

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Věra Tomanová

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

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2013–2016

BACHELOR THESIS

Věra Tomanová

**Problems of education for pupils with multiple disabilities,
symptoms of a child with multiple disabilities**

Prague 2016

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 8. 2. 2016

Věra Tomanová

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce Mgr. Milanu Fleischmannovi za cenné rady a podněty při vytváření bakalářské práce. Dále mé poděkování náleží Mgr. Lence Jandové za podporu a mamince dvojčat za důvěru a poskytnuté informace.

Anotace

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá kombinovaným postižením, možnostmi vzdělávání žáků s kombinovaným postižením, legislativou. Rozebírá problematiku výuky, zařazování stimulací a terapií. Popisuje projevy dítěte s kombinovaným postižením. Praktická část na základě dlouhodobého participačního pozorování, případové studie a rozhovorů seznamuje s metodami, stimulacemi a terapiemi, které je prospěšné a důležité zařazovat do výuky pro zdárný rozvoj a zkvalitňování života žáků s kombinovaným postižením, případně udržování jejich zdravotního stavu.

Klíčová slova

Bazální stimulace, handling, dětská mozková obrna, kombinované postižení, kompenzační pomůcky, mentální retardace, orofaciální stimulace, polohování, základní škola speciální.

Annotation

This Bachelor Thesis in its theoretical part deals with multiple disabilities, possible education of pupils with multiple disabilities, legislation. It analyzes the problems of education, the placement of stimulation and therapy. It describes the symptoms of a child with multiple disabilities. The practical part is based on long-term participant observation, interviews and discussions introduces with methods of stimulations and therapies that are beneficial and important to integrate into teaching for the successful development and improving the quality of life of children with multiple disabilities or maintain their health.

Keywords

Basal stimulation, Cerebral Palsy, combined disability, handling, compensatory aids, mental retardation, orofacial stimulation, positioning, special school.

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	9
1.1 Obecná charakteristika kombinovaného postižení.....	9
1.2 Mozková obrna jako kombinované postižení	11
1.3 Přidružená postižení dětské mozkové obrny	15
2 PROBLEMATIKA VÝUKY ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	17
2.1 Legislativní vymezení	17
2.2 Vzdělávání žáků s kombinovaným postižením.....	19
2.3 Výuka žáků s kombinovaným postižením	23
3 PROJEVY DÍTĚTE S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	26
3.1 Fyziologický vývoj dítěte	26
3.2 Projevy dítěte s kombinovaným postižením z pohledu výchovy a vzdělávání	28
PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 VÝUKA ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM, PROJEVY ŽÁKYŇ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	31
4.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	31
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ A INFORMANTŮ	32
4.3 Přehled a analýza stimulací zařazovaných do výuky žáků s kombinovaným postižením	35
4.4 Přehled a analýza terapií zařazovaných do výuky žáků s kombinovaným postižením	41
5 ANALÝZA VYBRANÝCH ŽÁKYŇ.....	45
5.1 Případová studie	45
5.2 Vstupní speciálně pedagogická diagnostika	48
5.3 Speciálně-pedagogická intervence	50
5.4 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro speciálně-pedagogickou praxi.....	56
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	61
SEZNAM ZKRATEK	65
SEZNAM OBRÁZKŮ	66

ÚVOD

Hlavním motivem pro zvolení si tohoto tématu bakalářské práce je zkušenost a praxe ve třídě základní školy speciální, kde jsou vzděláváni žáci s kombinovaným postižením s těžkou mentální retardací. Od samého začátku vzniku této třídy byl kladen důraz na zkvalitňování života žáků a dosahování pokroků v oblastech sebeobsluhy adekvátně ke konkrétnímu multihandicapu. Vzdělávací program nebyl zcela nastaven pro žáky s tak závažným postižením. Osnovy byly koncipované na mobilní, komunikující žáky. Nezbyvalo, než společně s dalšími odborníky pilíře výuky tvořit a upravovat v rámci možné legislativy.

Na základě těchto zkušeností bylo zvoleno téma s názvem „Problematika výuky žáků s kombinovaným postižením, projevy dítěte s kombinovaným postižením“.

První tři kapitoly bakalářské práce jsou teoretické, zabývají se obecnou charakteristikou kombinovaného postižení, mozkovou obrnou jako kombinovaným postižením s důrazem na somatopedické aspekty. Dále práce představuje projevy dítěte s kombinovaným postižením a možnosti vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Poslední dvě kapitoly jsou praktické. Cílem výzkumného šetření je popsat, jak naplnit výuku u žáků s kombinovaným postižením s těžkým mentálním postižením. Jak je vhodné zařazovat terapie a stimulační postupy pro dosažení a udržení maximálního rozvoje v osvojování návyků a získávání dovedností v rámci sebeobsluhy a socializace. Dále se zabývá případovou studií žákyň s kombinovaným postižením, popisem a vyhodnocením používaných metod ve výuce.

Teoretická část byla zpracována na základě analýzy a komparace odborné literatury. V praktické části byly ke sběru potřebných informací využity tyto metody: nestrukturovaná participativní pozorování třídy, anamnestické metody, analýza dokumentace žákyň, nestrukturovaný rozhovor s matkou žákyň. Na základě získaných dat a jejich zpracování byla vytvořena případová studie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

První teoretická kapitola řeší charakteristiku kombinovaného postižení, etiologii kombinovaného postižení, klasifikaci mentální retardace a epilepsii. Podrobněji zachycuje dětskou mozkovou obrnu jako souběžné postižení více vadami.

1.1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ

Definice kombinovaného postižení dle odborníků

„Typickými žáky vzdělávanými v podmínkách základní školy speciální jsou děti se středně těžkou, těžkou, případně hlubokou mentální retardací. Čím těžší stupeň mentálního postižení, tím větší pravděpodobnost závažnější kombinace s tělesným nebo smyslovým handicapem.“ (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008, s. 9)

Defektologický slovník (1978) pod pojmem kombinace popisuje **kombinované postižení** jednoduše, vždy jde o postižení současně dvěma či více vadami, například kombinace vady sluchu a zraku. Definici kombinovaného postižení uvedlo MŠMT ČR ve Věstníku č. 8/1997, č.j. 25602/97-22: *„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.“* (in Jakobová, A. 2011, s. 13) D. Opatřilová (2005) dále uvádí, že vady, poruchy a postižení mají tendenci se sdružovat a vyskytovat společně, dochází k jejich kombinaci a osoba může být tak **postižená více vadami**. M. Sovák (1980) mezi příčiny defektivity řadí vady a poruchy v kombinaci z oblasti duševní, tělesné nebo smyslové. Přičemž vada je vrozená a porucha získaná. Podle M. Vítkové (2006) kombinované postižení je **těžkým postižením** a zahrnuje omezení v prožitcích, projevech, jelikož jsou poškozeny funkce

centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Toto má dopad na intelekt, vnímání, pohyb a smyslové funkce. Otázka, odkud začít s péčí, závisí, která vada je dominantní a dítě tak nejvíce determinuje. V projevech se jedná o změny a omezení schopností emocionálních, kognitivních, tělesných, komunikačních a sociálních. P. Zikl (2011) doplňuje, že se často jedná o onemocnění neurologické, vyznačující se poruchami hybnosti (například dětská mozková obrna s mentální retardací). Sovákovo pojetí kombinovaných vad ve speciální pedagogice podává informaci o sdružení několika vad u téhož jedince. „Z hlediska defektologie je jakákoliv vada procesem závislým na vývoji a stavu mozku s psychikou a na stupni rozvoje sociálních vztahů.“ (Sovák, M. 1980, s. 22)

A. Jakobová (2011, s. 13) definuje tři skupiny kombinovaných postižení pro potřebu školního vzdělávání takto:

- „kombinace, kdy dominantním postižením je mentální retardace a přidružují se tělesná postižení, vady řeči, smyslová postižení, psychická onemocnění,
- kombinace smyslové vady s tělesným postižením, vadou řeči, hluchoslepotu,
- autismus a autistické rysy v kombinaci s dalším postižením.“

D. Opatřilová (2005) sumarizuje termíny z odborné literatury, jež se objevují nejčastěji – kombinované vady, těžké zdravotní postižení, sdružené defekty, hluboké postižení, těžké a hluboké postižení, multihandicap. Cizojazyčná odborná literatura používá v němčině termíny **mehrfach schwerstbehindert** (kombinované vady), **geistig schwerstbehindert** (těžké mentální postižení). Anglicky psaná odborná literatura disponuje termíny **multiple disability** (kombinované postižení) nebo **severe handicap** (těžké/závažné postižení). L. Ludíková (2005) doplňuje slovenské termíny **viacnásobné postihnutie** či **viaceré chyby**. Defektologický slovník (1978) definuje handicap jako určité znevýhodnění, které komplikuje výkon jedince, ztěžuje plnění úkolů, znemožňuje dosahování běžných životních cílů. L. Milichovský (2010, s. 22) definici handicapu doplňuje podle mezinárodní zdravotnické organizace (WHO) jako „ztrátu, znevýhodnění, omezení příležitostí jedince účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní.“

Etiologie kombinovaného postižení

Příčiny vzniku kombinovaného postižení bývají kategorizovány podle různých kritérií. Příčiny mohou být vnitřní (endogenní – geneticky podmíněné) nebo vnější (exogenní). Vlivy působí v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním. Většinou se kombinované postižení vyskytuje s poškozením mozku, tudíž, s mentální retardací. (Valenta, M.; Müller, O. 2003) Etiologické faktory způsobující vícenásobné postižení nejsou v řadě případů jasné. Mohou působit ve všech vývojových etapách, ale především v období prenatálním. Do této etapy patří tyto faktory: genetické vlivy, infekce, chromozomální aberace, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele. (Ludíková, L. in Renotírová, M., Ludíková, L. a kol. 2005) M. Vítková (2006) k tomuto výčtu doplňuje kraniocerebrální traumata, klimatické vlivy, poruchy vodního a iontového hospodářství, vlivy psychologické a neznámé. Z perinatálních příčin uvádí A. Jakobová (2011) nejzávažnější krvácení do mozku, hypoxii, asfyxii, vlivem abnormálních, komplikovaných porodů. Dále zmiňuje riziko při užití množství analgetik a riziko při instrumentálním porodu. Do postnatálních příčin řadíme infekce CNS, vrozené vady metabolismu, degenerativní onemocnění.

1.2 MOZKOVÁ OBRNA JAKO KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

Obecná charakteristika dětské mozkové obrny

Pojmu dětská mozková obrna (dále jen DMO) předcházela název Littleova nemoc vyznačující se příznaky ložiskového poškození mozku, což způsobuje poruchy hybnosti a psychiky v různém poměru. (Sovák, M. 1978) Tuto spastickou diparézu popsal prvně v 50. letech 19. století dr. Little. Sigmund Freud (vystudovaný neurolog) Littleův popis odmítl a uvedl, že komplikovaný porod je pouze indikátorem vážné poruchy, jenž má svůj původ už v období těhotenství. (Kudláček, M. 2012) U nás byl známý název Ivana Lesného z roku 1952 **perinatální encefalopatie**, který o sedm let později nahradil termín **dětská mozková obrna**. (Jakobová, A. 2011)

Alois Stehlík (1977) řadí dětskou mozkovou obrnu mezi neprogresivní postižení nervové soustavy. Nejedná se o jednu nemoc v přesném smyslu slova, ale o soustavu postižení, která vznikají v raném dětství nebo před narozením a určitý druh poruchy – poruchy centrální, související s mozkovou regulací hybnosti. A. Jakobová (2011) rozebírá název postupně. Slovo „dětská“ souvisí s obdobím vzniku. Slovo „mozková“ poukazuje na příčinu, kde vzniká. Slovo „obrna“ vyjadřuje, že tato nemoc způsobuje poruchy hybnosti těla, které zapříčiňuje poškození motorických oblastí mozku. M. Renotiérová (2005) přidává k poruchám hybnosti další následky, které se mohou projevit. Jsou to poruchy psychomotoriky, řeči, snížené rozumové schopnosti, epileptické záchvaty, pohybová neobratnost, neklid a celkové opoždění vývoje hybnosti.

Etiologie mozkové obrny

„DMO je porucha centrální regulace hybnosti a vývoje hybnosti vzniklá v nejranější vývojové éře. Není to postižení progresivní, ale ne neměnné.“ (Lesný, I. in Titzl, B. 1985, s. 56)

Většina autorů se shoduje nad následujícím dělením etiologických činitelů a to do tří skupin:

- **Prenatálními** příčinami jsou genetické faktory, nitroděložní infekce, Rh inkompatibilita (organismus matky produkuje protilátky proti krvinkám plodu, dochází k jádrovému icteru, který zasahuje vyvíjející se mozek), hypoxie, toxické působení, nedonošenost. (srov. Sekáčová, G., Ježek, D. 2008; Milichovský, L. 2010)
- Z **perinatálních** příčin jsou závažné komplikované porody, předčasné odloučení placenty, nízké Apgar skóre (výpočet skóre ze srdeční frekvence, dýchání a svalového napětí, reflexů a barvy kůže), hypoxie, asfyxie. (srov. Jakobová, A. 2011; Sekáčová, G., Ježek, D. 2008)
- K **postnatálním** příčinám patří infekce CNS (encefalitidy, meningitidy), degenerativní onemocnění, traumata. (srov. Jakobová, A. 2011; Milichovský, L. 2010)

Diagnostika dětské mozkové obrny

„Z mnoha důvodů je nezbytné, aby diagnóza DMO byla stanovena co nejdříve, aby bylo možné zahájit včasnou a cílenou léčbu.“ (Sekáčová, G.; Ježek, D. 2008, s.14)

V dnešní době medicína již disponuje mnoha diagnostickými metodami, jako je ultrazvukové vyšetření, vyšetření počítačovou tomografií, magnetická rezonance, elektroencefalografie. Rychlá, ale ne příliš přesná metoda je výpočet Apgar skóre, což je vizuální pozorování v časovém sledu po jedné, dvou a pěti minutách po porodu, kdy se sleduje pět funkcí – pulz, dech, svalové napětí, reakce na podráždění a zbarvení kůže. K diagnostice napomáhá sledování a hodnocení prvních reflexů ve vztahu k dosaženému stupni ontogenetického vývoje, například úchopové reakce, dále potom polohové reakce fyzické motoriky a lokomoční ontogeneze, například trakční zkouška nebo Vojtova reakce. (srov. Kudláček, M. 2012; Sekáčová, G., Ježek, D. 2008)

Specifické symptomy dětské mozkové obrny

Mezi poruchy svalového tonu řadíme **hypertonii**, vyznačující se vyšším napětím. Svalová tuhost způsobuje rezistenci proti protažení. Typickým znakem jsou na pohmat tuhé svaly. **Hypotonie** je naopak nižší svalové napětí. Objevuje se v kojeneckém období, okolo třetího roku věku se mění v některou z dyskinetických nebo spastických forem. Je doprovázena těžkou mentální retardací. **Spasticita** patří mezi nejzávažnější a nejrozšířenější symptomy. Vyznačuje se nápadným záklonem hlavy, vznikem kontraktur, flekčním držením horních končetin. **Dyskineze** spočívá v nerovnoměrném svalovém napětí, které způsobuje vůlí neovlivnitelné mimovolní pohyby. Pohyby mohou být choreatické (prudké, malé), balistické (velké, často i celých končetin), myoklonické (trhavé záškuby svalstva), atetoické – vlnité. (srov. Jakobová, A. 2011; Kudláček, M. 2012; Milichovský, L. 2010; Renotierová, M. 2005; Sekáčová, G., Ježek, D. 2008; Stehlík, A. 1977; Lesný, I. in Titzl, B. 1985)

Formy dětské mozkové obrny a druhy projevů

Karel a Berta Bobathovi dělí DMO do čtyř hlavních skupin. První skupinou jsou formy **spastické**, které se mohou vyskytovat v lehké, střední a těžké formě. Další skupiny tvoří formy **hypotonické**, **ataktické**, u nichž buďto je nebo není spasticita či atetóza. Poslední skupinu tvoří **atetoidní** formy, vyskytující se jako čisté atetózy, choreoatetózy, atetózy se spasticitou. (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008)

Spastická forma DMO se vyznačuje různými, vždy patologickými, pohybovými vzory se stále zvýšeným posturálním tonem. „*Tyto pohybové vzory se mohou měnit v závislosti na způsobu lokomoce (prostředek automatického vyjádření realizace snahy po kontaktu s okolím) dítěte, na způsobu polohování a na handlingu.*“ (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008, s. 18) Dítě nemá potřebu se pohybovat, pohyb mu nečiní radost, je pomalý a namáhavý. (Kudláček, M. 2012)

U **kvadruparetické formy** je postiženo celé tělo. Nedochozí k zapojení horních končetin (dále jen HKK) do funkce. Dítě nemá žádné mimovolní pohyby, ani obranné reakce. Ztěžně přijímá potravu, nevymizely předozadní pohyby jazyka. Vážně zvedání hlavy, napřimování je doprovázeno otevřenými ústy a sliněním. Dýchání je mělké, povrchové. Prognóza bývá velmi nepříznivá. (srov. Sekáčová, G., Ježek, D. 2008; Stehlík, A. 1977)

Forma hemiparetická je nejčastěji se vyskytující formou, postihuje obě končetiny jedné poloviny těla. Dochází ke skoliotickému vybočení páteře. U těžších forem dítě ruku vůbec nepoužívá. Pohyb při otáčení ze zad na břicho je prováděn přes postiženou stranu. Dívá se ke zdravé straně, je znatelná asymetrie v obličeji, ústa otevírá asymetricky, jazyk směřuje ke zdravé straně. (srov. Jakobová, A. 2011; Sekáčová, G., Ježek, D. 2008)

Klasická **diparetická forma** je v Defektologickém slovníku (1978) popisována jako postižení dolních končetin s kontrakturou adduktorů stehien. Objevuje se u nedonošených dětí s nízkou porodní hmotností. Jedná se o symetrické postižení obou dolních končetin (dále jen DKK), které jsou vůči velikosti trupu krátké. U nejtěžších

případů je chůze nemožná. (srov. Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. 2005; Stehlík, A. 1977; Vítková, M. 2006)

Hypotonickou formu charakterizuje nízké svalové napětí a závažné mentální postižení. Děti disponují hypermobilitou (větší rozsah pohybu v kloubech), nedostatečnou kontrolou hlavy trupu. Je nutná opatrná manipulace, hrozí luxace kloubů. Hypotonie bývá přechodným stavem, později přechází ve spasticitu. Dýchání je mělké, povrchové. Hrozí velké nebezpečí aspirace (vdechnutí potravy) při krmení. (srov. Kudláček, M. 2012; Sekáčová, G., Ježek, D. 2008) Těžké postižení, postihující hrubou i jemnou motoriku je obrazem **atetoidní formy**. Pohyby hlavy a trupu jsou nekontrolované, což komplikuje senzomotorické učení. Velké potíže činí krmení těchto dětí. Objevují se mimovolní pohyby, projevující se jako svalové křeče. (srov. Jakobová, A. 2011, Sekáčová, G., Ježek, D. 2008) Progresivní i neprogresivní charakter může mít **ataktická forma**. Jedná se většinou o genetické onemocnění. Dětem činí potíže kontrola posturálního napětí a koordinace. Mezi typické projevy patří třes končetin, vrávorání hlavy, s tím souvisí špatná technika polykání, obtížné krmení. (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008)

1.3 PŘIDRUŽENÁ POSTIŽENÍ DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

U dětské mozkové obrny se často vyskytují další **přidružená postižení**, jako například mentální retardace, epilepsie, poruchy vědomí, poruchy sluchu, zraku – amblyopie, strabismus, nystagmus, kyslíková retinopatie i refrakční vady. Další postižení v citové oblasti, komplikace ortopedického charakteru, poruchy somatického růstu a poruchy řeči. (Jakobová, A. 2011) Blíže se práce bude zabírat pouze těžkou mentální retardací.

Klasifikace mentální retardace (MR) je rozdělena do šesti kategorií – lehká, středně těžká, těžká, hluboká, jiná a nespecifikovaná mentální retardace. (Švarcová, I. 2000) **Lehká MR**, IQ 50 – 69, se projevuje hlavními potížemi při teoretické práci ve škole. **Středně těžkou MR**, IQ 35 – 49, charakterizuje výrazné opoždění v rozvoji chápání a užívání řeči. Schopnosti sebeobsluhy jsou omezené. Ve školním vzdělávání si osvojují základy trivia – čtení, psaní, počítání. Samostatný život v dospělosti nebývá možný.

(srov. Krejčířová, O. 2005; Švarcová, I. 2000) Mezi projevy **těžké mentální retardace**, IQ 20 – 34, patří omezený neuropsychický vývoj, výrazné omezení úrovně všech schopností, výrazné porušení motoriky, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova. Jedinec mívá poškozenou afektivní sféru, může trpět sebepoškozováním. Součástí bývá i somatické postižení a epilepsie. Při vzdělávání těchto jedinců je nejdůležitější budovat návyky a osvojovat nejzákladnější dovednosti v rehabilitační třídě. (Krejčířová, O. 2005) Podle I. Švarcové jsou možnosti výchovy a vzdělávání velmi omezené. Důležité je co nejdříve začít s komplexní péčí, která zahrnuje složku výchovnou, rehabilitační, vzdělávací a přispívat tak k rozvoji motoriky, řeči a kognitivních schopností. V rámci míry postižení rozvíjet k soběstačnosti. (Švarcová, I. 2000) U **hluboké MR** je IQ nižší než 20 a zpravidla se dá velmi těžce určit. Bývá doprovázena neurologickými a tělesnými nedostatky. **Jiná mentální MR** se klasifikuje při výskytu přidruženého somatického nebo sensorického poškození.

Nespecifikovaná forma MR se diagnostikuje tehdy, je-li prokázána mentální retardace, ale pro nedostatek informací nelze zařadit do konkrétní kategorie. (srov. Sekáčová, G., Ježek, D. 2008; Švarcová, I. 2000) Další závažnou přidruženou poruchou je **epilepsie**, která je prokázána až u dvou třetin dětí s DMO. Je spojena s poruchami vědomí. „*Epilepsie je mozkové postižení různého původu, charakterizované opakujícími se záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky, podmíněnými excesivními (nadměrnými) výboji mozkových neuronů.*“ (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008, s. 15) A. Jakobová (2011) uvádí rozsah záchvatu dle místa v mozku. Jde-li o generalizovaný záchvat, jsou postiženy obě hemisféry. Parciální záchvaty přisuzujeme pouze ohraničené části mozku. G. Sekáčová popisuje, s jakými typy záchvatů se můžeme setkat: „*Grand mall (křeče, pokousání, bezvědomí, pomočení), petit mall (mráкотy, vrávorání, bez křečí), Jacksonské záchvaty (záškuby svalových skupin, nekoordinované pohyby), psychomotorický záchvat (pobíhání po místnosti, zastřené vědomí, nesmyslná činnost), epileptický mráкотný stav (částečné zastření vědomí, automaticky vykonávaná činnost).*“ (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008, s. 16)

2 PROBLEMATIKA VÝUKY ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Speciální školství během uplynulých let prošlo řadou významných změn ve vzdělávání žáků s postižením. Hlavním cílem bylo vytvořit takové prostředí, které by umožňovalo všem žákům rovný přístup ke vzdělání s ohledem na jejich individuální potřeby a zároveň bez jakékoliv diskriminace. Současným trendem vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je integrace do škol hlavního vzdělávacího proudu za speciální podpory. A dále ve školách samostatně zřízených. (Zákon č. 561/2004 Sb.)

Tato kapitola se zabývá vzděláváním žáků s kombinovaným postižením, legislativou a problematikou výuky žáků s kombinovaným postižením. Popisuje metody práce a možnosti jejich využití při výchově a vzdělávání žáků s vícečetným postižením.

2.1 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ

Podle **Listiny základních práv a svobod** (1993) mají všichni právo na vzdělání (článek 33). V **Úmluvě o právech dítěte** je zahrnuto zaručení bezplatného a povinného základního vzdělávání všem dětem.

Česká vzdělávací politika v **Národním programu rozvoje vzdělávání v České republice (tzv. Bílá kniha)** z roku 2001 uvádí myšlenková východiska, obecné záměry a rozvojové programy směřované pro vývoj naší soustavy vzdělávání ve střednědobém horizontu. Zabývá se také problematikou vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen SVP). Do prioritních principů zařazuje zajištění spravedlivého přístupu ke vzdělávacím příležitostem pro uspokojení všech vzdělávacích potřeb společnosti. Usiluje o maximální rozvíjení potenciálu každého jedince a za stěžejní považuje tendence odstraňovat segregované vzdělávání dětí se SVP a integrovat je

do běžných škol. Snaží se o to, aby bylo možné dosáhnout vyšší kvality a především funkčnosti vzdělávání. (Bílá kniha, 2001)

V návaznosti na Bílou knihu upravuje vzdělávání ve školách a školských zařízeních **Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů**. §16 školského zákona definuje dítě, žáka a studenta se speciálními vzdělávacími potřebami jako osobu se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Kombinované postižení, jako souběžné postižení více vadami je zahrnuto do kategorie zdravotní postižení. Dále §16 zaručuje právo jedinců se SVP na vzdělávání, které odpovídá jejich vzdělávacím potřebám a možnostem s používáním adekvátních metod a forem. Je zde deklarováno právo na poradenskou pomoc a na bezplatné užívání speciálních učebnic, didaktických a kompenzačních pomůcek poskytovaných školou. §16 rovněž uvádí, že žáci s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, pokud nejsou vzdělávání jinak a vyžaduje-li to povaha jejich postižení. Plnění školní docházky a odkladu školní docházky se věnuje § 36 a § 37. (Zákon č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Školský zákon stanovil pro všechny oblasti vzdělávání **rámcové vzdělávací programy** (dále jen **RVP**). Jsou to kurikulární dokumenty státní úrovně, jež vymezují klíčové kompetence, povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání. Každá škola na základě RVP zpracovává své vlastní **školní vzdělávací programy** (dále jen **ŠVP**).

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů, definuje § 1 vyrovnávací a podpůrná opatření. Vyrovnávací opatření při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním zahrnují speciálně pedagogické metody a postupy, poskytování individuální podpory při výuce, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga. Mezi podpůrná opatření patří využití speciálních metod, postupů a forem vzdělávání, využití kompenzačních, rehabilitačních a didaktických pomůcek. Dále zajištění jiné úpravy organizace

vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka, snížení počtu žáků ve třídě, poskytování pedagogicko-psychologických služeb či zajištění služeb asistenta pedagoga. Vyhláška uvádí, že za žáky s těžkým zdravotním postižením jsou považováni i žáci se souběžným postižením více vadami, středně těžkým, těžkým či hlubokým mentálním postižením. Těmto žákům náleží nejvyšší míra podpurných opatření. Dále vyhláška definuje organizaci, cíle, formy a zásady speciálního vzdělávání, popisuje charakter škol při zdravotnických zařízeních, vymezuje obsah individuálního vzdělávacího plánu (dále jen IVP) a činnost asistenta pedagoga. Ve třídách, kde se uskutečňuje vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením, mohou vykonávat výchovně vzdělávací činnost souběžně tři pedagogičtí pracovníci, z nichž je alespoň jeden asistent pedagoga. Se souhlasem ředitele školy může u žáka působit osobní asistent. Osobní asistent není zaměstnancem právnické osoby, jež vykonává činnost školy. (Předpis č. 73/2005 Sb.) V souvislosti s edukací jedinců s kombinovaným postižením je nutné zmínit **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů**. Tento zákon obsahuje poskytování sociálních služeb jako je osobní asistence, raná péče, denní stacionáře, týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, popisuje činnost poradenských pracovníků ve školách, tedy výchovného poradce, metodika prevence, školního psychologa a školního speciálního pedagoga. Dále charakterizuje činnost školských poradenských zařízení, to jsou pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra a střediska výchovné péče. Účelem poradenských služeb je přispívat k vytváření vhodných podmínek pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zmírňovat důsledky zdravotního postižení. (Předpis č. 72/2005 Sb.)

2.2 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Pro plnění povinné školní docházky je ideální navázat na systém **rané péče** a předškolního vzdělávání. Termín raná péče zahrnuje systém služeb a programů poskytovaných také dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Jedním z cílů je

zmírňovat následky postižení a rodině i dítěti pomoci v sociální integraci. (Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením in Vítková, M. 2006) Do kontaktu s dítětem a jeho rodiči přicházejí nejprve lékaři a fyzioterapeuti. Je tedy na rodinách, pokud mají pochybnosti v souvislosti s nepříznivým vývojem dítěte, aby hledali další pomoc a podporu. (Opatřilová, D. in Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L. 2012) **Předškolní vzdělávání** dětí s kombinovaným postižením realizují mateřské školy běžného typu formou individuální nebo skupinové integrace, nebo speciální mateřské školy. (RVP PV, 2004)

Dítě se souběžným postižením více vadami může být zařazeno do **přípravného stupně základní školy speciální**, a to od školního roku, v kterém dosáhne věku pěti let. O tomto zařazení rozhoduje ředitel školy na základě písemné žádosti zákonného zástupce a písemného doporučení školského poradenského zařízení. Přípravný stupeň základní školy speciální upravuje novela zákona č. 49/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Uvádí, že přípravný stupeň může být až tříletý, nezapočítává se do povinné školní docházky. Z přípravného stupně může být kdykoliv přeřazen do základní školy speciální. Přípravný stupeň základní školy speciální plní úkol diagnostický, úkol reedukačního rozvoje postižených funkcí a také socializační a respitní, jak pomoci a ulevit rodičům. (Fialová, I. in Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L. 2012)

Základní vzdělávání

Základní vzdělávání navazuje na předškolní vzdělávání a na výchovu uskutečňující se v rodině. V České republice je povinná školní docházka pro všechny děti, všech úrovní schopností a ze všech vrstev obyvatelstva. (Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L. 2012) Povinnost školní docházky stanovuje zákon na devět let. Povinná školní docházka (dále jen PŠD) se většinou zahajuje začátkem školního roku po dni, kdy dítě dovrší šestého roku (§ 36). Pokud dítě není dostatečně zralé pro plnění školních povinností, může zákonný zástupce požádat o odklad. K žádosti se přikládá doporučení školského poradenského zařízení a odborného lékaře nebo klinického psychologa. Plnění školní docházky je možné odložit nejdéle do začátku školního roku, v němž dítě dosáhne osmi let (§ 37). Základní vzdělávání se ukončuje nejdéle koncem školního roku, v němž žák dosáhne osmnáctého roku věku. Ředitel školy může žákům se

zdravotním postižením povolit vzdělávání do konce školního roku, v němž je dosaženo dvacátého roku. A žákům se souběžným postižením více vadami je se souhlasem zřizovatele povoleno do dosažení dvacátého šestého roku věku.

Základní vzdělávání žáků s vícenásobným postižením se může realizovat podle úrovně jejich kognitivních schopností formou individuální či skupinové integrace na běžné **základní škole**, dále na škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, nebo jiným způsobem plnění povinné školní docházky dle § 40 – 42 školského zákona. Pokud jsou žáci integrováni do běžné základní školy, vzdělávají se podle individuálního vzdělávacího plánu, daného Rámcovým vzdělávacím programem pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV). V **základní škole praktické** se vzdělávají žáci, kteří pro sníženou rozumovou úroveň nejsou schopni splňovat požadavky běžné základní školy. Toto vzdělávání je uskutečňováno podle Přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Je to součást Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV LMP). Ukončením tohoto programu žáci získávají základní vzdělání. (RVP ZV LMP, 2005) Změny nastanou od 1. září 2016, v souvislosti se zrušením přílohy LMP. Situace je v řešení.

Základní škola speciální je určena ke vzdělávání žáků se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením, žáků s více vadami a autismem. Vzdělávání se uskutečňuje dle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální (dále jen RVP ZŠS). Po jeho absolvování žáci získávají základy vzdělání. (RVP ZŠS, 2008) Vzdělávání je rozděleno na první stupeň (1. – 6. ročník) a druhý stupeň (7. – 10. ročník), vzdělávání probíhá po dobu deseti let. Vyučovací hodina v závislosti na individuálních schopnostech a potřebách dítěte může být dělena na více jednotek. Učivo je redukováno. Soustředí se do oblastí prakticky zaměřených činností a pracovních dovedností. (Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L. 2012)

RVP ZŠS obsahuje dva díly. Díl I je koncipován pro žáky se středně těžkým mentálním postižením. Důležitost spatřuje v osvojování klíčových kompetencí komunikativních, pracovních, sociálních a personálních. Obsah je přizpůsoben nižší úrovni rozumových schopností žáků a je rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí. Jsou to: Jazyková komunikace, Matematika a její aplikace, Informační a komunikační

technologie, Člověk a jeho svět, Člověk a společnost, Člověk a příroda, Umění a kultura, Člověk a zdraví, Člověk a svět práce. Obsahuje rovněž průřezová témata.

Díl II je určen žákům s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Hlavním cílem je osvojování základních poznatků a praktických činností především v oblasti sebeobsluhy a užívání předmětů denní potřeby. To je nejdůležitější pro dosažení určité míry soběstačnosti. Vzdělávání se uskutečňuje v pěti oblastech: Člověk a komunikace (Rozumová výchova a Řečová výchova), Člověk a jeho svět (Smyslová výchova), Umění a kultura (Hudební výchova a Výtvarná výchova), Člověk a zdraví (Pohybová výchova, Rehabilitační tělesná výchova nebo Zdravotní tělesná výchova), Člověk a svět práce (Pracovní výchova). (RVP ZŠS, 2008) „*U žáků s kombinovaným postižením (mentálním postižením a dalším zdravotním postižením – tělesným, zrakovým, sluchovým, těžkými vadami řeči a autismem) je třeba uplatňovat při vzdělávání speciálně pedagogické postupy a alternativní metody výuky.*“ (RVP ZŠS, 2008, s. 96) Na základě rámcového vzdělávacího programu každá škola vzdělává žáky podle svých vytvořených Školních vzdělávacích programů. Tento program si škola zpracovává na konkrétní potřeby, možnosti a schopnosti žáků. Je závazný a je k dispozici k nahlédnutí na veřejně přístupném místě. V základní škole speciální se výsledky vzdělávání hodnotí slovně. (Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L. 2012) Při výuce žáků s kombinovaným postižením je třeba vést žáky především „*k osvojení hygienických návyků a činností týkajících se sebeobsluhy, rozvíjení pohyblivosti žáka a snažit se o dosažení co nejvyšší míry jeho samostatnosti, vést žáka k rozvoji komunikačních dovedností, rozvíjet schopnost spolupráce, vést žáka k vytváření pozitivních vztahů ke spolužákům a k začlenění do kolektivu, vytvářet potřebu projevovat pozitivní city, připravovat žáky k tomu, aby se projevovali jako samostatné osobnosti a rozvíjet žákovu pozornost, vnímavost a poznání.*“ (Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L. 2012, s. 148) Výuka žáků s kombinovaným postižením probíhá v **rehabilitačních třídách**, kde je stanoven počet na 4 – 6 žáků. Je nezbytné mít vhodné prostory, kompenzační, didaktické a rehabilitační pomůcky, pomůcky pro zrakovou stimulaci a pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci. V rehabilitačních třídách je nutná spolupráce s dalšími odborníky, jako je psycholog, logoped, lékař, rehabilitační pracovník, sociální pracovník. Podstatná je též komunikace s rodinou. (Valenta, M., Müller, O. 2003) Metody výuky v rehabilitační třídě žákům

napomáhají hledat formy komunikace s okolím a napomáhají rozvoji motoriky, tělesného i duševního potenciálu. (Krejčířová, O. in Renotierová, M., Ludíková, L. a kol. 2005)

2.3 VÝUKA ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

V dřívějších letech se vzdělávání žáků s těžkým a hlubokým postižením orientovalo na základní péči (jídlo, hygiena), aniž by docházelo k dalšímu rozvoji. Ale každý sebemenší pokrok ve vývoji přispívá ke zkvalitnění jejich života. Slovenský odborník v této problematice K. Matulay již v roce 1986 prosazoval důležitost zprostředkovávání podnětů a stimulací, jež rozšiřují vedení vzruchů a tím i růst neuronů. Jedinec tak lépe vnímá své tělesné schéma, dochází k rozvoji motorických, kognitivních a sociálních schopností (Švarcová, I. 2000). Dále doporučuje u žáků s těžším mentálním postižením výuku členit do bloků, střídát činnosti, pracovat různými metodami a udržovat tak jejich pozornost, která je velmi nízká. Při výuce je důležité zařazovat aktivity pro rozvoj osobnosti jedince, především působením na oblast motoriky, sensoriky a komunikace. (Opatřilová, D. 2005) Má-li výuka probíhat úspěšně, je zapotřebí naplňovat základní potřeby dítěte jako například potřebu podnětů, změny a pohybu, potřebu stability, vazby, uznání, sebeurčení. V interakci s druhými (pedagog, asistent pedagoga, osobní asistent) potřebují tělesnou blízkost pro získání přímé zkušenosti, spolehlivou péči a porozumění. Pedagog jim umožňuje změny polohy a pohyb, přibližuje jim prostředí pro pocit jistoty. (Vítková, M. in Opatřilová, D. 2005)

Handling a polohování jako nezbytná součást práce speciálního pedagoga

Handling je popisován jako soubor technik, které slouží k úpravě svalového napětí a navozování správného pohybu. Těmito postupy zabezpečíme dítěti správnou senzomotorickou zkušenost. Během handlingu je dítěti nabízena pomoc (hands on interence) a ve správný čas je nutné tuto pomoc oddálit (hands off interence), aby se dítě stávalo samo aktivním. Jedná se o přístup manželů Bobathových. Při práci s imobilními žáky je důležité znát jejich aktuální zdravotní stav. Je třeba pracovat

empaticky, představit si pocity ležícího dítěte a jeho vnímání okolního prostoru, které bývá značně omezeno. (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008) „*Polohování je součástí handlingu, což je celodenní aplikace prvků různých rehabilitačních technik, které jsou zaměřené na stimulaci/facilitaci hybnosti, inhibici patologických pohybových vzorů a podporu vývoje normálních motorických projevů. Aktivity jsou realizovány po celý den v rámci běžných aktivit (jídlo, učení, hygiena, hra) a vykonávají je pod supervizí odborníka všechny osoby, které s žákem pracují.*“ (Zíkl, P. 2011, s. 63) Využíváním handlingu při vyučování přispíváme k budování tělesného schématu, motorické aktivitě, antigravitačnímu vzpřímení, očnímu kontaktu, zvukové integraci, taktilnímu čítí, práci vestibulárního aparátu – stimulujeme všechny smysly. (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008) D. Opatřilová (2005) doplňuje informace o využívání pomůcek, které by měly být měkké, ale pevné, omyvatelné a různých velikostí. Poloha pro práci či relaxaci by neměla trvat déle než třicet minut. Žáci s těžkým postižením při výuce využívají speciální židličky, přičemž svalové skupiny zůstávají delší dobu pasivní. Je důležité zařazovat pestrou škálu polohování pro budování nových senzomotorických zkušeností. Každá změna polohy pozitivně ovlivňuje žádoucí zatěžování kloubů, které se tak mohou lépe vyvíjet. Polohováním stimulujeme vestibulární aparát, podporujeme plicní ventilaci a aktivujeme hluboké čítí. Polohováním plníme funkci relaxační nebo stimulační. (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008)

Metoda bazální stimulace

Pojem bazální stimulace vystihuje základní nabídku podnětů. Těžce postižený žák není schopen se sám postarat o přísun těchto podnětů. Koncepce bazální stimulace rozvíjí vnímání. (Vítková, M. 2006) **Somatickými podněty** se snažíme docílit poznání vlastního těla, jeho ohraničení. Vedeme k poznání a využívání povrchu těla jako orgánu vnímání. **Akustickými podněty** posilujeme vnímání rozlišování směru a intenzity zvuku. **Vizuálními podněty** stimulujeme oční pohyby, fixování předmětů a učíme aktivovat postavení očí. (Opatřilová, D. 2005) O. Zelinková (2001) popisuje důležitost vestibulárního aparátu, jenž je umístěn v uchu. Umožňuje vnímání rovnováhy, působí na držení těla, zajišťuje prostorové představy a prostorovou orientaci. Proto dítěti zprostředkováváme **vestibulární podněty** k vnímání pohybu těla v prostoru a pohybu různými směry. (Opatřilová, D. 2005) Každý jedinec ve svém vývoji prochází fázemi,

kdy leze, plazí se, stojí, chodí, skáče a získává tak do povědomí informace o měnící se zátěži, o vibracích. Těžce postiženému je nutné **vibrační podněty** nabízet prostřednictvím vibračních pomůcek. Pomůcky přikládáme na kosti a klouby, které chvění dále rozvedou po těle. Čichové a chuťové vjemy zaujímají významnou roli pro zdravý vývoj dítěte. Děti s těžkým mentálním postižením čichové vjemy s velkým zájmem vyhledávají. Orální zóna je nejsensibilnější částí lidského těla. Krmením sondou či kašovitou stravou značně zónu ochabuje. Stejně tak, nenastane-li vývojové období zkoumání objektů a aktivita ruka – ústa. (Vítková, M. 2006)

Orálními podněty je nutné aktivizovat oblast úst. Zprostředkovávat žákům čichové a chuťové vjemy. Učit je používat ústa ke zkoumání vlastností. (Opatřilová, D. 2005) Dalším důležitým prostředkem k poznávání světa je hmat. Taktilní percepce bývá ve výuce opomíjena. Pomocí **taktilně haptických podnětů** umožňujeme rukama něco cítit, poznávat, rozlišovat různě drsné povrchy, uchopovat, přemísťovat. (Zelinková, O. 2001)

3 PROJEVY DÍTĚTE S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Psychologické zvláštnosti jedinců s kombinovaným postižením jsou odvislé od stupně mentální retardace. Chování dítěte se projevuje zvýšenou závislostí na rodičích, poruchami v meziosobních vztazích a komunikaci, infantilností osobnosti, v nedostacích v osobní identifikaci. Jedinci mají zvýšenou potřebu uspokojení a jistoty, zvýšenou pohotovost k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím. Mohou reagovat impulzivně nebo naopak celkovou zpomaleností chování. Disponují sníženou přizpůsobivostí k sociálním a školním požadavkům. (Krejčířová, O. 2005) Projevy dítěte jsou odvislé od fyziologického vývoje, během něžž dítě získává a zdokonaluje různé dovednosti. Sledujeme oblasti senzomotorického vývoje, jazykově-komunikačního, emocionálně-sociálního a kognitivně-percepčního vývoje. (Sekáčová, G., Ježek, D. 2008) J. Slowík (2010) upozorňuje, jak přistupovat k osobám s mentálním postižením. Nejedná se pouze o postižení intelektu, ale postižení je prostoupeno v celé osobnosti.

3.1 FYZIOLOGICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE

Podle fyzioterapeutky G. Sekáčové (2008) je v edukaci jedinců s kombinovaným postižením nutné přihlížet jaké dovednosti si osvojovalo v prvním roce života, který je možné rozdělit na období čtyř trimenonů.

I. trimenon (0 – 3 měsíce): projevy hrubé motoriky – koncem období dítě leží na břiše s oporou o obě předloktí, po dobu přibližně jedné minuty udrží vzpřímenou hlavu v úhlu 45 až 90 stupňů. Funkce HKK – úchopový reflex, nikoliv záměrný, pohyby končetin jsou masivní, náhodné. Vývoj smyslů – rozezná světlo a tmou, zrakem a pohybem hlavy sleduje předmět v pohybu. Projevy socializace – opětuje úsměv, vědomě se usmívá.

II. trimenon (3 – 6 měsíců): v hrubé motorice se objevují první rovnovážné reakce, je souhra ruka – noha, noha – ústa, přetáčí se z boku na bok, koncem 6. měsíce ze zad na břicho, stabilizuje se krční páteř, což ovlivňuje stabilitu a mobilitu čelisti a mobilitu

jazyka. V lehu na břicho má dobrou kontrolu hlavy, sahá po hračce jednou rukou, objevuje se „plavání“. Funkce HKK – udrží předmět, dlaňový úchop, přendává z ruky do ruky. Ve smyslových reakcích se objevuje rozhlížení a otáčení se za zvukem, směje se a plácá na sebe v zrcadle. Při hře poznává předměty ústy. V socializaci představuje dobrý kontakt s dospělou osobou, sleduje její činnost, dotýká se láhve, přidržuje ji, rozezná přísný a laskavý tón, rozlišuje známé a neznámé osoby.

III. trimenon (6 – 9 měsíců): na konci období umí šikmý sed na obě strany, aktivně přenáší váhu v pozici na čtyřech, leze po čtyřech, sedí bez opory, vytahuje se do stoje. Funkcí HKK používá nůžkový úchop, jí rukama, aktivně pouští předměty a sleduje zrakem. Při hře tlučte hračkou o podložku, předměty vkládá do úst a kouše je, tlučte dvěma předměty o sebe, začíná vytahovat předměty z krabice. Pokrok v socializaci – reaguje na své jméno, napodobuje mimiku, začíná přijímat tuhou stravu, samo si přidrží láhev.

IV. trimenon (9 – 12 měsíců) období vertikalizační. Projevy hrubé motoriky – okamžik stojí samo, stoj nestabilní o široké bázi, nedokonale aktivuje rotační složku trupu. Na konci období při funkci HKK používá pinzetový úchop, cíleně vkládá a vrství předměty. Při hře manipuluje s předměty, zvedá je, vysypává, přitáhne hračku za provázek, odkryje schovanou hračku. V oblasti socializace pije s malou dopomocí z hrnku, vyvíjí spolupráci při oblékání, pokouší se o samostatné jídlo lžičkou, utírá si ústa. Sledování a zařazení pohybových schopností dítěte nám umožní stanovit přesnější diagnózu a poslouží jako dokumentace vývoje dítěte při vzdělávání. P. Zikl (2011) uvádí, jak jsou skupiny dětí s kombinovaným postižením značně heterogenní s velmi různými příčinami, symptomy a prognózou a tak se v zásadě liší i terapie a z nich vyplývající zátěž. Proto učitel musí mít patřičné povědomí o onemocnění a projevech s ním spojených. Kombinované postižení přináší řadu dalších komplikací v projevech dítěte, v oblasti vnímání, myšlení, řeči. Dochází k omezení v sociálních vztazích, ve výkonu běžných činností. Všechny tyto aspekty mají rozdílný dopad na psychiku postiženého dítěte. D. Opatřilová a D. Zámečnicková (2008) popisují, jak je důležité naplňovat uspokojování základních psychických potřeb. V opačném případě může docházet k psychické deprivaci. Důvodem může být separace nebo zvýšená frekvence nových, nezvyklých podnětů. Vývoj osobnosti ve smyslu rozvíjení vlastní iniciativy a automatizace bývá omezen. Je velmi důležitý adekvátní citlivý přístup, aby u dítěte

nedocházelo k neurotickým reakcím nebo poruchám chování. K neurotizaci může dojít i neadekvátním krmením, které může vyvolávat obranné reakce. Je nutné ve všech oblastech vzdělávání zařazovat stimulační.

3.2 PROJEVY DÍTĚTE S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM Z POHLEDU VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ

U dětí s těžkým postižením lze nalézt společné charakteristické rysy, ale každé postižení je jiné v každé ze sledovaných oblastí a proto je nutný ke každému individuální přístup. Projevy dítěte s kombinovaným postižením s těžkou mentální retardací se mohou vyznačovat zvláštnostmi v **chování**, zvýšenou závislostí na okolí, sklony k úzkosti, infantilností osobnosti, v poruchách v interpersonálních vztazích, impulzivností nebo celkovou zpomaleností chování, ulpívání na detailech, nízkou koncentrovaností, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace. (Bazalová, B. 2014)

První signální soustava obsahuje **smyslové vnímání** a pamětní fixování. Výstupem vnímání jsou počitky, vjemy či představy. (Valenta, M., Müller, O. 2003) Součinnost vnímání a pohybu představuje senzomotorika. „*Je to soubor procesů spojujících oblast receptorů a smyslového vnímání s oblastí motoriky. Podněty vnímané receptory vyvolávají motorický pohyb. Senzomotorické činnosti jsou tedy spjaté se všemi psychickými procesy.*“ (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008, s. 64) Rubínšteinová (in Valenta, M., Müller, O. 2003) popisuje zvláštnosti vnímání u mentálně postižených. Projevují se zpomaleností a sníženým rozsahem zrakového vnímání. Počitky a vjemy jsou nediferencované (nerozliší figuru a pozadí), nevnímá hloubku prostoru, pojem času. Značně snížené je **hmatové vnímání** (materiál, povrch). Možnosti sluchového vnímání jsou odvislé od struktury a hloubky vady. Vestibulární ústrojí přidružené k sluchovému orgánu, společně se zrakovým analyzátozem zajišťuje rovnováhu těla při pohybu i v klidu. (Souralová, E., Langer, J. in Renotiérová, M., Ludíková, L. 2005) Psychomotorický vývoj u mentálně postiženého je vždy opožděn, u kombinovaného těžšího postižení je omezen.

Omezení sledujeme v **jemné i hrubé motorice**, v koordinaci oko – ruka, senzomotorice, oromotorice a grafomotorice. (Bazalová, B. 2014) Při patologii jsou znatelné tyto zvláštnosti: přítomnost spasticity, přítomnost hypotonie, neschopnost pohybu, typy úchopů – dlaňovitý, prstový, hrabavý, drápovitý nebo jiný. Zásadou při cvičení jemné motoriky je, že tam kde je spasticita – uvolňujeme, kde je hypotonie – posilujeme.

K projevům dítěte při narušené **vizuomotorice** patří neschopnost pozorovat určitý předmět, neschopnost udržet směr zraku k určitému bodu, zaměřit zrak na jeden předmět ze skupiny předmětů. (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008)

V oblasti **socializace a adaptace** je důležité, aby dítě mělo dostatek volnosti, ale také stanovené hranice, v kterých se může pohybovat. Pravidla jsou důležitá pro rozvoj uvědomování si sebe sama. Pokud jsou požadavky stabilní a rozumné, lze takto do budoucna předcházet nevhodnému jednání a chování. (Monatová, L. 2000) B. Bazalová dodává, že problémové chování se může objevovat z důvodu frustrace z neschopnosti se vyjádřit, sdělit bolest nebo dosáhnout svého. Problémové chování může mít biologický základ nebo může být naučené. Pokračováním potom mohou být i problémy se sexuálním chováním. Jedinci s mentálním postižením mají potíže s rozlišováním typu prostředí, zda je intimní či veřejné. (Bazalová, B. 2014) Dítě v rámci svého postižení a adekvátně ke svým možnostem a schopnostem se učí komunikovat s ostatními, brát ohledy na druhé a řídit se všeobecně přijímanými pravidly mezilidského styku. (Newman, S. 2004)

Na základě aktivních pohybů vlastního těla a zkušeností s prostorem se rozvíjí **orientace v prostoru**. Je-li prostorové vnímání narušeno, projevují se problémy v orientaci ve fyzickém prostředí, v běžném životě (oblékání, sebeobsluha, hygiena), ale i v oblastech důležitých pro proces učení. (Opatřilová, D., in Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L. 2012) **Emoční projevy** jsou spjaty s osobnostními dispozicemi a záleží na stabilitě rodinných vztahů a výchovných přístupů. (Zvolský in Valenta, M., Müller, O. 2003)

Vývoj řeči je u dětí s DMO opožděný nebo omezený z důvodu poruchy centrálních řečových oblastí mozku. Dále je vývoj řeči determinován mírou postižení hybnosti,

poruchou hybnosti mluvních orgánů, celkovým zdravotním stavem, podnětností prostředí i výskytem dalších přidružených postižení, jako je například postižení sluchu, zraku, hydrocefalus, epilepsie. (Bendová, P. 2011) Nemožnost se vyjadřovat, sdělovat potřeby a přání může vést k frustraci až sebepoškození. Tyto deficity je nutné řešit alternativní a augmentativní komunikací. (Bazalová, B. 2014)

Úroveň **sebeobsluhy** je dána stupněm postižení. Sebeobslužné činnosti jsou náročné na rovnováhu, koordinaci, laterální sílu. Učení se sebeobsluže je životní nutností. Je nutné ve výuce zařazovat ergoterpii. (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝUKA ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM, PROJEVY ŽÁKYŇ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

V praktické části se budeme zabývat popisem zkoumaného celku, popisem metod práce s žáky s kombinovaným postižením. Tato kapitola vystihuje analýzu metod, které se ve třídě žáků s kombinovaným postižením praktikují. Poslední část se týká případové studie informantů a analyzování účinků jednotlivých metod a jejich zhodnocení.

4.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Cíl výzkumu

Ústředním cílem výzkumu bakalářské práce je popsat využití netradičních postupů, prvků handlingu a polohování, různých druhů terapií a stimulací při výuce žáků s kombinovaným postižením s těžkou mentální retardací, a zjistit, zda lze těmito způsoby dosáhnout rozvoje žáků v oblasti hrubé a jemné motoriky, vizuomotoriky, percepce, pozornosti, komunikace, rozumových schopností a sebeobsluhy. Dílčím cílem je vytvořit náměty činností pro výuku žáků s kombinovaným postižením, které mohou sloužit jako studijní materiál pro studenty speciální pedagogiky. Jako metodická opora mohou posloužit pro pedagogické pracovníky speciálních mateřských a základních škol a pro pracovníky v sociálních službách.

Výzkumné otázky

Pro výzkumné šetření byla stanovena hlavní výzkumná otázka: **Má zařazování prvků handlingu, polohování, stimulací a terapií do výuky pozitivní přínos pro rozvoj žáků s kombinovaným postižením s těžkou mentální retardací?**

Dále byly stanoveny vedlejší výzkumné otázky:

V jakých předmětech je možné při výuce žáků s kombinovaným postižením využívat prvky handlingu, polohování, stimulací a terapií?

Jakou roli při výuce žáků s kombinovaným postižením zaujímají kompenzační pomůcky?

Co může podporovat využívání prvků handlingu, polohování, stimulací a terapií – motivaci, pocit úspěchu, soustředění k činnostem, zapojování svalových skupin, omezování vzniku deformit?

Metodologie výzkumu

Pro výzkumné šetření byla využita forma kvalitativní metody, skupiny, případová studie (kazuistika) žákyň, dvojčat s kombinovaným postižením s těžkou mentální retardací. K získání potřebných dat byly použity tyto techniky: nestrukturované participační pozorování během vyučovacího procesu, anamnestické metody, analýza dokumentace žákyň, nestrukturovaný rozhovor s matkou dvojčat. J. Hendl (2005) formuluje práci kvalitativního výzkumu jako pátrání po skutečnostech, které přispívají k osvětlování výzkumných otázek. Shromáždění dat a materiálů, jejich analyzování vyžaduje delší časové období. V informacích o kvalitativním výzkumu musí být detailně popsáno místo zkoumání.

4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ A INFORMANTŮ

Zmapování výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo na speciální základní škole v Pardubickém kraji. Škola je složena ze základní školy praktické a základní školy speciální. Tuto školu navštěvuje celkem 61 žáků. Základní škola speciální je v současné době rozdělena do tří tříd. První třída je již deset let odloučena z důvodu nedostatku prostoru na nedaleko vzdálené základní škole. Tuto třídu navštěvuje šest žáků s nejtěžším kombinovaným postižením.

Druhá třída je složena z pěti žáků s těžkým a středně těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Třetí třídu navštěvují žáci se středně těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Výzkumné šetření probíhalo v první třídě, kterou navštěvuje šest imobilních žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Žáci se vzdělávají s účastí osobních asistentek a v současné době je zde přítomna i asistentka pedagoga.

Budova školy byla v osmdesátých letech dvacátého století postavena jako přístavba k historické budově gymnázia. Bezbariérový přístup byl zabezpečen až v roce 2007 zbudováním venkovního výtahu. Do té doby navštěvovali školu tři imobilní žáci a denně se tak museli přenášet do prvního nadzemního podlaží. Proto škola využila nabídky prostor pro nově vznikající třídu v základní škole. Umístění šesti imobilních žáků nebylo v prostorových podmínkách speciální školy reálné. Základní škola nabízí prostory velké učebny pro výuku a zvláštní místnost, kde je umístěn temný box se světelnými pomůckami pro zrakovou stimulaci a kuličkový bazén. Pro nácvik samostatného pohybu na vozíku a chůze u některých žáků slouží velké prostorné chodby. Velkou pomocí při práci s žáky s kombinovaným postižením je bezbariérová umývárna a bezbariérová toaleta. Tato nabídka, využití prostory v základní škole, se ukázala během let jako velmi prospěšnou, a to z několika důvodů. Žáci z běžné základní školy se začali denně potkávat se spolužáky s takto závažným postižením, učili se, jak k těmto dětem přistupovat, jak je oslovovat, popřípadě i pomoci s přesunem po budově školy. A naopak žáci s kombinovaným postižením se učili reagovat na chod a zvuky velké školy, které jsou často synonymem běžného života. V neposlední řadě se ukázalo, že je to pozitivní krok i pro rodiče žáků s kombinovaným postižením, kteří se tak při doprovodech svých dětí mají možnost setkávat s rodiči dětí z běžné základní školy, s nimiž se znají. Touto možností byl nadšen i prezident Václav Klaus, když základní školu navštívil. Naší třídě věnoval několik minut ze svého programu a velmi kvitoval počín ředitele základní školy pronajmout učebnu základní škole speciální.

Do budovy speciální školy třída dochází na společné akce a některé vzdělávací aktivity a terapie. Speciální škola nabízí malou tělocvičnu, relaxační místnost, školní družinu, dílnu, cvičnou kuchyňku, počítačovou učebnu a knihovnu. Sociální zařízení zde nenabízí komfort bezbariérovosti, prostory jsou malé bez speciálního vybavení. Škola

se nachází v klidné části města, kde je situováno více základních a středních škol. Pro školní stravování žáci využívají školní jídelnu základní školy, která je společná pro žáky dvou základních škol, speciální školy a gymnázia.

První třída základní školy speciální (dále rehabilitační třída) je složena ze tří ročníků. Jeden žák plní třetí ročník, jedná se o žáka s kombinovaným postižením, kvadruparetickou formou DMO, těžkou mentální retardací a epilepsií. Dva žáci, dvojčata, plní sedmý ročník, oba s diagnózou těžké mentální retardace, epilepsií, jeden s diparetickou formou DMO a hydrocefalem, druhý s triparézou. Tři žákyně desátý ročník, z nichž dvě žákyně, dvojčata desátý ročník opakují. Třída nabízí velký prostor, jenž je rozdělen na několik částí. V přední části před tabulí, kde je žákům k dispozici systém struktury dne, se nachází speciální nastavitelné stoly pro žáky a speciální židličky s podnožkami a područkami, dále pojízdné židle typu *Aris*, *Tobi a Kuba* a židle pro osobní asistentky a katedra. Druhá polovina třídy je rozdělena na prostor určený ke stimulacím, relaxaci a součástí je též velký terapeutický polštář, polohovací sety *Tomek*. Učebnu doplňují úložné prostory, umyvadlo, kout pro přípravu a ohřev svačín, CD přehrávač, televize, DVD přehrávač a počítač. Třída působí přívětivě, je vymalována v tónu pastelových barev a všude žákům pomáhají pomůcky pro strukturované učení, které jim usnadňují orientaci v prostoru a jaký prostor je využíván. Výhled ze třídy zabezpečují tři velká okna do atriového dvora školy, kde děti za pěkného počasí mohou trávit přestávky. Ve třídě se střídají dvě učitelky, ale většina výuky probíhá s třídní učitelkou. Žáci se do školy těší. Ve třídě panuje příjemná atmosféra.

Charakteristika informantů

Vzhledem k výzkumnému šetření je podrobný výzkumný vzorek tvořen dvěma žákyněmi, dvojčaty, kterým je v současné době 19 let. Výzkum zachycuje průběh školní docházky děvčat, jejich úspěchy a možná rizika. Sestry jsou žákyně s kombinovaným postižením s těžkou mentální retardací, DMO. Dívky jsou pozitivně laděné a vnímavé ke svému okolí. Ve svém sociálním prostředí (domov, škola) jsou spokojené. Postupně děvčata i zvládala krátkodobá odloučení. Třikrát absolvovala pětidenní pobyt na škole v přírodě. V posledním roce rodina využila možnost několikadenního odlehčovacího pobytu. Děvčata jsou ráda součástí kolektivu třídy, za pomoci osobních asistentek

se účastní všech aktivit s přihlédnutím k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu. Dokážou se adaptovat v rámci svých možností, vždy musí mít zajištěny své potřeby. Obě dívky mají velmi rády hudbu, která je léta doprovází ke konkrétním činnostem.

4.3 PŘEHLED A ANALÝZA STIMULACÍ ZAŘAZOVANÝCH DO VÝUKY ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Zařazování různých metod a forem podpory vychází ze speciálních potřeb žáků. Tyto metody je vhodné zařazovat v celém spektru aktivit, činností a péče o žáky s kombinovaným postižením. Při výuce žáků s kombinovaným postižením patří mezi užívané metody a techniky speciální stimulace, kompenzace a korekce. (Opatřilová, D. 2005) Aktivity představující speciální stimulace podporují rozvoj osobnosti působením na oblast motoriky, sensoriky, navazování kontaktu a komunikace. (Vančová in Opatřilová, D. 2005) Kompenzace zahrnuje aktivity cílené k vyrovnávání sníženého výkonu. Korekcí jsou označovány aktivity, kterými lze zmírňovat či odstraňovat důsledky postižení. (Vašek in Opatřilová, D. 2005) Při zahájení každé činnosti zařazujeme **iniciální dotek**. Slouží k navázání kontaktu, zpřehlednění situace pro žáka při přesunech, na začátku a konci činností se slovním doprovodem. Nejčastěji využíváme zřetelný a přiměřený dotyk ramene nebo paže. **Komunikace** je nejdůležitějším prvkem při výuce. Slovně komunikují pouze dva žáci, a to s velkými obtížemi. Využíváme prvků některých forem alternativní a augmentativní komunikace. Důležitou roli pro orientaci a řád zaujímají zástupné předměty a piktogramy. V písničkách a říkankách využíváme znaku do řeči. Při rozumové a řečové výchově využíváme komunikačních knih s fotografiemi.

Handling a polohování

Při manipulaci s dítětem vždy přihlížíme k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Správným handlingem vzbudíme aktivitu a spolupráci žáka. Pokoušíme se o zlepšení spolupráce žáka při krmení, pití, oblékání i hygieně. V handlingu nalzáme mnoho inspirace pro práci s žáky s kombinovaným postižením. Důležitá je také míra empatie, umění se vcítit, jak ležící žák s kombinací postižení vnímá své okolí. K žákovi mluvíme

klidně, zřetelně, nejlépe z co nejpodobnější pozice, v které se žák nachází. **Zvedání a přemísťování** provádíme nejlépe ve dvou osobách, žáci jsou ve věku jedenáct až devatenáct let. Jeden uchopuje žáka pod kolena, druhý směrem od hlavy pod oběma rameny, současně zamezuje prudkému záklonu hlavy. Pro usnadnění manipulace je potřebné promýšlet návaznost činností. K přemísťování po budově školy dobře využíváme deky, které jsou snadným prostředkem pro přepravování a zároveň žákům zprostředkují nové vjemy a vymezí hranice jejich těla. Při **vstávání z nižších pozic** dbáme na rotaci přes bok s oporou přes předloktí. Je nesprávné podporovat mechanismus švihem.

Polohováním zprostředkováváme žákům rozmanitost vjemů a úhlů pohledu a umožňujeme jim také stejnou či podobnou činnost vykonávat v různých pozicích s prospěšným zapojováním různých svalových skupin. **Leh na zádech** je oblíbenou a nejméně namáhavou pozicí pro žáky i s nejtěžším postižením. Poloha je však pro žáka nejvíce pasivní. Tuto pozici zařazujeme pro relaxaci a odpočinek s využitím polštářů nebo kompenzačních pomůcek. Dbáme na to, aby nedošlo k záklonu hlavy a obloukovitému prohnutí těla. HKK můžeme zatěžovat fixováním zátěžovými nátepníky nebo pytlíky. DKK pokrčíme v kolenou, podložíme válci a mezi nohy vložíme polštář k abdukci kyčlí. **Lehem na boku** podporujeme otáčení žáka. Je to nutná stimulace k předpokladu dalšího motorického vývoje. Leh na boku zajišťujeme pomocí polohovacích hadů, polštářů a válečků. Postupně přecházíme k polohování na bok na zvýšené šikmé podložce. Docílením zvýšené pozice hlavy žákům umožňujeme lepší zrakovou kontrolu a uvolněná ruka má prostor k manipulaci a hře. Pro práci využíváme **leh na břicho na zvýšené šikmé podložce**. U žáků nepatří zprvu mezi oblíbené, ale při častém, krátkém zařazování si dobře zvykají a postupně i vyhledávají ke hře. Například pro dobu přestávky ke hře s auty, s drátodráhami nebo k prohlížení knih. Ramena jsou mírně předsunuta před klín. Opora je zajištěna o předloktí nebo dlaně. Touto pozicí žák zapojuje k aktivitě šíjové a zádové svaly, zlepšuje pohyblivost hlavy. Tuto pozici pravidelně zařazujeme do výuky při výchovách. Žáci tak zdokonalují vizuomotorickou koordinaci oka a ruky. Dbáme na stabilitu dítěte, kterou zajistíme podložením DKK v oblasti bérců a část těla přikryjeme zátěžovou dekou o hmotnosti sedmi kilogramů. U zdatnějších žáků postupně zařazujeme **klek na patách s využitím sedacího klínu**. Žák je vyzutý, dotýká se nártu podložky, abychom docílili optimálního

postavení pánve. Pro stabilitu je dobré pro HKK zajisti zvýšenou oporu. Tento stupeň polohování se ukázal jako velmi prospěšný k vertikalizaci žákyně. **Klek na čtyřech** trénujeme přes válec nebo využíváme závěsné sítě s velkými oky k provléknutí končetin. Polohování v **sedu** zajišťujeme v sedacím vaku nebo ve speciálních sedačkách *Tobi* a *Kuba*. Dbáme na zajištění přibližného pravého úhlu v kyčlích, kolenou a kotnících. Tuto oporu zabezpečují vesty a fixační pásy. Opora o HKK u stolu zajistí vzpřímená záda. Celková opora těla a fixace DKK je důležitá pro pocit jistoty a koncentraci při činnostech, ale i při jídle, pití, orofaciálních stimulacích. Naopak při relaxaci a odpočinku necháváme končetiny volné pro spontánní pohyb.

Prvky bazální stimulace

Pojmem rozumíme základní nabídku podnětů, které realizujeme nejjednodušší formou. Cílovou skupinou jsou osoby těžce mentálně a vícenásobně postižené. Metodu vyvinul v sedmdesátých letech Andreas Frohlich. Základním principem je uvádět jedince do reality pomocí těla, zprostředkovávat mu zkušenosti vjemy. (Opařilová, D. 2005) Zařazování prvků bazální stimulace bylo pro žáky velmi náročné. Začínali jsme čtyřmi pohádkovými písněmi, přičemž každé náležela masážní pomůcka od jemné kožešiny, přes samet, froté po molitanovou houbičku. Stimulaci aplikujeme na HKK, vždy jednu píseň na každý materiál. Opět je potřebná velká míra trpělivosti po dobu několika měsíců. Žáci si postupem času zvykají na melodie a taktilní vjem konkrétním materiálem. Během dvou let jsme stimulaci ukotvili na devíti materiálech s různým povrchem. Kromě textilních povrchů používáme i dřevěný povrch, posledním prvkem jsou kovové rolničky. Žáci pomocí zvuku rolniček vnímají, že se blíží konec stimulace. Stimulace probíhá za pokojné atmosféry a specifické vůně aromaoleje. Na druhém stupni jsme vyměnili příliš jemné materiály za strukturovanější a žáci tuto změnu přijímali pozitivně.

Vestibulární stimulace

Cíleným polohováním a zařazováním vestibulární stimulace můžeme žákům s kombinovaným postižením zprostředkovávat pozice, které odpovídají klíčovým fázím ve vývoji dítěte v prvním roce života. (Zikl, P. 2011) Vestibulární stimulací žákům zprostředkováváme vjemy a pocity, které vzhledem k upoutání na invalidní vozík nemohou prožívat. Zdravé děti prožívají radost z pestrosti pohybů, mohou lézt, běhat, skákat. D. Opatřilová (2005) uvádí, že pomocí vestibulárních podnětů učíme dítě vnímat různé směry, orientovat se v prostoru a nepociťovat své tělo pouze jako podložku. Příkladem, jak s žáky provádíme aktivní vestibulární stimulaci, může být válení sudů, kdy žáka zabalíme do deky a šetrně rozbalujeme. Cvik, kdy si lehne proti sobě a přitahujeme se k sobě, můžeme provádět se zdatnějšími žáky. Žáci s kombinovaným postižením nebývají aktivní v pohybu a jakékoliv vybočení ze stability a rovnováhy je vyleká, například i přejetí překážky vozíkem, nečekaná nerovnost na vozovce nebo najíždění na obrubníky chodníků. I v tomto ohledu nám pomáhá vestibulární stimulace v podobě rovnovážných cvičení. Balanční míče nejsou příliš vhodné pro bezpečnost z důvodu stability, ale i zdravotních důvodů některých žáků. Jako příklad uvádíme DMO a hydrocefalus. Shunt, který zabezpečuje odvádění mozkomíšního moku se nesmí zatížit tělem na míči, ani žák nesmí zaujmout pozici hlavy níže než trup. Pro rovnovážná cvičení používáme balanční plochu. Žák leží v pozici na zádech nebo na břiše. Pedagog nebo asistent stojí rozkročmo na ploše a pomalými pohyby ze strany na stranu podněcuje žáka k vyvažování a střídavému zapojování svalových skupin. Pro zdatnější žáky je složitější pozice v sedu nebo v kleku. Po zvládnutí těchto pozic můžeme cviky obohatit o sledování předmětu, podávání předmětu z boku nebo podávání předmětů z boku přes středovou osu. Pro osvojení této činnosti využíváme balanční plochy v předmětech rozumové a smyslové výchovy, k třídění nebo rozlišování komponentů. Pro nácvik pohybu zařazujeme do výuky jízdu na terapeutickém skateboardu. Žák leží na břiše, v pase je zafixován. Odrážením HKK se může pohybovat všemi směry. Při výuce zařazujeme k přemísťování předmětů, k jízdě mezi kuželkami nebo za zvukovým míčem. U žáků s těžšími formami kombinovaného postižení využíváme pasivní vestibulární stimulace. Při této formě stimulace využíváme deky. Žáka položíme do deky a mírně houpeme do stran. V praxi deseti let existence třídy jsme houpání praktikovali ve dvou osobách,

později ve čtyřech a v poslední době s růstem žáků provádíme houpání pouze částí těla, například od pasu dolů obě končetiny, od pasu nahoru trup nebo každou končetinu zvlášť. Pedagogičtí pracovníci a osobní asistentky musí dbát na prevenci vlastních vertebrogenních potíží. Žáci mají v oblibě cvik v dece, kdy na hudební doprovod točíme s žákem v dece velmi pomalými pohyby v obou směrech a následujeme projížděkou po velmi dlouhé chodbě. Touto činností jsme si během několika let získali sympatie u žáků základní školy, v které naše třída sídlí. A provedli jsme již mnoho ukázek činností pro třídy základní školy, aby se žáci dozvěděli, jakým způsobem se jejich vrstevníci vzdělávají. V současné době, kdy je ve třídě s každým žákem osobní asistentka můžeme zařazovat i činnost, ke které je potřeba na jednoho žáka pěti dospělých osob. Jeden uchopí žáka za hlavu a každý za jednu končetinu. Při doprovodu relaxační hudby pohybují pomalu všemi směry asymetricky. Opět je třeba dlouhodobého a postupného nácviku.

Vibrační stimulace

Vibracemi můžeme navozovat intenzivní pocity v nosných částech těla a kloubech. Přiložením vibrační pomůcky umožníme jedinci ucítit celou délku končetiny od kotníku, přes koleno až ke kyčli. (Vítková, M. 2006) Při této stimulaci využíváme ve třídě vibrační podložku, na které žák může ležet nebo ji můžeme v sedě přiložit za záda. Oblíbenou pomůckou žáků je takzvané vibrační kladívko, které přikládáme k jednotlivým kloubům, pohyb je tak rozveden všemi směry a vjem je pro žáka intenzivnější. Postupujeme vždy od periferie ke středu těla. Pomocí vibrační stimulace se pokoušíme zlepšovat techniku dýchání. Žáci s kombinovaným postižením dýchají většinou mělce, někteří i nevhodně ústy. Nácvik provádíme v terapeutickém polštáři nebo vaku. Žák sedí v pozici před pedagogem, ruku přiložíme v oblasti hrudní kosti a při klidné atmosféře za doprovodu relaxační hudby zkusíme synchronizovaně pomalu dýchat. Při výdechu rukou dovibrujeme pohybem na hrudní kosti žáka. Dýchání můžeme chvílemi záměrně zvýrazňovat.

Orofaciální stimulace

Každý žák rehabilitační třídy nastoupil do školy s potížemi v příjmu stravy a pití a se zvýšenou salivací. Téměř všichni přijímali pouze mixovanou stravu, někteří nevhodně vleže. Společně s logopedkou z SPC jsme začali s okamžitou každodenní aplikací orofaciálních stimulací. Pro tyto stimulace je velmi důležité zaujmout ke spolupráci rodinu žáka. Vývoj v orofaciální oblasti je úzce propojen s dalšími složkami senzomotorického vývoje. Zlepšuje aktivní vzpřímení a pohyb. Slouží k aktivaci a regulaci základních životních funkcí jako je dýchání, sání, polykání. (Opatřilová, D. 2005) Stáli jsme před otázkou, do jaké míry je reálné s osobními asistentkami podávat takto postiženým žákům svačinu. Riziko aspirace je v těchto případech značné. Začali jsme s polohováním, vertikalizací do sedu. Dodržování zásad při jídle logopedka vyžaduje i po rodičích. Společný problém u všech žáků byly sladké svačiny, většinou ovocné přesnídávky, jogurty nebo tvarohové dezerty. Sladké ještě více podněcuje salivaci a naším cílem bylo salivaci omezovat. Zavedli jsme slané svačiny, které jsme mohli ohřívát, vhodné lžice a nácvik zásad správného krmení. Důležitou zásadou je též nestírat přebytky stravy z okolí úst, pouze odstranit jemným poklepáváním ubrousku. Stírání podporuje salivaci. Pro omezování salivace jsme začali aplikovat Roodovu terapii. Postup popisuje A. Jakobová (2011) jako rychlé tahy měkkým štětcem určenými směry a pomalým jedním tahem ledu. Terapie přesně definuje směry tahů. Pod supervizí logopedky SPC aplikujeme orofaciální stimulace před svačinou. Střídáme Roodovu metodu a orofaciální stimulace v obličejové části masáží a v ústech pomocí gumových prstáčků, jež slouží pro kojence k masáži dásní nebo souborem kartáčků s různými nástavci a lékařskou špachtlí. Každodenní aplikací po dobu několika let zaznamenáváme úspěchy. U všech dětí jsme zastavili salivaci, přešli jsme na stravu se strukturou a pití aplikujeme z papírových kelímků. U jedné žákyně se dařila vertikalizace, zdokonalovala fázi lezení, ale chůzi nacvičovala čtyři roky pouze s oporou. Při krmení stále předsazovala jazyk. Po konzultacích s fyzioterapeutkou a matkou jsme přistoupili k experimentu, pokusit se při každém jídle jazyk lžící zastrkovat. U žákyně přetrvávaly předozadní pohyby jazyka, které mají vymizet s ukončením kojení. Po jednom roce se zlepšila technika příjmu stravy a žákyně získala potřebnou rovnováhu k chůzi. V současné době zvládne jít malou

procházku bez vozíku a trénuje chůzi do schodů a ze schodů za pomoci osobní asistentky.

Akustická stimulace

Žákům s kombinovaným postižením trvá velmi dlouhou dobu, než si osvojí nějakou činnost nebo získají návyk či dovednost. Velmi nám pomáhá spojovat činnosti s určitou písni, znělkou nebo hudbou. V rehabilitační třídě čekáme i několik let, než se dostaví úspěchy, k tomu nám rytmizace a hudba velmi pomáhá. Při svačině celé roky využíváme stejnou hudbu. Takto si žáci spojují hudební doprovod i s jinými činnostmi, například s orofaciální stimulací, vestibulární stimulací a míčkováním.

4.4 PŘEHLED A ANALÝZA TERAPIÍ ZAŘAZOVANÝCH DO VÝUKY ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

V oboru speciální pedagogiky se postupně zařazují takzvané terapeuticko-formativní přístupy, které do jisté míry korespondují s výchovou. Tyto přístupy zaujímají funkci terapeutickou, to znamená navozující změny v nežádoucím chování, myšlení. Dále funkci formativní působící na růst osobnosti, prostřednictvím pracovních, herních nebo uměleckých činností. (Valenta, M., Müller, O. 2003) V období jedenácti let existence rehabilitační třídy jsme zařazovali do výuky terapie, vždy na období několika let. Časem jsme vždy provedli určitou záměnu. U žáků s kombinovaným postižením začleňujeme především terapeutické prvky do jednotlivých výchov, neboť závažnost postižení většinou neumožňuje uplatňovat terapeutické postupy v celé šíři jejich zaměření.

Canisterapie

Canisterapie zahrnuje souhrn činností, které využívají pozitivní účinky vznikající mezi zvířetem a člověkem. Vedle canisterapie naši žáci využívají i hipoterapii, za doprovodu rodičů. Canisterapii pro žáky s kombinovaným postižením jsme zařazovali po dobu čtyř

let na prvním stupni, a to formou individuální. Skupinovou využívali žáci se středně těžkým mentálním postižením. Při individuální canisterapii jsme se zaměřili na polohování, jenž slouží k postupnému uvolňování spasmů. Každý žák zvládal několikaminutové polohování na boku, kde využíval kontaktu se psem, mohl jej hladit. Dalších několik minut žák setrval v pozici lehu na zádech a pes byl napolohován pod pokrčené DKK, aby docházelo na působení spasmů pod kolena. K polohování jsme využívali malé relaxační místnosti se solnými lampami a za doprovodu stále stejné relaxační hudby. Žáci si na canisterapii dobře zvykli a těšili se, že mohou pejska odměnit psími dobrotami. To byla také nová zkušenost a postupem času jsme zaznamenávali zlepšení funkce rozevření dlaně. Jako překvapující zkušenost můžeme vyhodnotit, že i po několikaleté pauze si někteří žáci zkušenost s canisterapií vybavují. V rámci projektového týdne jsme zařadili canisterapii do programu. Žák s diparetickou formou DMO s hydrocefalem se již tři roky canisterapie neúčastnil. Po skončení polohování na boku vyžadoval polohování pod kolena. Vybavení si této zkušenosti překvapilo nejen pedagogy, ale i rodiče.

Muzikoterapie

U postižených dětí se doporučuje využívat skupinové terapie, kde není tolik potřeba verbální komunikace a je možné disponovat s dynamikou skupiny. (Valenta, M., Müller, O. 2003) Organizovanou skupinovou muzikoterapii jsme zařadili do výuky před čtyřmi lety i přes nelibost některých rodičů. Rodiče absolvovali ukázkový blok muzikoterapie a neskrývali obavy, že děti nebudou spolupracovat a budou se bát hlasitých zvuků. I přesto jsme začali muzikoterapii pravidelně jedenkrát týdně zařazovat pod vedením zkušených muzikoterapeutů. Celé první pololetí jsme se učili navzájem se sžívat a respektovat. Žáci nerespektovali pravidla, neustále ujížděli na vozících, utěšňovali si uši prsty. I muzikoterapeuté se učili, co je pro žáky s kombinovaným postižením přínosné a co zvládnou v rámci svých možností, jaká bude míra spolupráce. V druhé polovině roku se vše začalo zlepšovat, žáci si zvykli na nový prvek režimu a stávali jsme se homogennější skupinou. Pokroky zaznamenáváme v míře pozornosti a socializaci. Dochází ke vzájemnému poznávání a spolupráci mezi žáky, kteří jinak kontakt s vrstevníky většinou nevyhledávají. Na muzikoterapii se prolínají žáci všech

tří tříd základní školy speciální. Ti zdatnější pomáhají méně zdatným a dobře tak můžeme po nějakou dobu eliminovat dopomoc osobní asistence.

Ergoterapie

Prvky ergoterapie prostupují celým spektrem vzdělávacího procesu, především v pracovních činnostech. Cílem je rozvíjet pracovní a sebeobslužné aktivity v rámci individuálních možností žáka. Při ergoterapii dbáme všech zásad handlingu a polohování. Pracovní činnosti zaměřené na jemnou motoriku jsou náročné na rozsah pohybů a pozornost, přesnost a vytrvalost. Důležitým faktorem je i náročnost práce na sílu. (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008) Prvky ergoterapie zařazujeme na postiženou oblast. Žák vykonává takovou činnost, která obsahuje přesné a cílené pohyby vedoucí ke zlepšování svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybů a svalové síly. Prvky ergoterapie zařazujeme před každou výtvarnou a pracovní činností formou her. Jako příklad uvádíme vybírání barevných zátek z teplé vody se střídáním HKK, vybírání předmětů z pískovnice, vyhledávání předmětů z tekutého písku. Činnosti zařazujeme i v rámci výchov, jako je třídění komponentů, navlékání, vkládání, sundávání předmětů z kobercové desky, které jsou upevněné suchými zipy. V rámci grafomotoriky trénujeme pohyby psacími pomůckami v dřevěných šablonách.

Ergoterapeutické činnosti zaměřené na výchovu k soběstačnosti zařazujeme rovněž do každodenní výuky. Jsou to činnosti spojené s oblékáním, stravováním, hygienou a nácvikem používání různých kompenzačních pomůcek. Do této kategorie patří lžice, speciální talíře, hrnečky, protiskluzové podložky, držáky na toaletu. Je důležité připomínat osobním asistentkám, aby se snažily být oporou a nápomocné v činnostech, kde je to nezbytně nutné. Zároveň, aby vyžadovaly spolupráci žáka adekvátně k jeho možnostem. K aktivitě jsou žáci podporováni při oblékání, svlékání a obouvání. V rámci ergoterapie a snahy o zlepšení příjmu stravy jsme postupně do výuky zařadili ústní hygienu. Potíže byly značné. U některých žáků byl silný nadavovací reflex a odmítali i přiblížení zubní kartáčku k ústům. Opět trvalo několik let, než jsme docílili vkládání předmětů do úst a mohli tak pravidelně zařadit orofaciální stimulace a ústní hygienu. Problémy s příjmem stravy, vyjadřováním, salivací se opět zhoršily v období výměny chrupu. Jelikož tyto děti nekoušou, docházelo k tomu, že stálý chrup prorůstal

vedle mléčných zubů. Značně se tato situace odrážela v chování žáků. Projevy doprovázely časté změny nálady, podrážděnost, nespolupráce při jídle, stimulacích. Bylo tedy úkolem rodičů tuto situaci řešit a děti nechávat ošetřit na specializovaném pracovišti. Při hygieně si s facilitací myjí ruce, utírají pracovní stůl po svačině nebo pracovních činnostech. Jednotlivé ergoterapeutické prvky jsou u všech žáků využívány při cíleném rozvíjení motoriky.

Fyzikální terapie

Do fyzikální terapie patří i takzvaná léčba vodou. Rehabilitační třída se každoročně účastnila plaveckých výcviků, které v šesti lekcích pořádá naše škola. S žáky s kombinovaným postižením nám ochotně pomáhali pracovníci plavecké školy. Pro žáky to byla nová zkušenost, někteří měli zkušenost z pobytů v lázních. Viděli jsme, jak teplá voda pozitivním vlivem působí na žáky. Ve spolupráci s rehabilitačním oddělením městské nemocnice jsme začali s žáky z rehabilitační třídy jedenkrát týdně navštěvovat malý bazének s vířivou koupelí. V roce 2011 naše město, s přihlédnutím k potřebám handicapovaných spoluobčanů, dokončilo výstavbu kryté plavecké haly. Pravidelně jedenkrát týdně bazén navštěvujeme a využíváme bazény s teplotou lidského těla. Dochází k pozitivnímu uvolňování spasmů a relaxaci celého organismu v perličkovém vířivém bazénu, jenž disponuje i barevnou fytoterapií. Ve škole žákům zprostředkováváme masáž DKK a HKK pomocí masážní, vibrační vaničky.

5 ANALÝZA VYBRANÝCH ŽÁKYŇ

V analýze se budeme zabývat případovou studií. Výzkumný vzorek tvoří dvě žákyň, dvojčata s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Školu navštěvují již jedenáctý rok.

5.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE

Analýzu konkrétních metod a přístupů uvádíme na případové studii dvou žákyň, dvojčat. Osobní případová studie zahrnuje detailní zkoumání konkrétního aspektu u jedné osoby. Předmětem zkoumání mohou být zkušenosti a procesy s ohledem na určitý aspekt v životě jedince. (Hendl, J. 2005)

Z rozhovorů s matkou, z lékařské a školní dokumentace a ze zpráv z psychologických a speciálně pedagogických vyšetření byly zjištěny následující skutečnosti:

Osobní údaje: dvojčata, dívky, rok narození 1996, věk 19 let, pohlaví ženské.

Diagnóza

Kvadruparetická forma mozkové obrny, úroveň rozumových schopností odpovídá pásmu těžkého mentálního postižení (IQ je menší než 30), divergentní strabismus, epilepsie.

Rodinná anamnéza

Otec se narodil 1961, je zdravý. Dosáhl odborného středoškolského vzdělání v oboru chemie, studium na vysoké škole nedokončil. Pracuje řadu let v rodinném podniku otce. Matka se narodila 1966, je též zdravá. Vyučila se malířkou keramiky. V oboru pracovala řadu let. Po narození dvojčat už do práce znovu nenastoupila. O své dcery pečuje v domácím prostředí. Dvojčata narozená 1996 mají dva starší sourozence. Bratr, narozen 1988, vystudoval vysokou školu a pracuje v oboru, léčen z důvodu nedostatku

trombocytů. Sestra se narodila v roce 1990. Porod byl předčasný ve třicátém týdnu těhotenství. Sestra vystudovala vysokou školu v oboru speciální pedagogika. Je zdravá. Rodina je úplná.

Osobní anamnéza

Dvojčata se narodila z páté gravidity. Matka dvakrát spontánně potratila. Páté těhotenství bylo plánované. Jednalo se o těhotenství rizikové, proto bylo od počátku udržované. Matka docházela na pravidelné kontroly. Předčasný porod v 35. týdnu byl komplikovaný. První dcera (2250 g, 43 cm) byla v děloze vzpříčená, její hlavička nesměřovala přímo k cestám porodním. Porod druhé dcery proběhl spontánně (1900 g, 45 cm). Obě byly přidušené a hned uloženy do inkubátoru. Druhý den po porodu se u mladší z dvojčat vyskytly apnoické pauzy. Sestry byly s dobrou prognózou po šesti týdnech propuštěny domů.

Dívky jsou v péči obvodního lékaře, neurologa, oftalmologa, SPC a rehabilitační sestry.

Hrubá motorika

Psychomotorický vývoj byl opožděn již od raného věku. Pohybově byly pasivní, zájem o hračky nejevily. Stav se nepatrně zlepšil pravidelným cvičením Vojtovy metody reflexní lokomoce. Ve věku jednoho roku však žádný zjevný pokrok nenastal. V předškolním věku působily mnohem mladším dojmem. Po dobu pěti let byl dívkám aplikován do lýtkových svalů botulotoxin. Zpočátku byly výsledky patrné. Postupně se uvolňování spasticity po aplikaci vytrácelo a léčba byla ze strany lékařů hodnocena jako ne příliš účinná a následně ukončena. Do deseti let byly používány k přesunům a pohybu kočárky.

Jemná motorika

Reakce dívek byly opožděné, předměty k manipulaci nevyhledávaly. Dokážou uchopit viděný předmět menších rozměrů a přendávat jej z jedné ruky do druhé. Uchopování je prováděno dlaňovým úchopem. Jsou schopné předmět upustit, nikoliv cíleně. Obě preferují pravou horní končetinu. Ale i postižení dominantní ruky je značné.

Sebeobsluha

Dívky neudrží tělesnou čistotu. Používají pleny, jsou plně inkontinentní. Před zahájením povinné školní docházky dívky přijímaly pouze mixovanou stravu. S tím byly spojené vleklé zažívací potíže. Jsou celkově odkázány na péči druhé osoby při všech činnostech běžného života.

Myšlení a komunikace

Dívky vnímají přítomnost známých osob, především členů rodiny. Po delší nepřítomnosti jim déle trvá, než daného člověka poznají. Reagují na své jméno. Otáčejí se za hlasem na zavolání, usmívají se. Členy rodiny rozlišují podle hlasu. Pokynům nerozumějí. Vnímají pochvalu i kárání. Rozdílnými reakcemi reagují na šepot, mluvenou řeč i křik. Verbálně nekomunikují. Souhlas, nesouhlas, pocity, náladu dávají najevo neartikulovanými zvuky, gestikou, mimikou, a pohyby celého těla. Obě mají rády, když jim nejstarší sestra hraje na klavír. Obě poznají znělku večerníčku, vždy se soustředěně zaposlouchají. Otáčejí se za zvukem, po zdroji zvuku pátrají očima. Neočekávaných a hlasitých zvuků se lekají. Starší sestra má ráda klid. Mladší sestra ráda naslouchá tiché hudbě, dokáže ji zklidnit.

Pozornost

V předškolním věku byla pozornost děvčat velmi krátkodobá. Individuální činnosti ztěžuje oční vada. Obě dívky nosí brýle. Mladší z dvojčat je neustále sundává. Nabízené předměty je nutné předkládat zblízka, aby je děvčata mohla zaregistrovat a uchopit. K zaujetí jejich pozornosti je třeba používat motivující, povzbuzující slova.

Vzdělávání

Jeden rok před zahájením povinné školní docházky začaly dívky navštěvovat jedenkrát týdně speciální mateřskou školu. Do té doby trávily veškerý čas doma s rodinou, nejvíce s matkou. Novému prostředí se přizpůsobovaly poměrně dobře. Bylo jim umožněno odložit o dva roky plnění povinné školní docházky.

5.2 VSTUPNÍ SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA

Vstupní speciálně pedagogická diagnostika je zpracovaná na základě pedagogické dokumentace, lékařských a psychologických zpráv.

Hrubá motorika

V poloze na břicho někdy na chvíli zvednou hlavičku. Občas se jim podaří aktivně přetočit na bok, starší sestře i na břicho. Zvedají hlavu za zvukem, na čtyři končetiny se dostanou pomocí gymnastického míče a podložek. Při sezení bývají přikurtované. Mladší sestra vzhledem k aplikaci botulotoxinu je citlivější na nožičky. Jsou patrné silnější spasmy. K přesunům užívají kočárky pro imobilní děti z Rousínova. Nevhodná je poloha pro záda, postavení kyčlí i kolen. V domácím prostředí používají terapeutické židličky *Kuba*.

Jemná motorika

Vezmou si nabízenou hračku, zvládají radiální i klešťový úchop. Dokážou vytahovat vlákna z mycí houby, trhat noviny. Při cílených činnostech je nutná facilitace.

Sociální vývoj

Úsměvem či živější reakcí reagují na sociální kontakt, aktivně reagují na osoby kolem sebe, sledují jejich činnost, pohyb kolem sebe. Na dostatek různorodých podnětů reagují spokojeností. Starší sestra vyžaduje pozornost a přítomnost matky, je dominantnější a o něco fyzicky vyspělejší. Mladší sestra je submisivnější, více lítostivá. Separační úzkost neprojevují. Rády chodí ven na procházky. Své potřeby aktivně neprojevují. Nebezpečí nevyhodnocují.

Při převlékání jsou trvale odkázány na úplnou pomoc druhé osoby. V rámci hygieny dají s dopomocí ruce pod tekoucí vodu. Ústní hygienu snášejí dobře od druhé osoby. Osobní čistotu neudržují. Jsou celodenně plenovány. Sprchování a koupání mají obě velmi rády.

Komunikace

Zdá se, že reagují na své jméno, na ostatní verbální pokyny reakce nezaznamenána. Verbální složka je na úrovni vokalizace. Neverbální komunikace v projevu vole a nevole. U rehabilitačních cvičení se objevují projevy vztekání. Silná salivace. Retní uzávěr nefunkční.

Stravování

Dokážou sát, tekutiny přijímají z lahvičky se savičkou, nerady pijí. Jsou krmeny vleže mělněnou stravou. Často hledají, čím zabavit ruce, ale tak se nemohou plně soustředit na jedení a pití.

Zrakové vnímání

Sledují pohyby svých rukou, natahují se po blízkých předmětech. Sledují zrakem pohybující se osoby a předměty. Kontrola zrakem je pouze krátkodobá.

Sluchové vnímání

Otáčejí hlavu za zdrojem zvuku. Smíchem obě reagují na kýchnutí, smrkání, klepání. Reagují na oslovení jménem. Starší sestra pozitivně reaguje na mužský hlas a ráda poslouchá rockovou muziku.

Taktilně-kinestetické vnímání

Dvojčatům jsou pravidelně promazávány **klouby** olejem. Končetiny jsou masírované. K masážím neprojevují odpor.

5.3 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ INTERVENCE

Při výuce dívek jsou uplatňovány speciálně pedagogické metody využívající prvků handlingu, polohování, stimulací a terapií, které se vzájemně prolínají v mnoha předmětech. Jsou zaměřené zvláště na systematický rozvoj motorických schopností, rozvoj vizuomotoriky, zrakovou stimulaci, vnímání tělesného schématu, zlepšení příjmu stravy a pití. Základním pilířem ve výuce dívek je zabezpečit jim stabilní, správnou a pohodlnou polohu těla tak, aby byl využitelný jejich potenciál v maximální možné míře. Při individuální činnosti dívky využívají mechanické polohovací vozíky nebo terapeutickou sedačku *Tobi* a *Kuba*. Všechna zařízení jsou vybavena opěrkami hlavy. Dolní končetiny je třeba fixovat suchými zipy, aby byly opřené a stabilní ve správné poloze. Dívky sedí u výškově nastavitelného stolu se sklopnou pracovní deskou. Dívky pracují také vleže – v poloze na břiše s oporou o předloktí, na zádech, na boku. Pro tyto polohy využíváme různé kompenzační pomůcky. Mezi základní patří polohovací hady, válce, klíny, polohovací sety, polštáře, zátěžová deka.

Na prvním stupni probíhala výuka podle Rehabilitačního vzdělávacího programu pro pomocnou školu v předmětech rozumová výchova, smyslová výchova, pracovní a výtvarná výchova, hudební pohybová výchova a rehabilitační tělesná výchova. Od sedmého ročníku se vzdělávají podle ŠVP, vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

V předmětu **rozumová výchova** zařazujeme stimulace zraku, hmatu, vizuomotoriky a jemné motoriky. Pro orientaci ve výukovém harmonogramu děvčatům pomáhají zástupné předměty. Předměty jsou zvoleny tak, aby zprostředkování vjemu bylo hmatové, případně spojeno s vjemem sluchovým či zrakovým. Pro ranní vítání používáme chrastítka, k bazálním stimulacím molitanové kolečko, ke zrakové stimulaci ve světelném boxu přívěsek svítící baterky, na znamení odchodu botička a jiné.

Devčatům velmi prospívá polohování na břiše se vzporem o předloktí v polohovacím setu. Ke vzpřímení hlavy poslouží jako motivace ozvučené pomůcky. Zásady správného handlingu a polohování jsou aplikovány po celou dobu vyučovacího procesu.

Podle instrukcí lékaře a speciálně pedagogického centra (dále jen SPC) pracujeme s okluzory. Po odkrytí oka trénujeme fixaci a koordinaci zraku. Pracujeme se zrakovými kartami. Karty jsme vyrobili z blýskavých nebo černobílých materiálů. Dívky též dobře reagují na fluoreskující spirály na černém pozadí. Děvčata po krátkou dobu sledují předměty v pohybu (ve směrech zleva doprava a zpět, shora dolů a zpět, linie ležaté osmičky vede k tendenci propojování hemisfér). Oční konvergenci trénujeme přibližováním a oddalováním obrazců. Pro podporu zrakového vnímání využíváme i vjemů hmatových a čichových, jako kompenzačních. U starší ze sester došlo ke zlepšení zraku.

Při **smyslové výchově** pomocí ergoterapeutických prvků procvičujeme HKK, a to například vybíráním malých předmětů z teplé vody. Nahřívacími polštářky navozujeme pocity tepla a chladu. Masážními ježky a žínkami provádíme taktilní stimulace. Intenzivní stimulaci prstů zajišťujeme SU-JOK prstýnky. Stimulace doprovázíme říkankami. U obou dívek působí nahřívání pozitivně k uvolňování spasmů.

Před svačinou provádíme orofaciální stimulace. Střídáme Roodovu metodu, orofaciální stimulace obličejových svalů a dutiny ústní. Na stimulace si děvčata musela dlouho zvykat. Je nutné, aby děvčata vnímala stimulaci v obličejové části. Není žádoucí zaměstnávat ruce. Od prvního ročníku děvčata jedla vleže a měla zvýšenou salivaci. Stimulace jsme střídali. Během prvních dvou let jsme docílili vertikalizace do sedu. A obě dívky začaly přecházet ze stravy mixované na stravu nejprve mělněnou a postupem dalšího roku na stravu strukturovanou. Svačiny jsme doporučovali slané, abychom nepodporovali salivaci. Dívky mají rády zeleninové polévky a všechny omáčky. Během čtyř let se nám podařilo úplně odstranit salivaci. Dívky nosily na krku šátky k zachycování slin, které jsme museli často vyměňovat. Když salivace vymizela, dívky mohly začít využívat šátků pouze jako módního doplňku. Jsme tedy názorným příkladem, že i u žáků s těžkým mentálním postižením lze docílit odstranění salivace pravidelným aplikováním Roodovy metody.

Žáci s kombinovaným postižením většinou mají ztížené polykání a neumějí kousat. Dívkám jsme zpočátku nabízeli ke vkládání do úst různé kojenecké pomůcky, které se používají k masáží jazyka a dásní. Postupně jsme začali s masážemi zdravotnickou

pomůckou pro kojence – gumovými prstáčky. Stimulace spočívá v masáži dásní, jazyka, tváří a tvrdého patra. Mladší z dívek téměř vůbec neměla dávicí reflex. Starší z dívek naopak nevhodně hned za zuby na tvrdém patře. Pravidelnými masážemi jsme se snažili dívkám navozovat situace sousta v ústech. Dále jsme vkládali střídavě na dolní stoličky měkké ovoce v gáze. Starší sestře dokonce i kousky chleba.

Další orofaciální stimulace provádíme pomocí zubních kartáčků a dřevěné, lékařské špachtle. U hypertonických žáků, jako jsou děvčata, je tato stimulace velmi prospěšná k uvolňování svalů tváří a k pohybům jazyka. Všechny tyto stimulace ještě obohacujeme masážemi obličeje. Při relaxační hudbě opakujeme stejné tahy v obličeji. U dívek bylo nutné docílit retního uzávěru, proto všechny cviky aplikujeme ve směru k ústům. Orofaciální stimulace využíváme i v rámci hodin **řečové výchovy**.

Na všechny stimulace v obličejové části si dívky zvykaly po dlouhou dobu. V naší každodenní činnosti nás velmi podporovala logopedka z SPC. Je důležitá vytrvalost a souhra pedagogických pracovníků i osobních asistentů. Nejdůležitější je důvěra a spolupráce rodiny.

V předmětu **výtvarné činnosti** opět klademe důraz na využívání ergoterapeutických činností. Spastické HKK uvolňujeme nahříváním rukou a prováděním uvolňovacích cviků za rytmického doprovodu. Hojně využíváme metodu Jaroslavy Svobodové. Dívky velmi dobře reagují na rytmický doprovod, pohupují se do rytmu. Starší sestra ráda klepe nohou do rytmu. Všechny aktivity děvčata provádějí s facilitací. Za podpory dvou dospělých osob pracují s pískovnicí. Poslední dva roky je u děvčat velmi oblíbený takzvaný tekutý písek, který rády mnou a přemísťují.

Rehabilitační tělesná výchova ve třídě šesti vozíčkářů je velmi náročná pro pedagogické pracovníky a osobní asistenty. Mezi oblíbené činnosti patří rovnovážná cvičení na balanční ploše. Dívky leží v poloze na zádech nebo na břiše a pedagog stojící nad nimi na balanční ploše pohybuje plochou ze strany na stranu velmi pomalými pohyby. Děvčata tak zapojují svalové skupiny k vyrovnávání těla. Toto cvičení dívkám prospělo i ve zvládnutí situací, které nastávají při jízdě na vozících. Dříve se dívky často lekaly, když vozíky najely na jakoukoliv terénní nerovnost nebo při nájezdu na obrubníky chodníků. Balanční cvičení jim pomáhají, jak tyto situace běžného života zvládat a jak

reagovat. Velkou pomocí pro uvolňování spasmů jsou pravidelné páteční návštěvy bazénu. Když byla děvčata na prvním stupni, každoročně se účastnila plaveckého výcviku. Na vodu reagovala velmi pozitivně. Navázali jsme spolupráci s městskou nemocnicí a jedenkrát týdně jsme s děvčaty a celou třídou docházeli do rehabilitačního bazénku na perličkové koupele. Postupně jsme přešli na pravidelné plavání. Ve spolupráci s plaveckou halou jsme pořídili speciální kompenzační pomůcky a do bazénu chodíme po celý školní rok jedenkrát týdně. Pro dívky je to dobrý socializační prvek a zdravotně jim pobyt v teplé vodě velmi prospívá k uvolňování spasmů. Problém nastal u starší sestry. Při pobytu ve vodě u ní docházelo k častým epileptickým záchvatům. Neurolog tuto situaci řešil výměnou medikace. Musíme vždy dbát zvýšené opatrnosti.

Zajistit synchronizaci ve třídě žáků s kombinovaným postižením nám pomohlo zavedením pravidelného míčkování. Dívky zprvu terapii nepřijímaly kladně, zřejmě jim byla nepříjemná. Začínali jsme míčkováním hlavy, krku a šíje, postupně jsme přidávali končetiny. Nejprve třeba i přes oblečení, aby si dívky mohly lépe přivyknout. Opět se vyplatila naše trpělivost a míčkování se stalo v rehabilitační třídě pravidelnou součástí vyučovacího procesu. Dívkám navozuje terapii vždy stejná atmosféra - hudba, vůně, mírně zatemněno a světlo ze solných lamp. Rodiče tuto aktivitu velmi vítají. Žákyně tak lépe přijímají taktilní stimulační, uvolňují prsty i celé HKK, DKK. Míčkování prospívá technice dýchání. Masáž hrudníku, zad a ramen uvolňuje spasticitu, rozpíná hrudní koš. Míčkování dobře prokrvuje pokožku, je to prospěšný prvek v prevenci dekubitů.

Nejen v hodinách rehabilitační tělesné výchovy, ale napříč celou výukou je nutné provádět handling a polohování.

Při **pracovních činnostech** zařazujeme ponejvíce prvky sebeobsluhy, osobní hygieny, stravování. Děvčata jsou celodenně odkázána na pomoc druhé osoby. Každý den je potřeba věnovat dostatek času krmení a osobní hygieně. Krmení vždy předchází některá z orofaciálních stimulací a odpočinek (přestávka) před svačinou. Důležitou součástí svačiny je, aby dívky seděly na terapeutických židlích ve správné poloze s fixací DKK. I pro zdravého člověka je nemožné jíst nebo psát bez opory DKK. Při krmení je též důležité, aby ruce zůstaly v klidu a nezabývaly se jinou činností. Můžeme takto veškeré

soustředění směřovat k vnímání příjmu stravy. Starší sestru krmíme u stolu. Je důležité navázat oční kontakt, upozornit hlasem a signálem, například cinknutím lžice o hranu talíře. Nácvik krmení je u starší sestry úspěšný. Mladší sestru krmí osoba ve stoje vedle ní, neboť je potřebné pomáhat s retním uzávěrem a stimulovat polykání. Pití podává osoba z papírového kelímku u obou sester v pozici ve stoje. Po svačině následuje ústní hygiena. Starší sestra měla zprvu velké potíže s nadavovacím reflexem, velmi se bránila. Pravidelnými stimulacemi a ústní hygienou se situace významně zlepšila. Mladší sestra je trpělivější. Jedenkrát týdně mineralizujeme chrup pro odolnost proti kazivosti zubů. S facilitací si obě sestry dokážou umývat ruce a mačkat ručník. Obě sestry jsou celodenně plenované. K obsluze je potřeba vzájemné pomoci dvou dospělých osob. Je prospěšné používat zdravotní potřeby, které hydratují imobilním žákyním pokožku a pomáhají tak předcházet dekubitům.

Pohybové činnosti zpestřují program o hudebně pohybové hry. Dívky výborně reagují na zvuky hudby a rytmizaci. Hlavní součástí pohybových činností je vestibulární stimulace. U dívek především pasivní vestibulární stimulace. Mají obě velmi rády houpání v dece, které aplikujeme od prvního ročníku. Trénovaly tak nové podněty, které neznaly, jako je houpání, točení, válení sudů a rozbalování. S růstem je cvičení náročnější pro dospělé osoby. Stimulaci provádíme ve čtyřech osobách. Dívky při vožení v dece mají možnost vidět svět z jiné perspektivy. Jízdu často doprovázejí smíchem. Radost z pohybu dívkám umožňujeme pomocí cvičení, ke kterému je třeba pěti dospělých osob. Žákyně leží na měkké podložce, jedna osoba uchopí hlavu ostatní končetiny. Za zvuků relaxační hudby vykonávají velmi pomalé pohyby všemi směry. Dívky tak lépe reagují na pohybové podněty při jiných činnostech.

Součástí **hudebních činností** je již několik let pravidelný blok muzikoterapie. Děvčata si zvykala překvapivě rychle na zvukové a vibrační podněty. S facilitací dokážou doprovodit na jednoduchý hudební nástroj. Mladší sestra upřednostňuje jemnější chrastící a zvonící zvuky. Starší sestra ráda vnímá vibrace bubnů a monochoru. Obě mají rády zvuk tibetských mís a relaxační hudbu. Muzikoterapie oběma dívkám zprostředkovává vnímání pestrosti zvuků a vibrací. Též děvčatům nabízíme individuální muzikoterapii.

Když jsme stáli před tvorbou školního vzdělávacího programu, zakomponovali jsme do výuky přímo předmět s názvem **stimulace**. V tomto předmětu střídáme stimulace s ohledem na momentální zdravotní stav a naladění děvčat. Mezi oblíbené stimulace patří zrková stimulace a následná relaxace v temném boxu se světelnými pomůckami a projekcí. Do tohoto předmětu zahrnujeme i nácvik techniky dýchání. Dále stimulaci prstů rukou a nohou SU-JOK prstýnky. Dívky mají velmi rády koupel nohou v masážní vaničce. Trpělivě přijímají vibrační stimulace na vibrační vyhřívané podložce. Intenzivní vibrace vnímají při stimulaci vibračním kladívkem, které se přikládá na místa kloubů. Vibrace jsou tak rozváděny po celém těle všemi směry. Mezi nejdéle používané činnosti patří bazální stimulace. Dívky první tři měsíce v prvním ročníku téměř všechny činnosti doprovázely křikem a pláčem. Těžce si zvykaly na nové prostředí a odloučení od matky. Matka situaci také zvládala velmi těžce, dokonce stála před otázkou, zda s docházkou dívek do školy skončit. Ale vše byla otázka času a trpělivosti nás všech. Radovali jsme se společně z každého úspěchu a děvčata si začala pomalu zvykat. Začínali jsme stimulovat tření jemnými předměty. Během několika měsíců si dívky zvykly na stimulaci devíti předměty. Celé roky vykonáváme prvky bazální stimulace na devět písni. Na každou píseň používáme předmět z jiného materiálu a jiné struktury. Při přechodu na druhý stupeň nám bylo doporučeno SPC první čtyři předměty jemnějších povrchu vyřadit. A zařadit předměty strukturovanějších povrchů pro zintenzivnění vjemů. Posledním předmětem jsou rolničky. Dívky tak vnímají znamení, že se blíží konec činnosti.

Sluchová stimulace figuruje ve výuce při mnoha činnostech. Žákům pomáhá orientovat se a zapamatovat si činnosti. Každá stimulace i terapie je spojena s určitým hudebním doprovodem. Dle našich subjektivních pocitů se domníváme, že děvčata toto spojení vnímají. Několikrát se stalo, že jsme zapomněli na hudební podbarvení činnosti a dívky reagovaly negativně. Ke zklidnění došlo až, když slyšely známou hudbu k dané činnosti.

Všechny stimulace se snažíme střídat a zařazovat pravidelně do výuky. Vždy dbáme na individuální potřeby a zdravotní stav dívek.

5.4 ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DOPORUČENÍ PRO SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKOU PRAXI

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo popsat, jak se dají prvky různých stimulací a terapií využívat při výuce žáků s kombinovaným postižením, a zjistit, zda lze těmito postupy dosáhnout rozvoje osobnosti žáka v oblasti hrubé a jemné motoriky, vizuomotoriky, oromotoriky, vnímání a pozornosti.

Informace pro vypracování kazuistiky byly získány pozorováním žákyň při činnostech, anamnestickými metodami, analýzou dokumentace žákyň, nestrukturovaným rozhovorem s matkou.

Jako hlavní výzkumná otázka byla stanovena tato: **Má zařazování prvků handlingu, polohování, stimulací a terapií do výuky pozitivní přínos pro rozvoj žáků s kombinovaným postižením s těžkou mentální retardací?**

Ze speciálně pedagogické diagnostiky vyplývá, že s využíváním stimulací a terapií, zařazováním handlingu a polohování došlo u děvčat k rozvoji hned v několika oblastech. Obě dívky se zlepšily ve vertikalizaci a držení těla. Polohováním na břicho obě sestry začaly vzpřimovat hlavu. Po nějakou dobu udržují hlavu v pozici pro sledování předmětů. Přestože jsme s polohováním začali s nástupem dívek do školy, některé vznikající deformity se nám již nepodařilo odstranit nebo jim zamezit. Handling a polohování však omezuje prohlubování již vzniklých deformit. Každodenními orofaciálními stimulacemi došlo k úplnému zastavení salivace, zlepšení příjmu stravy. Obě dívky přešly na strukturovanou stravu. Pravidelnou zrakovou stimulací, dokážou fixovat zrakem a soustředit se po delší dobu.

Vedlejšími výzkumnými otázkami byly: **V jakých předmětech je možné při výuce žáků s kombinovaným postižením využívat prvky handlingu, polohování, stimulací a terapií?**

Při výuce žákyň jsou všechny popisované činnosti využívány v různých obměnách ve všech předmětech. Vždy je třeba přihlížet k rozumovým schopnostem žákyň a k jejich potřebám. Využití přizpůsobit tématu výuky, tak, aby byly pro žákyň prospěšné,

zajímavé a smysluplné. Důležitým prvkem při všech manipulacích s děvčaty a při činnostech je komunikace. Je nutné neustále dívky na vše upozorňovat slovně, iniciačním dotekem, pomocí zástupného předmětu.

Jakou roli při výuce žáků s kombinovaným postižením zaujímají kompenzační pomůcky?

Kompenzační pomůcky ve výuce žáků s kombinovaným postižením zaujímají zásadní roli. Obě žákyně mohly být vertikalizovány do pozice sedu pouze za pomoci terapeutických židlí *Kuba* a *Tobi*. Díky těmto pomůckám se podařilo fixování a stimulování těla ve správných pozicích. Polohovací kompenzační pomůcky dívkám usnadňují vykonávání řady činností, kterých by se jinak nemohly účastnit. Dále dívkám velmi obohacují život tím, že mohou často střídat polohy pro práci i relaxaci a prožívat stejné činnosti v mnoha jiných pozicích a z různých úhlů pohledu. Při výuce využíváme ve velké míře polohovací sety, polohovací hady, válce, klíny, terapeutický kuličkový polštář pro dvě osoby, polštáře. Jedním z největších pomocníků pro žáky s kombinovaným postižením je zátěžová deka o hmotnosti sedmi kilogramů, která žáka doslova obteče a zatíží tam, kde je potřebné pro vykonávání určité činnosti nebo naopak pro zklidnění. Vzhledem k imobilitě žákyň jsou jejich nezbytnou kompenzační pomůckou polohovací mechanické vozíky, které dívkám také zajišťují podmínky správného sedu s fixacemi a podporou.

Co může podporovat využívání prvků handlingu, polohování, stimulací a terapií – motivaci, pocit úspěchu, soustředění k činnostem, zapojování svalových skupin, omezování vzniku deformit?

Výzkumným šetřením bylo potvrzeno, že zařazování handlingu, polohování, stimulací a terapií má pozitivní vliv na rozvoj osobnosti žákyň, na jejich prožívání, spokojenost a pocit bezpečí. Je vždy důležité vše vykonávat s klidným slovním i fyzickým vedením a zábavnou formou, aby byly žákyně dobře naladěné a mohli jsme tak podněcovat jejich chuť spolupracovat. Děvčata dobře reagují na hudební doprovody, mohou si tak lépe upamatovávat, která činnost bude prováděna a mohou tak soustředit svou pozornost na činnost. Mnohdy mají problém přijímat nové činnosti, reagují křikem. Dlouhodobým, pravidelným opakováním si budují návyky. Zařazováním těchto činností jsme oddálili

prohlubování deformat. Pestrůst činností dívkám zabezpečuje pohyb, zapojování různých svalových skupin. Dívky cvičením na balanční ploše zapojují do činnosti rovnovážné centrum, umějí reagovat na podněty každodenního běžného života.

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Na základě výzkumného šetření se prokázalo, že pravidelné zařazování prvků handlingu, polohování, stimulací a terapií má pozitivní vliv na celkový stav žáků. Z tohoto důvodu doporučujeme pokračovat v nastaveném režimu. Vždy musíme přihlížet k aktuálnímu zdravotnímu stavu žáků, k jejich individuálním možnostem a schopnostem. Pro výkon těchto činností je nejdůležitější vytvářet klidnou a motivující atmosféru, aby se žáci cítili dobře a bezpečně. To vše za pomoci kompenzačních pomůcek se správnou pozicí těla. Velmi přínosné a vhodné je občasné obměňování činností, aby výuka byla pestrá a zábavná. Žáci jsou tak lépe motivováni k aktivitě a kladné odezvě. Všechny tyto činnosti je možné vykonávat pouze s početným personálním obsazením třídy, za pomoci asistenta pedagoga a osobních asistentek. Nezbytné je též jejich nadšení a zájem. Dále doporučujeme zařazovat více aktivit, při kterých bude žák spolupracovat s ostatními spolužáky. Žáci s kombinovaným postižením často ulpívají na zažitých stereotypech a nevyhledávají přítomnost spolužáků. Zkušenosti například z muzikoterapie potvrzují, že sounáležitost se skupinou může žáka přimět k ještě lepším výkonům.

ZÁVĚR

Cílem předkládané bakalářské práce bylo popsat problematiku výuky žáků s kombinovaným postižením a popsat projevy dítěte s kombinovaným postižením. Jak výuku pojmout, když žáci s kombinovaným postižením disponují velmi omezenými rozumovými schopnostmi, nízkou pozorností a malou mírou koncentrace. Práce se zabývala myšlenkou, jak smysluplně a prospěšně výuku žáků s kombinovaným postižením naplňovat, čím ji obohacovat. Jakými prioritami by výuka měla disponovat. Součástí cíle práce bylo, zda analyzované činnosti mají efektivní přínos pro žáky s kombinovaným postižením. Zda lze dosáhnout rozvoje osobnosti žáka v oblasti hrubé a jemné motoriky, vizuomotoriky, komunikace, vnímání a pozornosti. Práce byla rozdělena do pěti kapitol, první tři byly teoretické, další dvě byly praktické.

První kapitola byla věnována kombinovanému postižení – jeho charakteristice a etiologii. Dále se zabývala dětskou mozkovou obrnou jako kombinovaným postižením – etiologií, diagnostikou, symptomy a formami. Závěr kapitoly byl zaměřen na přidružená postižení dětské mozkové obrny. Druhá kapitola se zabývala problematikou výuky žáků s kombinovaným postižením. Nejprve byl vymezen legislativní rámec vzdělávání. Dále se kapitola zabývala možnostmi vzdělávání žáků s kombinovaným postižením a analýzou metod, které je prospěšné při edukaci zařazovat. Poslední, teoretická kapitola, byla zaměřena na projevy žáků s kombinovaným postižením. Zabývala se fyziologickým vývojem dítěte. V závěru kapitoly byly popsány projevy z pohledu výchovného a vzdělávacího.

Poslední dvě kapitoly se zaměřovaly na kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo popsat využití stimulací a metod v jednotlivých předmětech výuky žáků s kombinovaným postižením. A následně zjistit, zda lze tímto způsobem dosáhnout rozvoje žáků. Ke sběru dat byly použity anamnestické metody, nestrukturované participační pozorování žákyň při činnostech, analýza dokumentace žákyň a nestrukturovaný rozhovor s matkou žákyň. Čtvrtá kapitola se zabývala charakteristikou, cílem výzkumu a dílčími výzkumnými otázkami. Dále charakterizovala výzkumné prostředí a

informanty. Seznámila s činnostmi zařazovanými do výuky žáků s kombinovaným postižením.

Pátá kapitola se orientovala na analýzu vybraných žákyň, případovou studii a vstupní speciálně pedagogickou diagnostiku. Následně se zaměřovala na speciálně pedagogickou intervenci. Výsledkem výzkumného šetření bylo zjištění, že využívání handlingu, polohování, stimulací a terapií ve výuce mělo pozitivní vliv na rozvoj žákyň s kombinovaným postižením i na kvalitu edukačního procesu. Popisované metody byly využívány v různých obměnách ve všech předmětech. Velmi důležitou roli ve výuce zaujímal kompenzační pomůcky, které žákyním usnadňovaly vykonávání některých činností a zabezpečovaly zásady správného polohování. Dále bylo zjištěno, že využívání těchto metod podněcuje spolupráci a posiluje schopnost koncentrace k činnostem.

Na základě celkového šetření lze usuzovat, že výše zmíněné stimulační a terapeutické metody mají smysl, význam a pozitivní vliv na formování osobnosti žáků s kombinovaným postižením. Práce může inspirovat rodiče dětí s různým typem postižení, jak rozvíjet osobnost dítěte v různých oblastech života. Tuto práci lze dále využít jako edukační materiál pro studenty somatopedie a začínající pedagogy, dále jako podpůrnou tematickou metodiku pro ostatní pedagogické pracovníky.

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Seznam použité literatury

Defektologický slovník. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978. 480 s.

FIALOVÁ, I., OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ, L. *Somatopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vydání. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-233-8.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2011, [102] s. ISBN 978-80-7368-945-2.

KUDLÁČEK, M. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012, 186 s., [8] s. obr. příl. ISBN 978-80-262-0178-6.

MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.

MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000, 92 s. ISBN 80-859-3186-9.

MŠMT ČR. *Národní program rozvoje v České republice Bílá kniha*. Praha: Tauris, 2001. 140 s. ISBN 80-211-0372-8.

MŠMT ČR. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: VÚP, 2004. ISBN 80-87000-00-5.

MŠMT ČR. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. Praha: VÚP, 2005. ISBN 80-87000-02-1.

MŠMT ČR. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. Praha: VÚP, 2008. ISBN 978-80-87000-25-0.

NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 168 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8872-4.

NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 146 s. ISBN 80-210-3819-5.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 313 s. ISBN 80-244-1073-7.

SEKÁČOVÁ, G., JEŽEK, D. *Podpora pohybového vývoje: možnosti vzdělávání žáků základní školy speciální v oblasti podpory pohybového vývoje*. Vyd. 1. Praha: IPPP - Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2008, 95 s. ISBN 978-80-86856-51-3.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. upravené vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980. 232s.

STEHLÍK, A. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. Vydání 1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1977. 244 s.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 178 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8506-7.

TITZL, B. *Péče o tělesně postižené dítě: sborník k 70. výročí založení Jedličkova ústavu*. 1. vyd. Praha: Ústav pro kulturně výchovnou činnost, 1985, 180 s.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-732-0039-2.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-731-5134-0.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: [nástroje pro prevenci, nápravu a integraci]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 207 s. Pedagogická praxe. ISBN 80-717-8544-X.

ZIKL, P. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 112 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

Seznam použitých internetových zdrojů

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů [online]. MŠMT ČR [citováno 19.12.2015]. Dostupná z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73>>.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů [online]. MŠMT ČR [citováno 19.12.2015]. Dostupná z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. MPSV ČR [citováno 19.12.2015]. Dostupný z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů [online]. MŠMT ČR [citováno 19.12.2015]. Dostupný z WWW : <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>>.

SEZNAM ZKRATEK

- CNS - Centrální nervová soustava
- DKK - Dolní končetiny
- DMO - Dětská mozková obrna
- HKK - Horní končetiny
- IVP - Individuální vzdělávací plán
- MR - Mentální retardace
- PŠD - Povinná školní docházka
- RVP PV - Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
- RVP ZV - Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
- RVP ZV LMP- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha
upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením
- RVP ZŠS - Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola
speciální
- SPC - Speciálně pedagogické centrum
- SVP - Speciální vzdělávací potřeby
- ŠVP - Školní vzdělávací program
- ZŠS - Základní škola speciální

SEZNAM OBRÁZKŮ

Seznam obrázků

- Obrázek 1 : Dívky v mechanických vozících
- Obrázek 2 : Stabilní pozice s oporou o DKK (sedačka *Kuba*)
- Obrázek 3 : Denní program děvčat – zástupné předměty
- Obrázek 4 : Využití pozice v polohovacím setu *Tomek* při výuce
- Obrázek 5 : Stabilní pozice s oporou o DKK (sedačka *Tobi*)
- Obrázek 6 : Nácvič správné techniky dýchání v terapeutickém polštáři
- Obrázek 7 : Fyzikální terapie – hydromasáž DKK (sedačka *Aris*)
- Obrázek 8 : Cvičení se zvukovým míčem v padáku
- Obrázek 9 : Pasivní vestibulární stimulace
- Obrázek 10 : Pasivní vestibulární stimulace
- Obrázek 11 : Orofaciální stimulace – Roodova metoda
- Obrázek 12 : Orofaciální stimulace – Roodova metoda
- Obrázek 13 : Pracovní činnosti – stabilní pozice s oporou o DKK i HKK,
práce s tekutým pískem
- Obrázek 14 : Ergoterapie – vybírání předmětů z teplé vody střídavě oběma HKK
- Obrázek 15 : Ergoterapie – uvolňování HKK masážními ježky, gelovým vajíčkem
- Obrázek 16 : Ergoterapie – uvolňování HKK masáží žínkou

Obrázek 17 : Ergoterapie – nahřívání HKK polštářky s pšenicí a ovčím rounem

Obrázek 18 : Terapie SU-JOK – masáž prstýnkem SU-JOK

Obrázek 19 : Orofaciální stimulace

Obrázek 20 : Podávání pití z papírového kelímku

Obrázek 21 : Stabilní pozice trupu s oporou

Obrázek 22 : Zraková stimulace – cvičení oční konvergence

Obrázek 23 : Stabilní pozice s oporou o DKK v polohovacím *šneku*

Obrázek 24 : Pozice pro relaxaci v polohovacím setu *Tomek*

Obrázek 25 : Prvky bazální stimulace

Obrázek 26 : Vibrační stimulace

Obrázek 27 : Využití pozice vleže na břicho se zátěžovou dekou

Obrázek 28 : Stimulace v kuličkovém bazénku

Obrázek 29 : Cvičení na balanční ploše

Obrázek 30 : Zraková stimulace ve světelném boxu – leh na boku s využitím

polohovacího *hada*



Obrázek 1: Dívky v mechanických vozících



Obrázek 2: Stabilní pozice s oporou o DKK (sedačka *Kuba*)



Obrázek 3: Denní program děvčat – zástupné předměty



Obrázek 4: Využití pozice v setu *Tomek* při výuce



Obrázek 5: Stabilní pozice s oporou o DKK (sedačka *Tobi*)



Obrázek 6: Návuk správné techniky dýchání v terapeutickém polštáři



Obrázek 7: Fyzikální terapie – hydromasáž DKK (sedačka Aris)



Obrázek 8: Cvičení se zvukovým míčem v padáku



Obrázek 9: Pasivní vestibulární stimulace



Obrázek 10: Pasivní vestibulární stimulace



Obrázek 11: Orofaciální stimulace – Roodova metoda



Obrázek 12: Orofaciální stimulace – Roodova metoda



Obrázek 13: Pracovní činnosti – stabilní pozice s oporou o DKK i HKK, práce s tekutým pískem



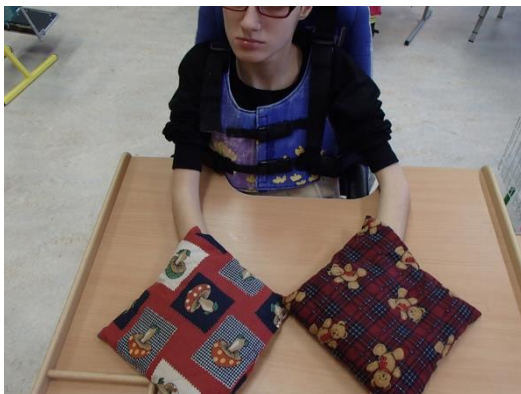
Obrázek 14: Ergoterapie – vybírání předmětů z teplé vody střídavě oběma HKK



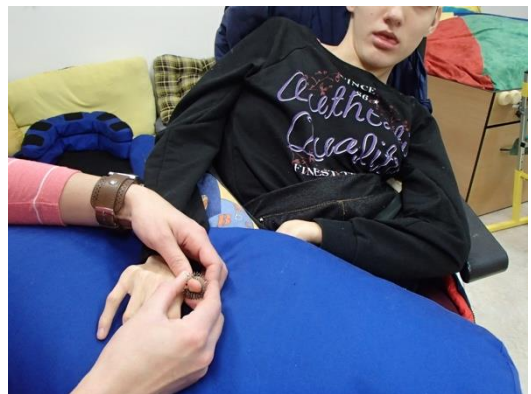
Obrázek 15: Ergoterapie – uvolňování HKK masážními ježky, gelovým vajíčkem



Obrázek 16: Ergoterapie – uvolňování HKK masáží žínkou



Obrázek 17: Ergoterapie – nahřívání HKK polštářky s pšenicí a ovčím rounem



Obrázek 18: Terapie SU-JOK – masáž prstýnkem SU-JOK



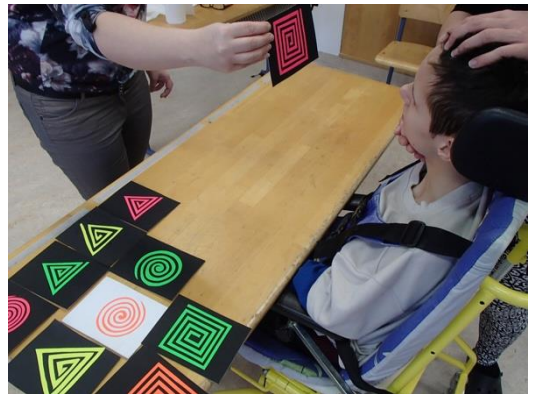
Obrázek 19: Orofaciální stimulace



Obrázek 20: Podávání pití z papírového kelímku



Obrázek 21: Stabilní pozice trupu s oporou



Obrázek 22: Zrková stimulace cvičení oční konvergence



Obrázek 23: Stabilní pozice s oporou DKK v polohovacím šneku



Obrázek 24: Pozice pro relaxaci v polohovacím setu Tomek



Obrázek 25: Prvky bazální stimulace



Obrázek 26: Vibrační stimulace



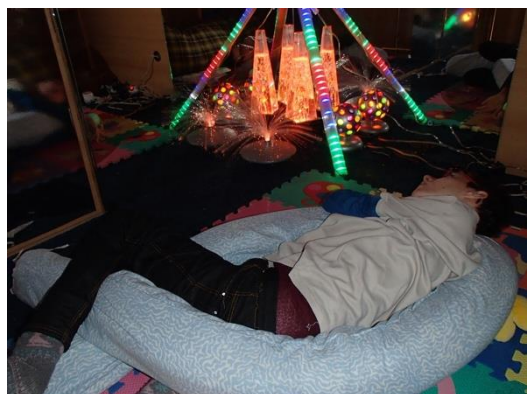
Obrázek 27: Využití pozice vleže na břiše se zátěžovou dekou



Obrázek 27: Stimulace v kuličkovém bazénu



Obrázek 29: Cvičení na balanční ploše



Obrázek 30: Zraková stimulace ve světelném boxu – leh na boku s využitím polohovacího hada

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Věra Tomanová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované

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

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 53

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 26

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce : Mgr. Milan Fleischmann