Sunutí zadečku, Zadeček, Sunutí od krku k patám“). Celou masáž doprovází učitelka básničkami, které náleží k jednotlivým masážním postupům. V průběhu masáže neustále komunikuje s dítětem. Na Sáře je již znát únava a také se jí nelíbí ležení na břiše. Proto učitelka masáž zad zkracuje.

11,00 – 12,00 hod.

Sáru učitelka předává zpět na oddělení. Sestry se ptají, jak se jí líbilo ve školce. Dívka reaguje svým tradičním „joo“. Sára je usměvavá a vypadá spokojeně. Dnes ji krmí zdravotní sestra. K obědu dostává guláš s těstovinami, opět rozmixovaný. Na dítěti je znát, že mu jídlo chutná,

i když má opět tendence tahat sestru za vlasy a štípnout ji. Nakonec většinu jídla sní. Dostává čaj po lžičkách a jsou jí vyměněny pleny.

12,00 – 13,30 hod.

Dítě je připraveno k odpočinku, ale dnes nejde odpočívat do ložnice. Sestry si Sáru nechávají v herně v kuličkovém bazénu, aby ji měly na očích. Dívka je unavená. Sice nespí, ale v klidu odpočívá a pozoruje dění kolem sebe. Občas na sebe upozorňuje různými neverbálními projevy.

13,30 – 14,00 hod.

Fyzioterapeutka přichází zjistit zdravotní stav dívky. Dozvídá se, že se stav Sáry od dopoledne nezhoršil. Proto si ji odváží na krátké odpolední cvičení. Toto cvičení zaměřuje na zlepšení dechové kapacity a opět dítě polohuje na boku v antispastické poloze. Na Sáře je vidět únava po celém dnu, začíná být nevrlá. Proto fyzioterapeutka cvičení zkracuje.

14,00 – 14,30 hod.

Po návratu na oddělení dostává Sára svačinu. Dnes mají děti pudink, který Sára celý sní. Podávaný čaj prská z pusy ven, proto jí čaj nikdo dál nenutí. Potom sestra opět mění plenu.

14,30 – 15,00 hod.

Krátce po půl třetí si přichází Sáru vyzvednout matka. Dnes přišla z obavy o zdravotní stav dítěte dříve. Dívka opět reaguje na zvuk zvonku výskotem. Zdravotní sestry seznamují matku s průběhem Sářina dne i s jejím zdravotním stavem. Při loučení s personálem Sára opět posílá pusou.

Výsledky pozorování, diskuze

Kromě výše popsaných dvou dnů jsem dívku v termínu sledování ještě průběžně pozorovala při dalších činnostech ve třídě a při ostatních podpůrných terapiích. Její další aktivity jsem konzultovala se speciální pedagožkou i sestrami, které mají Sáru v péči.

Na oddělení tráví Sára čas ležením v polohovacím vaku, nebo v kuličkovém bazénu. Je polohována i na jejím speciálním vozíku. Zabaví se hrou s hrazdičkou, do které cíleně plácá. Odhazuje míč i jiné předměty. Je ráda ve společnosti dětí i dospělých. Vnímá dění kolem sebe. Neverbálně se snaží o navázání sociálního kontaktu. Na oslovení reaguje hlasem. Prudce

reaguje na nenadálý intenzivní zvuk. Sára reaguje na hlas - snaží se hledat zrakem zdroj hlasu nebo zvuku. Fixuje zrak na statický i pohybující se předmět. Předmět uchopí, ale vzápětí jej upustí.

V rámci aplikovaných terapií (orofaciální stimulace, bazální stimulace ve snoezelenu, míčkování, baby masáže, canisterapie) je u Sáry vytvářena správná poloha pro snadnější vnímání – vleže v polohovacím vaku, ve speciální židličce, a na vodní posteli ve snoezelenu. Dítě se těchto činností velmi rádo účastnilo. Prostřednictvím somatických podnětů bylo u Sáry navozováno tělesné schéma. Technikami míčkování a baby masáží, které má ráda, byly u dívky vyvolávány pozitivní zkušenosti z vlastního těla. Při těchto činnostech docházelo k uvolňování svalů a také rozvíjení vzájemných sociálních vztahů. Sára vyjadřovala spokojenost. Má ráda fyzický kontakt, zpozorní při doteku a změně činnosti.

Vnímá zvuky a jejich změnu. Snaží se neverbálně komunikovat, odpovídá „jo“, zavolá „Gregorku“ (jejich pes), usmívá se, „Jak dělá kočička?“ (prská), umí poslat pusou (zamlaská), ukáže pusou veverka a králíčka (našpulí rty, ukáže zuby). Vokalizuje libost, ale umí dát také najevo nelibost. Vývoj řeči je u dítěte v předřečovém stádiu. Na podněty k procvičení sluchového, zrakového a hmatového vnímání reaguje. Účastnila se skupinové muzikoterapie. Sára ráda poslouchá písně a hru na hudební nástroje. Pozorně vnímala vibrace afrického bubnu, ale byly přítomny úlekové reakce. Rytmizaci prováděla pasivně, líbily se jí hry s psychomotorickým padákem. Vívala společnost dětí kolem sebe.

U Sáry jsou využívány všechny možné dostupné prostředky výchovy i vzdělávání, využívá i kompenzační pomůcky – např. speciální vozík, relaxační vaky a polštáře ad., a rehabilitační postupy, vhodné ke kompenzaci jejího postižení. Aktivně se ráda účastní všech terapií, vokalizuje při muzikoterapii, radostně reaguje při canisterapii. Nemá ráda aktivity spojené s hlavovou oblastí – např. míčkování. Zřejmě je to z důvodu několika operací, kterým se musela podrobit kvůli zavedení shuntu. V poslední době je vidět mírný pokrok v oblasti komunikace, proto se na tyto dovednosti nyní zaměříme. Dívka mívá cca jedenkrát týdně epileptické záchvaty, v tento den není schopna vykonávat žádnou z plánovaných činností, dá se pouze vhodně napolohovat, zajistit klidový režim a případně ji vystavit příjemným taktilním podnětům. Protože se jeví, že Sára vykazuje stále mírné pokroky, není nutné v zavedeném způsobu práce, obsahující edukační i zdravotnické postupy, nic měnit.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo seznámit s problematikou edukačního procesu dětí s těžkým kombinovaným postižením v rámci rehabilitačního stacionáře. Vycházela jsem ze studia odborné literatury, aktivního zúčastněného pozorování činností v rehabilitačním stacionáři, případových studií prezentovaných v praktické části práce, ale také z vlastních zkušeností s prací v předškolním zařízení s postiženými klienty.

Při plánování edukačního procesu vychází pedagožky ze závěrů vyšetření dětí specialisty a jejich doporučení. Dalšími zdroji pro tvorbu plánu činností jsou školní vzdělávací plány, z nich vycházející třídní vzdělávací plány a jednotlivé individuální vzdělávací plány dětí. Časový rozsah edukačních činností volí pedagogové vždy podle individuálních schopností a možností jednotlivce, někdy je určujícím i zdravotní stav dítěte. U dětí s těžkým postižením i s kombinovaným postižením se velice málo a pomalu projevují výsledky edukačního procesu. Také jednotlivé nástroje edukačního procesu se u jednotlivců projevují rozdílně. Seběmenší zhoršení zdravotního stavu může být velikou komplikací při aplikaci výukových metod.

Stacionář nabízí rozmanité možnosti terapií. Některé, například muzikoterapie, dokážou navodit pozitivní náladu, kterou jedinec zvládne i emočně projevit. Arteterapie, nabízená školou spíše ve formě artefietiky, nemá pro jedince s tímto těžkým postižením velký význam. Hodně využívaná canisterapie má na některé jedince negativní vliv, jelikož se zvířete bojí, jiní se za přítomnosti psa uvolní, a terapii přijímají velice pozitivně. Možná by stálo za to vyzkoušet i jiné druhy zooterapie s menšími zvířaty – felinoterapie (s kočkami) nebo např. rattoterapie (s potkany), což ale v současné době není ve stacionáři možné. Uvolnění přináší dětem i bazální stimulace, navíc kontakt s dítětem navozuje kladné sociální klima. Pozitivně hodnotím veškeré masáže, které dětem přinášejí uvolnění a relaxaci, prožitek svého těla, což má pro tyto děti velký význam. Fyzioterapie podle předpokladů není dětmi přijímána vždy úplně pozitivně, ale rozcvičování postižených částí těla je u těchto těžkých kombinovaných postižení nutností. Je dobré, že veškerý personál bere při svých činnostech v úvahu momentální zdravotní stav a naladění dítěte, a je podle nastalé aktuální situace schopen reagovat na tyto stavy. To se může dít i díky výborné týmové spolupráci zdravotnických i školských pracovníků, střídající se v péči o děti.

U pozorovaných jedinců převládá neverbální komunikace, oba ale neustále komunikují svým způsobem s okolím. Všimla jsem si, že děti s lehčím postižením na ně nahlíží jako na „miminka“. Prostřednictvím pedagogických postupů a ucelené rehabilitace se daří postupně rozvíjet komunikaci, sociální vztahy sledovaných jedinců i začlenění do kolektivu ostatních dětí.

V průběhu pozorování jsem měla příležitost zamyslet se nad tím, co lze v činnosti zařízení směřované k pozorovaným respondentům hodnotit pozitivně, a co by se v organizaci edukačního procesu nebo ve vybavení zařízení dalo zlepšit. Při práci s klienty zařízení je hojně využíváno moderní vybavení zařízení a speciální pomůcky. Jejich využití napomáhá zefektivnit edukační proces u dětí s těžkým kombinovaným postižením. Technické vybavení stacionáře je na vysoké úrovni. Zařízení bylo před několika lety kompletně zrekonstruováno. Prostředky jako kuličkový bazén, hrací koutky, kuchyňky, domečky apod. ale využijí převážně jedinci s lehčími druhy postižení. Velkou výhodou je snoezelen, který je využíván hlavně dětmi s těžkým kombinovaným postižením. Za přínosnou považuji také rozsáhlou zahradu, kde lze na kryté terase za pěkného počasí pro tyto klienty využívat stimulaci přírodními podněty. Při práci s klienty s těžkým kombinovaným postižením postrádám ale pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci. Přivítala bych speciálně vybavené počítače včetně specifických zařízení – např. spínače, dotykové obrazovky, upravené klávesnice s odpovídajícím programovým vybavením.

Již jsem vyzdvihla velmi pozitivní týmový přístup provozního personálu i pedagogů. Jediným limitujícím prvkem ze strany pracovníků se jeví nutnost zdravotního doprovodu při všech akcích mimo zařízení, což z kapacitních důvodů někdy znemožňuje akce realizovat, a jsme proto častěji odkázáni jen na školní zahradu a okolí stacionáře.

Pozorování vybraných jedinců i celkového chodu zařízení z větší části splnilo moje očekávání. Výsledky pozorování potvrdily předpoklad, že práce s jedinci s těžkým postižením může mít pozorovatelné výsledky, které jsou mnohdy inspirací pro další činnosti edukačního procesu. Edukační proces u dětí s těžkým kombinovaným postižením probíhá velmi pomalu a výsledky lze pozorovat pozvolna. Jsou ale pozorovatelné. Já sama jsem zaznamenala v průběhu pozorování rozvoj kognitivních funkcí u těchto dětí. Proto si myslím, že tato náročná práce za ten úsměv, dotek, pozdrav a projevy spokojenosti stojí, a že má smysl v celém edukačním procesu pokračovat, i když pouze malými krůčky.

SOUHRN

Bakalářská práce s názvem Edukační proces dětí s těžkým kombinovaným postižením v předškolním zařízení rehabilitačního stacionáře si kladla za úkol seznámit s výchovnými a vzdělávacími činnostmi, které v tomto stacionáři probíhají. Teoretická část zmiňuje v první kapitole problematiku postižení, konkrétně mentálního, tělesného a kombinovaného. Protože práce je o dětech s postižením, druhá kapitola rozebírá osobnost dítěte a jeho rodinu. Výchovné a vzdělávací procesy a zařízení, ve kterých probíhají, jsou tématem třetí kapitoly. Praktická část práce měla za cíl zmapování činností dětí s těžkým kombinovaným postižením, seznámení s jejich edukačními plány, s individuálními činnostmi, probíhající ve stacionáři. Na základě zúčastněného pozorování, analýzy odborné literatury a školské dokumentace, a polostrukturovaných rozhovorů byl splněn cíl práce – byly popsány výchovné i vzdělávací činnosti, které probíhají u vybraných dětí. Díky tomu, že stacionář je zdravotnické zařízení, ve kterém jsou umístěny třídy mateřské školy speciální, může v zařízení probíhat edukace i fyzioterapie, které jsou pro tyto děti zásadní.

Klíčová slova: Edukace, speciální pedagogika, dítě, kombinované postižení, mentální postižení, tělesné postižení, předškolní zařízení, rehabilitační stacionář.

SUMMARY

Bachelor thesis titled Educational process of children with severe multiple disabilities in preschool facility rehabilitation clinics had as to acquaint with educational and educational activities that take place in this ward. The theoretical part mentioned in the first chapter of disability issues, specifically mental, physical and combined. Because work is about children with disabilities, the second chapter discusses the personality of the child and his family. Educational processes and equipment, which take place, the theme of the third chapter. Practical work was aimed at mapping the activities of children with severe multiple disabilities, meeting with their educational plans with individual activities ongoing in our facility. Based on participant observation, analysis of scientific literature and school documentation, and interviews fulfill the objective of the work - described educational and training activities that take place in selected children. Because the ward's medical facility that houses kindergarten class special facilities can proceed Education and physiotherapy, which are essential for these children.

Keywords: Education, special education, child combined disability, mental disability, physical disability, pre-school, rehabilitation center.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ALLEN, K. E., MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 187 s. ISBN 80-7367-055-0.
2. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
3. BARTOŇOVÁ, B. VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami VI*. Brno: Muni Press, 2012. 327 s. ISBN 978-80-7315-235-2.
4. BLAŽEK, B. OLMROVÁ J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08-083-88.
5. ČERNÁ, M., *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. 237 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
6. DOBROMYSL. [online]. 13.3.2015 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1086&tmplid=45>
7. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. uprav. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1978. 190 s.
8. FAJMONOVÁ, J. CHOVANCOVÁ, M. *Možnosti využití snoezelenu při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha: IPPP, 2008. 119 s. ISBN 978-80-86856-39-1.
9. FIALA, P. *Osoby s postižením – zdravotně sociální problematika*. Kapitola 6. Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví – skriptum. [online]. 3.3.2015 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fifl1.cz%2Fupload%2Fsocialni.doc&ei=N4EzVY27FcGrPOPbgYgK&usg=AFQjCNGWFFBAKWWahOUeLu-R5QxtPfAgwQ&bvm=bv.91071109,d.ZWU>
10. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
11. HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP, 2005. 150 s. ISBN 80-86856-10-0.
12. HELPNET. [online]. 30.3.2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/telesne-postizeni/skolstvi-vzdelavani/skolska-zarizeni>
13. INFOPOSEL [online]. 3.3.2015 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: <http://www.infoposel.cz/index.php?idm=legislativa>

14. INKLUZE. [online]. 3.3.2015 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: <http://www.inkluze.cz/inkluzivni-vzdelavani/clanek-694/novela-skolskeho-zakona-umozni-podporu-vsem-detem>
15. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: TRITON, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
16. KANTOR, J. 2013. *Výstupy edukačního procesu v oblasti sociálních kompetencí žáků s dětskou mozkovou obrnou*. Olomouc: UP, PdF. 56 s. Vedoucí dizertační práce Libuše Ludíková. [online].17.7.2013 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: http://www.theses.cz/id/274alo/Disertan_prc_e_Kantor_Ji.pdf
17. KARTOUS, B. *Literární noviny*. [online]. 30.3.2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.eduin.cz/clanky/literarni-noviny-zakon-vs-realita-aneb-zmeni-se-prostredi-skol-v-reakci-na-novelu-skolskeho-zakona/>
18. KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. 344 s. ISBN 80-247101-8-8.
19. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0019-9.
20. LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 135 s. ISBN 80-244-1154-7.
21. IBSENKA. [online]. 30.3.2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.ibsenka.cz/sekce/21-ibsenova>.
22. MAŇÁK, J. ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. 78 s. ISBN 80-7315-078-6.
23. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
24. MATĚJČEK, Z. DYTRYCH, Z. *Jak a proč nás trápí děti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 187 s. ISBN 80-7169-587-4.
25. MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 1995. 107 s. ISBN 80-7178-033-4.

26. MPSV . [online]. 30.3.2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace_funkcnich_schopnosti_disability_zdravi.pdf. fs. 9.
27. MSMT . [online]. 30.3.2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/bila-kniha-narodni-program-rozvoje-vzdelavani-v-ceske-republice-formuje-vladni-strategii-v-oblasti-vzdelavani-strategie-odrazi-celospolecenske-zajmy-a-dava-konkretni-podnety-k-praci-skol>.
28. MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
29. MÜLLER, O., VALENTA, M. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003, 439 s. ISBN 80-7320-039-2.
30. NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. Praha: Portál, 2004. 168 s. ISBN 80-7178-872-4.
31. OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
32. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
33. PIPEKOVÁ, J., (ed.): *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
34. PIPEKOVÁ, J., (ed.): *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 293 s. ISBN 80-85931-65-5.
35. PLUMMER, D. M. *Učíme děti zvládat úzkost, obavy a stres*. Praha: Portál, 2013. 136 s. ISBN 978-80-262-0377-3.
36. PSP [online]. 29.3.2015 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=288&CT1=0>.
37. Relax. Lidovky [online] . 29.3.2015 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: http://relax.lidovky.cz/novela-skolstvi-prosla-snemovnou-chybi-v-ni-registr-ucitelu-p5q-/veda.aspx?c=A150213_125810_ln_veda_rof.
38. RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

39. RVP. [online] . 29. 3. 2015 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/2998/individualni-vzdelavaci-plan-pro-zaky-se-zdravotnim-postizenim-s-pokyny-k-tvorbe.html/>
40. SILBERG, J. *Hrajeme si s nejmenšími*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 160 s. ISBN 80-7181-885-2.
41. ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.
42. ŠKOLY. [online] . 29.3.2015 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9_metody.pdf
43. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
44. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-821-X.
45. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
46. VALENTA, M. PETRÁŠ, P. a kol. *Metodika práce se žákem s mentálním postižením*. Olomouc: PdF UP Olomouc, 2012. 149 s. ISBN 978-80-244-3311-0.
47. VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. dop. a uprav. vyd. Praha: Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
48. VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2007. 392 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
49. VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno: Barrister a Principal, 2007. 151 s. ISBN 978-80-87029-14-5.
50. VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. a kol. *Pedagogika vícenásobně postižených*. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 1999. 282 s. ISBN 80-967180-4-5.
51. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přeprac. vydání. Brno: Paido, 2006. 304 s. ISBN 80-7315-134-0.
52. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. rozšířené a přeprac. vydání. Brno: Paido, 2004. 461 s. ISBN 80-7315-071-9.

53. WHO (World Health Organisation). *MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2001, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

54. Zákon číslo 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). [online], 2015, [cit.15.3.2015] Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=58471&fulltext=~C5~A1kolsk~C3~BD~20z~C3~A1kon&rpp=15#local-content>

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Obr. 1: Schéma dělení pohybových vad

Obr. 2: Schéma dělení obrn

Tab. 1: Rozdělení mentální retardace podle stupně postižení

Tab. 2: Týdenní plán činností Petra

Tab. 3: Týdenní plán činností Sary

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Článek – pomoc pro dítě s postižením

Příloha 2: Baby masáže

Příloha 3: Fotografie z činnosti DRC

Pozn.: K uveřejnění fotografií byl získán souhlas zákonných zástupců dětí, canisterapeutky i personálu rehabilitačního stacionáře.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ADD – Attention Deficit Disorder - porucha pozornosti
- ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou
- CNS - centrální nervový systém
- DMO – dětská mozková obrna
- DRC - Dětské rehabilitační centrum
- HIV - Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti
- ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
- IQ - inteligenční kvocient
- ISNA – International Snoezelen Association
- IVP - individuální vzdělávací plán
- LTV – léčebná tělesná výchova
- MK3 – třetí třída mateřské školy Kyjevská
- MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
- MKN-10 - 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
- MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
- MŠ – mateřská škola
- MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- MŠ spec. – mateřská škola speciální
- MZ – ministerstvo zdravotnictví
- OA – obchodní akademie
- ORFS - orofaciální stimulace
- OŠ – odborná škola
- PAS - porucha autistického spektra
- PPV - podpora pohybového vývoje
- PrŠ – Praktická škola
- RVP – rámcový vzdělávací program
- SŠ – střední škola
- TP – tělesné postižení
- WHO - World Health Organization - Světová zdravotnická organizace
- ZŠ – základní škola
- ZŠ spec. – základní škola speciální

Příloha 1: Článek – pomoc pro dítě s postižením

Nový projekt v naší obci

Rády bychom vás informovaly o novém projektu v naší obci. Projekt se jmenuje: „**Lidé si pomáhají**“.

Cílem tohoto projektu je někomu pomoci – osobě, které se nedostává pomoci, jakou by si zasloužila, a jenž by jí pomohla zvládnout potíže, které jí život připravil. Nebo poskytnout pomoc nějaké organizaci, ústavu a podpořit tak jeho snahu lidem pomáhat. V dnešní době, možná více než jindy, je potřebné potvrdit zásadu, že by si lidé měli vzájemně pomáhat. Vždy když bude někdo vybrán, ať osoba nebo organizace, budou o něm/ní zjištěny všechny dostupné informace, aby bylo zajištěno, že námi poskytnutá pomoc půjde do těch správných rukou.

Pro rok 2014 jsme s paní starostkou vybraly chlapčeka

je veselý kluk.

Má diagnostikovanou spastickou dětskou mozkovou obrnu. (Mozková obrna je název pro skupinu trvalých poruch vývoje pohybu a držení těla, které omezují pohybovou aktivitu. Mozková obrna je způsobena poškozením mozku na počátku života dítěte. Spastická mozková obrna znamená, že svaly jsou v trvalém zvýšeném napětí a nelze je dobře ovládat.) I přesto, že

život tímto způsobem výrazně omezen, navštěvuje školu v Dětském rehabilitačním centru Medvídek na ulici Kyjevská ve Starém Lískovci. Toto centrum slouží jako denní stacionář pro děti s hybnou poruchou, s kombinovanými vadami různého stupně, děti s dětskou mozkovou obrnou, s vrozenými vývojovými vadami, poúrazovými stavy, s lehkou mozkovou dysfunkcí, apod. Jde především o péči rehabilitační, ale součástí komplexní zdravotní péče je i péče logopedická, psychologická a péče ošetřovatelská. má školu velice rád, těší se do ní. Rád maluje, má rád hudbu a zpívání. Jako správný kluk miluje sport. Zajímá se o hokej, ale především o auta a formule 1, kde je jeho favoritem Sebastian Vettel.

Proč jsme vybraly

Rád by totiž jel se svou maminkou do sanatoria v Klimkovicích, kde může absolvovat měsíční pobyt specializovaného programu pohybové terapie pro děti s dětskou mozkovou obrnou. Při tomto programu se využívá speciální stabilizační obleček (kosmický obleček). Tato terapie přispívá ke **zlepšení nejen fyzických, ale také mentálních schopností dítěte, ke zlepšení soběstačnosti, ke změně schopnosti koordinace těla v prostoru, obnovení správných pohybových návyků a posílení svalové síly.** Takže má velkou šanci na zlepšení jeho stavu.... Jenže jak už to tak bývá, vše je dnes o penězích. Tento měsíční pobyt stojí pro 50 tisíc korun a pro jeho maminku, jako doprovod 35 tisíc korun. Podle odborníků je ideální opakovat tento pobyt dvakrát ročně. Částku 50 tisíc Kč zdravotní pojišťovna nehradí. Na částku pro doprovod – tedy pro maminku zdravotní pojišťovna přispívá, a to jen v případě, že určená úřednice na základě podkladů posoudí: zda pojišťovna přispěje na celých 35 tisíc Kč nebo zaplatí půlku z této částky, nebo nezaplatí nic!!

Rodiče tedy založili pro akci sbírání plastových víček. Sbírají se jakákoliv plastová víčka a při větším množství

se pak odváží do firmy HOTTECH (Brno-Chrlice), která je vykupuje (1kg víček přibližně za 7 až 8 Kč). Peníze za víčka pak přímo tato firma pošle na účet, který má u nich založený. Náš první krok jak pomoci bude podpořit tuto sbírku po celý tento rok.

V obci od měsíce dubna vzniknou sběrná místa na plastová víčka, a to v budově Obecního úřadu, v Základní a mateřské škole a u paní Benešové v obchodě.

Tímto bychom vás všechny chtěly moc poprosit, abyste i vy podpořili tuto sbírku a nevyhazovali plastová víčka do koše, ale přinesli na určená místa, kde je můžete odevzdat a my je pak při větším množství odvezeme a přispějeme tak na účet.

Průběžně budete informováni o tom, kolik víček se nám podařilo sesbírat. je možné také darovat finanční obnos. Pokud chcete přispět finanční částkou, kontaktujte prosím paní na Obecním úřadě.



s maminkou a starostkou

Irena Kynclová, Helena Sedláčková



Zprávy ze Základní a mateřské školy

Zápis do 1. třídy plný hudby

V lednu proběhl na ZŠ Troubsko zápis budoucích prvňáčků. Celkem do naší školy přišlo 19 nových žáčků. Tentokrát nám hravě všechny úkoly pomohly zvládnout známé hudební nástroje. Flétnička svou lehkostí pomohla jako vánek všem

Příloha 2: Baby masáže (Hašplová, 2009)

Masáž břicha

➤ **Mlýnek**

Kroužíme celou dlaní kolem pupíku ve směru hodinových ručiček.

➤ **Vodní mlýn**

Ruce položíme rovnoběžně nad sebe, suneme dlaněmi střídavě od hrudní kosti přes pupík k podbřišku.

➤ **Pulci do stran**

Roztíráme od středu břicha palci do stran.

➤ **Slunce a měsíc**

Oběma rukama vytáčíme stejné kroužky kolem pupíku, ale jednou rukou zpožděně, začíná pravá ruka, která kreslí celé kolečko – sluníčko, levá ruka namaluje v horní části břicha půlměsíc – zbytek kruhu přejdeme po hřbetě své pravé ruky.

➤ **Procházka prsty**

Projdeme se prsty levé ruky od pravé strany břicha – pokud je dítě lechtivé, tuto část na nějakou dobu vynecháme.

➤ **I love you**

I – špičky prstů pravé ruky položíme na srdíčko a jemným táhlým pohybem sjedeme až ke kyčli.

L – levou rukou napíšeme obrácené L – prsty na pravou prsní bradavku, dlaň na pravou stranu břicha – ruku suneme doleva až k srdíčku – následuje jemný táhlý pohyb směrem dolů ke kyčli.

U – pravou rukou napíšeme na břicho a hrudník obrácené U – postupujeme od pravé kyčle nahoru pod pravou prsní bradavku přes hrudní kost k srdci a odtud postoupíme k levé kyčli.

Masáž hrudníku

➤ **Otevřená kniha**

Ruce sepneme nad hrudníkem v oblasti hrudní kosti, pomalu se naše dlaně rozjíždějí po hrudníku směrem do stran až na boky.

➤ **Motýl**

Ruce položíme na kyčle dítěte. Pravou ruku suneme křížem od levého kyčle kolem pupíku až k pravému rameni – lehkým dotekem se vrátíme zpět. Levou ruku suneme od pravého kyčle k levému rameni a lehce zpět.

Masáž zad

➤ **Malé kroužky**

Na každé straně od středu páteře se ve vzdálenosti dvou prstů nachází u každého obratle reflexní bod ke stimulaci orgánů a soustav. Snažíme se v této vzdálenosti zakroužit s lehkým tlakem vedle každého obratle od krku po kostrč (u miminek pouze lehce prokroužit). Směr kroužení je od páteře ven.

➤ **Tam a zpět**

Jednu dlaň položíme na krk, druhou pod ni. Ruce suneme protichůdně z boku na bok, postupujeme od krku k hýždím a zase vzhůru. Touto masáží můžeme začít, poté teprve provádět malé kroužky (lepší uvolnění dítěte).

➤ **Sunutí k zadečku**

Jednu ruku zapřeme o hýždě, druhou suneme od krku k hýždím. U větších dětí můžeme k ruce přidat i předloktí, abychom pokryli celou šíři zad.

➤ **Zadeček**

Pomalou, rytmicky promasírujeme hýždě dlaněmi proti sobě do stříšky nebo i dlaněmi do špetky na každé půlce zvlášť.

➤ **Sunutí od krku k patám**

Miminko uchopíme za kotníky, u větších dětí se zapřeme o chodidla, suneme dlaní nebo celým předloktím od krku až k patám.

Příloha 3: Fotografie



Foto 1: Červené oddělení – volné hry dětí na oddělení



Foto 2: Červené oddělení – hry s nafukovacími balónky za účasti zdravotní sestry

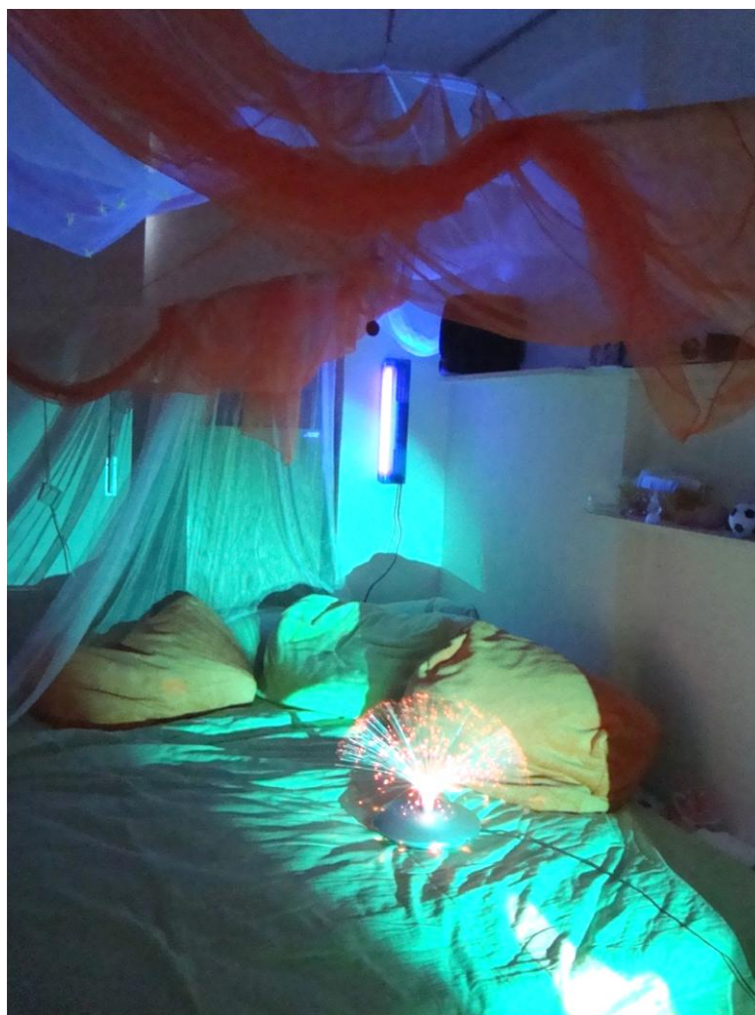


Foto 3: Snoezelen - pohled na vodní lůžko

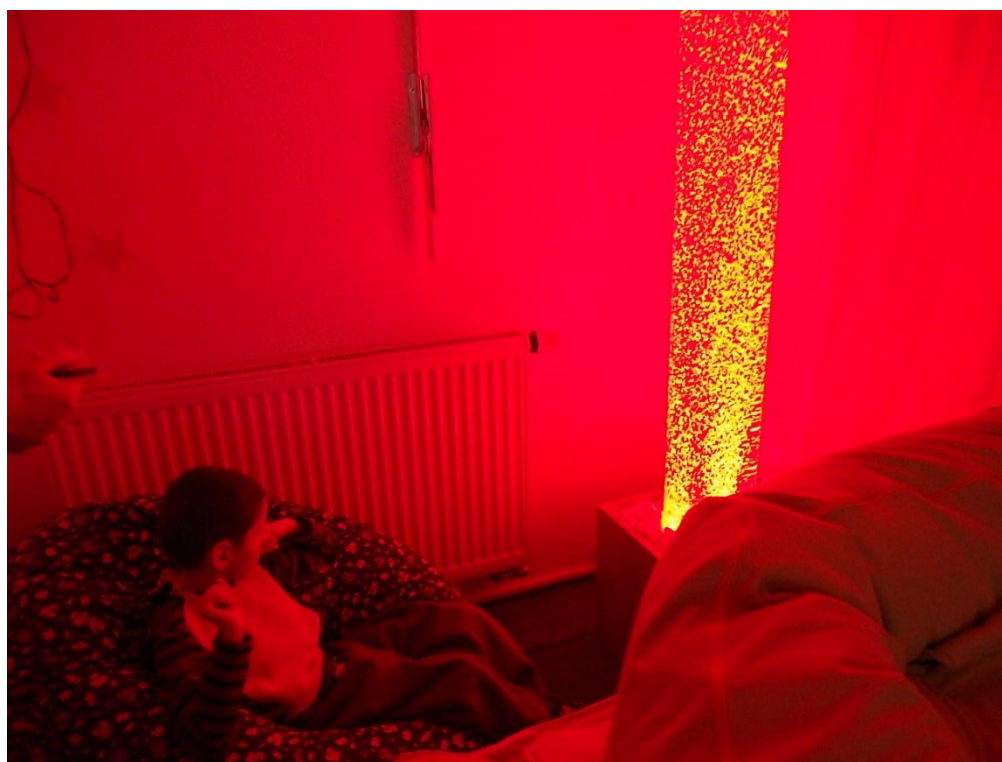


Foto 4: Snoezelen – relaxace při zrakové stimulaci pomocí vodního sloupce



Foto 5: Snoezelen - poslech relaxační hudby spojený se zrakovou stimulací

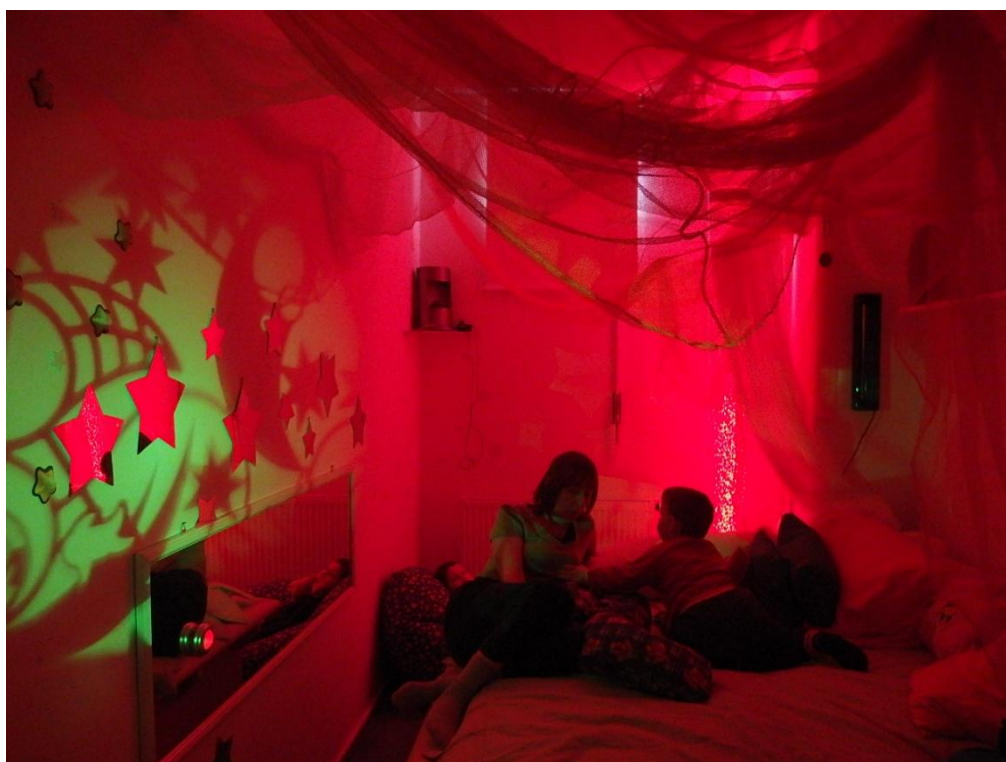


Foto 6: Snoezelen – relaxační činnosti, taktilní a vibrační podněty



Foto 7: Snoezelen - promítání olejových skvrn z projektoru na zeď



Foto 8: Muzikoterapie - přivítání dětí



Foto 9: Muzikoterapie-uvědomování si rytmu a vibrací pomocí afrického bubnu

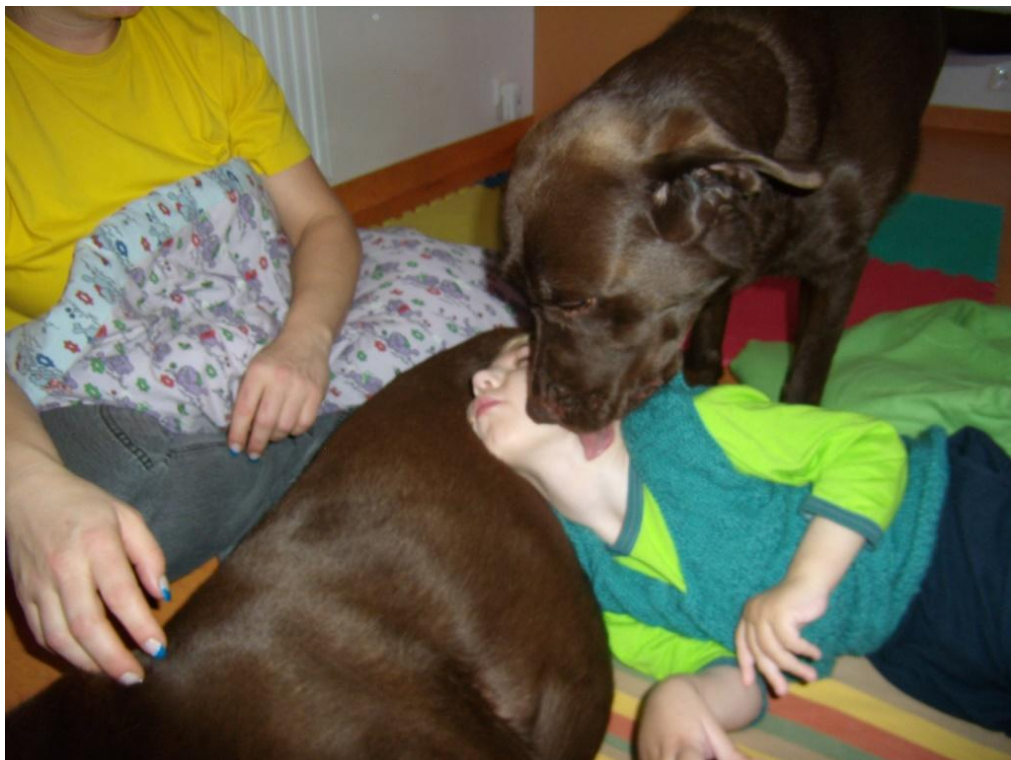


Foto 10: Canisterapie - dítěti je olizování psem příjemné



Foto 11: Canisterapie - psi hledají u dětí granule



Foto 12: Canisterapie- chlapec se bojí kontaktu se psem



Foto 13: Canisterapie - polohování dítěte, uvolnění a celkové zklidnění

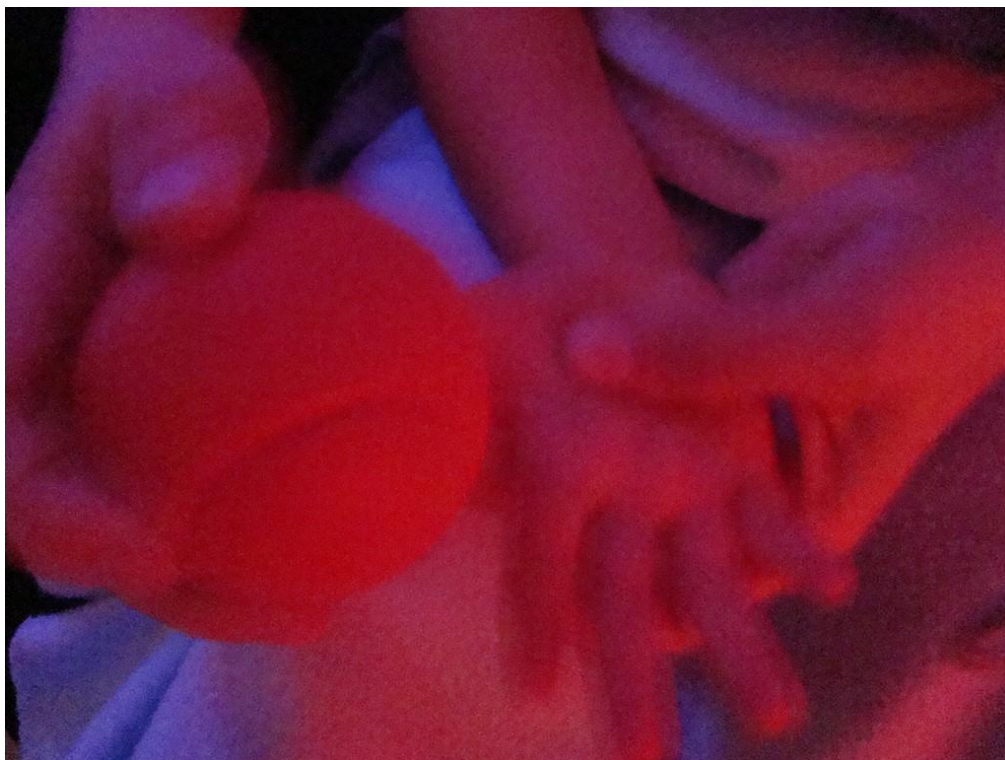


Foto 14: Míčkování rukou s říkadlem „O Palečkovi“



Foto 15: Míčkování nohou s říkadlem „Kovej, kovej“



Foto 16: Bazální stimulace - masáž hrudníku



Foto 17: Muzikoterapie - dechové cvičení – foukání do větrníku

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hrůzová Renata
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Jiří Kantor Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Edukační proces dětí s těžkým kombinovaným postižením v předškolním zařízení rehabilitačního stacionáře
Název v angličtině:	Educational process of children with severe multiple disabilities in preschool facility rehabilitation clinics
Anotace práce:	Bakalářská práce s názvem Edukační proces dětí s těžkým kombinovaným postižením v předškolním zařízení rehabilitačního stacionáře mapuje vzdělávací procesy u dětí s těžkým kombinovaným postižením v Mateřské škole speciální. Teoretickou část práce tvoří kapitoly pojednávající o kombinovaném postižení, o osobnosti dětí s postižením a jejich rodinách. Přibližuje problematiku výchovy a vzdělávání těchto dětí, se zaměřením na činnosti, popisované v praktické části. Cílem praktické části bylo pozorování dětí s těžkým kombinovaným postižením v dětském rehabilitačním stacionáři a analýza edukačních činností. Východiskem práce bylo pozorování, analýza literatury a školské dokumentace dětí, přímé pozorování a polostrukturovaný rozhovory. V závěru práce jsou shrnuty poznatky vzešlé z praktické části.
Klíčová slova:	Edukace, speciální pedagogika, dítě, kombinované postižení, mentální postižení, tělesné postižení, předškolní zařízení, rehabilitační stacionář
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis titled Educational process of children with severe multiple disabilities in preschool facility rehabilitation clinics maps the learning processes of children with severe multiple disabilities in special kindergarten. The theoretical part consists of chapters dealing with severe disabilities, the personality of children with disabilities and their families. Identifies the issues of education of these children, focusing on the activities described in the practical part. The practical part was the observation of children with severe multiple disabilities in children's rehabilitation ward and analysis of educational activities. Starting point was the observation, analysis of literature and documentation school children, direct observation and interviews. The conclusion summarizes the findings arising from the practical part.
Klíčová slova v angličtině:	Education, special education, child combined disability, mental disability, physical disability, pre-school, rehabilitation center
Přílohy vázané v práci:	12 listů
Rozsah práce:	73 stran