

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2011–2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Divišová

**Problematika výuky žáků s kombinovaným postižením,
projevy dítěte s kombinovaným postižením**

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2011–2014

BACHELOR THESIS

Michaela Divišová

**The issue of teaching students with combined disabilities,
behavior of child with combined disabilities**

Prague 2014

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Michaela Divišová

Poděkování

Děkuji Mgr. Milanu Fleischmannovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky v průběhu zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Matysové za ochotu, vstřícnost a trpělivost při realizaci výzkumného šetření.

Anotace

Bakalářská práce v teoretické části vymezuje pojem a etiologii kombinovaného postižení, definuje dětskou mozkovou obrnu jako součást kombinovaného postižení, popisuje projevy žáka s kombinovaným postižením. Uvádí legislativní podmínky vzdělávání, rámcový vzdělávací program základní školy speciální, individuální vzdělávací plán, metody a formy práce používané při výuce. Praktická část podává charakteristiku místa výzkumu. Zpracovává kazuistiku dvou žáků, které nabízejí pohled na využívání speciálních metod a forem a též na uplatnění individuálního vzdělávacího plánu ve výuce.

Klíčové pojmy

Bazální stimulace, dětská mozková obrna, individuální vzdělávací plán, kombinované postižení, legislativní podmínky, mentální postižení, modely stimulace, snoezelen, souběžné postižení více vadami, rámcově vzdělávací program, základní škola speciální.

Annotation

Bachelor thesis defines the concept and etiology of multiple disability in the theoretical part, defines cerebral palsy like a component of combined disability, describes behavior of pupil with combined disability. The thesis also specifies the legislative conditions of education, general education programme of special schools, individual education plan, methods and forms of work used in teaching. The practical section gives the characteristics of research sites. Handles the casuistry of two pupils which offer a view on the use of specific methods and forms and also the use of the individual education plan in the teaching.

Key words

Basal stimulation, cerebral palsy, individual educational plan, combined disability, legislative conditions, mental disability, models of stimulation, snoezelen, parallel multi handicaps, general education programme, special primary school.

Obsah

ÚVOD.....	8
1. KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	10
1.1 Vymezení pojmu kombinované postižení.....	10
1.2 Etiologie kombinovaného postižení.....	11
1.3 Klasifikace kombinovaného postižení.....	12
2. DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA JAKO SOUČÁST KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ.....	14
2.1 Etiologie dětské mozkové obrny.....	15
2.2 Charakteristika a klasifikace dětské mozkové obrny.....	16
2.3 Formy dětské mozkové obrny.....	18
3. PROJEVY DÍTĚTE S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	20
4. VÝUKA ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	22
4.1 Legislativní podmínky vzdělávání.....	22
4.2 Kurikulární dokumenty.....	24
4.2.1 Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální.....	25
4.3 Základní škola speciální.....	26
4.3.1 Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením víc vadami v základní škole speciální.....	26
4.4 Individuální vzdělávací plán.....	27
4.5 Metody a formy vzdělávání žáků s postižením.....	28
4.5.1 Modely stimulace – metoda bazální stimulace.....	29
4.5.2 Polohování, podpora lezení a stimulace v oblasti hrubé motoriky.....	30
4.5.3 Specifické facilitační techniky.....	30
5. PROBLEMATIKA VÝUKY ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM, PROJEVY DÍTĚTE S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	32
5.1 Cíl práce, výzkumné otázky a metody.....	32
5.2 Charakteristika výzkumné jednotky.....	33
5.2.1 Charakteristika zařízení.....	33
5.2.2 Charakteristika třídy ZŠ speciální.....	34
5.3 Vlastní šetření, kazuistiky žáků.....	36
5.4 Závěr šetření.....	48
6. ZÁVĚR.....	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	52
SEZNAM ZKRATEK.....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

„Základní právo člověka je být sám sebou.“
Osho

ÚVOD

Právo na vzdělání má podle Listiny základních práv a svobod každý. V dávné minulosti bývalo toto právo spíše privilegiem. Dokonce ještě v nedávné době byli lidé se specifickými potřebami ze školní docházky spíše separováni. Současný společenský vývoj však vykazuje opačné tendence. Děti se speciálními potřebami jsou do hlavního vzdělávacího procesu integrovány a školní docházka je jim tak umožněna stejně, jako žákům bez mentálního, fyzického či sociálního znevýhodnění.

Osoby se speciálními vzdělávacími potřebami můžeme rozdělit do tří kategorií dle charakteru postižení/znevýhodnění. První kategorie zahrnuje osoby se zdravotním postižením, kam řadíme žáky s tělesným, zrakovým, sluchovým nebo mentálním postižením, dále s vadou řeči, autismem, specifickými poruchami učení nebo chování a též žáky s kombinovaným postižením. Druhou skupinu osob se speciálními vzdělávacími potřebami tvoří žáci se zdravotním znevýhodněním (lehčí zdravotní problémy) a třetí skupinu žáci se sociálním znevýhodněním (ze sociálně slabých rodin, osoby ohrožené sociálně patologickými jevy...).

Děti se specifickými potřebami vyžadují specifický přístup, metody a speciální pomůcky. Charakter vzdělávání je vymezen Rámcovým vzdělávacím programem pro základní školy speciální. Tento dokument umožňuje přizpůsobení vzdělávacího procesu individuálním možnostem a schopnostem těchto žáků.

Motivací pro výběr tématu bakalářské práce byly mé osobní zkušenosti získané během studentských praxí na Základní škole speciální v Praze 6, kde jsem měla možnost podílet se na výchově a vzdělávání žáků s kombinovaným postižením. Stimulem byl též můj velký zájem o problematiku osob s tělesným a vícenásobným postižením a jejich vzdělávání.

Cílem bakalářské práce je analýza problematiky výuky žáků s kombinovaným postižením a analýza projevů těchto žáků. Mým cílem je poukázat na to, že výuka žáků

s postižením může díky vhodným metodám přinést výsledky v oblasti rozvoje osobnosti, motoriky, komunikace a chování.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Podklady pro vypracování teoretické části bakalářské práce jsem čerpala z dostupné odborné literatury. Praktická část je věnována výzkumnému šetření.

V první kapitole teoretické části vymezuji pojem kombinované postižení, objasňuji etiologické příčiny vzniku a uvádím klasifikaci kombinovaného postižení.

Následuje kapitola, jež analyzuje dětskou mozkovou obrnu jako součást kombinovaného postižení, objasňuje její vznik, příčiny a klasifikaci. Dále je zde poukazováno na přidružená postižení dětské mozkové obrny. Třetí kapitola je věnována projevům žáků s kombinovaným postižením.

Následující kapitola se zabývá legislativními podmínkami výuky žáků s kombinovaným postižením. V podkapitole je stručně charakterizován Rámcový vzdělávací program speciální školy a uvedeny jsou možnosti využití speciálních metod a forem výuky pro žáky s kombinovaným postižením.

V praktické části bakalářské práce jsem se věnovala výzkumnému šetření, které proběhlo na Základní škole speciální v Praze 6 v období od září 2013 do února 2014. Charakterizuji zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření, stanovuji cíle šetření, výzkumné otázky a užití metody. Součástí výzkumného projektu bylo vypracování kazuistik žáků základní školy speciální.

K vypracování bakalářské práce byly použity následující metody: analýza odborné literatury, přímé pozorování žáků při výuce, analýza dostupných lékařských a pedagogických dokumentů, nestandardizované rozhovory s odborným personálem a s rodiči.

TEORETICKÁ ČÁST

1. KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

1.1 Vymezení pojmu kombinované postižení

Terminologické vymezení pojmu kombinované postižení ve speciální pedagogice není zcela jednoznačné. Mezi nejčastěji používané termíny u nás patří vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady. Jasné vymezení pojmu nenabízí ani cizojazyčná literatura. Odborné prameny v anglicky mluvících zemích pracují s pojmy „*multiple handicap, což může být přeloženo jako vícenásobné postižení, ale i označení severe/multiple disabilities, které je překládáno jako těžké/vícenásobné postižení.*“ Němčina potom pracuje s pojmem *schwerstmehrfachbehinderung, jenž lze přeložit jako těžké vícenásobné postižení. Slovensko (...) využívá dvou termínů viacnásobné postihnutie a viaceré chyby*“ (Ludíková, 2005, s. 9).

Definicemi a charakteristikou kombinovaného postižení se zabývala a stále zabývá celá řada speciálních pedagogů. Defektologický slovník z roku 1978 popisuje „*kombinace (z lat.combinatio = spojení, slučování) – v lékařství přidružení jiné choroby v průběhu onemocnění; obě choroby nemají však mezi sebou žádnou spojitost. V defektologii jde o kombinované vady, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu*“ (Sovák, 1978, s. 174). Vítková (2004) ve své publikaci zmiňuje další pojmy z odborné literatury – těžké zdravotní postižení, kombinované vady, hluboké postižení, sdružené defekty, těžké a hluboké postižení a multihandicap. Milichovský popisuje „*kombinované postižení – osoba postižená současně dvěma nebo více na sobě nezávislými druhy postižení. Každé z nich samostatně opravňuje postiženou osobu k zařazení do speciální školy (např. mentální postižení + tělesné nebo smyslové postižení)*“ (Milichovský, 2010, s. 21). Sovák chápe „*kombinaci postižení jako sdružení několika vad u téhož jedince, kde určujícím činitelem závažnosti vady je spíše hledisko metodické než etiologické*“ (Sovák, 1986, s. 22).

Ve Věstníku MŠMT ČR č. 8/1997, č. j. 25602/97-22 je popsána charakteristika vícenásobného postižení: „*Za postiženého vícenásobným postižením se považuje dítě,*

respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.“

1.2 Etiologie kombinovaného postižení

Ke vzniku kombinovaného postižení dochází v různých etapách vývoje člověka, ve vývoji perinatálním, prenatalním či postnatálním.

Příčiny vzniku kombinovaného postižení nelze s přesností určit. Na vzniku se podílí hned několik faktorů, jež se většinou kombinují a různě se projevují. Odborná literatura uvádí tyto hlavní příčiny kombinovaného postižení: infekce, intoxikace, indikace psychického charakteru, traumata nebo fyzikální faktory, genetické vlivy, vlivy prostředí, vývojové poruchy, nízká porodní váha, mechanické poškození, poruchy v těhotenství, onemocnění mozku, onemocnění CNS a smyslových orgánů a kombinace příčin (Opatřilová, 2008).

Vítková uvádí, že: *„těžké postižení je často výsledkem seskupení škodlivých vlivů a že se ve většině případů nejedná o monokauzální příčinu“* (Vítková, 2006, s. 194). Slowik (2007, s. 45) používá termín *„multifaktoriální etiologie“*, jež vysvětluje jako kombinaci několika příčinných souvislostí, které mohou postižení způsobit.

Faktory, které společně způsobují vznik vad a poruch u člověka, mohou vyvolávat celou škálu následných projevů. Poruchy a vady mohou být u každého jedince jinak závažné či vznikají v různém období vývoje člověka.

Etiologií kombinovaného postižení z pohledu psychopedie, oboru speciální pedagogiky, se ve své odborné publikaci zabývá Ludíková a kol. (2005) Kozáková zmiňuje různorodé faktory, které na sebe vzájemně působí. Ke vzniku kombinovaných vad tak může docházet ve všech etapách vývoje, v období perinatálním, prenatalním a postnatálním, přičemž *„nejtěžší vícenásobná postižení vznikají na základě prenatalních příčin“* (Ludíková, 2005, s. 29). Autorka též uvádí rozlišení postižení dle doby vzniku na postižení vrozené a získané. Získaná kombinovaná vada je taková vada, kterou jedinec získá v průběhu svého života. K vrozenému postižení se v takovém případě přidá další postižení, např. následkem úrazu, virových infekcí apod.

Příčiny kombinovaných vad lze také rozdělit dle charakteru na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Mezi endogenní faktory patří dědičné, hereditární vlivy

a specifické genetické příčiny. K exogenním (vnějším) příčinám řadíme fyzikální (vlivy záření), chemické (vlivy léků, jedů), biologické (působení virů, plísní) či psychosociální (negativní vlivy výchovy) příčiny (Ludíková a kol., 2005).

Kombinovanými vadami se rovněž zabývá další obor speciální pedagogiky, tzv. somatopedie. Bendová uvádí, že kombinované vady mohou být vrozené nebo vznikají v raných stádiích vývoje člověka: „nejzávažnější vznikají v prenatálním období, nejrizikovější je první trimestr, ve kterém dochází k budování biologického základu člověka“ (Ludíková, 2005, s. 81).

1.3 Klasifikace kombinovaného postižení

Vymezení jednotlivých kategorií skupin osob s kombinovanými vadami není zcela jasné, neboť se velmi obtížně určují společné faktory pro členění do jednotlivých kategorií. Někteří odborníci speciální pedagogiky se přiklánějí k členění podle druhu postižení. Vychází ze základu mentálního postižení, ke kterému se přidružují další poruchy (Ludíková a kol., 2005).

Skupiny osob s kombinovaným postižením členěné podle druhu na „slepohluchoněmé, slabomyslné hluchoněmé, slabomyslné slepé, slabomyslné tělesně postižené apod.“ používá ve své publikaci Sovák (1986, s. 2).

Vícenásobné postižení dělí do tří symptomatologicky příbuzných skupin ve své práci Vašek (1996). Postižení dělí na:

- a) **mentální postižení v kombinaci s dalším postižením** (představuje největší skupinu osob s kombinovaným postižením),
- b) **slepohluchotu** (představuje nejtěžší formu kombinovaného postižení),
- c) **poruchy chování v kombinaci s dalším postižením** či narušením.

Dělení kombinovaných vad podle principu dominantního postižení používá Jesenský, jenž rozlišuje kategorie:

1. slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení,
2. mentální postižení s tělesným postižením,
3. mentální postižení se sluchovým postižením,
4. mentální postižení s chorobou,
5. mentální postižení se zrakovým postižením,
6. mentální postižení s obtížnou vychovatelností,

7. smyslové a tělesné postižení,
8. postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou (Ludíková, 2005, s. 10).

Ke kategorizaci kombinovaných postižení se přistupuje ze dvou hledisek: z hlediska příčin vícenásobného postižení a z hlediska dominantnosti jednotlivých postižení. Členěním, které vychází z projevů vícenásobných postižení a jejich důsledků v procesu rozvoje osobnosti a její socializace, se zabývá Vančová (2010). Vymezuje dvě velké skupiny:

1. vícenásobné postižení „*l'ahké viacnásobné postihnutia*“ – jedinci, kteří jsou schopni výchovy a vzdělávání v běžných nebo speciálních školách, které umožní získání kvalifikace pro výkon pracovních činností; relativně jsou schopni zvládat běžný život,
2. vícenásobné postižení „*t'ažké viacnásobné postihnutia*“ – jedinci, kteří na základě speciální edukace jsou schopni zvládat pouze základní nebo elementární praktické životní situace; je nutná výrazná pomoc druhých (Vančová, 2010, s. 32–33).

Definování a kategorizace osob s kombinovaným postižením se bude pravděpodobně stále více odklánět od zjišťování druhu a míry postižení spíše „*směrem k popisnému charakteru integračních projevů jedince a jejich specifik*“ (Vančová, 2010, s. 32–33).

2. DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA JAKO SOUČÁST KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ

V současné době se v odborných textech setkáváme s termíny **dětská mozková obrna** a **mozková obrna**. Podle aktualizovaného vydání MKN-10 (platného od 1. 1. 2010) došlo ke změně názvu dětská mozková obrna na termín **mozková obrna**.

Oba termíny je třeba odlišit. Pojem **dětská obrna** (poliomyelitis anterior acuta) označuje infekční onemocnění, které probíhá ve dvou fázích. První fáze připomíná chřipkovou infekci. Po jejím odeznění nastupuje druhá fáze, jež se projevuje zpravidla horečnatým onemocněním s příznaky podráždění mozkových blan. Následkem onemocnění dochází k ochrnutí svalů na končetinách, které vyvolává poškození motorických buněk na předních kořenech míšních. Intelektuální stránka osobnosti zůstává nepoškozena.

Od roku 1958, kdy se začalo provádět očkování dětí Sabinovou vakcínou, u nás nové případy dětské obrny nebyly zaznamenány (Pipeková, 2010).

Šlapal popisuje dětskou mozkovou obrnu (DMO) jako ne zcela jednoznačně vymezený syndrom vzniklý následkem postižení nezralého mozku, u něhož „*dominují zvláště poruchy tonusové a hybné, které jsou často doprovázeny poruchami psychiky i epileptickými záchvaty*“ (Šlapal, 2007, s. 36). Pojem dětská mozková obrna je nepřesným označením, neboť ne všechny motorické projevy mají charakter obrny. Dále zmiňuje narůstání nových případů, především v důsledku negativního dopadu udržování rizikových těhotenství a zlepšení porodní a novorozenecké péče. Etiopatogeneze DMO je dle Šlapala „*velmi rozmanitá (stejně jako u dalších neurovývojových poruch), ale ne vždy prokazatelná, často se různé příčiny kombinují*“ (Šlapal, 2007, s. 36).

Dětskou mozkovou obrnu řadíme mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Obvykle se definuje dětská mozková obrna jako „*neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku*“ (Kraus, 2005, s. 35).

Společně s epilepsií je dětská mozková obrna jedním z nejzávažnějších problémů dětské neurologie. Pod název DMO zahrnujeme chronická, v nejranějším věku vzniklá postižení mozku. Jedná se o postižení centrálních hybných regulací, přičemž především postižení hybné je nejnápadnější. Porušeny jsou ale také jiné systémy. V některých případech mnohé, či všechny (Lesný, 1980).

Definici dětské mozkové obrny podává též Kotagal, který uvádí, že se jedná o „*stacionární encefalopatii, která je vyvolána poškozením nezralého mozku v pre-, peri- nebo postnatálním období*“ (Kotagal, 1996, s. 148).

2.1 Etiologie dětské mozkové obrny

Etiologické činitele lze dle Lesného dělit do tří skupin – prenatalní, perinatální a postnatální. Mezi prenatalní činitele autor řadí dědičnost, která je „*ustavičně diskutovaným, ale nikdy neprokázaným etiologickým faktorem dětské mozkové obrny*“ (Lesný, 1972, s. 42). Mezi další důležité faktory Lesný řadí všechny druhy infekcí prodělané matkou v počáteční fázi těhotenství a oběhové poruchy, zejména gestosy, které se objevují v poslední fázi gravidity. Lesný poukazuje též na nedonošenost, „*jež je klasickým a jedním z vedoucích etiologických činitelů dětské mozkové obrny*“ (Lesný, 1972, s. 43).

Méně častým, avšak velmi významným etiologickým činitelem je přenošenost. Opožděním porodu rychle klesá saturační křivka kyslíku v krvi plodu.

K etiologickým faktorům porodním a perinatálním řadí Lesný novorozeneckou žloutenku, ale především abnormální porody. Mezi hlavní následky abnormálních porodů patří krvácení a asfyxie, „*kteřá je opět jedním z vedoucích etiologických činitelů dětské mozkové obrny*“ (Lesný, 1972, s. 44).

Výraznými postnatálními činiteli dětské mozkové obrny jsou rané kojenecké infekce, především bronchopneumonie, a dále všechny infekce, k nimž dojde do jednoho roku věku (Lesný, 1972).

Příčinami dětské mozkové obrny se též zabývá L. Milichovský. Etiologii DMO spatřuje v několika rovinách – příčiny prenatalní, perinatální a postnatální. Mezi příčiny prenatalní řadí infekce a virová onemocnění plodu a matky (např. toxoplazmóza, zarděnky apod.). Za příčiny perinatální považuje komplikace porodní: „*dlouhý porod spojený s nedostatečným zásobením plodu kyslíkem a glukózou, předčasně odloučení placenty, těžká novorozenecká žloutenka, užití množství anestetik, krvácení do mozku vlivem zranitelnosti mozkových cév hlavně u nedonošenců a abnormalita porodních cest.*“ Jako příčiny postnatální Lesný uvádí „*infekce, úrazy a jiná poškození spojená především s centrálním nervovým systémem v raných stádiích vývoje dítěte*“ (Milichovský, 2010, s. 33–34).

Etiologii vzniku dětské mozkové obrny popisuje ve své odborné literatuře Kotagal. Příčiny onemocnění dělí do tří základních skupin: a) *prenatální inzulty* (např. metabolické poruchy u matky – diabetes, toxemie, nitroděložní infekce), b) *perinatální inzulty* (poškození během porodu, hypoxicko-ischemická encefalopatie, metabolické encefalopatie, bilirubinová encefalopatie), c) *inzulty v kojeneckém věku* (např. virová encefalitida, bakteriální meningoencefalitida, následky toxických a metabolických encefalopatií).

Etiologie DMO však téměř u 20 – 30 % případů zůstává nevyjasněná (Kotagal, 1996, s. 149).

2.2 Charakteristika a klasifikace dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna bývá často kombinovaná s některými dalšími poruchami. S poruchami duševního vývoje a sníženým intelektem, s poruchami chování, s poruchami řeči, s epileptickými záchvaty apod. Nejsou výjimkou ani smyslová postižení, jako jsou vady zraku, např. šilhavost, tupozrakost i slabozrakost různého stupně, či vady sluchu, např. různé stupně nedoslýchavosti (Pipeková, 2010).

Motorické postižení je u dětské mozkové obrny dominující. Může dojít k postižení smyslových funkcí a mentálnímu defektu. Typická je tělesná neobratnost, především v jemné motorice, nedokonalost vnímání, nedostatečná představivost, dále nerovnoměrný vývoj, střídání nálad, výkyvy v duševní výkonnosti, překotné a impulzivní reakce, ale také opožděný vývoj řeči a vady řeči (Vítková, 2006).

Mezi nejčastější a ve velké míře nejzávažnější jsou u dětí s dětskou mozkovou obrnou poruchy hybnosti – motoriky pohybové i mluvní. Vývoj hybnosti je často opožděn nebo omezen současně s omezením či opožděním rozumového vývoje.

Mentální retardace je vymezena nízkou úrovní rozumových schopností. Projevuje se nedostatečným rozvojem myšlení a omezenou schopností vzdělávání. Ztížena je též sociální adaptace na běžné životní podmínky. Jedná se o stav trvalý (Pipeková a kol., 1998).

Mentální retardace je považována za nejzávažnější sdruženou poruchu u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Vyskytuje se asi u dvou třetin případů s DMO, přičemž v jedné třetině se jedná o lehkou mentální retardaci a v jedné třetině o středně těžkou až

těžkou mentální retardací. Výskyt mentálního postižení u dětí s DMO je spojen nejčastěji s diagnózou spastická kvadruparetická forma DMO (Ludíková, 2005).

Klasifikace mentální retardace dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, platné od roku 1992, zahrnuje následující kategorie:

- Lehká mentální retardace, IQ 50–69 (F70) – schopnost užívat řeč, v dětském věku vývoj řeči opožděný, ve většině případů úplná nezávislost v osobní péči.
- Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49 (F71) – výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, osvojí si základy trivia.
- Těžká mentální retardace IQ 20–34 (F72) – základy trivia nezvládají, značný stupeň poruchy motoriky.
- Hluboká mentální retardace IQ je nižší než 20 (F73) – těžké omezení schopnosti porozumět řeči, osoby imobilní, potřeba stálé péče a stálého dohledu.
- Jiná mentální retardace (F78) – stanovení stupně intelektu je nesnadné nebo nemožné, např. u osob nevidomých, neslyšících apod.
- Nespecifikovaná mentální retardace (F79) – mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací pro zařazení do výše uvedených kategorií (Švarcová, 2011).

S dětskou mozkovou obrnou se pojí rovněž onemocnění **epilepsie**. Jde o mozková postižení různého původu. Charakteristické jsou opakující se záchvaty s různými klinickými příznaky, které jsou podmíněny nadměrnými výboji mozkových neuronů.

Dětská mozková obrna je doprovázena i dalšími poruchami – **poruchami zraku, sluchu a řeči**. Nejčastější vadou zraku u tohoto onemocnění je uváděn strabismus (šilhání). Poruchy sluchu nejsou výjimečné a u více než poloviny dětí s DMO se objevují **poruchy řeči** různého stupně. Od lehkých poruch artikulace až po úplnou neschopnost artikulace. DMO zasahuje svalstvo jednotlivých mluvních orgánů a tím i jednotlivé složky řečového projevu (dýchání, fonace, artikulace, plynulost, srozumitelnost, melodie). Charakteristickou poruchou řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou je dysartrie. Jde o „*poruchu artikulace jako celku, dýchání (respirace), tvorby*

hlasu (fonace) i modulace při organickém poškození mozku“ (Pipeková a kol., 1998, s. 144).

Mezi další postižení, která se přidružují k dětské mozkové obrně, řadíme:

- Růstové problémy – projevují se především u spastických kvadraparetických forem DMO, kdy dochází k zaostávání tělesného růstu, váhový přírůstek je velmi nízký.
- Hydrocefalus – porucha tvorby a cirkulace mozkomíšního moku způsobuje jeho městnání a zvyšování nitrolebního tlaku, což může způsobit abnormální růst lebky, zhoršování funkcí motorických oblastí mozku či nepříznivě ovlivnit klinický obraz DMO.
- Abnormální pocity a poruchy citlivosti (astereognózie) – postižený nepozná po hmatu jinak známý předmět (Ludíková, 2005).

2.3 Formy dětské mozkové obrny

Při klasifikaci jednotlivých forem DMO se nejčastěji vychází z klinického obrazu. Formy DMO se rozlišují na základě typu hybného postižení. Užívá se základního dělení na formy spastické a nespastické.

Spastické formy DMO můžeme rozdělit na:

- a) Diparetické (paraparetické) formy – jedná se o různý stupeň postižení především dolních končetin, v menší míře může dojít i k postižení horních končetin. Dělí se na formu lehkou (paukospastickou) a formu těžkou (klasickou). Spastická diparéza vzniká v dětství, do doby, než začíná dítě chodit. Velké množství dětí trpících diparetickou formou DMO bylo porozeno předčasně. Příčina obtíží (nezralost nervového systému) tak pochází již z perinatálního období.
- b) Hemiparetické formy – jedná se o postižení jedné poloviny těla, přičemž převaha postižení je patrná na horních končetinách. Jedná se o hemisferální postižení.
- c) Kvadraparetické formy – patří k nejzávažnějším formám DMO, jedná se o poškození všech čtyř končetin.

U forem kvadruparetických a hemiparetických bývá častěji poškozen intelekt a ve vyšší míře se objevují epileptické záchvaty.

Nespastické formy DMO dělíme na:

- a) Hypotonické formy – dochází k oslabení svalového tonu trupu i končetin centrálního původu. Časté jsou poruchy intelektu a epileptické paroxysmy, které tak odlišují tuto formu DMO od hypotonie periferního typu, často v důsledku nervosvalových onemocnění.
- b) Extrapyramidové formy (dyskinetické) – projevem je atetoidní diskenéze, grimasování a hadovitě hyperkinéze hlavy, trupu i končetin (Jankovský, 2006).

S dělením na spastické (křečovitě) a nespastické formy DMO se rovněž setkáváme v odborných publikacích Slowika:

Spastické formy – v těchto případech se svalstvo končetin křečovitě stahuje a oslabuje. Patří sem: diparéza – postižené jsou dolní končetiny, hemiparéza – postiženy jsou obě končetiny na levé nebo pravé polovině těla, kvadruparéza – postiženy jsou všechny čtyři končetiny. Či zcela ochrnuje – paraplegie, hemiplegie, kvadruplegie.

Mezi **nespastické typy** DMO patří forma atetoidní (dyskinetická): charakteristická mimovolnými pomalými kroutivými pohyby. Vzácná je forma ataktická, která se vyznačuje poruchami rovnováhy a špatnou pohybovou koordinací.

Možné jsou kombinace spastických a nespastických forem – smíšené typy tohoto postižení (Slowik, 2007).

3. PROJEVY DÍTĚTE S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Kombinované postižení speciální pedagogika chápe jako sdružení několika vad u téhož jedince. Jakákoli vada nebo postižení naruší celistvost osoby, což se projeví v psychologické struktuře postiženého jedince a může tak způsobit odlišné chování.

Nedostatek pohybu u osob s kombinovanou vadou může negativně ovlivnit vývoj nervově duševních funkcí. Různé senzomotorické vady a deformace vznikají nedostatkem smyslových podnětů, které se mohou projevit až v pozdějším věku, v období dospívání (Sovák, 1986).

Pohybové postižení, kterým dětská obrna je, také zvyšuje riziko „*deprivace v oblasti stimulace, učení a sociální zkušenosti*“ (Vágnerová, 1999, s. 41). Děti s dětskou mozkovou obrnou jsou omezeny ve svém pohybu a tím se stávají závislé na svém okolí. Nepohyblivost dítěte ovlivňuje zásadně vývoj poznávacích procesů, dochází k opoždování. Nemusí jít pouze o omezené stimulační příčiny, bývá i poškození mozku (Vágnerová, 1999, s. 41).

Děti s dětskou mozkovou obrnou mají problémy s pozorností a její koncentrací. Objevují se poruchy paměti. Ta je rovněž výrazně ovlivněna nízkou pozorností a unavitelností.

Citové prožívání u dětí s dětskou mozkovou obrnou bývá odlišné v reakcích. Nejvýraznější je změna v motorické reakci, projevuje se ztuhnutím svalů nebo zvýšením mimovolných záškubů. „*Emocionalita nemocných s DMO bývá infantilnější, tyto lidé mohou být labilnější a dráždivější*“ (Tamtéž, s. 42).

U dětí s dětskou mozkovou obrnou se setkáváme s poruchou řeči, která je velmi častá. Objevuje se porucha dysartrie, při níž je artikulace zcela nesrozumitelná. Omezení rozvoje řeči negativně ovlivňuje vývoj poznávacích procesů, dopadá na kvalitu komunikace a sociální adaptace. Socializace bývá ovlivněna poruchami řeči a omezením motoriky. Tyto děti jsou často izolovány ve svých rodinách či ústavních zařízeních a mají tak velice málo sociálních zkušeností. Odlišné reakce a změna tělesného vzhledu ovlivňují veřejnost, která může reagovat posměchem, odporem nebo naopak přehnaným soucitem (Vágnerová, 1999).

Děti s dětskou mozkovou obrnou mívají velmi často problémy s příjmem potravy. Vývoj se může zastavit na úrovni sání – polykání, nemusí dosáhnout stádia kousání. Problémy se dotýkají složek orální a polykací fáze. Obtíže se objevují též v oblasti žaludku, častý je výskyt jícnového refluxu.

U velmi těžce postižených dětí se používá PEG (perkutánní endoskopická gastronomie). Velkým problémem se jeví slinotok, objevuje se až u 50 % dětí s DMO (Kraus, 2005).

4. VÝUKA ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

4.1 Legislativní podmínky vzdělávání

Listina práv a svobod, která je svým článkem 33 součástí Ústavy České republiky, zajišťuje právo na vzdělání všech dětí. Základním východiskem je nerozlišovat děti na intaktní a handicapované, zaměřit se na dítě v celé šíři jeho osobnosti a sociálních vztahů a nebrat v potaz pouze jeho postižení, handicap zdravotní nebo sociální (Bartoňová, Vítková, 2007).

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), který nabyl účinnosti 1. ledna 2005, legislativně upravuje vzdělání v České republice. Na tento zákon navazuje vyhláška č. 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních a též vyhláška č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a studentů mimořádně nadaných.

Za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami se považují žáci:

1. se zdravotním postižením – žáci s tělesným, zrakovým, mentálním, sluchovým postižením, autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami a specifickými poruchami učení nebo chování,
2. se zdravotním znevýhodněním – žáci oslabeni zdravotně dlouhodobou nemocí či s lehkými zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování,
3. se sociálním znevýhodněním – žáci z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou či uloženou ochrannou výchovou a také žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu. Rovněž sem patří okruh žáků nadaných a mimořádně nadaných (Vítková, 2006).

Dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, jež jim neumožňují dosáhnout příslušné úrovně vzdělání standardními pedagogickými metodami a postupy, je určeno speciální školství. Školy spolupracují se školskými poradenskými zařízeními (Bartoňová, Vítková, 2007).

System speciálního vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami:

- **Předškolní vzdělávání** probíhá v mateřských školách pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami – MŠ pro zrakově, sluchově nebo tělesně postižené, MŠ pro hluchoslepé, MŠ logopedická, MŠ speciální, MŠ při zdravotnickém zařízení. Od roku 1989/90 je dětem se speciálními vzdělávacími potřebami umožněna individuální integrace do tříd mezi zdravé děti.
- **Základní školy pro žáky se speciálními potřebami** – ZŠ pro zrakově, sluchově nebo tělesně postižené, pro žáky se specifickými poruchami učení nebo specifickými poruchami chování, ZŠ logopedická, ZŠ praktická, ZŠ při zdravotnickém zařízení. Žáky se speciálními vzdělávacími potřebami je také možné integrovat do základní školy, jedná se především o žáky se specifickými poruchami učení (SPU).

Základní vzdělání je dosaženým stupněm základního vzdělávání na základní škole (ZŠ) a na základní škole praktické (ZŠP).

Dosaženým stupněm základního vzdělávání na základní škole speciální jsou **základy vzdělání**.

Základní škola speciální (ZŠS) se liší od ZŠ formou organizace a obsahovým zaměřením výuky. U této speciální školy může být zřízen 1–3letý přípravný stupeň ZŠS, který je určen především pro žáky s těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením.

Žáci s hlubokým mentálním postižením mohou plnit povinnou školní docházku individuálním plánem.

- **Střední školy** – gymnázia, střední odborné školy (SOŠ), střední odborná učiliště (SOU), odborná učiliště (OU), praktické školy pro zrakově, sluchově nebo tělesně postižené, konzervatoř pro zrakově postižené, OU a praktická škola pro žáky s mentálním postižením. Žáci mohou být též individuálně integrováni do SŠ nebo docházet do středních škol pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (Bartoňová, Vítková, 2007).

Integrace je cílem speciální pedagogiky, a tedy i speciálního školství. Tento pojem vymezuje snahu o: „úplné zapojení handicapovaného jedince, splynutí, začlenění a zapojení do společnosti (...), integrované vzdělávání můžeme v souladu s výše

uvedenou definicí vymezit jako úplné zapojení jedince do běžného edukačního procesu“
(Fischer, Škoda, 2008, s. 23).

4.2 Kurikulární dokumenty

Česká republika má své kurikulární dokumenty vytvořeny na dvou úrovních: školní a státní.

Úroveň **školní** představují:

- Školní vzdělávací programy (ŠVP), které umožňují vzdělávání na jednotlivých školách (Bartoňová, Vítková, 2007).

Úroveň **státní** představují:

- Národní program vzdělávání.
- Rámcové vzdělávací programy (RVP), které vymezují závazné rámce vzdělávání pro jednotlivé etapy vzdělávání – předškolní, základní a střední vzdělávání.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV) vymezuje požadavky, podmínky a pravidla pro institucionální vzdělávání dětí předškolního věku. Pravidla platí pro předškolní vzdělávání v mateřských školách, v mateřských školách upravených podle speciálních potřeb a přípravných třídách základních škol.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV) vymezuje představy státu o zaměření, obsahu a výsledcích základního vzdělávání. Koncipován je rovněž pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Navazuje na RVP PV. Součástí RVP ZV je také kapitola o problematice vzdělávání žáků mimořádně nadaných.

Součástí RVP ZV je rovněž Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV – LMP). Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou přizpůsobeny snížené úrovni rozumových schopností žáků.

Rámcový vzdělávací program pro vzdělávání žáků v základní škole speciální (RVP ZŠS) je určen pro žáky se středně těžkým mentálním postižením, těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Charakter středoškolského vzdělávání vymezuje Rámcový vzdělávací program pro gymnaziální vzdělávání (RVP GV).

4.2.1 Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální

Dle § 48 zákona č. 561/2004 platí: „*Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální, a to se souhlasem zákonného zástupce a na základě doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení.*“

Rámcový vzdělávací program základní školy speciální je tvořen dvěma díly:

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

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

Základní škola speciální umožňuje vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, s více vadami a autismem. Vzdělávají se zde žáci, kteří svou úroveň rozumových schopností nejsou schopni zvládnout požadavky obsažené v RVP ZV ani RVP ZV – LMP. ZŠS takovýmito žákům poskytne při vhodně upravených podmínkách a při odborné speciálně pedagogické péči osvojit si základní vědomosti, dovednosti a návyky (RVP, VÚP, 2008).

Speciální vzdělávání se uskutečňuje:

- v základní škole speciální (ŽSS),
- individuální integrací,
- skupinovou integrací,
- v rámci jiného způsobu plnění povinné školní docházky – individuálním vzděláváním či vzděláváním žáků s hlubokým mentálním postižením (Bartoňová, Vítková, 2007).

Individuální integrací rozumíme vzdělávání žáka v běžné základní škole nebo v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižení.

Skupinovou integrací chápeme vzdělávání žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky s jiným druhem postižení (dle § 3 vyhláška č.73/2005

o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných).

4.3 Základní škola speciální

O zařazení žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do ZŠS rozhoduje ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu zákonného zástupce žáka. Základní vzdělávání žáků se realizuje v rámci povinné školní docházky devět let. Vzdělávání v základní škole speciální zahrnuje deset ročníků, které se člení na 1. stupeň (1. – 6. ročník) a 2. stupeň (7. – 10. ročník).

Cílem speciální školy je rozvoj psychických a fyzických schopností a předpokladů žáka. Základní škola speciální by měla žáka vybavit takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které mu umožní zapojit se v maximální možné míře do společenského života (Švarcová, 2011).

Vyučovací hodina bývá rozdělena na několik jednotek z důvodu individuálních potřeb žáka. Hodnocení výsledků vzdělávání probíhá slovně dle zákona č.561/2004 Sb.

Potvrzením o absolvování základního vzdělávání je vysvědčení o ukončení devátého či desátého ročníku (Bartoňová, Vítková, 2007).

Předpokládané vědomosti, schopnosti, postoje, dovednosti a hodnoty, které jsou důležité pro osobní rozvoj, uplatnění jedince a jeho maximální zapojení do společnosti, zahrnují takzvané klíčové kompetence. Jejich osvojování představuje dlouhodobý a složitý proces, při němž je důležitá především volba metod a organizačních forem vzdělávání (RVP ZŠS, VÚP 2008). Základními klíčovými kompetencemi jsou kompetence k učení, k řešení problémů, komunikační, sociální a personální, občanské a pracovní.

4.3.1 Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami v základní škole speciální

Základním obsahem vzdělávání žáků s nejtěžšími formami zdravotního postižení je sebeobsluha, hygiena a stravování. Vzdělávání má jiný charakter, odlišné metody práce, ale také vzhledem k postižení žáků speciálně upravené podmínky odpovídající potřebám žáků a závažnosti jejich postižení. Využívají se speciální metody – především

alternativní a augmentativní systémy komunikace, formy rehabilitační tělesné výchovy a relaxační činnosti.

Vzhledem k závažnému poškození kognitivních funkcí žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami a autismem je kladen důraz především na kompetence komunikativní, sociální, personální a pracovní (RVP ZŠS).

Obsah základního vzdělávání je rozdělen do pěti vzdělávacích oblastí, které jsou pojaty odlišně, stejně jako metody práce a speciálně upravené podmínky:

- Člověk a komunikace: Rozumová výchova, Řečová výchova.
- Člověk a jeho svět: Smyslová výchova.
- Umění a kultura: Hudební výchova, Výtvarná výchova.
- Člověk a zdraví: Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchova.
- Člověk a svět práce: Pracovní výchova (Švarcová, 2011).

4.4 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán „je stanoven v případě potřeby, především pro individuálně integrovaného žáka do výchovného či vzdělávacího zařízení“ (Opekarová, 2010, s. 56).

IVP je závazný pracovní materiál sloužící pro všechny osoby, které se na vzdělávání a výchově integrovaného žáka podílí. Individuální plán vychází ze školního vzdělávacího programu školy. Vzniká na základě vzájemné spolupráce dítěte (žáka), třídního učitele, rodiče (případně zástupce žáka), vedení školy a pracovníků pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra. Vypracování IVP by mělo usnadnit pedagogům práci s konkrétním žákem, který by v daném školním zařízení bez individuálního přístupu jen stěží prospíval (Opekarová, 2010).

Zelinková vymezuje obecné principy při sestavování individuálního vzdělávacího plánu. Optimální struktura IVP neexistuje, přizpůsobuje se věku dítěte, stupni a rozsahu postižení, mentálním schopnostem a též výukovým programům. IVP vychází z diagnostiky odborného pracoviště, z rodinné anamnézy, osobní anamnézy, přebírá fakta o úrovni rozumového vývoje a shromažďuje poznatky zpřesňující diagnózu. IVP dále vychází z pedagogické diagnostiky učitele, z vlastní zkušenosti

pedagoga, ze získaných výsledků z testů apod. Respektuje závěry z diskuse se žákem a rodiči. Individuální plán by měl podporovat rodiče v aktivitě a podávat přesné informace. Rodina by měla při přípravě plánu spolupracovat. IVP se vypracovává pro předměty, v nichž se handicap výrazně projevuje. Reedukační proces je zaměřen na zmírnění či odstranění poruchy, sleduje dlouhodobé cíle (co by se měl žák naučit v daném roce), krátkodobé cíle (co by měl žák zvládnout v nejbližší době) a měl by respektovat individuální potřeby žáka (Zelinková, 2001).

Individuální vzdělávací plán by měl dát žákovi možnost pracovat podle jeho schopností, dle žákova individuálního tempa. Učitel může pracovat se žákem soustavně, na úrovni, kterou žák dosahuje. IVP se stává vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení. Do přípravy jsou zapojeni rodiče, kteří se stávají spoluodpovědnými za výsledky práce. IVP může být pozměněn, v reakci na zpětnou vazbu při vyučování. Měl by působit motivačně na žáka a napomoci pozitivnímu vztahu mezi učitelem a žákem (Opekarová, 2010).

Do IVP je vhodné začlenit rovněž plán zdravotní péče a léčebné rehabilitace ve škole, který vychází ze závěrů lékařských zpráv. S realizací zdravotní péče musí souhlasit rodiče. Realizaci by měla předcházet žádost o takovouto péči. Plán zdravotní péče není nijak legislativně zakotven, měl by vycházet z přání rodičů a měl by být realizován příslušnými odborníky (Zikl, 2011).

4.5 Metody a formy vzdělávání žáků s postižením

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se uskutečňuje pomocí podpůrných opatření. Dle § 1 č.75/2005 se podpůrnými opatřeními rozumí využití speciálních metod, postupů, forem, prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů. Dalšími opatřeními jsou zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování poradenských služeb, snížení počtu žáků ve třídě, zajištění služeb asistenta pedagoga nebo jiná organizace zohledňující vzdělávací potřeby žáka.

K nejčastěji užívaným metodám zdravotně postižených žáků patří speciální stimulace, kompenzace a korekce.

Speciální stimulace „představují soubor aktivit, které podporují vývojové změny a pokroky v procesu učení“ (Opatřilová, 2008, s. 20). Osobnost jedince se rozvíjí působením na oblast motoriky, sensoriky a komunikace.

Kompenzace jsou aktivity, které jsou zaměřeny na vyrovnání nebo nahrazení sníženého výkonu, orgánu nebo funkce. O kompenzaci hovoříme tehdy, pokud upravujeme obsah vzdělávání a způsoby zprostředkování (Vašek in Opatřilová, 2008).

Korekce jsou speciálně pedagogické aktivity zaměřené na nápravu, úpravu a opravu funkce, orgánu nebo chování (Vašek In Opatřilová, 2008).

Důležitou součástí edukace těžce postižených osob je využívání materiálních a technických pomůcek. Výběr **speciálních metod** by měl vycházet ze znalosti rodinného prostředí, z důkladné pedagogické diagnostiky, z doporučení dalších odborníků a také z reálných možností edukátora (Opatřilová, 2008).

4.5.1 Modely stimulace – metoda bazální stimulace

Pojem bazální označuje „elementární, základní nabídku, která se realizuje v nejjednodušší podobě. Stimulací rozumíme nabízené podněty“ (Opatřilová, 2008, s. 132).

Bazální stimulace je koncept, který se snaží podporovat v nejzákladnější rovině lidské vnímání. Mezi základní prvky bazální stimulace patří pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje podporu v těchto oblastech, a to „cílenou stimulací smyslových orgánů. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů“ (Friedlová, 2007, s. 19).

Jedná se o novou metodu nonverbální komunikace, jež je založena na bazálním tělesném kontaktu s postiženým člověkem. Švarcová vysvětluje pojem bazální stimulace jako „neverbální metodu založenou na tělesném kontaktu s těžce postiženým člověkem“ (Švarcová, 2011, s. 198).

4.5.2 Polohování, podpora lezení a stimulace v oblasti hrubé motoriky

Mezi edukační formy práce u těžce zdravotně postižených patří polohování, které je jednou ze základních rehabilitačních technik. V praxi rozlišujeme polohy léčebné preventivní, vyšetřovací, aktivní, úlevové, přirozené a pasivní.

Vychází se z individuálních potřeb zdravotně postiženého, z prostředí a konkrétní situace. Vhodnou stimulací a polohováním můžeme ovlivnit motorický vývoj zdravotně postiženého člověka. Významnými jsou především polohy preventivní, zabraňující vzniku deformit, proleženin a kontraktur. Při metodě polohování je využíváno různých vhodných polohovacích pomůcek, omyvatelných, měkkých a nealergizujících, různých tvarů a velikostí (Opatřilová, 2008).

4.5.3 Specifické facilitační techniky

Facilitační techniky usnadňují provádění pohybů. Pojem facilitace vychází z latinského slova *facilis* – snadný. K nejčastěji používaným facilitačním technikám patří:

Vojtova metoda – metoda zaměřená především na jedince s těžkou mozkovou obrnou, dále se užívá v některých případech ortopedických vad, u dospělých po náhlé mozkové příhodě (Opatřilová, 2008).

Cílem metody je dosažení „*určitého pohybového vzoru, který působí proti nedostatkům v držení a koordinaci*“ (Milichovský, 2010, s. 37).

Bobathova terapie – jedná se o souhrnný koncept manželů Bobathových. Terapie zahrnuje fyzioterapii, ergoterapii a logopedii a je určena pro děti s mozkovým postižením, zejména s dětskou mozkovou obrnou.

Petöho terapie – základními znaky terapie rakousko-maďarského lékaře prof. Dr. Andream Petöho je komplexnost, důsledné zaměření aktivit k činnostem během dne a cílená aktivizace. Metoda není příliš vhodná pro těžce postižené jedince s více vadami z důvodů slovního vedení cvičení (Milichovský, 2010).

K facilitačním metodám lze rovněž přiřadit *míčkování*. Metoda **míčkové facilitace** je založena na technice masáže softtenisovými míčky. Autorkou je česká fyzioterapeutka Zdena Jebavá.

Facilitační techniky, jak popisuje Opatřilová, představují u osob s těžkým zdravotním postižením „základní terapeutický postup. Možnosti terapií jsou velmi rozsáhlé a je potřeba provádět racionální výběr těch nejoptimálnějších postupů“ (Opatřilová, 2008, s. 90).

Ve většině případů jedinci s těžkým mentálním postižením a více vadami nejsou schopni komunikace. Z tohoto důvodu se hledají a vytvářejí náhradní postupy, které by napomohly rozvoji komunikačních dovedností či nahradily mluvenou řeč. Tyto **metody** označujeme souhrnným názvem **alternativní a augmentativní komunikace**.

Alternativní komunikací označujeme systémy, jež mají nahradit mluvenou řeč, která se nevyvinula, nebo zanikla. K těmto metodám alternativní komunikace patří piktogramy – bílé symboly na černém pozadí. Celkem se užívá 700 piktogramů rozdělených tematicky (rodina, hračky, oblečení aj.). Významnou roli v komunikaci s postiženými zaujímají též komunikační tabulky nebo znaková řeč Makaton.

Augmentativní komunikace pracuje se systémem Znak do řeči. Použití znaků napomáhá komunikaci, která vychází z přirozené řeči, gestikulace a mimiky (Švarcová, 2011).

V práci s jedinci s těžkým zdravotním postižením se v současné době objevují také zcela nové metody. Patří mezi ně například tzv. **snoezelen** – jako prostředek uvolnění. Jedná se o nabídku různých aktivit, které jsou určeny pro jedince s těžkým a hlubokým mentálním postižením.

Dalšími příklady mohou být terapie se zvířaty – canisterapie, která probíhá na základě kladného působení psů na postiženého jedince, a hipoterapie, která využívá léčebný účinek koňského pohybu (Opatřilová, 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

5. PROBLEMATIKA VÝUKY ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM, PROJEVY DÍTĚTE S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

5.1 Cíl práce, výzkumné otázky a metody

Cílem bakalářské práce je analyzovat problematiku výuky žáků s kombinovaným postižením a jejich projevy. Práce se zaměřuje především na využívání speciálních metod během výuky a reakce postižených dětí na tyto metody. Výuka žáků s kombinovaným postižením probíhá dle individuálního vzdělávacího plánu, proto se rovněž zaměříme na význam tohoto plánu v procesu vzdělávání.

Předmětem praktické části této práce budou kazuistiky dvou žáků, kteří navštěvují Základní školu speciální v Praze 6. Jedná se o desetiletého chlapce Jakuba s diagnózou DMO a patnáctiletého chlapce Daniela rovněž s diagnózou DMO. Výzkumné šetření probíhalo od září 2013 do února 2014.

Výzkumné otázky, které jsme si na začátku šetření položili, byly:

1. Jaký vliv mají speciální metody na výuku žáka s kombinovaným postižením?
2. Jaký je význam individuálně vzdělávacího plánu při výuce žáka s kombinovaným postižením?

Pro realizované výzkumné šetření byl použit kvalitativní výzkum realizovaný pomocí následujících technik:

- aktivní pozorování během vyučování,
- nestandardizovaný rozhovor s třídní učitelkou,
- analýza dokumentace žáků,
- analýza odborné literatury.

5.2 Charakteristika výzkumné jednotky

5.2.1 Charakteristika zařízení

Výzkumné šetření probíhalo na Základní škole speciální v Praze 6, jejímž zřizovatelem je Hlavní město Praha. Informace o tomto zařízení pochází ze školních webových stránek a výroční zprávy školy.

Součástí ZŠ speciální jsou praktická škola dvouletá a speciálně pedagogické centrum. Posláním základní školy speciální je poskytovat výchovu a vzdělání žákům s mentálním postižením v rozsahu lehkého až těžkého stupně mentální retardace, s diagnózou autismus, s poruchami psychomotorického vývoje a dalšími specifickými poruchami učení.

Žáci s potřebou větší adaptace na školní výuku jsou zařazováni do přípravného stupně, v němž je kladen důraz na smyslovou a rozumovou výchovu, komunikační dovednosti a sebeobsluhu. Vzdělávání probíhá podle Rámcově vzdělávacího programu základní školy speciální. Školní docházka je desetiletá, poskytuje základy vzdělání.

ZŠ speciální je rozdělena do dvou budov, které se nachází v městské části Praha 6. Budova Praha Bubeneč je sídlem školy, nachází se zde ředitelství a ekonomické oddělení. Dále je zde umístěno 6 tříd, tělocvična a malá cvičná kuchyňka. Budovu obklopuje rozlehlá zahrada, v níž je umístěno mnoho herních prvků, jako jsou průlezky, řetízkový most, houpačky či zahradní trampolína. K dispozici je zde rovněž sportovní hřiště s umělým povrchem.

Detašované pracoviště a druhá budova Základní školy speciální sídlí na Praze 6 Červený vrch v jedné z budov areálu Dětského centra Paprsek, Středisko DAR. Využíván je zde dvoupodlažní samostatný moderní pavilon, ve kterém se nachází tři třídy, herna, tělocvična, jídelna, výtvarná dílna, kancelář a rehabilitační místnost. K relaxaci žáků s těžkým kombinovaným postižením zde byla zřízena senzorická místnost snoezelen. Dvě třídy (tř. G a tř. H) jsou zaměřeny na vzdělávání dětí s diagnózou autismus. Rehabilitační třída R2 vzdělává žáky se závažným mentálním postižením v kombinaci s DMO, smyslovými vadami a epilepsií. Rehabilitační třída R1 je umístěna v hlavní sousední budově denního stacionáře.

5.2.2 Charakteristika třídy ZŠ speciální

Výzkumné šetření probíhalo v rehabilitační třídě R1, která se nachází v budově denního stacionáře. Ve školním roce 2013/2014 je ve třídě zapsáno osm žáků ve věku od 8 do 15 let – 2 dívky a 6 chlapců. Třída je zaměřena na vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a postižením více vadami.

Se žáky se pracuje především individuálně, každý žák má vypracován individuální vzdělávací plán. I přesto je však do výuky zařazováno několik skupinových aktivit, mezi které patří společný tělocvik, výtvarné tvoření, zpěv či společný relaxační pobyt ve snoezelenu.

Do programu rehabilitační třídy je zahrnuta komplexní rehabilitace, která je u žáků s těžkým kombinovaným postižením nezbytná – individuální fyzioterapie, vodoléčba, hipoterapie a canisterapie. Důležitou součástí výuky je užívání speciálních metod, mezi které patří bazální stimulace – somatické, vestibulárně-stimulační a vibrační masáže, při kterých se používá zejména tělesný kontakt.

Další metodou využívanou při výuce žáků s těžkým kombinovaným postižením je multisenzorická stimulace, orofaciální stimulace, alternativní komunikace či muzikoterapie. Vybrané metody využívají prvků bodové masáže, vibrační stimulace, masáž s využitím pomůcek (štetce, kartáčky), míčkování, termální stimulace, masáž orofaciální oblasti s použitím aromaoleje (relaxace, meduňka, levandule), nácvik dýchání nosem či aktivizace čichu.

Někteří žáci pracují s hlasovým komunikátorem. Činnosti žáků probíhají u ergoterapeutického stolu, který má několik vyměnitelných sklopných desek. Díky nim má žák možnost manipulovat s předměty připevněnými suchým zipem. Často se využívá „*Little Room*“, koutek ve kterém dítě stimuluje zrakové, sluchové a hmatové smysly.

Veškeré aktivity žáci vykonávají s dopomocí, popř. s fyzickým vedením. Dění ve třídě se neustále komentuje. Speciální pedagog pracuje s dětmi denně. Každý žák má vypracován svůj individuální vzdělávací plán, se kterým jsou seznámeni rodiče a schvalují je svým podpisem. Na konci 1. a 2. pololetí speciální pedagog vypracovává písemné slovní hodnocení jednotlivých žáků.

Zařazení jednotlivých žáků ve třídě je následující – jeden žák navštěvuje 1. ročník, tři žáci jsou zařazení do 2. ročníku, tři žáci jsou zapsáni do 3. ročníku a jeden žák je zapsán do 7. ročníku.

Předměty, které se vyučují v 1. – 10. ročníku základní speciální školy jsou: rozumová výchova, řečová, smyslová, výtvarná, pohybová, zdravotní tělesná výchova, pracovní a hudební výchova a speciální pedagogická péče.

Počet vyučovacích hodin je dán vzdělávacím plánem. Vyučování je stanoveno denním rozvrhem. Rozvrh hodin je pouze orientační, odvíjí se od rehabilitačního cvičení, střídání při canisterapii, hipoterapii či momentálního zdravotního stavu žáka (může být unaven z rehabilitačního cvičení, usne apod.)

Žáci, kteří jsou vzděláváni ve třídě, mají diagnostikována tato postižení:

Jakub, 10 let – těžká mentální retardace, DMO spastická kvadruparéza, sekundární epilepsie.

Vojtěch, 9 let – těžká vada zraku, DMO, spastická kvadruparéza, epilepsie.

Jakub, 10 let – centrální hypotonický syndrom levostranný, hemiparéza, hydrocefalus.

Daniel, 15 let – DMO těžká spastická kvadruparéza, mikrocefalie, epilepsie.

Anna, 10 let – DMO hypotonická forma, těžká mentální retardace, epilepsie, astma bronchiale.

Klára, 10 let – myotonická dystrofie, strabismus, mentální retardace, hyperreflexe.

Kryštof, 9 let – nespecifikovaná neurodegenerativní porucha, těžká mentální porucha, hypotrofie svalstva, epilepsie.

Tomáš, 8 let – těžká mentální retardace, DMO hypotonická forma, epilepsie.

Velmi důležitou podmínkou pro výchovu a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením jsou technické pomůcky a vybavení, které usnadňují práci s postiženými dětmi. Třída je vybavena speciálním zařízením – speciální polohovací židle, ergonomická sedačka, pracovní stoly k vozíku nebo ke speciálním sedačkám. Dále jsou

zde pomůcky a vybavení pro hygienu – různé typy madel, mobilní madla, nástavce na WC. Z kompenzačních pomůcek se využívá držák na toaletní papír, vymačkávač zubní pasty a hřeben s prodlouženým a upraveným madlem.

Rovněž se používají fixační pomůcky, které slouží primárně k pevné fixaci celého těla nebo jeho částí. Jsou to běžné polohovací pomůcky doplněné suchým zipem pro zpevnění, ale i speciální – fixační pásy, límce na fixaci hlavy, fixační vesta pro sed a fixace dolních končetin.

K dispozici jsou také pomůcky pro manipulaci s dítětem. S imobilním žákem pedagog manipuluje mnohokrát za den při běžných činnostech jako je oblékání, hygiena, polohování apod. Pro takovouto manipulaci je možné využít zvedák.

5.3 Vlastní šetření, kazuistiky žáků

KAZUISTIKA Č. 1

Jméno: Daniel

Věk: 15 let

Diagnóza: DMO, těžká spastická kvadruparéza, mikrocefalie, těžká mentální retardace, imobilní

Rodinná anamnéza: Rodina úplná, otec pracuje jako technik, matka pracuje jako účetní, oba zdraví. Mladší sestra, rok narození 2008, zdráva.

Osobní anamnéza: Z II. fyziologické gravidity (1x AB), porod 38. týden, sekci, porodní hmotnost 2750g, porodní délka 52 cm, po porodu kříšen, 5 minut nedýchal, Apgar skóre 2-5-8.

Poporodní adaptace dobrá, FT, icterus, plně kojen 6 týdnů, dále umělá výživa, kyčle v pořádku, očkován byl řádně, vitamin D byl podáván. Psychomotorický vývoj do 2 měsíců odpovídal věku, poté opoždování vývoje, na břicho bez opory, neotáčel se, nelezl. Nevyvíjela se řeč, od počátku v péči neurologie a RHB cvičení reflexní lokomocí zavedena.

V klinickém nálezu obraz DMO, těžké spastické kvadruparézy, mikrocefalie, brzy projevy sekundární epilepsie, záchvaty GTCS, vady zraku (amblyopie z anopsie, konvergentní konkomitantní strabismus), vyšetřeno CTCNS, kde abnormality odpovídají těžké postnatální hypoxii, záchvatové projevy.

Hrubá motorika: Chlapec je odkázán na pomoc druhé osoby, je imobilní, na vozíku. Sed není utvořen, k přetočení ze zad na břicho a zpět nedochází ani s dopomocí, k pohybu na kolena se nedostane, s využitím polohovacího klínu poloha na břiše.

Jemná motorika: Manipulace s předměty je pro chlapce velmi náročná, samostatně předmět neuchopí, podaný předmět se podaří s těžkostí uchopit, k ústům jej nedonese.

Řečový vývoj: Postižení nedovoluje verbální komunikaci, řeč není vyvinuta, chlapec vokalizuje. Porozumění verbální řeči je minimální, reaguje pozitivně na hlas svých blízkých, na tón a modulaci hlasu.

Sociální vývoj: Chlapec bezpečně pozná blízké osoby, vnímá změnu prostředí, dokáže rozlišit pro něj cizí osoby, na oslovení reaguje, naváže oční kontakt, usměje se, někdy doprovází vokalizací. Na nepříjemné situace dokáže zareagovat zavíráním očí, doprovázené prudkými pohyby ze strany na stranu, nařiká.

Hygienické a sebeobslužné návyky: Nejsou utvořeny, nedokáže vyjádřit své potřeby, je nutné užívání plen. Problémy s přijímáním potravy, zpočátku podávána rozmixovaná strava, později zaveden PEG, umělá výživa.

Školní anamnéza: Daniel nastoupil povinnou školní docházku 1. září 2006, po druhém odkladu školní docházky, do rehabilitační třídy ZŠ speciální ve středisku Dar. Vzhledem k těžkému kombinovanému postižení, které vyžaduje pravidelnou intenzivní rehabilitaci, navštěvoval Daniel stacionář již v tu dobu pátým rokem. Přechod do „školy“ tak pro něj nebyl zátěží z hlediska změny prostředí. Na denní režim a personál stacionáře byl zvyklý, stejně tak i na pravidelné individuální učení, kterého se účastnil v rámci předškolního vzdělávání v posledních dvou letech. Měl určeny tyto aktivity: individuální fyzioterapie, hipoterapie, vodoléčba, individuální práce s klíčovou sestrou – tj. sensorická stimulace, polohování dle pokynů fyzioterapeuta, masáže dle konceptu bazální stimulace apod., případně perličkové koupele. Dále individuální práce se speciálním pedagogem – tj. sensorická stimulace, orofaciální masáže a masáže dle konceptu bazální stimulace, muzikoterapie, canisterapie a skupinové aktivity na oddělení, tj. společné zpívání, malování apod. V současné době je žákem 7. ročníku ZŠ speciální.

Individuální vzdělávací plán šk. rok 2013/2014: Daniel se účastní plánovaných aktivit, které navazují na předškolní vzdělávání: individuální fyzioterapie 4x týdně, hipoterapie 1x týdně, vodoléčba 2x týdně, canisterapie 1x týdně, individuální práce

se speciálním pedagogem, tj. senzoričká stimulace, orofaciální masáže a masáže dle konceptu bazální stimulace, muzikoterapie atd. 3x týdně, individuální práce s klíčovou sestrou, tj. senzoričká stimulace, polohování dle pokynů fyzioterapeuta, polohování v „lezítku“, masáže dle konceptu BS denně, skupinové aktivity min. 1x týdně, v rámci individuální práce se speciálním pedagogem využití prvků muzikoterapie, relaxační techniky, vibrační masáže ke zmírnění svalového napětí apod.

Komunikace: Míra postižení Danielovi neumožňuje verbální projev. Je důležité klást důraz zejména na podporu neverbální komunikace – používání zástupných předmětů pro činnosti v denním režimu, výrazná gestikulace a mimika. Posilování reakce na chlapcovo jméno, na hlas. Navozování očního kontaktu, podpora porozumění jednoduchým pokynům „podívej se“, „vezmi“, „kde je“. Veškeré dění neustále komentovat a pojmenovávat předměty okolo Dana.

V rámci nácviku alternativní komunikace je potřeba pracovat s výběrem fotek z rodiny – máma, táta, sestra, pes. Pokračovat v nácviku výběru ze dvou předmětů, upevňovat pojmy předkládaných předmětů, „to je“ bota, hrnek, míč, lžice... V případě opakovaného úspěchu přidat další předmět.

Rozumové schopnosti: Rozvoj rozumových schopností probíhá na úrovni každodenních běžných činností. Každá aktivita by měla být slovně okomentována, např. „teď budeme“, a pokud možno zprostředkovaná i pomocí smyslových vjemů, tj. ukázat a dát ohmatat, očichat, ochutnat dle charakteru činnosti. Je nutné posilovat schopnost koncentrace na určitou činnost – poslech pohádky, hudby.

Smyslová výchova: U Dana je podpora smyslového vnímání zcela nezbytná. Pomocí smyslů získává většinu informací o okolním světě.

Zrakové vnímání – procvičování zrakového vnímání pomocí kontrastních obrázků a předmětů. Pozorování pohybu světla, rozlišování světla a tmy, zraková stimulace ve snoezelenu. Stimulace očního kontaktu, cvičení očních pohybů, sledování pohybujícího se předmětu, nasvícení předmětů, sebezpozorování v zrcadle.

Sluchové vnímání – stimulace pomocí hudebních nástrojů, sledování preference mezi zvuky. Vzhledem k diagnostikované epilepsii nestimulovat příliš vysokými tóny a rychlým rytmickým bubnováním. Podněcovat sluch pomocí modulace hlasu, např. krátkým čtením pohádek, rytmickými texty. Pracovat s reprodukcí hudby, zklidňující hudbou při masážích, zpíváním při houpání.

Hmatové vnímání – rozvíjet hmat pomocí široké škály materiálů s různými vlastnostmi (tvrdost, hrubost povrchu apod.). Pomocí drobných sypkých materiálů podporovat zapojení svalstva dlaní „hrabáním v jemném písku“. Upevňovat aktivní uchopení nabízených předmětů a hraček, dbát na adekvátní tvar a váhu nabízeného předmětu. Používat hmatově podnětné hračky, které se dají roztočit, rozhoupat. Vhodné využívat dětskou hrazdičku, na které lze předměty obměňovat. Velmi důležité je zprostředkování dotyku se zvířaty – canisterapie a hipoterapie.

Čich a chuť – stimulace čichového vnímání při individuální práci s využitím prvků aromaterapie při masážích, koupelích. Umožnit očichat různé materiály (koření, květiny). Stimulace chuti pomocí lízátko, nutely nebo medu na vatové tyčince.

Hrubá a jemná motorika, komplexní rehabilitace – nezbytná pravidelnost individuální fyzioterapie. Dle dohody s fyzioterapeutem navozovat správnou fyziologickou polohu těla v průběhu dne na oddělení, především rovnání pánve. Důležité je časté střídání poloh – leh na zádech, sed na vozíku. Využívá se polohovacího klínu pro pohyb na břicho, polohování v bočním polohovadle (viz příloha C) a protahování těla. Provádět masáže a relaxační techniky dle konceptu bazální stimulace, orofaciální stimulace. Rozvoj jemné motoriky v souvislosti s rozvojem hmatu.

Charakteristika přímého pozorování při výuce

Výuka se speciálním pedagogem probíhala v rámci možností Daniela denně. Střídaly se plánované činnosti dle individuálního plánu. Stávalo se však, že po některých aktivitách (vodoléčba, fyzioterapie) byl chlapec unaven a usnul, vyučovací hodina se tak odkládala. Učebna je uzpůsobena výuce. Úvod každé vyučovací hodiny začínal zacinkáním na triangl, konec hodiny byl oznamován zvonečkem.

Na oslovení Daniel reagoval úsměvem, vokalizuje, snaží se natáčet směrem k osobě, která ho oslovuje, snaží se o navázání očního kontaktu. Nevadí mu tělesný kontakt, např. pohlazení po tváři a současné oslovení. Většinu nabízených činností přijímal radostně. Pokud byl v situaci, která mu byla nepříjemná, dával svou nelibost najevo vokalizací.

V rámci individuálního vyučování byly rozvíjeny rozumové schopnosti. Cílem hodiny bylo nacvičování výběru ze dvou známých předmětů (botička a hřeben). Tento úkol zatím Daniel nezvládl. Pedagog dával Danielovi na výběr otázkou „kde je

botička?“ Chlapec se na nabízené předměty podíval, ale správně je nevybral, ani na předměty sám nesahal. To se uskutečnilo až s pomocí pedagoga, který Danielovi vedl ruku a doprovázel činnost slovy „to je botička“. Teprve potom se podařilo Danielovi předmět uchopit do ruky. Předmět však v ruce nedokázal držet dlouho, upustil jej, nedařilo se mu předměty položit na pracovní stůl.

V hodinách se dále pracovalo s rodinnými fotografiemi. Daniel se snažil fotografie prohlížet, trénoval se výběr „kde je máma“, „kde je sestra“. Návčik probíhal teprve krátkou dobu. Daniel se na fotografie podíval, obvykle se usmíval, ale sám výběr neprovedl ani pohledem.

V rámci zrakové stimulace bylo využíváno větších kontrastních obrázků, hraček se světelnými efekty a zrcadel, na které Daniel reagoval úsměvem. Pohybující předměty dobře fixoval zrakem. Při sluchové stimulaci, např. při používání zvukové hračky, zpozorněl a snažil se za zvukem otočit. Hmat byl rozvíjen pomocí stimulace různých materiálů. Pedagog vkládal do ruky střídavě předměty, např. peříčko, borovou šišku apod., a vše slovně komentoval: „to je šiška“, „to je peříčko“. Mezi oblíbené činnosti Daniela patřila práce na iPadu, vydržel na několik sekund se zájmem sledovat jednoduché programy.

Denně byly prováděny uvolňující masáže horních končetin dle pokynů fyzioterapeutky, zaměřovaly se zvláště na oblast prstů a dlaní. Využívala se také stimulační masáž podle konceptu bazální stimulace. Masáže byly doprovázeny rytmizací a tematickými říkankami, které se Danielovi velmi líbily. Velmi pozitivně reagoval na zklidňující masáže celého těla spojené s hudbou a doplněnou aromaterapií. Masáž byla prováděna metodou míčkování. Spokojený byl Daniel především při masáži obličeje. Své pocity dával najevo vokalizací a širokým úsměvem. Méně oblíbenou činností bylo pro chlapce polohování v bočním polohovadle, tuto aktivitu dle pokynů fyzioterapeuta opravdu přijímal s nelibostí, což projevoval hlasitým naříkáním.

Daniel se zúčastňoval společných činností, např. společného zpívání. Kladně přijímal ostatní spolužáky, se zájmem poslouchal hru na kytaru i zpěv, s dopomocí hrál na nástroje z Orffova instrumentáře. Při výtvarných aktivitách vyžadoval plné fyzické vedení. Obzvláště byl Daniel zaujat zvukem trhání papíru.

Velkou změnu v Danielově chování vyvolal pobyt ve snoezelenu. V této multisenzorické místnosti, která slouží k relaxaci, byl Daniel velmi uvolněn, pozitivně

naladěn a po celou dobu relaxace se usmíval. Bylo zřejmé, že mu pobyt svědčí. Nevadila mu ani společnost jiných spolužáků. Uvedené aktivity prožíval s nadšením.

Po celou dobu pobytu ve snoezelenu byla puštěna relaxační hudba, doprovázená světelnými efekty. V místnosti byl Daniel položen na podium s kobercem, v němž je zabudované zařízení přenášející vibrace z muziky na koberec. Chlapec tak mohl hudbu vnímat celým tělem.

Během programu byla rovněž uskutečněna masáž nohou, na níž Daniel reagoval opět velmi pozitivně. Kladně reagoval i na světelné efekty ve snoezelenu, zaujaly jej barevné proměny místnosti. Canisterapie byla pro chlapce dokonce natolik příjemná, že při ní dokázal usnout.

Daniel potřebuje v průběhu celého dne pleny, potřebu nedá žádným způsobem najevo. Byl mu zaveden PEG, potrava mu je podávána výživovou sondou. Vzhledem k této skutečnosti je patrná u Daniela zvýšená salivace. Nadměrné slinění je mírněno orofaciální stimulací.

Během volné činnosti se Daniel dokázal sám zabavit, vleže na zádech nejraději sledoval hračky zavěšené na hrazdičce, učil se koordinovat pohyby, snažil se do předmětů uhodit.

Daniel je žákem sedmého ročníku speciální školy, pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu. Je to velmi milý a pohodový chlapec. Veškerou činnost přijímal pozitivně. Přestože verbální komunikace není možná, lze s Danielem komunikovat jinými způsoby. Při delším pozorování je možné u chlapce odhadnout náladu, záliby i naopak nelibost. Daniel vyjadřuje své pocity hlasitou vokalizací a úsměvem. Naopak při negaci naříká, snaží se odtáhnout, otočit.

Speciální pedagog komunikuje převážně s matkou Daniela, slouží jim k tomu tzv. komunikační notýsek, ve kterém si pedagog s matkou žáka vyměňují zprávy. Pedagog píše zprávy týkající se výuky, toho co se Danielovi ve škole povedlo či jak spolupracoval během výuky. Matčiny zprávy se týkají většinou zdravotního stavu a nálad Daniela, především po víkendu.

KAZUISTKA č. 2

Jméno: Jakub

Věk: 10 let

Diagnóza: DMO, CVI, sekundární epilepsie, centrální hypotonický syndrom, levostranná kvadruparéza, hydrocephalus

Rodinná anamnéza: Rodina úplná, otec zaměstnán ve státní službě, zdravý, matka, zubní laborantka, zdravá, mladší sestra 6 let, zdravá.

Osobní anamnéza: I/I gravidita po IVF, porod v 39 + 6 t.t. per SC v UPMD, při porodu akutní hypoxie, zelená VP, Apgar skóre 2-2-6, distenční terapie 8 dní, krvácení komorové, III. stupeň s rozvojem hydrocefalu, cca v 8 měsících rozvoj infantilních spasmů, zlepšen po kůře ACTH, centrální zraková porucha, subluxe kyčle, porodní hmotnost 3150 g, délka 51 cm.

Psychologická anamnéza: Psychomotorický vývoj silně nerovnoměrný při těžkém kombinovaném postižení, kognitivní kapacita v pásmu středně těžké mentální retardace s převahou verbální složky v kombinaci s těžkou poruchou pohybovou a funkčně velmi závažnou centrální poruchou zraku. Funkčně pouze minimální využití vizuálního zpracování, analyzovány zbytky zraku. Očima krátce fixuje cílový podnět, popřípadě užívá spontánně zrak k lokalizaci objektů či osob, sporadicky velmi krátce sleduje pohyblivý podnět.

Jemná motorika: Jemná motorika ruky neobratná při těžkém celkovém pohybovém postižení s převahou pravé strany těla, dobře zvládá aktivní úchop předmětů a jeho prudší volní uvolnění. Daří se více zapojovat i ruku levou a při exploraci předmětů využívat spolupráce obou rukou. Úchop předmětů hrubší digitální, místy jsou patrné projevy taktilní defensivity, odmítání dotyků některých textur, nových předmětů apod.

Řeč a komunikace: Aktivní řeč je zřetelná, plynulá, často ovšem převážně echolalická, rozsah komunikačně užívané slovní zásoby dosahuje vývojové úrovně do 3 let, podobně i schopnost verbálního porozumění (dobře pojmenuje části těla a běžné vlastní činnosti, odpoví na jednodušší otázky a pojmenuje i některé nejčastěji používané předměty). V rozhovoru je aktivní, žertuje, často však upoutává pozornost únikem k echoláliím.

Závěr: Jde o chlapce s těžkým kombinovaným postižením, těžká porucha zraku a globální porucha pohybová, kognitivní schopnosti v pásmu středně těžké mentální

retardace s převahou verbální složky, osobnostně převážně pozitivně laděný, sociálně reaktivní, silí snaha o vlastní sebeprosazení.

Školní anamnéza: Jakub navštěvuje speciální školu pro děti s kombinovaným postižením. Do druhého ročníku rehabilitační třídy přestoupil v září 2012. Začlenil se do kolektivu bez problémů, adaptační potíže neměl žádné. V současné době je žákem třetího ročníku. Nutný je postup podle individuálního vzdělávacího plánu.

Komunikace: Na oslovení Jakub vždy reaguje. Pokud má náladu, řekne, jak se jmenuje celým jménem. Snaží se komentovat vše, co se kolem něho děje krátkými slovními spojeními, jednoduchými větami. Mluví rád, někdy pouze proto, že je pro něj výslovnost některých slov zábavná. Probíhá rozhovor, jenž navazuje na věty, které Jakub sám říká. Snaha o rozšiřování slovní zásoby, komentář veškerého dění ve třídě. Jakub si sám určuje, s kým bude mluvit a kdy. Někdy je chlapec mírně svéhlavý a zarputilý. Zná několik vět, které opakuje v situacích, v nichž zcela neplatí. Používá správně zájmeno „já“, někdy o sobě mluví ve 3. osobě.

Smyslová výchova

Zrak: Jakub má centrální oční vadu a funkční je pouze část zrakového pole. Nosí uzpůsobené brýle se zakrytou horní částí. Při očním kontaktu se velmi snadno unaví, potřebuje přestávky. Oči si často mne, zejména v situacích, které jsou mu nepříjemné.

Sluch: Chlapec má velmi dobrý sluch, dokáže rychle zopakovat některá slova, která se mu líbí, nebo melodii, již si pro sebe brouká. Skladbu lze dobře poznat. Chlapec si oblíbil především rytmickou hudbu, pozitivně reaguje na společná zpívání a hraní na kytaru.

Hmat: Jakub preferuje pravou ruku, používat umí obě ruce najednou, drží je ve středové čáře. Předměty cíleně uchopuje, používá pinzetový úchop. Cílenou práci s hmatem Jakub nemá příliš v oblibě, ale předměty, které ho zajímají, rád v ruce drží. Jedná se především o hudební nástroje. Na temeni a krku má chlapec citlivé místo, k němuž si přikládá předměty, aby je tak lépe poznal.

Čich a chuť: Jakub ve škole jí pouze svačiny, které si přinese z domova, podávají se mu dostatečně teplé a většinou tekuté konzistence. Čichové vjemy jsou zprostředkovány v relaxačních chvílích, v závislosti na ročním období i mimo školu na vycházkách apod.

Jemná a hrubá motorika: S předměty manipuluje převážně pravou rukou, ťuká s nimi o stůl, o vozík. Mává s předměty ze strany na stranu. Obtíže se objevují při vkládání

složitějších tvarů. Jakub používá vozík, který je dobře nastavitelný do různých poloh. Sed bez opory (například v křesle) chlapec zvládá v poměrně dobré míře. V lehu se dokáže převalit ze zad do polohy na břiše.

Sebeobsluha: Jakub se snaží pomáhat se svlékáním i oblékáním, dokáže rozepnout krátký zip na mikině. Svlékání často pojímá jako hru (nechce prostrčit ruku rukávem či drží čepici a nechce ji pustit). Jakub potřebuje pleny. Někdy si sám řekne, že vykonal potřebu.

Socializace: Jakub je dobře přizpůsobivý, je zvyklý střídat prostředí a zažívat různé nové situace. Má veselou a nebojácnou povahu, rád si rozhoduje sám o sobě, není lehké ho o některých věcech přesvědčit. Často však bývá zarputilý při podávání stravy.

Individuální vzdělávací plán, školní rok 2013/2014:

K prioritám individuálně vzdělávacího plánu patří u Jakuba zejména:

Komunikace: Další rozvoj komunikačních dovedností, funkční symbolické užití řeči, rozvoj významové slovní zásoby.

Jemná a hrubá motorika: Prohlubovat nácvik manipulačních dovedností, např. nácvik jemnějšího úchopu drobných předmětů a manipulace s nimi, vyhazování předmětů do nádob či otvorů, funkční hra se symbolickou hračkou nebo předmětem denní potřeby. Nácvik koordinace rukou pomocí oblíbených hudebních nástrojů, ozvučená dřívka, ťukání oběma rukama, rolničky nebo chrastítka, hra jednou rukou, funkční držení nástroje, střídání rukou. Pravidelná vodoléčba, fyzioterapie, hipoterapie, canisterapie.

Smyslová výchova: Rozvoj kompenzačního užití hmatu, nabízení velmi odlišných materiálů a povrchů, postupné překonávání mírnější taktilní defensivity, stimulace hmatu pomocí masážních míčků s různě dlouhými a hustými hroty, dále pozvolný rozvoj jednoduchých sebeobslužných dovedností.

Zrak: Stimulace očního kontaktu, sledování jednoduchých obrázků z různých úhlů a vzdáleností – zrakově stimulační desky, pestrobarevné předměty, zrcadlové a lesklé plochy. Práce s počítačovým programem, „pasivní sledování“, sledování statického obrazu, skládání obrázků pomocí velkoplošného spínače.

Sluch: Hra na jednoduché hudební nástroje – rolničky, dřívka, chrastítka aj., zpívání s doprovodem, hledání zdroje zvuku apod.

Čich a chuť: Zprostředkování vůní a chutí spojených s každodenním životem (koření, potraviny, olizování medu, lízátko, nutely...)

Rozumová výchova: Upevňování směrové orientace oslovením Jakuba z různých stran, vyvolávání zájmu o nové předměty příjemné na dotek se slovním vybidnutím „vezmi si, podívej se“. Návčik manipulace s předměty denní potřeby, vkládání lžičky do úst, zvedání hrnečku... Rozvoj bezchybného pojmenování části obličeje, návčik pojmenování dalších částí těla (noha, koleno, ruka, prst).

Individuální plán též vychází z plánovaných aktivit během týdne, kterých se Jakub účastní: hipoterapie a canisterapie 1x týdně, vodoléčba 2x týdně, rehabilitační cvičení a individuální výuka denně, pobyt ve snoezelenu, bazální stimulace, orofaciální stimulace, muzikoterapie a také společné aktivity s ostatními spolužáky, např. společné zpívání.

Charakteristika přímého pozorování výuky

Při individuální výuce, která probíhala téměř denně, Jakub velice dobře spolupracoval. Dobře si zvykl na denní režim. Do stacionáře je dovážen svozem v sedm hodin ráno, odvážen je kolem půl druhé každý den. Výuka byla zahajována trianglem a konec byl oznamován zvonečkem. Jakub rozpoznal začátek výuky a slovně jej okomentoval „cink“. Na oslovení vždy reagoval a opakoval své jméno. Občas udělal žert a úmyslně uvedl chybné jméno, čekal na reakci. Dokázal se naučit jména některých svých spolužáků a dospělých ze stacionáře. V rámci rozvoje rozumové výchovy byly upevňovány pojmy těla. Jakub uměl ukázat části obličeje – oči, uši, pusy, nos a vlasy. Prováděl se návčik nových pojmů – ruka, noha a koleno. Pojmy zopakoval, ukazovat tyto části těla odmítal.

Jakub znal mnoho říkadel a básní, některé dokázal odříkat sám, u jiných doříkával poslední slova veršů. Rád poslouchal pohádky, u známých pohádek, např. O veliké řepě, O koblížkovi, dopověděl větu. S malou dopomocí dokázal vyjmenovat dny v týdnu, roční období, pojmenoval některé barvy. Jakub byl velmi zvědavý, se zájmem poslouchal četbu i vyprávění o aktuálním učivu, např. o ovoci, o počasí, o zvířatech. Někdy se mu podařilo odpovědět i správně na otázku vztahující se k tématu.

Jakubovi byla předčítána kniha O kocourkovi Modroočkovi. Četba byla provázena všemi činnostmi, o nichž se četlo – mrskání kočičím ocáskem, drbání dřívkem pod krkem, osahávání a prohlížení větvičky, na kterou se Modroočko učil skákat. Kuba se tvářil velmi spokojeně, když jej pedagog šimral umělým kočičím ocáskem nebo když si vzal do ruky dřívko či větvičku a věci si se zájmem prohlížel. Neopomenul si věci přiložit na své citlivé místo na krku.

Hmatová stimulace byla u Jakuba dále posilována. Chlapec má hmatovou stimulaci rád, bavilo ho vytahovat různé předměty malým otvorem v krabici, někdy se mu podařilo správně vytažené věci pojmenovat – papír, šiška, kostka. Předkládané věci pečlivě zkoumal hmatem. Úspěchem bylo, pokud si předměty dával před oči a prohlížel si je. Procvičován byl při výuce úchop, chlapec přemisťoval z misky do misky různé drobné předměty (kamínky, kaštiny, fazole). S dopomocí se mu podařilo navléknout kroužky na trn, postavit komín. Při těchto činnostech byl však netrpělivý, později byl unaven. Rozuměl pokynům „vezmi“ a „dej“, líbilo se mu, když byl přehnaně přemlouván, aby věc dal. Dokázal váhat a sám si říkal „*Kubo, dej mi!*“.

Sluchová stimulace v podobě písniček a hry na kytaru patřila k Jakubovým oblíbeným činnostem. Chlapec znal poměrně velké množství písní, dokázal čistě intonovat (bylo možné píseň rozpoznat). Na požádání uměl říci sám název písničky, kterou chtěl slyšet. Rád hrál na Orffovy nástroje, dokázal vytvářet rytmus.

Jakub se účastnil pravidelně rehabilitačních cvičení. Cvičil 5x týdně Vojtovu metodu, kterou snášel dobře a toleroval ji. Hlavním cílem bylo zlepšení svalové síly, zlepšení držení hlavy a trupu. Často pak po cvičení býval unaven a usínal. Méně oblíbenou byla hipoterapie, tu razantně odmítal. Negativně chlapec reagoval také na orofaciální stimulaci a míčkování. Doteky míčků na obličeji chlapec odmítal, snažil se odtáhnout, slovně komentoval „nechci“. Dokázal poté vzdorovat, odmítal mluvit. Tato činnost byla upevňována, aby došlo ke zlepšení reakce na orofaciální stimulaci. Neoblíbené činnosti Jakub přijímal lépe, pokud byly doprovázeny zpěvem jeho oblíbených písní.

Zraková terapie byla prováděna ve stimulační místnosti, v níž bylo možné vytvořit úplnou tmu. Dobře tak vynikly světelné efekty, které byly pro Jakuba přitažlivé a podněcovaly jeho zájem. Chlapce zaujala především vánoční pestrá světla, pozoroval je v pohybu. Pedagog mu světla následně omotal kolem ruky, aby Jakuba přiměl

k součinnosti očí a rukou. Pozitivně chlapec reagoval také na světelnou houbičku, jež se rozsvěcovala a zhasínala dotykem. Jakub ruce sám aktivně nepoužíval, nechal se vést pedagogem.

Při zrakové stimulaci býval Jakub často neklidný a bez zájmu o aktivitu. Jako vhodné se jevílo opět propojení činnosti se zpěvem, Jakub se zklidnil a byl se pak schopen opět soustředit. Za běžných světelných podmínek se pracovalo také s hmatovým panelem (bílá či černá deska, na které jsou suchým zipem připevněny barevné sáčky vyplněné různými materiály), který lze položit na vozík. Kromě zrakové stimulace tak byly podporovány též kompenzační mechanismy.

Oblíbenou činností Jakuba byla muzikoterapie prováděná ve snoezelenu. Probíhala však většinou individuálně, na společnost dětí ve snoezelenu nereagoval chlapec pozitivně. Muzikoterapeutický program se skládal z pěti částí. Cílem první části (Aktivní) bylo uvolnit tenzi a napětí pomocí pohybu a hry na Orffovy nástroje, bubny. Důležitou součástí muzikoterapie byla barevná světla, která svítí během celého programu. V první části programu svítily červenou barvou, která by měla člověka aktivovat do pohybu a vybití energie. Jakub při příchodu do místnosti reagoval pozitivně, situaci okomentoval slovem „muzika“. Ještě před spuštěním relaxační hudby zahrál pedagog na kytaru známou píseň. Jakub byl vybídnut, aby se přidal ke hraní na Orffovy nástroje. Většinou je po chvílce odložil, případně zvolený nástroj držel po určitou dobu v ruce. Sám nehrál, jen pozoroval.

V druhé části programu (Zklidňující) se rozsvítily žluté světlo. Následovala klidnější hudba a pomocí různobarevných šátků bylo s Jakubem prováděno dechové cvičení. Chlapec byl pobízen k foukání do šátků, k mávání s ním. V momentě, kdy šátek Jakubovi zakryl obličej, reagoval chlapec podrážděně a šátek se snažil rychle odstranit.

Třetí část (Předrelaxační), doprovázena zeleným světlem, probíhala pomocí tzv. ocean drum. Jednalo se o bubínek polepený průsvitnou fólií, v němž byly obrázky ryb a moře a dále ocelové kuličky, které při naklánění bubínku vydávaly zvuky podobné mořským vlnám. Jakub si bubínek nenápadně prohlížel, po chvílce jej ale odložil. V této části programu byla prováděna relaxační masáž nohou. Bosé nohy byly Jakubovi vkládány do košíku s kaštanami, chlapec reagoval pozitivně.

Čtvrtá část (Zklidňující) představovala pro Jakuba vítanou činnost, mohl být sám sebou. Prohlížel si bílé světlo a vnímal relaxační hudbu. Odpočíval a byl celkově uvolněn.

Poslední pátá (Probouzecí) část, provázená žlutým světlem znázorňujícím slunce, probíhala u Jakuba bez problémů, unaven nebyl.

Jakub chodí na muzikoterapii velmi rád, užíval si situace, kdy nebyl nucen do činností. Byl rád sám sebou.

Dalšími činnostmi, kterých se Jakub účastnil, byly výtvarné práce. Prvotní motivací pro výrobu papírových draků se stala písnička Dráček. Pedagog ji přezpíval Jakubovi a po třetím zazpívání dokázal Jakub dozpívat rýmy písničky. Poté si mohl prohlédnout a osahat již hotového papírového draka. Při jeho vyrábění měl možnost pracovat s prstovými barvami. Při výrobě papírových draků si namáčel prsty do barev a tuto činnost hodnotil slovy „*to je studené*“. Když si poté Jakub ruce myl, hlásil „*to je horké*“. Voda však horká nebyla, chlapec žertoval.

Jakub je imobilní, při oblékání a svlékání kooperuje, nastavuje ruce, nohy, sundá si čepici, ponožky či vysune ruku z rukávu. Mívá pleny, v případě, že je na WC vysazen, potřebu vykoná.

Velké problémy se objevily s jídlem. Jakub odmítal mixovanou stravu. Přestože otevřel ústa a sám se povzbuzoval slovy „*Otevři, Kubo, pusinku, za mámu...*“, jídlo nakonec jazykem vysunul z úst ven. Během krmení mu byla opět zpívána oblíbená píseň. Při krmení byla nutná pomoc dvou osob – jedna musela Jakubovi držet ruce, druhá osoba jej krmila, obě zpívaly.

Spolupráce s rodinou byla dobrá, bezproblémová. Nejvíce se komunikovalo osobně s matkou nebo prostřednictvím komunikačního notýsku. Jakub pobýval ve stacionáři dopoledne, jezdil domů přibližně v 12.30 hodin.

5.4 Závěr šetření

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat problematiku výuky žáků s kombinovaným postižením a analyzovat projevy žáků s kombinovaným postižením. Výzkumné šetření jsem zaměřila na výuku a používání speciálních metod ve vyučování a dále na projevy žáků během individuální výuky.

Během šetření byly zodpovězeny následující výzkumné otázky.

1. Jaký vliv mají speciální metody na výuku žáků s kombinovaným postižením?

Na základě pozorování, analýzy dokumentace dětí, rozhovory s pedagogy mohu konstatovat, že používání speciálních metod ve výuce žáků s kombinovaným postižením je přínosné pro rozvoj kognitivních schopností, dovedností, rozvoj sociálních vztahů i sebeobsluhy. U obou sledovaných klientů byly zjištěny pokroky v oblasti vzdělání, byť se jedná pouze o minimální posun. Žáci nepřijímají speciální metody stejně, jsou rozdílní. S Danielem, vzhledem k handicapu řeči, bylo zpočátku obtížné komunikovat. Po delším společně stráveném času jsem však Danielovi dokázala porozumět.

Během šetření jsem také měla možnost pozorovat projevy klientů na používané metody. Jeví se stejně jako u zdravých spolužáků. Spokojenost dají najevo mimikou, úsměvem, stejně tak nespokojenost. Daniel reaguje mimikou, Jakub situaci hodnotí slovem „ne“.

Mezi speciální metody, které působily na žáky velmi pozitivně, patřil pobyt ve snoezelenu, canisterapie a muzikoterapie. Vzhledem k tělesnému postižení byla velká pozornost věnována fyzioterapii, polohování, které naopak bylo pro žáky nepříjemné až bolestivé.

2. Jaký význam má individuální vzdělávací plán při výuce žáků s kombinovaným postižením?

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá nezbytnost výuky žáka podle individuálního vzdělávacího plánu. Během pozorování se potvrdila účelnost IVP, neboť žáci postižení souběžně více vadami by nebyli schopni splnit požadavky běžných učebních osnov a kritérií. IVP umožňuje žákovi pracovat dle jeho vlastního tempa, rozumových schopností a dovedností, je přizpůsoben věku a zdravotnímu handicapu.

S individuálním vzdělávacím plánem jsou seznámeni zákonní zástupci žáka, v obou případech pozorovaných žáků byl IVP podepsán matkou klienta. Každý žák má vypracován IVP na celý školní rok, pedagog hodnotí výsledky práce stanovené IVP

každé pololetí. Cíle, které byly vytyčeny v IVP, se během prvního pololetí dařilo naplnit. U žáků nedošlo k regresi, byly zaznamenány mírné pokroky.

6. ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla problematika výuky žáků s kombinovaným postižením a projevy dětí s tímto postižením. Problematika, slovo, jež značí okruh problémů, problém, pak znamená věc k řešení. Tou se v našem případě stala otázka vzdělávání a výuky jedinců se zdravotním postižením, která se začala ve společnosti řešit teprve v nedávné době. Zavedením povinné školní docházky bylo těmto žákům umožněno zapojit se do vzdělávacího procesu, který je přizpůsoben jejich handicapu, rozumovým schopnostem a dovednostem.

Teoretická část bakalářské práce vymezuje pojem kombinované postižení, snaží se objasnit etiologii vzniku a klasifikaci kombinovaného postižení. Druhá kapitola se zaměřuje na dětskou mozkovou obrnu jako součást kombinovaného postižení, popisuje etiologii DMO a její formy.

Následující kapitola se zabývá projevy žáků s kombinovaným postižením a problémy, s nimiž se musí potýkat.

Čtvrtá kapitola bakalářské práce se věnuje vzdělávání žáků s kombinovaným postižením, objasňuje legislativní podmínky vzdělávání a seznamuje se základními kurikulárními dokumenty. Dále je zde charakterizována základní škola speciální a individuální vzdělávací plán. V kapitole se rovněž zabýváme metodami a formami vzdělávání žáků s kombinovaným postižením.

Pátá kapitola je věnována praktické části. Při výzkumném šetření byla zvolena metoda přímého pozorování, analýza dokumentace, analýza odborné literatury a rozhovor s pedagogem. Podávám popis výzkumné jednotky, v níž šetření probíhalo. Důležitou součástí výzkumného šetření tvoří kazuistiky dvou klientů základní školy speciální.

Vzdělávání a výchova žáků s kombinovaným postižením je nesnadný proces náročný na psychiku člověka. Všichni, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání postižených osob, by měli mít společný cíl – největší možný rozvoj vědomostí, schopností a dovedností, který by těmto žákům umožnil zařazení do společnosti. Důležitá je trpělivost pedagoga a hluboké metodické vědomosti, které je nezbytné dále prohlubovat. Malý posun ve zvládnutí činnosti u žáka, je pro pedagoga výrazným krokem vpřed, který přináší radost nejen samotnému pedagogovi, ale především rodičům žáka.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Seznam použitých českých zdrojů

- BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními potřebami*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- KRAUS, J. a kolektiv. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KOTAGAL, S. *Základy dětské neurologie*. Praha: Triton, 1996. ISBN 80-85875-06-3.
- LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972. ISBN 08-025-72.
- LESNÝ, I. *Dětská neurologie*. Praha: Avicenum, 1980. ISBN 08-024-80.
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. ISBN 978-80-7452-001-3.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova Univerzita pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-210-3819-6.
- OPEKAROVÁ, O. *Kapitoly z výchovného poradenství*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. ISBN 978-80-86723-96-9
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J. et. al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3.vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vydání. Praha: SPN, 1986.

- ŠLAPAL, R. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-160-7
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní speciální pedagogika*. 2.vyd. Brno: MSD, spol. s.r. o., Skorkovského 70a, 615 00 Brno, 2004. ISBN 80-86633-22-5.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.
- ZIKL, P. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-245-3856-7.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

- VANČOVÁ, A. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: KKT o. z. pre PdF UK, 2010. ISBN 978-80-970228-1-5.
- VAŠEK, Š. *Špeciálna pedagogika*. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 1996. ISBN 80-967180-3-7.

Seznam použitých internetových zdrojů

- Citáty slavných osobností* [online], 9.9.203 [cit. 9.9. 2013], Dostupné na [www http://citaty.net/](http://citaty.net/) <http://citaty.net/autori/osho/>
- Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. 1. vydání. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2008. 110 s. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z WWW: <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS_kor-final.pdf>. ISBN 978-80-87000-25-0
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším, odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. [online], 24.9.2004, [cit. 18.11.2013], Dostupné na [www: http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf](http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf)

Seznam ostatních zdrojů

Výroční zpráva Základní škola speciální a praktická škola Rooseveltova 2011/2012

[online]. 18. 10. 2013 [cit. 2013-18.10]. Dostupné z:

<http://www.skolaroos.cz/dokumenty.html>

SEZNAM ZKRATEK

ACTH	Adrenokortikotropní hormon
CNS	Centrální nervová soustava
CVI	Cortical visual impairment
DMO	Dětská mozková obrna
F	Kategorie psychiatrie v MKN-10
FT	Fototerapie
IQ	Intelligenční kvocient
IVF	In vitro fertilizace (oplodnění mimo tělo ženy)
IVP	Individuální vzdělávací plán
kol.	kolektiv
LMP	Lehké mentální postižení
max.	maximálně
MKN-10	10. Revize Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MŠ	Mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
OU	Odborné učiliště
R1	Rehabilitační tř. 1
RHB	Rehabilitace
RVP PV	Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
RVP ZS	Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání
RVP	Rámcově vzdělávací program
Sb.	Sbírky
SOŠ	Střední odborná škola
SOU	Střední odborné učiliště
ŠVP	Školní vzdělávací program
VÚP	Výzkumný ústav Praha
ZŠ	Základní škola
ZŠP	Základní škola praktická
ZŠS	Základní škola speciální

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Ergoterapeutický stolek.....	I
Příloha B – Pomůcky pro metodu míčkování	II
Příloha C – Boční rehabilitační polohovadlo	III
Příloha D – Zraková stimulace	IV
Příloha E – Snoezelen	V – VI
Příloha F- Výtvarné práce žáků s kombinovaným postižením	VII

PŘÍLOHY

Příloha A – Ergoterapeutický stůl

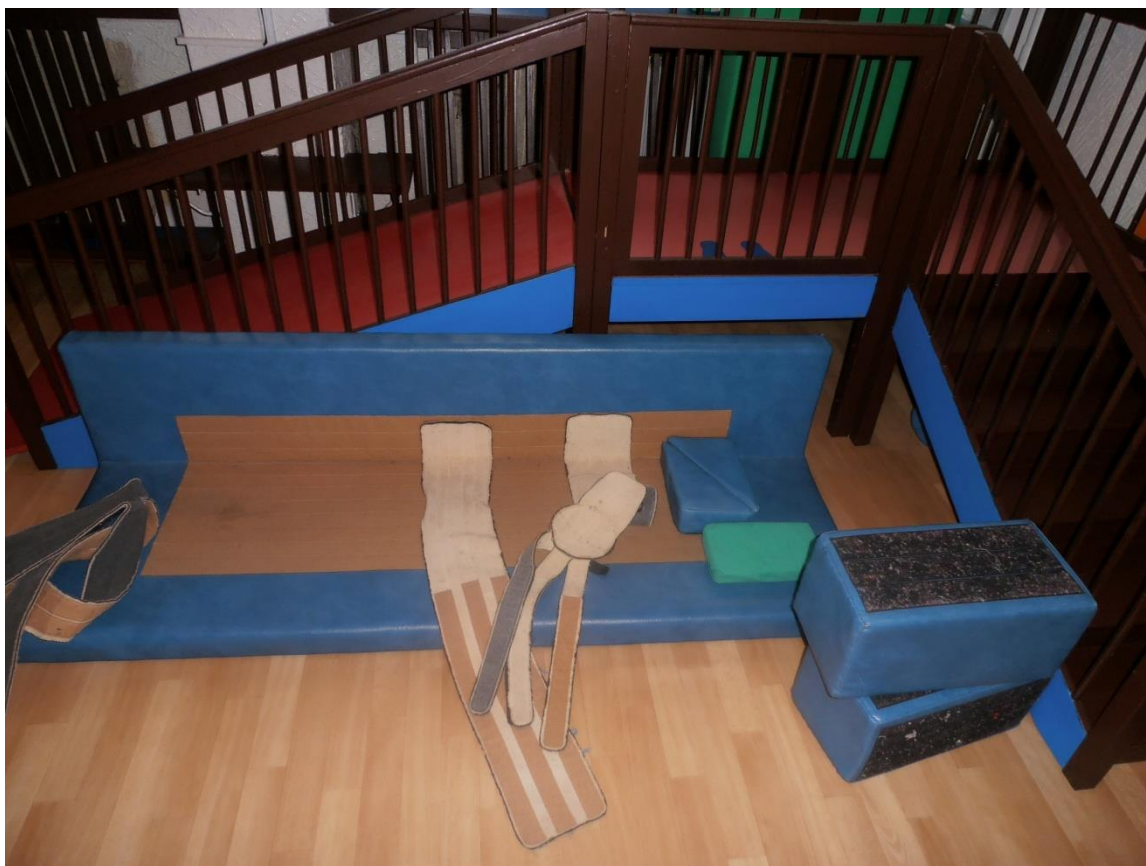


Příloha B - Pomůcky pro metodu míčkování



Pomůcky pro metodu míčkování, triangel na úvod, zvonek na konec hodiny.

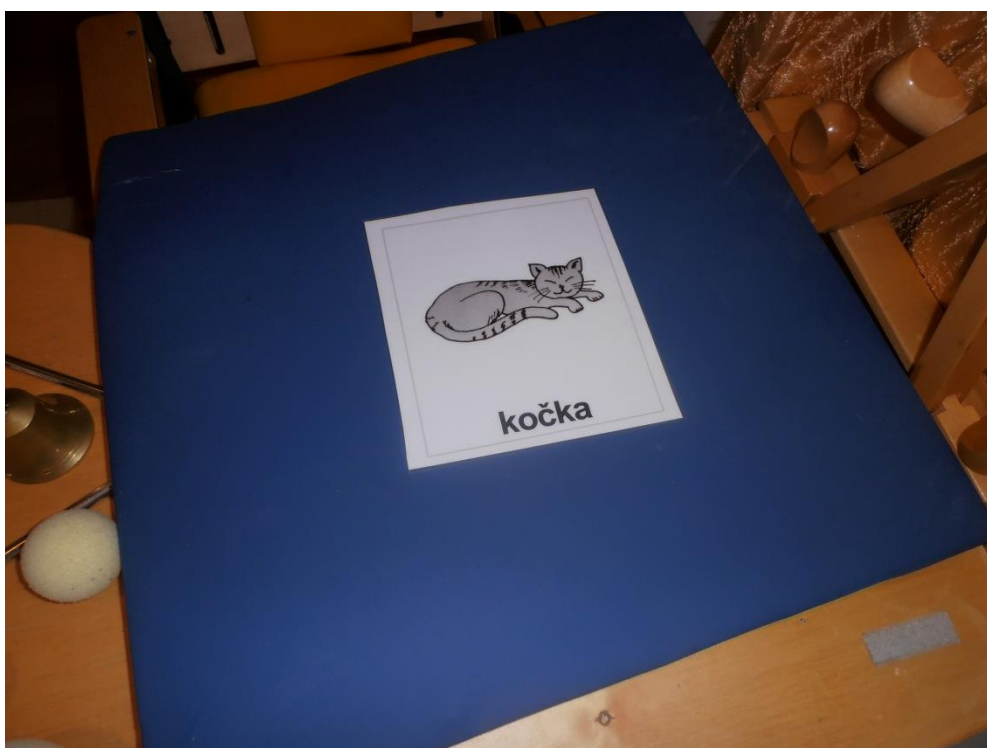
Příloha C – Boční rehabilitační polohovadlo



Příloha D – Zraková stimulace



Obr. a) Zraková stimulace – žlutý podklad



Obr. b) Zraková stimulace – modrý podklad

Příloha E – Snoezelen



Obr. a) Snoezelen – bublinkový válec



Obr. b) Snoezelen – světelný strop



Obr. c) Snoezelen – pomůcky muzikoterapie

Příloha F – Výtvarné práce žáků s kombinovaným postižením



Obr. a) Drak – výtvarná práce žáka Jakuba



Obr. b) Výtvarné práce žáků

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Michaela Divišová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: bakalářské kombinované studium

Název práce: Problematika výuky žáků s kombinovaným postižením, projevy dítěte s kombinovaným postižením

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 55

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů českých použitých zdrojů: 23

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 1

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann