

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Lucie Zikušková

III. ročník – prezenční studium

Obor : Speciální pedagogika komunikační techniky

Rozvoj komunikačních dovedností dítěte s diagnostikovanou DMO,

percepční sluchovou vadou

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené
prameny a literaturu.

V Olomouci dne 6. listopadu 2011

.....

Lucie Zikušková

Děkuji vedoucímu mé práce panu prof. PhDr. PaedDr. Miloňovi Potměšilovi, Ph.D., za odborné vedení a poskytnutí cenných rad a informací o daném tématu. Mé díky patří také pracovníkům ZŠ speciální a Praktické školy ELPIS Brno, kteří mi umožnili realizaci. Děkuji svým rodičům a blízkým, kteří mi byli největší oporou.

Obsah	
Úvod.....	6
I. Teoretická část.....	8
1. Dětská mozková obrna.....	9
1.1. Příčiny dětské mozkové obrny.....	9
1.2. Klasifikace dětské mozkové obrny podle tonusové a hybné poruchy.....	10
1.3. Dětská mozková obrna a vývoj řeči.....	11
1.4. Příčiny poruch řeči u osob s DMO.....	12
2. Mentální retardace.....	13
2.1. Příčiny mentální retardace.....	13
2.2. Klasifikace mentální retardace dle WHO.....	14
2.3. Charakteristika stupňů mentální retardace	14
2.4. Mentální retardace a vývoj řeči.....	17
3. Sluchové postižení.....	18
3.1. Příčiny sluchového postižení.....	18
3.2. Klasifikace sluchového postižení dle typu.....	18
3.3. Období vzniku sluchového postižení.....	19
3.4. Rozvoj řeči u sluchově postiženého dítěte.....	20
3.5. Komunikace sluchově postižených.....	22
3.6. Výchova a vzdělávání sluchově postižených.....	23
A. Orální komunikace.....	23
B. Totální komunikace.....	24
C. Bilingvální komunikace.....	25
3.7. Technické a kompenzační pomůcky.....	25
4. Poruchy autistického spektra.....	28
4.1. Faktory příčiny autismu.....	28
4.2. Diagnostika autismu.....	28
4.3. Přehled jednotlivých kategorií pro diagnostikování autismu.....	28
4.4. Rozvoj komunikace.....	30
4.5. Přidružené poruchy autismu.....	31

5. Epilepsie	33
5.1. Příčiny epilepsie.....	33
5.2. Klasifikace epileptických záchvatů podle Ilae.....	34
A. Ložiskové (fokální, parciální).....	34
B. Generalizované	34
C. Neklasifikovatelné	35
5.3. Epilepsie u dětské mozkové obrny.....	35
5.4. Symptomatické poruchy řeči u dětí s epilepsií.....	35
6. Kombinované vady.....	37
6.1. Dělení kombinovaných vad.....	37
6.2. Komunikace a rozvoj osob s kombinovanými vadami.....	37
6.3. Alternativní a augmentativní komunikace	38
6.4. Dělení alternativních a augmentativních komunikačních systémů	39
6.5. Charakteristika základních systémů AAK.....	40
II. Praktická část.....	42
7 . Případová studie o Adamovi.....	43
7. 1. Cíl práce s Adamem.....	43
7. 2. Popis školy a školního prostředí	43
7. 3. Diagnóza.....	43
7. 4. Plán a časový harmonogram práce	44
7.5.Psychomotorická anamnéza	44
7. 6. Komunikace s Adamem.....	46
7. 7. Rozvoj komunikace v jednotlivých oblastech.....	47
Závěr.....	54
Seznam použité literatury a pramenů.....	55
Seznam tabulek.....	57
Seznam příloh.....	57
Přílohy	
Anotace	

ÚVOD

"Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznáván a milován takový, jaký je."

Michele Pascale Duriezová

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě zkušeností z praxe na speciální Základní škole v Brně. Zde jsem se seznámila s chlapcem Adamem, kterému byla diagnostikována dětská mozková obrna (DMO), na niž je navazující střední mentální retardace a sluchová vada. Celková komunikace znakováním chlapce začala v posledních letech výrazně stagnovat. Proto mi bylo nabídnuto, abych s ním začala individuálně pracovat na zlepšení tohoto stavu.

Chlapec má již od narození diagnostikovanou epilepsii, která se začala výrazně projevovat před dvěma lety, tedy v průběhu práce s ním. Tato skutečnost výrazně ovlivnila chlapcovo chování, vnímání i komunikaci. Na začátku mé práce byl hlavní cíl zlepšování komunikačních dovedností a rozvoj pojmové banky ve znacích. V průběhu práce ale nastal výrazný zlom díky zhoršenému zdravotnímu stavu. Epileptické záchvaty, které se zvyšovaly jak svojí častější frekvencí tak intenzitou, ovlivnily celkovou osobnost chlapce. Díky celkovému stavu byl Adam na různých vyšetřeních, kde mu k celé jeho diagnóze byla zjištěna porucha autistického spektra, kterou lékaři připisují projevené epilepsii. Celkový cíl práce byl výše uvedenými skutečnostmi výrazně ovlivněn. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou a praktickou.

Teoretická část je rozdělena na 6 kapitol. V první kapitole jsou informace o dětské mozkové obrně, její klasifikace a ovlivnění rozvoje řeči. Druhá část je zaměřena na charakteristiku mentální retardace a její vliv na rozvoj komunikace. V třetí části je rozebrána sluchová vada, její druhy, způsoby komunikace a vliv na rozvoj řeči. Čtvrtá část je o poruše autistického spektra, faktory příčiny autismu, jeho diagnostika, jednotlivé kategorie, přidružené poruchy a rozvoj komunikace při této vadě. V páté kapitole je rozebrána epilepsie, druhy epileptických záchvatů, její spojení s dětskou mozkovou obrnou a symptomatické poruchy řeči u epileptiků. Poslední kapitola teoretické části je věnována kombinacím různých vad, jejich vzniku, kombinace a možnosti komunikace.

V druhé praktické části je rozpracována kazuistika na výše zmíněného chlapce. Cílem praktické části je rozvoj komunikačních dovedností v jednotlivých částech školní

práce. Oblasti jsou časově rozděleny na výsledky práce, kdy nebyla epilepsie projevena a po jejím projevení.

K vypracování bakalářské práce byly použity metody: analýza odborné literatury, analýza dostupných lékařských a pedagogických záznamů, přímá práce s chlapcem a nestandardizovaný rozhovor s třídní učitelkou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Dětská mozková obrna (DMO) je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění, charakterizovaných poruchou kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života. Zpravidla se v dalším průběhu života zhoršuje. Označení dětská vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká, pojem mozková vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku. Pojem obrna vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchy hybnosti těla. Pod pojem DMO nepatří poruchy hybnosti, způsobené onemocněním svalů, ani periferních nervů. (Jakobová, 2007)

1.1. Příčiny dětské mozkové obrny

Příčiny prenatální

Infekce během těhotenství – mezi nebezpečné infekce, které mohou poškodit mozek plodu, patří cytomegalovirus (CMV), toxoplazmóza. Virová infekce, která poškozuje vyvíjející se nervový systém plodu, jsou zarděnky (rubeola).

Rh inkompatibilita – při tomto stavu produkuje organismus matky protilátky proti krvinkám plodu.

Krvácení nebo preteinurie matky v závěru těhotenství. Krvácení z pochvy mezi 6. a 9. měsícem těhotenství a těžká proteinurie (vyučování velkého množství bílkovin močí) jsou ve vazbě na zvýšené riziko narození dítěte s DMO. Mezi další příčiny vzniku DMO patří hypertyreóza matky (zvýšená činnost štítné žlázy), mentální retardace matky či vícečetné těhotenství.

Příčiny perinatální

V tomto období jsou nejčastějšími příčinami abnormální porody (protrahované, překotné, koncem pánevním, císařským řezem, či klešťové), novorozenecká asfyxie (stav sníženého sycení krve kyslíkem, následkem nedostatečného nebo opožděného dýchání po porodu, vzniká z příčin centrálních - porucha mozkové regulace - nebo periferních - kardiopulmorální nedostatečnost), aspirace, anémie. Vnímavost novorozence k asfyxii je variabilní, při delším trvání však prakticky vždy navodí hypoxickou encefalopatii – celkové mozkové postižení způsobené nedostatkem kyslíku (Šlapal 2002).

Příčiny postnatální

Uplatnění časně postnatálních příčin se připouští zpravidla do 1 roku věku, tj. před ukončením vývoje tzv. hematoencefalitické bariéry, která pak již mozek chrání před poškozením mnohem lépe. Nejčastěji se jedná o infekce, a to nejen o infekce CNS, ale také o záněty plic či trávicího ústrojí, dále o úrazy hlavy nebo vrozené vady metabolismu, např. fenyketonurii.

Závažným rizikovým faktorem je také novorozenecká žloutenka, která vzniká rozpadem velkého množství červených krvinek v krátkém časovém úseku. Vysoká hladina bilirubinu, pokud není adekvátně a účinně léčena, může vést k nenávratnému poškození mozkových buněk. Lze sem zařadit i Rh inkompatibilitu, kdy organismus matky produkuje látky proti krvinkám plodu. Ty se rozpadají a vzniká silná a těžká novorozenecká žloutenka. Lehké žloutenky se neléčí, středně těžké se léčí fototerapií (ozařování kůže novorozenců modrým světlem) a těžké formy výměnnou transfuzí krve. (Šlapal 2002).

1.2. Klasifikace dětské mozkové obrny podle tonusové a hybné poruchy

Spastická forma dětské mozkové obrny

A. Forma diparetická

Je to spastická (křečovitá) forma obrny, kdy jsou postiženy zejména dolní končetiny. Spasticitou bývají nejvýrazněji postiženy abduktory stehna, platnární flexory nohy a flexory bérce. Chůze bývá nůžkovitá (kolena se o sebe třou), po špičkách s pokrčenými koleny při spasticitě flexorů bérce. Vzhledem ke kognitivnímu vývoji je zde prognóza dobrá.

B. Forma hemiparetická

Spastická obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla. Zpravidla s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. V případě hemiparéz bývá při postižení pravé hemisféry kognitivní kapacita těchto dětí nejčastěji lehce subnormální (průměrné IQ 90) s převahou verbální složky, v případě postižení levé hemisféry asi polovina dětí v podstatě nejvíce žádné známky kognitivní poruchy, u druhé poloviny dětí bývá inteligence snížena – nejčastěji do pásma lehké mentální retardace (průměrné IQ 65) bez rozdílů mezi verbální a názorovou složkou.

C. Forma kvadraparetická

Spastická obrna všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin (pokud vznikla zdvojením formy diparetické) nebo horních končetin (pokud vznikla zdvojením formy hemiparetické). Ze spastických forem je zde vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji obecně prognóza nejméně příznivá.

(Pipeková, 2006)

Nespastická forma dětské mozkové obrny

A. Forma hypotonická

Chabá obrna, zpravidla výraznější na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později asi kolem 3. roku se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud setrvá, je doprovázena těžkou mentální retardací. Vyznačuje se sníženým svalovým napětím. Hypotonie může ale také doprovázet některý typ metabolického či degenerativního onemocnění.

B. Forma diskinetická

Tato forma se vyznačuje nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, které doprovázejí každý pokus o volní pohyb. Jsou to pohyby atetotické, choreatické, balistické nebo myoklonické.

(Pipeková, 2006)

1.3. Dětská mozková obrna a vývoj řeči

Vývoj řeči je u dětí s DMO omezený, nebo v lehčích případech opožděný. Řeč závisí zejména na postižení motorických drah, celkovém tělesném stavu, úrovni IQ a prostředí. Ve vývoji řeči přitom dochází k různým modifikacím. Vývoj řeči je též výrazně ovlivněn výskytem dalších poškození, jako jsou poruchy sluchu, epilepsie atd. V případě vrozené DMO je její vliv tak markantní, že odchylky ve vývoji řeči jsou již patrné v začátcích neverbálního – předverbálního období. Děti mají těžkosti s dýcháním a sáním. Pláč je málo pronikavý. Vzácné je klidné broukání, chybí hra s končetinami, mluvidly, pudové žvatlání.

Zaostávání vývoje oromotoriky z logopedického hlediska :

- zaostávání orálních reflexů,
- hyper- nebo hyposenzibilita v ústní oblasti,
- neschopnost realizovat při pití rytmické, sací a polykací pohyby,

-těžké narušení polykacích pohybů, takže potrava se dostává do hltanu bez „zásahu svalstva úst“,

-narušená koordinace sanice, rtů a jazyka při polykání a žvýkání

-nápadné tvoření hlasu při vitálních funkcích, např. při křiku, pláči, smíchu – abnormálně vysoký a ostrý hlas nebo jen jakési fňukání bez patřičné síly,

(Lechta, 2008)

1.4. Příčiny poruch řeči u osob s DMO

Poruchy motoriky – projevují se jak v spastické tak nespastické formě. Jejich projev se vztahuje na oblast hrubé i jemné motoriky. Pověštinou jsou nejvíce zasažena motorika mluvních orgánů a to vlivem patologicky sníženého svalového napětí.

Mentální retardace – zhoršuje a tím prohlubuje špatnou logopedickou prognózu dítěte s DMO.

Narušené chování – špatné sociální prostředí či negativní vlivy okolí mohou vést k frustraci, náhlým emočním změnám. Ty mohou mít za následek agresivitu, provokace, úzkost a tím i celkovou instabilitu postiženého.

Narušený tělesný vývoj - dle Kábeleho jsou nejvýraznější příznaky zaostávání v oblasti tělesného růstu, celkové vyspělosti, vzhledu a retardovaného vývoje řeči.

Poruchy zraku a sluchu - u osob s DMO jsou velmi časté. Ze zrakových poruch jsou nejčastěji přítomny strabismus, nystagmus a celkové zhoršené vidění. Mezi poruchy sluchu patří převážně nedoslýchavost, dále přechodné sluchové vady.

Epilepsie – epileptické záchvaty ovlivňují proces osvojování si komunikační schopnosti, což se nejvíce projevuje v obsahové stránce řeči. Negativně je ovlivněna i zvuková stránka řeči. (Lechta, 2008)

2. MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace může být způsobena jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími). Endogenní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte a člení se podle období působení na prenatální, perinatální a postnatální. (Renotírová, Ludíková a kol, 2006)

2.1. Příčiny mentální retardace

Příčiny prenatální:

Enviromentální faktory

- intoxikace plodu
- ozáření dělohy
- alkoholismus a závislost na návykových látkách matky
- nedostatečná výživa matky
- nedostatek plodové vody
- onemocnění matky v době těhotenství zarděnkami, syfilidou nebo toxoplasmózou

Příčiny genetické

Vlivem mutagenních faktorů, z nichž můžeme zmínit např. záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy, dochází k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu (genové mutace). Příkladem poruchy chromozomů je Downův syndrom (prostá trisomie a translokační trisomie), Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom.

Příčiny perinatální

Mezi perinatální příčiny MR řadíme

- mechanické poškození mozku z důvodů problémového porodu (klešťový, předčasný)
- nízká porodní váha novorozence
- hypoxie či asfíxie (tj. nedostatek kyslíku)
- nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka (hyperbilirubinémie) – při nesouladu Rh faktorů

Příčiny postnatální

- infekce novorozence
 - zánět mozku vyvolaný mikroorganismy
 - mechanické vlivy, jako jsou úrazy a mozková traumata
 - mozkové léze při nádorovém onemocnění
 - krvácení do mozku u silně nedonošených novorozenců, toto může vzniknout nedostatečným dýcháním, kdy dojde k prasknutí nebo ucpání cévy
- (Valenta, Muller, 2007)

2.2. Klasifikace mentální retardace dle WHO

Lehká mentální retardace

IQ se pohybuje přibližně mezi 50-69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.

Střední mentální retardace

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnostem ve společnosti.

Těžká mentální retardace

IQ se pohybuje v pásmu 20-34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.

Hluboká mentální retardace

IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.

Jiná mentální retardace

Mentální retardaci nelze přesně určit pro přidružená postižení smyslová a tělesná, poruchy chování a autismus.

Nespecifikovaná mentální retardace

Je určeno, že jde o mentální postižení, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit. (Pipeková 2006)

2.3. Charakteristika stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace

Dle WHO - F 70, lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace, je tvořena určitou genetickou transmisí a nepříznivými vlivy, jako sociokulturní deprivací, ekonomickým nebo fyzickým strádáním, nedostatkem stimulace.

Celkový psychomotorický vývoj zaostává u těchto dětí již od kojeneckého věku. Okolo třetího roku bývá psychomotorický vývoj opožděn asi o 1 rok. Hlavní potíže nastávají v prvních letech povinné školní docházky. Jemná a hrubá motorika jsou lehce opožděny, objevují se poruchy pohybové koordinace, během dospívání a dospělosti může dosáhnout normy.

Při učení se projevuje snížená kapacita i nácvik běžných dovedností a návyků trvá mnohem delší dobu. Pozornost je povrchnější, krátkodobá, nestálá nebo ulpívavá. Myšlení je velmi jednoduché, konkrétní, stereotypní a rigidní, nesamostatné a nepřesné, s infantilními znaky. Projevuje se neschopnost dosáhnout přiměřené úrovně rozvoje logického myšlení. Paměť je mechanická s individuálně různou kapacitou. Řeč může být postižena ve všech svých složkách, v oblasti porozumění řeči, ve slovní zásobě, v gramatické stavbě a ve výslovnosti. Vývoj řeči se opožďuje, slovník je ochuzen o abstraktní pojmy. V řeči přetrvávají agramatismy, artikulace je neobratná. V mnoha případech mají děti zafixované řečové stereotypy. V běžné řeči málokdy selhávají, pokud se však dostanou do situace nějakým způsobem stresující, nedovedou tyto řečové stereotypy použít. V oblasti emocionální je patrná citová nezralost, neadekvátnost citů vzhledem k podnětům, nízká sebekontrola a značná sugestibilita.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí mít osoba s lehkou mentální retardací žádné vážnější problémy. Obtížně se však přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním.

Středně těžká mentální retardace

Dle WHO - F 71, středně těžká mentální retardace

U většiny středně mentálně postižených lze diagnostikovat organickou etiologii. Může, ale nemusí být přítomen dědičný podklad – například chromozomální aberace, ale také traumata, infekce organismu, zvláště pak infekce CNS, metabolické a jiné choroby působí výrazné změny v neurobiologickém substrátu a vedou k trvalému defektu.

Ranný psychomotorický vývoj je velmi opožděn, v šesti až sedmi letech dosahují úrovně maximálně tříletého dítěte. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, trvale zůstává celková neohrabanost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy částečná a někteří jedinci potřebují pomoc a dohled po celý život.

Rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděn, což přetrvává až do dospělosti. Omezení psychických procesů je provázeno často epilepsií, neurologickými a tělesnými potížemi. Učení je omezené, mechanické a trvá velmi dlouhou dobu. Myšlení je stereotypní, figidní, nepřesné, ulpívající na nepodstatných, ale nápadných detailech.

Paměť je mechanická a má malou kapacitu. Řeč je opožděná ve vývoji, agramatická, dislalie přetrvává do dospělosti. Je velmi jednoduchá nebo zůstává pouze při nonverbální komunikaci s porozuměním jednoduchým verbálním instrukcím. Emocionálně jsou labilní a nevyrovnaní, charakteristický je infantilismus, dráždivost, výbušnost a negativismus.

Těžká mentální retardace

Dle WHO - F 72, těžká mentální retardace

U těžké mentální retardace jsou příčiny vzniku negenetické a genetické. Negenetickými příčinami jsou poškozené zárodečné buňky embrya, plodu a novorozence. Velmi často se objevují malformace CNS (např. makro- a mikrocefálie) a infekce způsobující těžké poruchy struktury a funkce mozkové činnosti (např. Syfilis, rubeola). Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými defekty, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje CNS. Dlouhodobým tréninkem si může jedinec osvojit základní hygienické návyky a částečně i jiné činnosti týkající se sebeobsluhy, někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Značné omezení psychických procesů, nápadnosti v koncentraci pozornosti, minimální je rozvoj komunikativních dovedností. Řeč bývá omezena na

jednotlivá slova nebo skřeky, často je nevytvořena.

Významné je porušení afektivní sféry, typická je nestálost nálad a impluzivita. Poznává blízké osoby. Při soustavné výchovné péči jsou schopni vykonávat některé jednoduché úkony, bývají celoživotně závislí na péči jiných osob. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené.

Hluboká mentální retardace

Dle WHO - F 73, hluboká mentální retardace

Ve většině případů hluboké mentální retardace jde o organickou etiologii. Běžná jsou neurobiologická nebo jiná tělesná postižení, která mají vliv na hybnost. Časté jsou nejtěžší formy poruchy autistického spektra, zvláště atypický autismus. Jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Osoby bývají inkontinentní a jsou schopny pouze rudimentární neverbální komunikace. Nejsou schopny ani základní sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

(Pipeková 2006)

2. 4. Mentální retardace a vývoj řeči

Narušený vývoj řeči je jeden z nejtypičtějších znaků mentální retardace. Povětšinou je narušen až do té míry, že nedosáhne obvyklé úrovně. Už v začátcích komunikačního projevu jsou jejich projevy opožděné. Tyto děti často křičí méně, později se naučí rozeznávat a volat matku. U intaktních dětí se řeč rozvíjí kolem 1. roku života, u dětí s mentální retardací se začíná rozvíjet až mezi 2. až 3. rokem života. Z hlediska věku a vývoje, musí být dosaženo určité hodnoty IQ, které umožňuje vývoj řeči.

Vývoj řeči dětí s mentální retardací lze rozebrat z více pohledů, jako je vliv stupně, formy a typy mentální retardace.

Vývoj řeči u dětí s lehkou mentální retardací

Dle Kondáše jsou začátky vývoje řeči opožděny o rok i více, postupně se ale dostávají do schopnosti zevšeobecňování a schopnosti vnímat abstraktně. Verbální schopnost v běžné komunikaci může být dostatečná a tím i ne tolik nápadná. Na druhou stranu verbální komunikace selhává hlavně v nečekaných komunikačních situacích, ve kterých není možno použít zafixované řečové stereotypy.

Vývoj řeči u dětí se střední mentální retardací.

Začátky vývoje jsou velmi opožděné. Řeč se začíná vyvíjet až kolem 6. roku života. Dle Jankovichové lze jednoznačně vymezit hranici mezi těžkou a střední mentální retardací a to díky jasným rozdílům v mluvních výkonech. Podmíněná reflexní činnost je vrcholem psychického vývoje, řeč tedy může dosáhnout první signální soustavy. Díky schopnosti dobrého napodobování mají tito jedinci schopnost naučit se mechanicky opakovat i delší větné celky, aniž by rozuměli obsahu. Postupem času se naučí základům sebeobsluhy, jednodušším pracovním dovednostem, které vykonávají pod soustavným dohledem. Do určité míry se naučí komunikovat se svým okolím, ovšem používají jen nepatrné množství toho co umí a znají.

Vývoj řeči u dětí s těžkou mentální retardací

Jedinci s tímto stupněm mentální retardace nedosáhnou mluvené formy projevu. Jejich komunikace se zastaví na pudové úrovni. V těžších případech se neprojevuje adekvátní mimika ani neverbální komunikace, vydávají jen neartikulované zvuky, chraptivý hlas modelují maximálně podle citového rozpoložení. Dle Matulay jen 35% z těchto jedinců umí projevit své bazální potřeby jako je žízeň či hlad.

(Lechta,2008)

3. SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

Sluchové vnímání je důležitou složkou dorozumívacího procesu. Je-li sluchové vnímání nějakým způsobem narušeno, užíváme termín sluchová vada a sluchové postižení. Je důležité tyto dva pojmy vymežit. Sluchová vada představuje poškození orgánů nebo jeho funkcí, způsobuje snížení kvality slyšení, kvantity slyšení nebo kombinaci obojího. Sluchové postižení pak představuje širší termín, který zahrnuje i sociální důsledky sluchové insuficience. (Souralová, Langer, 2005)

Pojem sluchová vada můžeme definovat jako postižení trvalého rázu. Některé typy sluchových postižení lze do určitého stupně korigovat speciálními technickými pomůckami, jiné však takto korigovat nelze. (Strnadová, 2002).

3.1 Příčiny sluchového postižení

Příčiny prenatální

Jako prenatální příčiny jsou uváděny poruchy sluchu, vzniklé ve fetálním období dítěte, kdy matka prodělala různá onemocnění, která měla negativní vliv na plod, např. zarděnky, spalničky, chřipku či toxoplasmosu. Jednou z možných příčin vzniku sluchové vady mohou být také účinky léků na plod.

Příčiny perinatální

K perinatálním příčinám lze řadit poškození sluchového analyzátoru při porodu. Jedná se zejména o těžký porod s následným krvácením do mozku, lymfatických prostorů mozku a do okolí vnitřního ucha, či poškození sluchu u předčasně narozených dětí.

Příčiny postnatální

K postnatálním příčinám dochází při častých zánětech středního ucha, meningitidě či průšnicích.

Příčiny genetické

Podobně jako u ostatních druhů postižení, tak i u sluchových může být etiologie mnohdy neznámá. Genetické odchylky, které mohou způsobit sluchovou poruchu na základě dědičnosti autosomálně recesivní nebo dominantní či dědičnosti vázané na chromozom X.

(Ludíková, Souralová, 2006)

3.2 Klasifikace sluchového postižení dle typu

Převodní postižení sluchu

Postižení převodního ústrojí – středního ucha se projevuje snížením sluchových vjemů ve všech tónech, ale nikdy nevede k hluchotě. Nedochozí totiž k vyšší ztrátě slyšitelnosti než 60dB. Intenzita zvuku 60dB odpovídá hlasitosti běžné konverzační řeči. Při zesílení zvuku jsou jedinci s tímto typem sluchového postižení schopni rozlišit hlásky lidské řeči.

Tento typ sluchového postižení je nejběžnější a lze jej velmi úspěšně vyrovnat technickými pomůckami. Pro porozumění mluvené řeči pouhým sluchem však potřebují dobré akustické podmínky. V hlučném prostředí nedoslýchavý jedinec obtížně rozpoznává hlásky i se sluchovými pomůckami.

Percepční postižení sluchu

Při percepčním typu sluchového postižení jde o postižení blanitého labyrintu vnitřního ucha (kochley) – jde tedy o kochleární poruchy. Konkrétně se jedná o poškození zvukocitlivých vláskových buněk v Cortiho orgánu. Počítáme k nim však i poruchy drah sluchového nervu .

Ve vnitřním uchu jsou zvukocitlivé vláskové buňky Cortiho orgánu a probíhají zde základní fáze rozlišování tónů. Proto při tomto typu sluchových postižení dochází nejen ke snížení sluchových vjemů, ale také k jejich zkreslení. Projevuje se to deformovaným slyšením. Při vyšších ztrátách sluchu tedy není možno hlásky rozlišovat ani při velkém zesílení elektronickými pomůckami. Takto postižení jedinci nedokáží sluchem rozlišit mluvenou řeč. (Strnadová, 2002)

3.3. Období vzniku postižení

Vrozené vady sluchu

–Geneticky podmíněné – vrozená zátěž v rodině, hereditární sluchové vady děděné autosomálně recesivně. Existuje přibližně 30 genů, o kterých se předpokládá, že mohou mít vliv na vrozený stav sluchu. Jako nejvýznamnější jsou hodnoceny tzv. Connexiny. Typické je, že oba rodiče, kteří jsou nositelé jednoho zdravého a druhého poškozeného znaku, slyší.

–Kongenitálně získané

a) prenatalní – nemoci matky v průběhu těhotenství, zejména v 1. trimestru (např.

spalničky, toxoplazmóza, zarděnky), RTG záření.

b) perinatální – protahovaný porod, nízká porodní hmotnost, vlásečnicové krvácení do labyrintu, Rh – inkompatibilita, asfixie, porodní žloutenka

Získané vady sluchu

A. Získané před fixací řeči (prelingválně, tj. do 6. roku života dítěte) – prelingválně získané vady sluchu mají různý dopad na komunikační možnosti. Nejen že se řeč nevyvíjí, ale navíc dochází k rozpadu získaných řečových stereotypů. Jedná se např. o :

- infekční choroby – často virového charakteru, jako zánět mozkových blan, meningoencefalitida, příušnice, spalničky, spála, zarděnky atd.,
- traumata, úrazy hlavy, poškození mozku mechanického charakteru,
- onkologická onemocnění s ozářením a chemoterapií,
- tzv. „ucpané“ uši při infektech horních cest dýchacích,
- opakované hnisavé záněty středního ucha

B. Získané po fixaci řeči (postlingválně, tj. po 6. roce života a v průběhu života)

- presbykuzie (stařecká nedoslýchavost) – ve stáří slyší člověk hůře, protože mu odumírají sluchové buňky, které jsou nenahraditelné, patologickým se tento jev stává, když je narušena komunikační schopnost člověka,
- poranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha
- dlouhodobé působení silné hlukové zátěže tzv. „zvukové konzervy“ (od 85dB výše)
toxiny, jedy (např. Ototoxicita = poškození sluchu způsobené ototoxickými látkami (Pipeková, 2006)

3.4. Rozvoj řeči u sluchově postiženého dítěte

Nedoslýchavé dítě

Při nedoslýchavosti převodního typu, (zpravidla do 60 dB) vrozené nebo vzniklé brzy po narození, se může bez větších problémů rozvíjet řeč asi do 2-3 let. Do té doby je totiž dítě většinou ještě v těsné blízkosti matky a její hlas proto relativně dobře vnímá. Vnímá-li však řeč již deformovaně, pak je i řeč takových dětí deformovaná. Při lehčí a střední nedoslýchavosti percepčního typu, dítě hůře snímá vysoké tóny, proto špatně rozlišuje sykavky a také je špatně vyslovuje.

Do určité doby může nedoslýchavost dítěte rodičům zůstat skryta. Vada výslovnosti u nedoslýchavých dětí může být přičítána přetrvání běžné vývojové fyziologické patlavosti.

Rozvoj řeči nedoslýchavého dítěte však začíná poněkud stagnovat v době, kdy se dítě více vzdaluje od matky a na větší vzálenost ji už dobře neslyší. Bývá to právě v době, kdy zdravé dítě začíná zvládat gramatiku mluvené řeči, například správnou morfologii koncovek.

Od třetího nebo čtvrtého roku věku bývá často u nedoslýchavých dětí, sluchové postižení zjištěno. Rodiče zjistí, že dítě nereaguje na řeč z větší vzdálenosti a vývoj řeči stagnuje.

(Strnadová, 2002)

Neslyšící dítě

Nastalo-li těžké sluchové postižení před vytvořením mluvy a jazyka, a je-li takového charakteru, že dítěti znemožňuje sluchem rozlišovat hlásky lidské řeči, pak je u dítěte sekundárně blokován i spontánní rozvoj řeči. Neslyšící kojeneček prochází stadiem reflexního hlasového projevu – broukání. Ale protože není stimulováno sluchovými podněty, nehraje si se svým hlasem, broukání se nejen nerozvíjí, ale dokonce ustává.

Pro spontánní zvládnutí základů mluvené řeči a její rozvoj je tedy sluch mimořádně důležitý. Zrakové vnímání ke spontánnímu vytvoření mluvené řeči nestačí. Proto musí mít dítě speciální trénink, aby si nejprve zvykalo na soustředěné pozorování pohybů rtů a naučilo se, že určité pohyby rtů něco znamenají. Pokračující vývoj řeči od broukání musí být zajištěn speciální pedagogickou péčí. I tehdy však je vývoj řeči u těchto jedinců silně opožděn či zpomalen.

U neslyšících jedinců velmi dlouho, někdy i po celý život, přetrvává motorická neobratnost mluvidel, která má za následek patlavost některých hlásek, zpomalené tempo a nesprávný rytmus řeči. Dále se v používání řeči vyskytuje nesprávné skloňování a časování, chybná intenzita hlasu, nesprávné hospodaření s dechem během mluvy. Výslovnost některých hlásek je nedokonalá, avšak u jiných hlásek zase naopak přehnaně pečlivá. Převládá tvrdý hlasový začátek, což zní nepřirozeně. Tím, že řeč má chybnou rezonanci dutin mluvních orgánů, řeč působí poněkud nepřirozeně a jednotvárně.

Srozumitelnost řeči bývá navíc snížena i v důsledku nedostatečné jazykové znalosti. Velkou roli zde hraje právě nesprávná gramatická skladba řeči. Prelingválně neslyšícím

lidem obvykle chybí zkušenosti s používáním předložek, zájmen, se skloňováním podstatných jmen a s časováním sloves. (Strnadová, 2002)

Ohluchlé dítě

U dětí, které ohluchly v ranném věku, nelze jednoznačně předpovědět jejich další řečový vývoj. Významnou roli zde hraje nejen stádium rozvoje řeči v okamžiku ztráty sluchu, ale také další faktory jako jazykové nadání a podnětnost prostředí. Pokud nebyla řeč u malých ohluchlých dětí dostatečně upevněna dochází k řečové regresi. Lidé, kteří ztratili sluch v době, kdy si již osvojili mluvenou řeč, mají nespornou výhodu jazykové znalosti. Velká slovní zásoba je dobrým přepokladem pro odezírání. (Strnadová, 2002)

3.5. Komunikace sluchově postižených

Odezírání

Podmínky pro odezírání:

Podmínky pro odezírání jsou vždy velmi proměnlivé. Jejich kombinace není nikdy naprosto stejná. Můžeme je rozdělit do tří částí.

- A) Prostředí ovlivňující kvalitu odezírání. Úspěšnost odezírání závisí mimo jiné také na osvětlení, prostorovém uspořádání, vzdálenostech a jiných vnějších okolnostech.
- B) Podmínky na straně mluvčí osoby. Každý člověk mluví jinak, musíme tedy odezírání u každého člověka trénovat zvlášť.
- C) Podmínky na straně odezírající osoby. Každý člověk jinak odezírá, má svou individuální slovní a pojmovou zásobu, životní zkušenosti a znalosti příslušného jazyka. Ale i tentýž člověk může v průběhu dne odezírat s různým úspěchem. Vždy záleží také na tom, jak se odezírající člověk cítí. Na ovlivnění odezírání vždy závisí, jak se odezírající člověk cítí. (Strnadová, 2001)

Mluvený jazyk

Orální řeč má u sluchově postižených sníženou kvalitu. Charakteristika vývoje a používání řeči se tedy odvíjí od :

- stupně sluchového postižení,
- přítomnosti nebo absence dalšího postižení,
- věku a dosaženého stádia vývoje řeči, kdy sluchové postižení vzniklo,
- exogenních sociálních faktorů stimulačního rodinného prostředí z hlediska úspěšné nebo

neúspěšné obousměrné komunikace

– časné diagnostiky a časného startu speciální rehabilitační péče, ovlivněné rodinnou výchovou, později od kvality rehabilitační péče a spolupráce s rodinou.

Orální mluvenou řeč lze považovat za účinnou komunikační formu z hlediska stimulace pojmového procesu, tvorby slovních forem myšlení a zvládnutí psané podoby mateřského jazyka. Rozvoj dovedností vztahujících se k mluvené řeči jako je nácvik odezírání, reedukace sluchu musí být přizpůsobeny a určeny dle příčin, velikosti sluchových ztrát i schopností dítěte. (Krahulcová-Žátková, 1996)

Znakové systémy

Znakovaný jazyk

Dle zákona o znakové řeči 155/1998 Sb. je český znakový jazyk základním dorozumivacím jazykem neslyšících v České republice. Je to přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.

Znakovaná čeština

Znakovaná čeština je umělý jazykový systém, který usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími. Využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány odpovídající znaky českého znakového jazyka.

Prstové abecedy

Prstová abeceda, nazývána též daktylní abeceda, je slovní vizuálně-motorická komunikační forma, při které se užívá různých poloh a postavení prstů k vyjádření hlásek. Prstová abeceda vyjadřuje jednotlivé hlásky polohami a tvarem prstů, z nichž se syntetickým sukcesivním postupem tvoří slova stejně, jako se hlásky spojují do slov a mluvené řeči. Prstová řeč je vizuální formou doslovného, přesného až absolutního tlumočení textu. Jako taková umožňuje ve vizuální rovině analýzu a syntézu slova na prvky, ze kterých je složena. V české prstové abecedě je 27 znaků pro hlásky, které jsou

doplněny o znaky pro háčky a čárky. Délku samohlásky je možné znázornit pouze svislým pohybem ruky ukazující příslušnou hlásku. Existují dva hlavní druhy prstové abecedy, tj. Abeceda jednoruční a dvouruční. Další typy používané při vícečetném postižení jsou Lormova abeceda, vtiskávaná abeceda do dlaně a Brailova abeceda vtiskávaná do prstů. (Krahulcová-Žátková, 1996)

3.6. Výchova a vzdělání sluchově postižených

A) Orální přístup

Pojmem komunikace ve vzdělávání je v současnosti souhrnně označována široká škála podobných metod. Jde o systém využívání zachovalých smyslů sluchově postiženého – zraku a hmatu. Hlavním zaměřením je aktivní zvládnutí mluvního jazyka, bez používání znakového jazyka.

Důležitým předpokladem a východiskem orálních přístupů je zajištění kvalitních podnětů získaných sluchovou cestou pomocí moderních technických pomůcek. Případné zachovalé zbytky sluchu jsou v rámci orálního přístupu efektivně rozvíjeny a v nejvyšší možné míře využívány při vzájemné komunikaci. Vysoce žádoucí je rovněž včasná a kvalitní diagnostika sluchové vady, na jejímž základě jsou dále stanoveny optimální korektní postupy.

Pomocné systémy při orální metodě:

- Cued Speech** využívá dvanáct pozic ruky, které v kombinaci s křivkou rtů, přímo korespondují s fonémy mluveného jazyka a tím výrazně napomáhají odezírání. Část informace je tak zachytitelná odezíráním artikulace mluvidel, druhá část je doplněna fonemickým znakem.
- chirografie** vznikla rozpracováním a zjednodušením systému Cued Speech, která využívá osmi prstových poloh (tzv. chirémů) a čtyř lokací, odpovídajících osmi skupinám souhlásek a čtyřem párům samohlásek
- fonetická prstová abeceda**, která se snaží manuálními fonetickými symboly reprezentovat všechny hlásky. Pro vytvoření fonetických manuálních značek využívala fonetická prstová abeceda symbolů systému Visible Speech. Celkový počet 120 takto manuálně tvořených hlásek ovšem její praktické využití znemožnil.
- Hand-Mund systém** - tento manuálně-orální systém doplňuje proces odezírání znázorněním zrakem nepostřehnutelných postavení mluvidel.

–**pomocné artikulační znaky**, které jsou primárně využívány při nácviu správné výslovnosti jednotlivých hlásek. Na rozdíl od značek používaných v prstové abecedě, které mají spíše charakter příslušných grafémů, jsou pomocné artikulační znaky ve svém průběhu inspirovány mechanismem tvoření příslušných hlásek. Sluchově postižené děti se s nimi setkávají v rámci individuální logopedické péče již při vstupu do speciální mateřské školy a dále dle potřeby, po celou dobu školní docházky. (Souralová, Langer, 2005)

B) Totální komunikace

Systém totální komunikace představuje sumu komunikačních forem, které se pružně kombinují, spolupracují a tím mají vyšší účinnost. Mezi jednotlivé složky totální komunikace patří :

- přirozená gesta, gestikulace, mimika a pantomima
- znakový jazyk
- prstová abeceda a další systémy, které vizualizují mluvenou řeč
- odezírání
- psaná forma majoritního jazyka (čtení, psaní)
- mluvená (hlasitá, orální) řeč

Cílem totální komunikace je mimo jiné nejvyšší možná úroveň zvládnutí mluveného jazyka jak v jeho produkci, tak i recepci. (Souralová, Langer, 2005)

C) Bilingvální komunikace

Bilingvální komunikace má za cíl dosáhnout rozvoje jazyka a myšlení, a to nezávisle na kvalitách mluvené řeči. Bilingvální komunikace sluchově postižených je přenos informací ve dvou jazykových kódech, ve znakovém jazyce neslyšících a mluveném (orálním, národním jazyce), a to mezi neslyšícími vzájemně a mezi neslyšícími a slyšícími. (Krahulcová,2002)

Bilingvální vzdělávání žáků s těžkým sluchovým postižením probíhá dorozumíváním oboustranně plnohodnotné komunikace. Ve vyučování je látka podávána ve znakovém jazyce neslyšícím učitelem, po pochopení znaků jsou předváděny slyšícím učitelem do psané podoby majoritního jazyka. Oba učitelé jsou trvale v jedné třídě.

3.7. Technické a kompenzační pomůcky

Korekcí nazýváme postup, kterým se snažíme o opravu a zlepšení poškozeného smyslu.

Dle Lejska lze korekci sluchové vady dělit na :

- korekce komunikační sluchové funkce = sluchadlo, kochleární implantát
- korekce dalších akustických funkcí = světelné zvonky, vibrační budíky, sluchátkové zesilovače, psací telefony atd.

Sluchadlo

Sluchadlo je elektroakustický přístroj, jehož úkolem je zesilovat a modulovat zvuky. Zesílený zvuk je veden do sluchového analyzátoru, do ucha. Zvuk musí být sluchadlem nejenom dostatečně zesílen, ale i speciálně modulován podle typu a charakteru individuální sluchové vady. (Lejska, 2003)

Požadavky na sluchadlo

A. Vlastnosti elektronické

Odpovídající zesílení : sluchadlo musí mít schopnost odpovídajícího zesílení. Zesílení nesmí být slabé ani silné, ale odpovídající.

Frekvenční variabilitu : je nutné aby sluchadlo bylo schopno zesilovat poškozenou oblast sluchu jinak než nepoškozenou oblast.

Variabilní zesílení : jedinec se sluchovou vadou se pohybuje v různých komunikačních prostředích a setkává se s různě intenzivními zvuky.

Potlačení rušivého okolního šumu : základním požadavkem sluchově postiženého je, aby slyšel zvuk řeči a ostatní zvuky byly potlačeny.

Potlačení zpětné vazby tak, aby sluchadlo při zapnutí a vložení do ucha nepískalo.

B. Tvarové vlastnosti

Tvar, který odpovídá požadavkům sluchově postiženého a to jak z kosmetického hlediska tak i dostatečně vhodným způsobem přenosu akustické energie.(Lejska, 2003)

Sluchadla dělíme z několika hledisek :

A. Dělení podle tvaru sluchadla

- sluchadla kapsičková,
- sluchadla závěsná,
- sluchadla individuální,
- sluchadla brýlová,

B. Dělení podle způsobu přenosu akustického signálu

- sluchadla pro vzdušné vedení

– sluchadla pro kostní vedení

C. Dělení podle stupně zesílení

- sluchadla pro lehké sluchové vady – řečové frekvence s prahem 40-60 dB,
 - sluchadla pro středně těžké sluchové vady – řečové frekvence s prahem 60-75 dB,
 - sluchadla pro těžké sluchové vady – řečové frekvence s prahem 75-90 dB,
 - sluchadla pro velmi těžké sluchové vady – řečové frekvence s prahem nad 90 dB,
- (Lejska, 2003)

Kochleární implantát

Kochleární implantát je sluchová protéza, technické zařízení umožňující osobám prakticky nebo zcela neslyšícím vnímat zvuk a sluchovou cestou realizovat komunikaci. V praxi se dá říct, že nahrazuje nefunkční vláskové sluchové buňky v hlemýždi a převádí mechanické zvukové vlnění na elektrické dráždění a promontorní elektickou stimulací přímo sluchovým nervem do korové sluchové oblasti mozku. (Krahulcová, 2002)

Postup vyvolání sluchového vjemu kochleárním implantátem je následující :

- Zvuk je zachycen mikrofonem.
- Zvuk je odeslán z mikrofonu do řečového procesoru.
- Řečový procesor vybírá a kóduje užitečné zvuky. Procesor je zakódován tak, aby mohla být informace o časových a spektrálních charakteristikách přenášeného zvuku co nejvěrněji předána prostřednictvím elektrických stimulů sluchovému nervu.
- Zpracovaný signál z řečového procesoru je veden do vysílací cívky za uchem.
- Vysílací cívka vysílá kód pomocí elektromagnetických vln přes kůži do přijímače, vnitřní části implantátu.
- Přijímač dekóduje, převádí kód na elektrické signály
- Elektrické signály jsou vysílány k elektrodám tak, aby stimulovaly sluchová nervová vlákna
- Mozek rozeznává signály jako zvukové vjemy.

(Krahulcová,

2002)

4. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Autismus je komplikovaná vada, která naruší vývoj komunikace v nejranějším dětství a zanechá dítě neschopné vytvářet normální mezilidské vztahy. Pro osoby s autismem je svět skládkou, jejíž díly do sebe nezapadají (Muhlpachr in Vítová, 2004)

4.1. Faktory příčiny autismu

- syndrom fragilního X a jiné chromozomální poruchy
- tuberózní skleróza (genetická, tzv. Neurocutagenní porucha s kombinací kožních a mozkových problémů)
- Itova hypomelanóza (také neurocutagenní porucha s oblastmi hypopigmentované kůže a problémy mozku)
- poškození plodu infekcí zarděnek před narozením, postnatální herpes encefalitis (zánětlivá infekce mozku)
- metabolické poruchy (včetně tzv. PKU syndromu)

4.2. Diagnostika autismu

Jako diagnostické standardy se používá Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-IV, 1994). Zahrnuje dvanáct diagnostických kritérií rozdělených do tří kategorií: sociální interakce, komunikace, činnosti a zájmy. V České republice se při diagnostice vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), přičemž tři základní kategorie kritérií jsou stejné jako u DSM-IV.

Postižený autismem nemusí mít nutně všechny znaky a symptomy spojené s autismem. I když lidé s autismem vykazují podobné symptomy, neexistují dvě děti s autismem s úplně stejnými projevy. Aby dítě mohlo být diagnostikované jako autistické, musí splňovat alespoň dvě kritéria z první kategorie, dvě kritéria z druhé kategorie a jedno kritérium ze třetí kategorie. (Richman, 2006)

4.3. Přehled jednotlivých kategorií pro diagnostiku autismu.

Sociální interakce

Děti s autismem nerozumí neverbálnímu chování a neumí ho správně používat. Nevykazují sociální kontakty přiměřené věku. Děti s autismem :

- se mohou vyhýbat očnímu kontaktu
- mohou mít problémy s porozuměním výrazům obličeje a s reakcí na sociální klíče a gesta

jako mávání a ukazování

- nejsou schopny navazovat a rozvíjet přiměřené sociální kontakty s vrstevníky
- dávají přednost samotě a nemají zájem o jiné lidi
- používají ruku jiné osoby, chtějí-li dosáhnout na nějakou věc
- projevují minimální iniciativu, mají minimální nebo žádné herní dovednosti

Komunikace

Děti s autismem mají kvalitativní i kvantitativní postižení řeči. Jinými slovy, řeč je u dětí s autismem nejen zpožděná, ale vyvíjí se odlišným způsobem než u dětí zdravých. Asi u čtyřiceti procent dětí s autismem se řeč nevyvine, aniž by se děti snažily kompenzovat tento nedostatek nějakým alternativním způsobem komunikace, jako jsou gesta nebo mimika. Postižení v komunikaci se může projevit :

- echolálie (opakování slov a vět)
- monotónní řeči bez intonace
- nedostatky v napodobování, spontánnosti a variacích v použití jazyka
- nesprávné používání zájmen
- rozdílem v receptivním a expresivním jazyce, neschopnost chápat abstraktní pojmy

Aktivity a zájmy

Děti s autismem si vytvářejí repetitivní motorické manýry a stereotypní vzorce chování, které se manifestují různým způsobem:

- stereotypními a repetitivními vzorci chování, jako je plácání rukama, tleskání, pozorování třepetajících rukou, kolébání a otáčení těla, grimasování, poklepávání, verbální stereotypy;
- abnormálním zaměřením na určitý vzorec chování či rutinní činnost a snahou o jejich neměnnost;
- neobvyklým zacházením s hračkami, zaměřením se na části předmětu.

Vzorce chování se mohou omezit na některý smysl. Abnormální smyslové reakce se mohou projevovat různě:

- přehnaným zájmem o taktilní podněty, nebo naopak jejich odmítáním
- čichovou a chuťovou přecitlivělostí
- abnormální zrakovou stimulací, která se může projevovat rovnáním předmětů do řady, nutkavou oblibou určitých konfigurací čísel či písmen, zíráním do světla;
- extrémní reakce na zvuky – dítě není schopno ignorovat nepodstatné zvuky, reaguje přehnaně na určité zvukové podněty, nebo na ně nereaguje vůbec. (Richman, 2006)

4. 4. Rozvoj komunikace

Jako hlavní autistický prvek můžeme zmínit špatnou komunikační schopnost. Spousta osob postižených autismem není schopna mluvit. Osoby, které dosáhnou vyššího stupně komunikace a jsou schopny mluvené řeči, většinou nedokáží vyjádřit své potřeby a přání. Tyto faktory mohou vést k izolaci jedince od jedinců, jeho frustraci a tím i k obtížím v chování. Osoby trpící autismem mají výrazné potíže s porozuměním řeči.

Receptivní jazyk

Receptivní jazyk je schopnost porozumět sdělení od někoho jiného. Než se začneme expresivně vyjadřovat, musíme nejdříve porozumět komunikačním signálům partnera. Existují dovednosti receptivního jazyka, které pomáhají dětem s autismem pochopit smysl komunikace a zaměřit se na řeč a její komunikační funkci.

Ukazování, žádání.

Tuto schopnost využívají děti již v útlém věku a je to jedna z těch snadněji naučitelných dovedností. Může být procvičováno po celý den, kdykoli jsme si jisti, že si dítě něco přeje. Ukazování a žádání by mělo být rozloženo do několika postupných kroků, aby se dítě necítilo frustrováno.

-Nejdříve vybereme věc, po které dítě touží. Držíme věc, mírně mimo dosah dítěte a řekneme : „Co bys chtěl?“ nebo „Ukaž, co chceš“.

-Vedeme ruku dítěte tak, aby ukázalo na předmět. Ujistíme se, že používáme dominantní ruku dítěte.

-Jakmile dítě ukáže, dostane žádanou věc.

(Richman, 2006)

Oční kontakt

Oční kontakt je důležitý ze dvou důvodů. Podporuje učení a je přijímán jako forma neverbální komunikace a tudíž napomáhá integraci dítěte do společnosti.

Nejvhodnějším způsobem, jak tuto dovednost realizovat je věta či znak „Podívej se na mne“. Jako pochvala je nejadekvátnější forma společenská a to pohlázení či slovní pochvala. Tento způsob posilování je přirozený a dítě se s ním setká v mnoha sociálních skupinách. Posilovat užívání očního kontaktu můžeme tím, že vyčkáme, až se dítě podívá a pak teprve ho zapojíme do jeho oblíbené činnosti. Oční kontakt se objeví několikrát během dne spontánně. Kdykoliv ho zpozorujeme, dáme dítěti najevo, že takové chování

oceňujeme. Neustálé posilování a odměňování vede jednak ke zlepšení této dovednosti, tak i k rozvíjení sociálních vztahů.(Richman, 2006)

Jednoduché instrukce

Pokyny, jednoduché instrukce jsou prvním komunikačním nástrojem, kterému se dítě učí. Slouží nejen k dosažení cílů a splnění přání dítěte, ale také pomáhají okolí vést dítě denními činnostmi a podporují učení.

Základní pokyny jsou :

- Sedni si.
- Postav se.
- Pojď sem.

Další rozvíjení pokynů se týká základních životních potřeb jako jídla, pití, vylučování atd. (Richman, 2006)

Složitější instrukce

Instrukce skládající se ze dvou kroků, vyžadují od dítěte vyšší kognitivní úroveň. Takové pokyny musíme vždy vybírat s ohledem na dosavadní znalosti dítěte. Příklady, které navazují na jednoduché instrukce.

- Postav se a pojd' ke mně.
- Sedni si a napij se
- Postav se a obleč se.
- Pojď ke mně a sedni si.
-

Funkční pokyny

Funkční pokyny by měly být vybírány tak, aby se uplatnily v domácím i školním prostředí. Nejvíce žádoucí jsou takové pokyny, které pomáhají dítěti orientovat se v prostředí, ve kterém se nejčastěji pohybuje. „Jdi do pokoje“, „Obuj si boty“, „Otevři si knihu“, „Přines si vidličku“.

Postupem času můžeme pokyny kombinovat tak, aby vyžadovaly od dítěte větší soustředění a porozumění: začínáme s pokynem „Jdi do pokoje a přines si knihu“ a pokračujeme složitějším „Jdi do svého pokoje a přines knihu ke stolu“. (Richman, 2006)

4. 5. Přidružené poruchy autismu

Epilepsie - u jednoho z pěti předškolních dětí s autismem se objeví epilepsie. V dospělosti asi 30-40% postižených trpí, nebo aspoň jednou prodělalo epileptický záchvat. Poškození mozku, které vyvolává epilepsii, je často lokalizováno v temporálním laloku.

Postižení sluchu - sluch je u autismu postižen velmi často. Jedna čtvrtina postižených má závažné sluchové problémy a několik procent z nich neslyší vůbec.

Postižení řeči – řeč a jazyk jsou u autismu vždy postiženy. Charakter a příčiny jsou však jiné než u afázie nebo dysfázie. V těchto případech je primárně narušena schopnost mluvit, u autismu je primární defekt v poznání významu komunikace. Hlavní problém je snížená schopnost postižených pochopit důvody vzájemné komunikace: sdílení informací, (znalostí, pocitů) mezi dvěma jedinci.

(Gillberg, Peeters, 2008)

5. EPILEPSIE

Epilepsie je záchvatové onemocnění mozku. V současnosti je epilepsie klasifikována pouze jako epileptický syndrom, který může být způsoben u různě vnímavého jedince různými příčinami. O vzniku záchvatového onemocnění rozhodují nejen zevní příčiny, ale i vnitřní, které jsou dány geneticky a tvoří je biochemické a mediátorové procesy v mozku. Paroxysmy jsou pomíněny epileptickým ohniskem a schopností neuronové sítě vést – šířit a na druhé straně brzdit generalizaci vzruchů. Tyto dva procesy jsou u zdravých jedinců vyrovnané, u jedinců s epilepsií převažuje generalizace vzruchů nad schopností brzdit jeho šíření. Epilepsie je záchvatová a přechodná porucha mozkové funkce, která se projevuje stereotypními poruchami chování, obvykle spojenými s poruchami vědomí. Stupeň poruchy vědomí může být velmi lehký – krátkodobý, až velmi těžký – dlouhodobý. Důležitý je časový faktor. U nemocných rozeznáváme samotný záchvat a mezizáchvatové období. (Zvolský, 1996)

5.1. Příčiny epilepsie

Příčiny prenatální

Existují důkazy o závislosti doby působení patologického děje na vznik různých mozkových lézí a na ovlivnění pravděpodobnosti vzniku epilepsie. Pokud dojde k poškození v době, kdy probíhá migrace neuronů, výsledný stav mnohem pravděpodobněji povede k epilepsii, než když stejný děj, například hypoxie, nastane v jiném vývojovém stadiu.

Příčiny perinatální

Mezi příčiny pre- a perinatálního období patří infekce a chromozomální anomálie ve spojení s klinickými syndromy. V častých případech se s perinatální patologií pojí i změknutí mozku, které vzniká embolií nebo zánětem nitroblány tepenné.

Příčiny postnatální

Patří mezi ně úrazy hlavy (včetně neúrazových : syndrom týraného dítěte). Při hemiparéze je větší riziko vzniku epilepsie při postnatální etiologii léze. Pokud se podobně jako u postnatální hemiparézy spojí paréza s epilepsií, je prognóza dalšího vývoje méně příznivá. K postnatálním faktorům patří také infekce a asfyktické příhody, například tonutí, které se spojují s epilepsií a rozvojem DMO. (Kraus, 2005)

5. Klasifikace epileptických záchvatů podle Ilae

A. Ložiskové (fokální, parciální)

Ložiskové jednoduché s příznaky

- motorickými,
- senzitivními a senzorickými,
- autonomními,
- psychickými,

Ložiskové komplexní

- Ložiskové jednoduché s následnou poruchou vědomí
 - a) s jednoduchými klinickými projevy a následnou poruchou vědomí
 - b) s automastismy
- Ložiskové jednoduché s iniciální poruchou vědomí
 - a) pouze porucha vědomí
 - b) s automastismy
- Ložiskové se sekundární generalizací
 - a) jednoduché ložiskové se sekundární generalizací
 - b) komplexní ložiskové se sekundární generalizací

jednoduché ložiskové s přechodem do komplexních a poté se sekundární generalizací

B. Generalizované

- absence
 - a) typické
 - b) atypické
- myoklonické
- klonické
- tonické
- tonicko-klonické
- atonické

Jako generalizované jsou označovány záchvaty, u nichž klinický projev od samotného počátku vychází z obou hemisfér. Porucha vědomí, je-li při záchvatu, se objevuje hned zpočátku, na záchvatový děj je amnézie. Motorické příznaky se vyjadřují oboustranně, zpravidla symetricky. (Pipeková, 2006)

C. Neklasifikovatelné

5.3. Epilepsie u dětské mozkové obrny

Forma DMO do jisté míry určuje pravděpodobnost vzniku epilepsie. Formy DMO spojené s kortikálními abnormalitami se kombinují s epilepsií mnohem častěji.

Tabulka č.1 : Výskyt epilepsie u jednotlivých forem DMO (Kraus, 2005)

Forma DMO	Epilepsie (%)
Kvadru – a triparetická	50 - 94
Hemiparetická	33 - 50
Deparéza spastická či ataktická	16 - 27
Dyskinetická	25
Číská ataxie	vzácná

Typy záchvatů u jednotlivých forem DMO

U jednotlivých forem DMO lze identifikovat různé typy záchvatů. U dětí s hemiparetickou formou DMO jsou nejčastějším typem parciální záchvaty. Sekundárně generalizované tonicko-klonické záchvaty jsou také časté. U kvadruparetické formy DMO jsou překvapivě popisovány absence, nejspíše parciální záchvaty nejsou tak časté jako u hemiparetické formy. U diparetické formy DMO má generalizované tonicko-klonické záchvaty více než polovina dětí, parciální záchvaty nejsou tak četné. (Kraus, 2005)

Důsledky výskytu epilepsie při DMO

Děti s DMO mají obtíže s hybností. Při výskytu epilepsie se přidává další zhoršení hybnosti. Náhlé zhoršení může závažně interferovat s motorikou a při současné nejisté rovnováze může znamenat katastrofu. U dětí s kontinuálními parciálními záchvaty, které se objevují například u hemiparéz, může dojít v důsledku ztráty neuronů k postupné ztrátě jednotlivých schopností motoriky. Důležité je zmínit i kognitivní důsledky. Projevují se v oblasti poruch chování a v oblasti sociální. (Kraus, 2005)

5.4. Symptomatické poruchy řeči u dětí s epilepsií

Epileptické záchvaty se mohou projevit i v oblasti komunikačních schopností. Narušená komunikační schopnost se tu projevuje ve formě přechodných nebo trvalých poruch řeči. Přechodné poruchy řeči se mohou vyskytnout před záchvatem i po záchvatu.

Trvalé poruchy řeči u epileptických dětí vznikají obvykle z přechodných poruch, zpravidla v případech zhoršování epilepsie. Proměna od přechodných poruch řeči na trvalé se odehrává tím rychleji, čím častější jsou epiletické záchvaty a čím jsou těžší. Rozsah trvalých poruch řeči determinuje zejména proces demence u těchto dětí. Paralelně se zhoršující demencí, zhoršují se i verbální projevy. (Lechta, 2008)

6. KOMBINOVANÉ VADY

Zdravotní postižení trvalého rázu výrazně ovlivňuje jak funkci organismu, tak schopnost člověka rozvíjet se a realizovat. Všechna tato omezení ovlivňují postavení člověka, mají za následek narušení sociálních i kulturních vztahů jednotlivce, čímž dochází k poškození kvality života.

Dle Sováka je pojem kombinovaná vada sdružení několika postižení u jednoho jedince, které se ale navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění. Kombinované vady jsou vnímány jako složitý celek různých, vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací, jež na sebe vzájemně působí a podléhají si.

6.1. Dělení kombinovaných vad

Při kategorizování kombinovaných vad můžeme vycházet z projevů a dopadů procesu rozvoje osobnosti a socializaci. Kritéria mohou být pojímána z hlediska míry potřeby speciálních výchovných a vzdělávacích opatření. Kombinované vady tedy můžeme rozčlenit na dvě kategorie :

Lehce vícenásobně postižení – jedinci, kteří na základě výchovy a vzdělávání v běžných či speciálních školách jsou schopni relativně samostatně zvládat běžný život, integrovat se do společnosti, do daných životních podmínek i prostředí a dosáhnout průměrnou kvalitu života. Mohou získat jistou kvalifikaci a jsou tak připraveni na pracovní zařazení, např. formou podporovaného zaměstnávání. (Ludíková, 2005)

Těžce vícenásobně postižení – jedinci s kombinovanými vadami, kteří na základě speciální výchovy a vzdělávání jsou schopni samostatně zvládat pouze základní nebo elementární praktické životní situace, neobejdou se bez výrazné pomoci. Komunikační proces je narušen a je nutné ho budovat na principech alternativní a augmentativní komunikace. Používání speciálních pomůcek se u této skupiny jeví jako nevyhnutelné. Všechny aktivity se uskutečňují na bázi individuálního přístupu, kdy celý tým pracovníků, kteří jsou s postiženým v kontaktu, se snaží, aby klient dosáhl maximální míry socializace, i když s vědomím, že tito jedinci vyžadují různé modely speciální péče a podpory po celý život. (Ludíková, 2005)

6.2. Komunikace a rozvoj osob s kombinovanými vadami

Rozvoj osobnosti s kombinovanými vadami můžeme chápat jako soubor speciálně pedagogických postupů, které jsou zaměřeny na optimální vývoj a socializaci jedince. Hlavními cíli je : edukace, rehabilitace, stimulace a rozvíjení, reedukace a kompenzace.

V případě edukačního cíle jde o vybavení jedince ideálním množstvím informací, dovedností a návyků, aby byl schopen se zapojit do společenského i pracovního života. Poskytnout co nejmenší míru závislosti na svém okolí. Rehabilitační cíle jsou zaměřeny na psychiku, sociální a pracovní zaměření. Úkolem stimulace a rozvíjení je zlepšování opožděného vývoje řeči, motoriky a percepce. V neposlední řadě je jedním z důležitých cílů cíl edukativní, který lze charakterizovat jako maximální možný rozvoj, dosažení tak nejideálnějšího stupně vzdělání a zapojení do intaktní společnosti.

Při celém tomto rozvoji musí být dodržovány a respektovány individuální potřeby jedince, které vyplývají z charakteru kombinované vady a faktorů, které je ovlivňují.

6.3. Alternativní a augmentativní komunikace

Jedná se o dynamicky se vyvíjející multidisciplinární oblast, která se zabývá možnostmi využití doplňkové (augmentativní) a náhradní (alternativní) komunikace u osob s těžkými poruchami expresivní složky řeči. Augmentativní způsoby komunikace slouží k doplnění a podpoře rozvoje již existujících, ale pro běžné dorozumívací potřeby nedostatečně rozvinutých komunikačních kompetencí jedince s NKS. Přičemž alternativní komunikační systém se užívá jako náhrada mluvené řeči.

(Ludíková, 2005)

6.4. Dělení alternativních a augmentativních komunikačních systémů

A. podle způsobu přenosu informace

- statické (systém Bliss, piktogramy)
- dynamické (založeny na aplikaci znaků a gest, např. znaková řeč, prstová abeceda, Makato, znak do řeči, atp.)

B. podle druhu sensorického kanálu, jenž zprostředkovává poskytovanou informaci

- akusticko-taktilní (pohybově-dotyková komunikace, Brailovo písmo, reliéfní pomůcky, písmo na dlaň a prsty ruky /např. Lormova abeceda, latinka do dlaně/apod.)
- optické (mimicko-gestikulační komunikace, znaková řeč, daktylotika, písmo, znakové

systémy /např. Bliss a piktogramy/, odezírání, pohyby těla atp.)

– opticko-akustické a vibrační systémy (orální komunikace, totální komunikace, komunikace pomocí elektroakustických prostředků, komunikace pomocí vibračních zařízení aj.).

C. podle konečnosti počtu znaků

– uzavřené – počet znaků je konečný, znak má vždy jeden a tentýž slovně obsahový význam.

– otevřené – nekonečný počet znaků, kombinací znaků vznikají nové významy.

D. podle využitelnosti speciálních pomůcek

– bez pomůcek (využívají především prostředků nonverbální komunikace / např. pohled, mimika, gestikulace, vizuálně-motorické znaky/)

– s pomůckami (reálné předměty, obrázky, fotografie, symboly, komunikátory)

– jiné typy (technické pomůcky sloužící ke snadnějšímu ovládnutí počítače/ např. speciálně upravené klávesnice, dotekové obrazovky atp./)

(Ludíková, 2005)

Při rozhodování o způsobu komunikace a volby systému AAK je nutné brát v úvahu:

A. Pedocentrická hlediska

– porozumění slovní zásobě a všem aspektům jazyka (rozsah aktivní i pasivní složky slovní zásoby)

– verbální dovednosti, event. pokusy o komunikaci, gesta, mimika, zvuky

– fyzické dovednosti (přesnost cílených pohybů a rozsah pohybů v prostoru)

– stav smyslových orgánů (zejména zraku a sluchu)

– dobu průčeschnosti (míra unavitelnosti, soustředění)

– věk

– předpoklad dalšího rozvoje

– kognitivní schopnosti

– potřebu a motivaci ke komunikaci

– podporu rodiny a personálu

– schopnost interakce

B. Systémová hlediska

– způsob přenosu (dynamický, statický)

- ikonicita (zřetelnost, průhlednost, míra abstrakce)
 - rozsah slovní zásoby a shoda s mluveným jazykem
- (Janovcová, 2004)

6.5. Charakteristika základních systémů AAK

Komunikační systém Bliss

Snadný, logický a snadno pochopitelný systém, který umožňuje plně zachovávat gramatická pravidla. Z 26 grafických prvků je vytvořeno 2300 symbolů, takže handicapovaným jedincům lze ke komunikaci poskytnout široký slovník, který se uskutečňuje ukazováním prstem, nebo jinou částí ruky či těla na jednotlivé symboly. Obvykle je systém Bliss pro jednotlivé uživatele zpracováván do individuálních komunikačních tabulek. Tak jako u jiných systémů se osvojování zpočátku orientuje na symboly známých pojmů – předmětů a činností. Objem slovníku je individuální záležitostí podle možností a schopností konkrétního jedince. (Janovcová, 2004)

Piktogramy

Piktogramy lze specifikovat jako statické obrazové komunikační symboly, s nimiž se setkáváme i v běžném životě ve formě příkazových a informačních tabulí a značek. Piktogramy můžeme charakterizovat také jako maximálně zjednodušená zobrazení předmětů, činností a vlastností, která jsou srozumitelná všem kategoriím osob z hlediska kultury, postižení, národnosti nebo věku. Jejich cílem je poskytnout intaktním lidem i lidem se zdravotním znevýhodněním rychlou informaci všude tam, kde by slovní vyjádření bylo příliš zdlouhavé, nebo se mohlo stát překážkou k porozumění. Ve speciálně pedagogické praxi mají piktogramy podpůrnou a substituční funkci při rozvoji řeči dětí se závažným tělesným a mentálním postižením a u dětí s autismem.

V České republice je rozšířen soubor piktogramů využívaný zejména v zemích severní Evropy, jež obsahuje 700 obrazových symbolů, které znázorňují osoby, věci, činnosti představy, vlastnosti, pocity a vztahy. V praxi se setkáváme s piktogramy, jež lze přejímat a modifikovat pomocí počítačových programů Piktogramy a Altík.

(Bendová in Ludíková, 2005)

Alternativní výuka čtení s využitím globální metody

Metodický postup je od celku k jednotlivostem. Postup je tedy opačný než u metody analyticko-syntetické (od jednotlivých částí k celku). Hlavním cílem je stimulace zrakového vnímání, verbálního myšlení, záměrné pozornosti a rozvoj komunikačních dovedností. Učební pomůckou je soubor obrázků s textem z nejrůznějších oblastí, které dítě obklopují z učebnice První čtení.

Přípravná fáze výuky globálního čtení obsahuje jazykovou přípravu s rozvojem smyslového vnímání – zraku, sluchu, pěstování smyslu pro tvar, směr, orientace v prostoru, v textu a cvičení paměti. Dítě se učí rozlišovat a přiřazovat stejné předměty, obrázky k předmětům a tvořit dvojice stejných obrázků. Po zvládnutí vyhledává obrázky na slovní pokyn, v této fázi již dítě asociuje slyšené slovo s obrázkem a následně pojmenovává.

Etapa vlastního čtení začíná oddělením slova od obrázku. Nejprve učitel, pak dítě přiřazuje a čte slovo k obrázku. Využíváme různé způsoby práce se slovy, intonací zdůrazňujeme složení slova ze slabik. (Janovcová, 2004)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 . Případová studie o Adamovi

Na předchozích stranách jsem se zabývala problematikou dětské mozkové obrny, mentální retardace, sluchového postižení, epilepsie a autismu v souběžném postižení. Následující část obsahuje případovou studii s 12 letým chlapcem, který má diagnostikované souběžné postižení všech těchto postižení.

7. 1. Cíl práce s Adamem

Hlavním cílem mé práce bylo zlepšení schopnosti komunikace Adama s okolím. Schopnost pracovat s osobou mimo pedagogický personál třídy a v případě dobré reakce a kvalitního rozvoje, rozšíření pojmové banky ve znacích.

7. 2. Popis školy a školního prostředí

Základní škola, kterou Adam navštěvuje se nachází v Brně. Tato škola má pod svojí záštitou Mateřskou školu speciální, Základní školu speciální a Praktickou školu. Poskytuje výchovu a vzdělání. Také rehabilitaci a poradenství dětem s mentální retardací, kombinovanými vadami a poruchami autistického spektra ve věku od tří let do ukončení povinné školní docházky. Mimobrněnské děti mají možnost ubytování na internátě. Děti s denní docházkou mohou navštěvovat školní družinu. Internátní pracoviště má školní jídelnu, která zajišťuje celodenní stravu. Do třídy je zařazeno maximálně 6 – 8 žáků, kterým se věnuje pedagog a asistent pedagoga.

Žáci jsou pod dohledem školního psychologa, pravidelně s nimi pracuje logopedka, pravidelnou péči tělesně postiženým dětem na internátě zajišťuje rehabilitační pracovnice.

Základní škola speciální, kterou navštěvuje Adam:

Žáci jsou ve škole zařazení podle dosaženého stupně vývoje dítěte a počtu let plnění školní docházky. Škola má specializované třídy. Třídy jsou zaměřeny na vzdělávání nevidomých dětí, neslyšících dětí a žáků s poruchami autistického spektra.

Ve škole je k dispozici relaxační místnost s vodním lůžkem, ergoterapeutická dílna, cvičebna, venkovní hřiště a velká zahrada s dřevěnými průlezkami. Celý areál školy je bezbariérový.

7. 3. Diagnóza

Chlapec má diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu, formu diparetickou, na kterou navazuje střední mentální retardace a percepční sluchová vada. Sluchová vada je kompenzována sluchadly na obou uších. Dále je zde výskyt epilepsie, která se v průběhu prvního školního roku, kdy probíhala práce s chlapcem, neprojevovala. V průběhu druhého roku nastala výrazná změna. Epileptické záchvaty se opakovaly častěji, ke konci školního roku 2010 se vyskytovaly záchvaty každý týden. Druhý rok byl chlapec na psychologickém vyšetření, kde mu byla diagnostikovaná porucha autistického spektra.

7. 4. Plán a časový harmonogram práce

První seznámení s Adamem proběhlo během mé vysokoškolské praxe v této škole. Zúčastnila jsem se celé vyučovací doby a to po celý týden. Poté jsem za Adamem docházela po dobu 3 měsíců. Při samostatné práci s Adamem mi vždy byla poskytnuta volná učebna, aby nebyl při práci roztěkaný a mohl lépe vnímat. Do školy jsem docházela vždy v ranních hodinách, aby byla jeho pozornost co nejlepší. Časový limit práce se postupem doby měnil. Nikdy ale netrval déle jak 1 hodinu.

Po 3 měsících jsem práci s Adamem ukončila s tím, že další práce bude zahájena na začátku dalšího školního roku.

7. 5. Psychomotorická anamnéza

Hrubá motorika

Statická koordinace těla

- stoj rozkročný – zvládne bez opory
- stoj se zavřenýma očima – nezavře oči na povel, nechápe, proč to má udělat, nekopíruje ani spolužáky, tudíž celý úkon neudělá
- stoj na vyvýšené podložce – s mírnou oporou, stačí mu chytit se za ruku
- stoj na jedné noze – potřebuje pevnou oporu, nohu nezvedne příliš vysoko, ale úkon zvládne,

Dynamická koordinace horních končetin

- předávání předmětu z ruky do ruky – nemá žádný problém s předáváním věcí, které mají velikost takovou, aby je sevřel v dlani. V předávání věcí větších už má menší problém.

Musí se na ně více zaměřit, nenapadne jej, aby si danou věc opřel sám o sebe. Předávání z jedné ruky do druhé je také problémové.

Dynamická koordinace těla

- poskok na místě – dokáže v případě, že opakuje osobu, která mu dělá malou oporu. Ve chvíli, kdy začne opakovat a pochopí, co se po něm požaduje, pokračuje v činnosti sám jen s malou oporou držení se za jednu ruku,
- poskok na jedné noze – bojí se, nezvládne
- skok do dálky – bojí se, nezvládne
- přeskok přes překážku – je li překážka do výše kotníků, s pomocí držení za ruku přeskochí, ale ne spojenýma nohama.

Chůze

- po čáře – zvládne sám, ovšem neujde víc jak 2 metry
- po schodech – zvládá, občas potřebuje mírnou oporu v zábradlí

Jemná motorika

- je vyhraněný levák

Úchop, pohyblivost prstů

navlékání korálek – navléká na tkaničku, která má zpevněný začátek, velikost korálek střídá, má trpělivost s navlékáním, soustředí se na to, i delší dobu. S užší velikostí provázku má již trochu problém, nejde mu to tak rychle, jak by chtěl, většinou práce skončí tím, že jej to přestane bavit.

- stavění kostek – dřevěné kostky staví až do 1 metru, velmi pečlivý, nestřídá ruce v pokládání kostek, preferuje levou ruku

Pozornost – v případě, že jej činnost velmi baví, vydrží i 30 min, ovšem většinou jen v průběhu dopoledne. Je nutné střídání více aktivit během jedné hodiny. Vyžaduje i klidovou činnost, kterou má rád a dělá ji sám, jako je navlékání korálek, skládání kostek na lavici atd. Odpoledne se již velmi projevuje únava.

Sebeobsluha - svlékne se, s pomocí oblékne. V přípravě stolování pomáhá spolužákům, ovšem ne cíleně s jejich přípravou, ale donese si vlastní hrnek, talíř, příbor. Na držení příboru používá vyhraněnou levou ruku. Jí sám, krájí se mu jen tužší kousky jídla, jako je

maso. Ostatní se pokouší krájet sám. Pije z normálního hrnku, bez jakéhokoliv nádstavce. Po jídle si utře pusku a na vlastní popud si umyje ruce.

Hygiena – sám si řekne, když chce na záchod. Po velké potřebě je mu potřeba pomoci s očištěnou. Výrazně nemá rád špinavé ruce, chodí si je umývat pro každou maličkost.

Chování – Adam je uzavřenější, komunikaci se známou osobou projevuje jen ve chvílích, kdy něco potřebuje, něco se mu nelíbí a nebo něco chce. Na zadaných úkolech pracuje, ale je potřeba stálé vedení. Činností, které zvládá samostatně, je méně, velmi často jsou to úkoly, týkající se výtvarných prací.

7. 6. Komunikace s Adamem

Řečové schopnosti - nemá rozvinutou mluvenou řeč. Nyní je jeho hlavní dorozumivací formou znaková řeč, která je úměrná jeho věku, čítá velmi omezený počet znaků, které zná a je schopen používat. V minulosti i nyní se pedagogové snaží, aby byl Adam schopný používat formu alternativní a augmentativní komunikace. Doposud vyzkoušeli vytvořit komunikační systém Bliss, VOX a piktogramy doplněné fotkami. Jediné, co byl ochoten používat a minimální formou i pracovat, je poslední zmíněná komunikační forma.

Používané formy komunikace

Znaky

Adam má pomalé rozvíjení znakové složky.

Slovní zásobu má rozdělenou na znaky do 3 kategorií :

- A. aktivně používající - aktivně používá jen znaky týkající se sebezáchovy (to co potřebuje denně k životu) - jíst, pít, smrkat, jít na záchod, dále pak - být hodný, být potichu, hrát si, umýt ruce
- B. znaky používané 1-2x za měsíc - při určitých příležitostech - máma, táta, divadlo, auto, plavat
- C. znaky, kterým rozumí, ale nepoužívá je (při práci s učitelkou občas napodobí, sám nikdy) důležité pro život a práci ve škole - sedět, stát, cvičit, pracovat, malovat, stříhat, čekat, psát, oblékat se, obouvat se, dále rozumí - barvy, písmena A, I, E, M, O, které bez problémů vysloví.

Piktogramy doplněné fotkami

Protože byla u Adama diagnostikována porucha autistického spektra a znaky, které

Adam umí či uměl používat málo, rozhodla se třídní učitelka začít používat i další druh komunikačního systému. Od rodičů bylo Adamovi pořízeno několik fotografií, s věcmi či osobami, které má rád, používá je a nebo je dělá rád.

Mezi nejzákladnější jsou fotky rodičů a Adamovy sestry, auto, dům, pes. Dále různé fotografie věcí používaných v běžném chodu domácnosti a piktogramy s označením místností v domě a ve třídě. Zatím je učitelka nepoužívá aktivně, spíše pasivně, při určitém druhu práce, mluví li o rodině či dělají-li zrovna podobnou nebo stejnou činnost. Tento systém není zatím nijak rozvinut. Adam jej nepoužívá aktivně. Spíše se s ním seznamuje.

7. 7. Rozvoj komunikace v jednotlivých oblastech

PRACOVNÍ VÝCHOVA

Stav k dubnu 2009

Rozvoj slovní zásoby a komunikace v pracovní výchově slouží k základní sebeobsluze a to hlavně u jídla. Znaky jsou vybrány tak, aby si dokázal sám o jídlo říct a později s dopomocí je i připravit a po jídle uklidit. V jídelně jsou před něj postaveny talíř, hrnek, lžíce, vidlička, nůž.. Připravené fotografie s nápisem těchto věcí jsou Adamovi dány do ruky a zaznakováno, aby našel stejné. Nemá problém přiřadit. Po přiřazení, znakuji jednotlivá slova s Adamem a pomáhám mu, aby dokázal též slova znakovat. V případě otázky, co daná věc je, znak zopakuje, ale sám nepoužije.

Samotný nácvik sebeobsluhy probíhá při jídle. Samostatně si nachystá vše, co k jídlu potřebuje. Formou různých otázek se jej ptám, co si musí nachystat a co s tím bude dělat. Většina otázek je tvořena pro formu jednoslovné či dvouslovné odpovědi, aby mohl využívat co nejsnadněji znaky věcí, které má kolem sebe. Příklad. Otázka : Co potřebuješ, když chceš jíst jogurt ? Odpověď : potřebuji lžíci.

Rozvojové cíle

- rozvíjení dovedností jednoduchých pracovních úkonů při jídle, globální čtení
- přiřazení názvu k předmětu, slovo k předmětu a znak k předmětu
- porozumění znakům, uvádět do užívání znaky talíř, hrnek, lžíce, vidlička, nůž, uklidit, pít, jíst, nachystat
- samostatné znakování

Stav k dubnu 2010

Rozvoj celkové dovednosti při stolování se zlepšil. Adam již bez problémů zvládá celkovou přípravu na všechna jídla během dne. Nachystá si vše, co je potřebné k danému jídlu, ať už jde o příbor, sklenici nebo talíř. Rozumí dobře všem znakům, které byly určeny jako cíl v této oblasti rozvoje. Na všechny znaky pozitivně reaguje.

Rozvoj globálního čtení u Adama stagnuje. Obrázek k předmětu připojí je-li u předmětu napsán název, občas přiřadí samotný název k předmětu správně. Zde se dá spíše mluvit o rozeznání stejného tvaru slov, než o přímé poznání a uvědomnění si spojitostí.

Od porozumění všem znakům, již nebyla dovednost uvedena k jejich běžnému užívání. Při stolování, raději na věc ukáže, či si ji donese, než aby použil daného znaku. Zde je velice viditelný rozdíl v chování po zhoršení Adamova zdravotního stavu. Zvýšená frekvence epileptických záchvatů má vliv na celkovou pozornost, trpělivost a zájem o věci. Dříve znakoval odpovědi na otázky. Nyní odpovídá znakováním na otázku velmi zřídka. V případě že nevěděl, nechal si znak ukázat s dopomocí. Nyní si nenechá znak ukázat. Celková pozornost při práci se velmi zhoršila. Doba, po kterou Adam vydrží pracovat se též výrazně omezila.

VÝTVARNÁ VÝCHOVA

Stav k dubnu 2009

Rozvoj komunikace v oblasti výtvarné výchovy byl vybrán z důvodu Adamova velkého zájmu o tuto činnost. Veškeré výtvarné věci jej zaujmou a baví jej. Celková koncentrovanost a vytrvalost se výrazně u těchto aktivit zlepšuje. Postupem času by proto pomocí této aktivity mohly být rozvíjeny i další oblasti komunikace.

Výtvarná práce je zaměřena na rozvíjení představivosti, schopnosti kopírovat dle předlohy a také na práci s výtvarnými potřebami. Při práci, která byla zaměřena na tvoření dle předlohy, byla zvolena technika lepením. Napřed měl Adam za úkol vystříhnout předkreslené obrazce z papíru. Dále používání nůžek, lepidla. Před, při a po práci udržovat pořádek, chystat si věci. Při samotné práci si zvládne o nůžky a lepidlo požádat, velmi často používá i znaky, těchto dvou věcí. Když je část práce hotová, zaznakuje, že si potřebuje umýt ruce. Sám k umyvadlu jde, umyje si je a vrátí se zpět ke stolu. V případě přímého vytváření věcí dle předlohy se dokáže až 15 minut soustředit. Je schopný se dlouho rozhodovat při tom, jak dát daný objekt na papír. Je vidět, že srovnává a porovnává.

Před prací vždy dopředu zaznakují věc, kterou bude dělat, nebo jakou věc používá. Při práci si dokáže požádat i o pomoc. Používá znak stříhat, lepit a uklidit častěji než ostatní. Většinou ovšem jen na dotaz, nebo když nastane situace, která je Adamovi nepříjemná. Příklad výtvarné práce viz. Příloha 1.

Pro práci na rozvoj představivosti a motoriky jsem zvolila různé geometrické tvary. Při této práci je důsledný. Najde dva stejné tvary. Vystřihování těchto tvarů jej baví. Rovné čáry u čtverce obdelníku a trojúhelníku mu nedělají žádný problém, vystřížení kruhu je náročnější, ale nechá si pomoci. Komunikace při této práci je dobrá. Adam rozumí znakům, dobře na ně reaguje. V případě, že nechápe stačí minimální náznak práce a po té chce již pracovat sám.

Konkrétní úkon, jako je spojování jednotlivých bodů do tvarů již známých obrazců, vypracovává se soustředěním a zájmem. Často neví, který bod má spojit s kterým. Viditelná snížená schopnost zrkovného vnímání celku. Ve chvíli, kdy si není jistý, neznakuje, ale tužku mu podává a ukáže, abych kreslila já.

Příklad výtvarné práce viz. Příloha 3

Rozvojové cíle

- rozvoj grafomotoriky
- schopnost dělat věci dle toho co vidí, rozvoj představivosti
- vytvoření obrázku dle předlohy
- uvádět do užívání znaky nůžky, stříhat, lepidlo, lepit, malovat, tužka
- samostatné znakování

V opakování prací, které byly vytvářeny před rokem, je viditelná změna k horšímu. Při porovnání konkrétní práce na vytváření dle předlohy se změnila jak přístupy k práci, koncentrace tak i schopnost zaměřit se na detail. V udržování pořádku při práci je více důsledný, začíná více lpět na maličkostech. Vadí mu a ruší jej zapatlané ruce, ústřížky z papírů na stole či otevřené lepidlo. Dokud se tyto věci nevyřeší, nedokáže pokračovat. Což v porovnání s předchozí prací je veliký krok zpět.

Celková komunikace při práci je více transparentní, nejčastěji formou ukázky práce. Mnohem méně věcí pochopí pouze ze znakování. To co znakuje před a při práci Adam moc nevnímá, nesoustředí se. Znaky, které používá, ale v mnohem menší míře než dříve, jsou nůžky, stříhat a lepidlo. Znaky tužka a malovat nepoužívá, neodpoví jimi ani na otázku.

Příklad výtvarné práce viz. Příloha 2.

Při práci na rozvoji představivosti a motoriky je opět viditelná snížená koncentrace a roztěkanost. Vystříhování stejných tvarů jej upoutá. Opět je ale vidět nepřesnost práce. Třídění či nacházení stejných tvarů, či jejich skládání do obrazců jej nebaví. Dříve byl schopen práci dokončit, nyní začne věci házet na zem a odchází od stolu. Ve chvíli, kdy neví jak dál, již není ochoten se zeptat ani dát najevo, abych mu pomohla. Ztrácí zájem o práci velmi rychle. Nesoustředí se.

Příklad výtvarné práce viz. Příloha 4.

SMYSLOVÁ VÝCHOVA

Stav k dubnu 2009

Ve smyslové výchově je po dohodě s třídní učitelkou vybrána oblast znaků týkající se barevného rozlišování. Pro základní práci jsou zvoleny různé výtvarné techniky a grafomotofická cvičení. Všechny používané pomůcky, koresponují se základními znaky vybraných znaků barev.

Při práci, vždy jako první, zaznakuji znak dané barvy, který je Adam ochoten opakovat s dopomocí. Vysvětlení, co budeme dělat v následující práci, probíhá znakováním jednotlivých slov s názornou ukázkou činnosti. V začátku jsou používány pouze tři barvy a to zelená, modrá a žlutá. Postupem času jsou přidávány barvy další.

Rozeznávání barev nepovažuje za důležité. Má – li několik věcí stejných barev a má za úkol roztřídit, nenapadne je třídít dle barvy, ale většinou podle velikosti či jeho oblíbenosti. Roztřídění na stejně barevné věci na požádání udělá, ovšem roztřídí pouze na tmavé a světlé barvy. V případě, že má za úkol najít věci jedné barvy, která je mu při tom ukázána, najde a roztřídí. Znakování barev s dopomocí neodmítá, ale sám zaznakuje jen v případě otázky. Znakuji – li já, vydrží s pozorností. Ne vždy je však vidět zájem.

Rozvoj v průběhu smyslové výchovy, má zhoršující se tendenci. Podstatnou vinu bych opět připisovala zhoršenému zdravotnímu stavu a na to navazující problémy s koncentrací, ztráta zájmu i vyšší unavitelnost při práci.

Rozvojové cíle

- rozvoj zrakového vnímání
- rozeznávání barev
- schopnost rozdělení věcí dle barev
- uvádět do užívání znaky barev červená, zelená, žlutá, modrá, hnědá, černá
- samostatné znakování

Stav k dubnu 2010

Rozvoj zrakového vnímání se viditelně snížil. Špatné rozeznávání barev se nejvíce projevilo při výtvarných činnostech. Začal přiřazovat známým věcem jiné barvy, což předtím nedělal. Příklad: slunce bylo modré, tráva černá.

Celkové rozeznávání barev stále nepovažuje za důležité. Má – li věci rozřadit dle barev, práce jej přestane do minuty bavit, nebo ji přímo odmítá dělat .Odchází od ní. Stejná situace nastane i při nacházení dvou stejných barev. Již ani neroztřídí věci na tmavé a světlé barvy.

Znakování s pomocí, které mu doposud nedělalo problém, nyní začíná odmítat. Velmi záleží na jeho psychickém naladění. Ve chvíli, kdy znakuji já, odvrací zrak a nedává pozor. Je viditelné, že mě nevnímá, nezajímá jej to. Jako by ztrácel zájem o získávání nových informací. Na otázky odpovídá znakem velmi zřídka.

MOTORIKA

Stav k dubnu 2009

V oblasti hrubé motoriky je na první pohled viditelné tělesné postižení, spastická diparéza. Chůze je nůžkovitá, po špičkách s pokrčenými koleny. Pro rozvoj komunikace jsem se více zaměřila na práci s motorikou jemnou. Pro aktivní rozvíjení pohybových aktivit a s tím spojené rozvíjení komunikace, nebylo dostupné vhodné místo.

Pro rozvoj jemné motoriky se s Adamem používá různých pomůcek. Nejjednodušší a tím i nejefektivnější variantou, je rozvíjení formou hry. Protože hra je přirozenou schopností dítěte, jsou zde dobře viditelné zkušenosti, které získal. V případě, že jej hra baví, přirozeně jí věnuje veškerou pozornost a sílu. Je to ideální pro využití rozvoje motoriky, poznávání nového a interakce s dalšími členy kolektivu.

Spolupráce na různých činnostech, rozvíjejících jemnou motoriku, probíhá většinou ve veselém duchu. K těmto činnostem patřila například práce s prstovými barvami, modelování z plastelíny, společné navlékání korálků na jeden provaz až po hraní oblíbených Adamových her, jako je magnetický fotbal a hra s míčem.

V případě, že činnost Adam neznal, nechal si ve většině případů názorně předvést co budeme dělat. Pokaždé jsem použila nejzákladnější znaky, abych spojila názornou ukázkou se znakem. Při společné práci nechce příliš spolupracovat. Spíše se jedná o práci „vedle sebe“ nežli „spolu“. Navrhnu – li nějakou změnu při práci, akceptuje ji, není li mu příjemná, dá najevo výraznou nelibost. Neprojevuje žádným způsobem aktivní souhlas. Jako souhlas, se dá chápat spíše pokračování v práci.

Znal – li činnost, kterou viděl že je nachystána, často používal znak „hrát si“ a pobízel mě gesty ke hře. V této oblasti spontánně používá nejvíce znaků, výrazně používá gestikulaci a výrazy obličeje.

Rozvojové cíle

- procvičovat jemnou motoriku, hmatové cvičení
- nácvik spolupráce s další osobou

Při porovnání práce z obou let se dá říci, že oblast motoriky je nejméně zasažena Adamovým zhoršeným zdravotním stavem. Celková komunikace se sice zhoršila, znaky stále odmítá používat, ale zlepšila se spolupráce s další osobou. V některých činnostech se dokáže zapojit do práce, když se jedná o práci společnou. Pokud jsem práci vysvětlovala znaky, většinou nepochopil ani se nezapojil. Když jsem práci názorně předvedla, tak se Adam sám připojil. Jelikož všechna práce v této oblasti probíhala formou hry, tak se často snažil. Pokud bylo jeho psychické rozpoložení dobré, byla motorická část jedinou částí, kdy si nechal ukázat znaky s dopomocí.

Poznal – li co budeme dělat sám, radoval se a občas použil znak hrát si a opět mě pobízel ke hře. Znaky používá minimálně, spontánně více používá gestikulaci.

VZÁJEMNÁ KOMUNIKACE

Stav k dubnu 2009

Prvních 14 dní měl Adam problém vnímat mě a akceptovat jako osobu, se kterou má pracovat. Což se projevovalo odcházením ze třídy, neakceptování práce, častým odbíháním, nechtěl práci dokončit. Nedokázal udržet oční kontakt, když jsem mu něco říkala. Neměl ani snahu mi cokoliv zaznakovat. Od informací ohledně hygieny, až po potřebu něco při práci podat nebo s něčím pomoci.

Postupem času, se komunikace zlepšovala. Když jsem si pro něj šla do jeho třídy, začal se sám zvedat a šel za mnou bez pobízení učitelky. Bylo vidět, že jej práce baví, neodcházal ze třídy, dodělával práci až do konce. Začátkem komunikace bylo odpovídání ano, ne na otázky. Postupem času začala i souhlasná spolupráce a opakování. Po 2 měsících začal používat komunikaci i pomocí znaků. Po dosažení této úrovně vzájemné komunikace, jsem se mohla soustředit na rozvoj znaků, kterým rozumí, ale nepoužívá je.

Před prací jsem vždy řekla - teď budeme malovat a zaznakovala malování. Adam si nechal vést ruce, když jsem s ním znak opakovala. Po ukončené práci jsme znak zopakovali znovu. Při střídání činností během hodiny, jsem před něj postavila věci potřebné k práci, např. nůžky, papír a zeptala se, zda ví, co budeme dělat. Pak jsme spolu nebo současně znakovali. Tento postup jsem v hodinách dodržovala až do konce práce s Adamem.

Stav k dubnu 2010

Začátek komunikace v průběhu práce, byl tentokrát jednodušší. Adam si mě pamatoval. První měsíc nepoužíval vůbec znakování. Ve chvíli, kdy něco potřeboval, pouze ukazoval na dané věci nebo názorně ukázal. Po měsíci, již začal používat znaky, zaměřené na osobní potřeby jako jsou: pít, záchod, hrát si a pracovat.

Znaky, které jsme v předešlé práci uvedli v aktivní, nyní používá velice zřídka. Komunikace probíhala z mé strany převážně znakováním základních znaků, které Adam zná, dále názorným ukazováním a předlohou. Po uplynutí dalšího měsíce, se komunikace nijak nezlepšila. Přesto jsem se snažila hodiny stále více skloubit s prací, aby jej co nejvíce bavily a mohli jsme používat věci, u kterých může používat slova, která dříve používal a znakoval. Odmítal pomoc, když jsem chtěla znak opakovat s ním. Sama jsem dodržovala stejný systém jako u práce předešlé a to opakování znaku pokaždé, když jsme činnost

dělali, jak před tak i po ní. Sám od sebe již neznakoval vůbec. Znaky, které jsme v předešlé práci uvedli v používání, nyní používá velmi zřídka. Do běžného používání jsme za tento školní rok neuvedli žádné nové znaky.

Návrhy na rozvoj komunikace a způsoby práce, které by mohly být v případě Adama úplatněny.

- udržovat komunikaci pomocí znaků i v případě, že Adam nebude aktivně znakovat
- všechny činnosti doprovázet znakováním
- ponechat vždy dostatečné množství času na práci
- postupně více aplikovat další komunikační systém
- vytvoření komunikační tabulky
- stanovení určitých rituálů v používání znaků a dalšího komunikačního systému
- spolupráce s pedagogickým asistentem, který se bude Adamovi věnovat individuálně

ZÁVĚR

Pearl. S. Bucková řekla: „ Každý duch má právo se plně rozvinout. Možná, že se rozvine jen málo, ale i na to má právo, stejné právo jako máš ty nebo kdokoliv jiný. Odepřeš – li mu právo vědět to, co může vědět, dopouštíš se bezpráví“.

Ti, kteří se chtějí lidem s postižením věnovat, měli by mít tu největší potřebu, snažit se odstraňovat nebo alespoň minimalizovat toto bezpráví a umožnit jim, žít svůj život naplno.

Tato bakalářská práce se zabývá rozvojem komunikačních kompetencí chlapce s kombinací několika druhů postižení. Hlavní myšlenkou této práce bylo, najít co nejlepší cestu pro rozvoj a zlepšení kontaktu chlapce s jeho okolím a vylepšení porozumění při různých druzích práce.

Cílem teoretické části bylo vymezit jednotlivé druhy postižení, charakterizovat jejich formy, jednotlivé vzájemné vlivy a vymezit systém práce a edukace. Cílem praktické části byl samotný rozvoj komunikace v různých oblastech školní práce. Velký vliv na postup a výsledky práce, měl zhoršený zdravotní stav chlapce, zapříčiněný rozvinutou epilepsií.

Rozvoj Adamové celkové společné komunikace, bych označila jako pozitivní se vzrůstající tendencí. Zvykl si na moji přítomnost, také mě začal akceptovat jako další osobu k běžné komunikaci. Vzájemná spolupráce byla po celou dobu v pozitivním duchu, práce jej většinou bavila a dělal ji rád. Myslím si, že vinou zhoršeného zdravotního stavu, nebyl hlavní cíl, rozvoj pojmové banky ve znacích, naplněn.

Výrazně se zúžila Adamova slovní zásoba aktivně používaných slov, znakuje jen v případě potřeby. K běžné komunikaci používá znakování minimálně.

Pozitivní výsledek a jako část splnění hlavního cíle je, že Adam dokáže spolupracovat s další osobou, což mu může pomoci, pokud bude v budoucnu využit pedagogický asistent pro individuální práci. Dílčích rozvojových cílů bylo v některých oblastech dosaženo více, v některých méně.

Závěrem mé práce je, že pokrok ve vývoji komunikace takto postiženého chlapce, není příliš výrazný. Větších výsledků by se mohlo dosáhnout při delší dlouhodobé a pravidelné práci. Komunikace má zásadní význam v životě člověka. Každého jedince lze rozvíjet. Je ovšem důležité najít tu správnou cestu jak jej posunout o něco blíže k porozumění. Pomůžeme-li takovému jedinci, můžeme každý malý pokrok, považovat za výhru.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno : MSD spol.s r.o., 2006. ISBN 80-86633-40-3
- RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem*. Praha : Portál, s.r.o. , 2006. ISBN 80-7367-102-6
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
- VALENTA, M., MULLER, O. *Psychopedie*. Praha : Parta, s.r.o. 2007. ISBN 978-80-7320-099-2
- STRNADOVÁ, V. *Úvod do surdopedie*. Liberec : Technická univerzita v Liberci. 2002. ISBN: 80-7083-564-8
- LUDÍKOVÁ, L., SOURALOVÁ, E. *Speciální pedagogika 5*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. ISBN: 80-244-1213-6
- SOURALOVÁ, E., LANGER, J., *Surdopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci 2005. ISBN: 80-244-1084-2
- VÍTOVÁ, M., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido 2004. ISBN: 80-7315-071-9
- ZVOLSKÝ, Z. a kol., *Speciální psychiatrie*. Praha : Univerzita Karlova 1996. ISBN: 80-7184-203-6
- JAKOBOVÁ, A., *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava : Ostravská Univerzita 2007. ISBN: 978-80-7368-488-4
- KRAUS, J. A kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing 2005. ISBN: 80-247-1018-8
- LECHTA, V., *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha : Portál 2008. ISBN: 978-80-7367-433-5
- ŠLAPAL, R., *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4
- GILLBERG, CH., PEETERS, T., *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha : Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-498-4
- STRNADOVÁ, V., *Hádej, co říkám aneb Odezírání je nejisté umění*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Helix, 2001. ISBN : 80-903035-0-1
- KRAHULCOVÁ – ŽÁTKOVÁ, B., *Komplexní komunikační systém těžce sluchově postižených*. Praha : Karolinum, 1996. ISBN: 80-7184-239-7

LEJSKA, M., *Poruchy vebální komunikace a foniatrie*. Brno : Paido, 2003.

ISBN : 80-7315-0387-7

KRAHULCOVÁ, B., *Komunikace sluchově postižených*. Praha : Karolinum, 2002.

ISBN: 80-246-0329-2

LUDÍKOVÁ, L. a kol., *Kombinované vady*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005.

ISBN : 80-244-1154-7

JANOVCOVÁ, Z., *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN : 80-210-3204-9

Hypertextové odkazy

ŽIVNÝ, B. Jak se DMO léčí [online]. c2001, poslední revize 28.3.2008 [cit. 5. listopadu 2007]. Dostupné z: http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#leceni

Zákon č. 155/1998 Sb. „o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob ve znění zákona č. 384/2008 Sb. (zákon o znakové řeči). [online]. [cit. 2011-05-20].

Dostupné z: http://www.asnep.cz/zakony_soubory/www-zakonycr-cz_seznamy_384-2008-Sb.pdf

Seznam tabulek :

Tabulka č. 1: Výskyt epilepsie u jednotlivých forem DMO

Seznam přílo :

Příloha 1. Výtvarná práce : vytvoření kopie dle předlohy z roku 2009

Příloha 2. Výtvarná práce : vytvoření kopie dle předlohy z roku 2010

Příloha 3. Výtvarná práce : rozvíjení prostorového vidění 2009

Příloha 4. Výtvarná práce : rozvíjení prostorového vidění 2010

PŘÍLOHY

Výtvarné práce s Adamem v průběhu školního roku 2008/2009 a 2009/2010

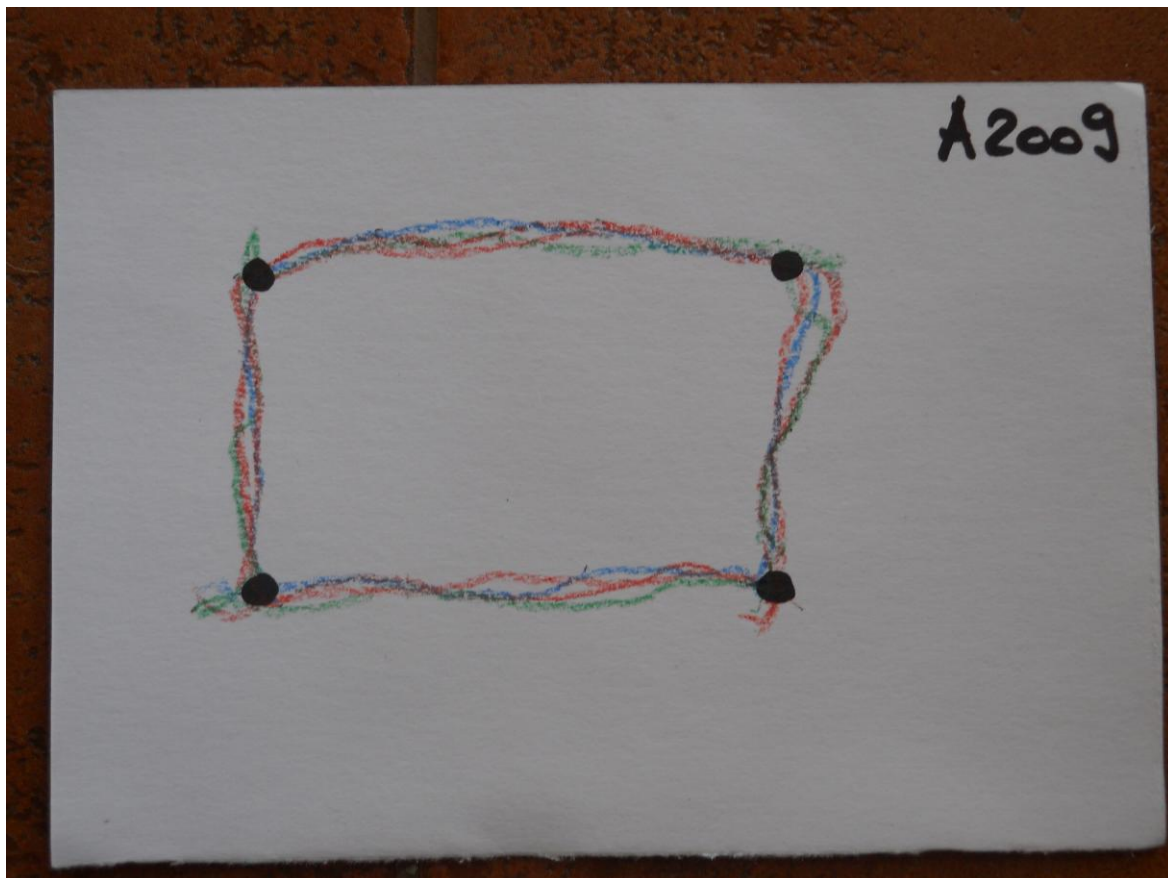
Příloha 1.



Příloha 2.



Příloha 3



Příloha 4



ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Příjmení a jméno: Zikušková Lucie

Katedra: Ústav speciálněpedagogických studií PdF Univerzita Palackého Olomouc

Název práce: Rozvoj komunikačních dovedností dítěte s diagnostikovanou DMO,
percepční sluchovou vadou

Název v angličtině: Developing communication skills of children diagnosed with cerebral palsy, sensorineura hearing loss .

Vedoucí práce: prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Počet stran: 63

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 21

Počet hypertextových odkazů : 2

Anotace práce:

Předkládaná bakalářská práce se zabývá rozvojem komunikačních dovedností chlapce s vícenásobným postižením. Práci tvoří část teoretická a praktická. Teoretická část popisuje všechny hlavní i přidružená postižení, které má chlapec diagnostikované. Jsou to Dětská mozková obrna, mentální retardace, percepční sluchová vada, epilepsie a narušení autistického spektra.

Praktická část obsahuje popis případové studie a způsoby rozvoje komunikace chlapce s další osobou.

Klíčová slova:

Dětská mozková obrna, mentální retardace, epilepsie, sluchová vada, kombinovaná vada, navázání komunikace, způsob rozvíjení komunikace.

Anotace v angličtině :

The present thesis deals with the development of communication skills of a boy with multiple disabilities work forms part of the theoretical and practical. The theoretical part describes all the main and associated disability that has a boy diagnosed. These are the brain child paralysis, mental retardation, sensor neural hearing defect, epilepsy and autism spectrum distortion.

The practical part contains a description of case studies and ways of developing communication with the boy next person.

Keywords:

Cerebral palsy, mental retardation, epilepsy, hearing defect, combined defect, establish communication, the way of developing communication.