

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Rozvoj komunikačních dovedností u dětí s kombinovaným  
postižením

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Barbora Tomková

Katedra: Katedra speciální pedagogiky

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Šumníková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Přidělovaný akademický titul: Bc.

Rok odevzdání: 2010

**Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Rozvoj komunikačních dovedností u dětí s kombinovaným postižením napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.
2. Souhlasím s tím, aby byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 29.3. 2010

Podpis:.....

**Poděkování:**

Děkuji Mgr. Pavlíně Šumníkové, Ph.D. za trpělivé a podnětné vedení při zpracování mé bakalářské práce.

**Abstrakt:** Předkládaná práce se zabývá rozvojem komunikačních dovedností u dětí s kombinovaným postižením. Teoretická část se věnuje kombinovanému postižení, především dětské mozkové obrně a způsobům její rehabilitace. Dále se věnuje významu a metodám komunikace a možnostem vzdělávání dětí s kombinovaným postižením. Praktickou část práce tvoří kazuistiky žáků rehabilitační třídy detašovaného pracoviště ZŠ speciální Rooseveltova, které mapují dovednosti žáků v oblastech komunikace, kognitivních schopností, motoriky a sebeobsluhy ve třech hodnocených obdobích a sledují souvislost mezi jednotlivými oblastmi. Práce klade důraz význam rehabilitace pro rozvoj komunikačních dovedností dětí s kombinovaným postižením.

**Klíčová slova:** kombinované postižení, dětská mozková obrna, komunikace, komunikační dovednosti, rehabilitace.

**Abstract:** This work deals with the progress of communication skills of children with multiple disabilities. The first part focuses on multiple disabilities in general, especially on Cerebral Palsy and forms of its therapy. The following topics are communication (importance and methods of communication) and education of children with multiple disabilities. The second part of this work consists of case reports of pupils from ZŠ speciální Rooseveltova. These case reports describe communication, cognitive and motor skills of these children and their autonomy during three years and try to find connections between these areas. The work wants to point out the importance of therapy to progress of communication skills of children with multiple disabilities.

**Key words:** multiple disabilities, Cerebral Palsy, communication, communication skills, therapy

# Obsah

Obsah .....	5
Úvod.....	6
1 Kombinované postižení.....	7
2 Dětská mozková obrna.....	9
2.1 Etiologie.....	9
2.2 Projevy DMO.....	10
2.3 Poruchy řeči spojené s DMO.....	12
2.4 Rehabilitace.....	14
2.4.1 Vojtova metoda.....	17
2.4.2 Koncept manželů Bobathových.....	17
2.4.3 Bazální stimulace.....	18
3 Komunikace.....	22
3.1 Alternativní a augmentativní komunikace.....	22
3.1.1 Makaton.....	23
3.1.2 Piktogramy.....	24
3.1.3 Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS).....	24
4 Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením.....	26
4.1 Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy.....	27
5 Charakteristika pracoviště.....	29
5.1 Kazuistiky.....	31
Závěr.....	47
Použitá literatura.....	49

## Úvod

Komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka. Každý z nás je součástí společnosti, kde přichází do kontaktu s ostatními lidmi a komunikace je prostředkem, jak ve vztazích, které zde utváříme, sdělovat informace, představy, myšlenky, nálady nebo pocity. Ne každý má to štěstí, aby své myšlenky a pocity mohl sdělovat bez obtíží a aby mu bylo stejně dobře rozuměno. Do této skupiny patří také děti s kombinovaným postižením, jejichž komunikační dovednosti jsou často nejruznějším způsobem omezeny. To však neznamená, že by jim potřeba komunikace chyběla. Stejně tak to neznamená, že by tyto děti nebyly komunikace schopny. Jen je potřeba najít její nejvhodnější formu a snažit se zapojit mechanismy, které by postupně podporovaly růst dalších komunikačních dovedností, a tak rozšiřovaly možnosti dítěte. Děje se tak na základě neustálé práce s dítětem, zejména pak pravidelnou rehabilitací.

Ve své práci se zaměřuji na obecnou charakteristiku kombinovaného postižení, podrobněji potom na dětskou mozkovou obrnu, která spadá do této kategorie. Na její příčiny, projevy a zejména pak na význam a možnosti rehabilitace. V další kapitole se věnuji tématu komunikace. Jejím významu i možnostem komunikace lidí s narušenou komunikační schopností, metodám alternativní a augmentativní komunikace. Ve čtvrté kapitole se zaměřím na vzdělávání dětí s kombinovaným postižením. Práci doplním kazuistikami žáků rehabilitační třídy detašovaného pracoviště ZŠ speciální Rooseveltova.

Práce si klade za cíl zmapovat úroveň komunikačních dovedností vybraných žáků a popsat, co k rozvoji těchto komunikačních dovedností přispívá.

# 1 Kombinované postižení

Teorii kombinovaného postižení se v současné době věnuje celá řada autorů. Z toho důvodu se jak ve světových jazycích<sup>1</sup>, tak v češtině vyskytuje určitá terminologická nejednotnost. V našem prostředí se setkáváme zpravidla se třemi termíny, a sice s termínem vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady, které jsou chápány a používány jako synonyma.<sup>2</sup> Také vymezení těchto pojmů není příliš snadné. Defektologický slovník mluví o kombinované vadě, je-li „*jedinec postižen současně dvěma nebo více vadami*“.<sup>3</sup> Pro potřeby školství se „*za postiženého více vadami 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*“.<sup>4</sup>

Ještě před několika lety jsme se v rámci kombinovaného postižení v odborné literatuře setkávali s dělením vad na primární a sekundární, přičemž sekundární vady jsou ty, které vznikají až následně, doprovázejí vady primární a komplikují původní stav postižení.<sup>5</sup> V současné době je již tento pohled překonán, na kombinované postižení už není nahlíženo jako na součet dvou společně se vyskytujících vad, ale jako na postižení, které má zcela novou kvalitu.<sup>6</sup> V důsledku toho dochází také postupně k odklonu od kategorizace vad (od snahy postižení někam „zaškatulkovat“) k popisnému přístupu, který se snaží charakterizovat nejen postižení jedince, ale také jeho možnosti a schopnosti. Bylo by totiž zavádějící očekávat, že dva lidé se stejnou diagnózou musí dosáhnout stejných výsledků. Jak uvádí Ludíková, „*cílem veškeré péče o osoby s kombinovanými vadami by mělo být dosažení maximální míry socializace, která je pochopitelně u každého jedince jiná a je ovlivněna celou řadou faktorů*“.<sup>7</sup>

I přes to je však z důvodu organizace určitá klasifikace kombinovaných vad nezbytná. S jednou takovou klasifikací se setkáváme v resortu školství, kde jsou žáci s kombinovanými vadami členěni do tří skupin:<sup>8</sup>

---

<sup>1</sup> v angličtině se používají pojmy multiple handicap nebo sever/multiple disabilities

<sup>2</sup> Srov. Ludíková, str. 9

<sup>3</sup> Sovák

<sup>4</sup> Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č.j. 25602/97-22

<sup>5</sup> Srov. Kysučan, str. 79

<sup>6</sup> Srov. Ludíková, str. 8

<sup>7</sup> Ludíková, str. 11

<sup>8</sup> Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č.j. 25602/97-22

- Skupina, v níž je společným znakem mentální retardace (sdružují se tělesné, smyslové vady, vady řeči atd.). Mentální retardace je zde však determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Proto je při rozhodování o způsobu vzdělávání pokládána za vadu dominantní.
- Druhou skupinu tvoří kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči. Specifickou skupinu tvoří děti/žáci hluchoslepí.
- Samostatnou skupinu tvoří děti/žáci s diagnózou autismus a autistickými rysy

Ve své práci bych se chtěla zaměřit především na děti, jejichž společným postižením je dětská mozková obrna (DMO), tedy na děti spadající do první skupiny této klasifikace. Ostatních druhů kombinovaných vad se proto budu dotýkat pouze okrajově a zejména z hlediska komunikace.



## 2 Dětská mozková obrna

Termín dětská mozková obrna byl u nás zaveden v roce 1959 zakladatelem české dětské neurologie, docentem Lesným. V angličtině se užívá termín „Cerebral Palsy“.<sup>9</sup>

Jedná se o rané postižení mozku, které má následky především v oblasti motoriky. Vzniká v důsledku postižení mozku ještě před ukončením jeho vývoje (proto také *dětská mozková obrna*), tedy během těhotenství, při porodu nebo v prvních měsících života. Dětská mozková obrna je považována za nejčastější z pohybových poruch. Uvádí se, že zahrnuje 50-60% lidí s tělesným postižením, někdy se dokonce uvádí až 80%.<sup>10</sup>

### 2.1 Etiologie

O dětské mozkové obrně mluvíme jako o raném postižení mozku, které může vzniknout až do prvních měsíců života, z toho důvodu mohou být její příčiny jak prenatální, tak perinatální nebo postnatální.

Mezi prenatální příčiny vzniku DMO patří především infekční onemocnění matky. „*Jsou to nejčastěji chřipka, infekční žloutenka, syfilis, případně různé záněty*“.<sup>11</sup> V pozdějších měsících těhotenství to mohou být „*oběhové poruchy matky, které mají za následek nedostatečné okysličování plodu, zejména jeho mozku*“.<sup>12</sup> Nejvýznamnější příčiny DMO jsou však příčiny perinatální, zejména komplikované, dlouhotrvající porody, porodní asfyxie. Dále se DMO častěji vyskytuje u dětí nedonošených nebo naopak přenošených. Mezi příčiny postnatální patří infekční onemocnění dítěte během prvních 12 měsíců života, zánětlivá onemocnění centrálního nervového systému (jako je například zánět mozkových blan) a další vlivy poškozující dosud ještě nezralý mozek dítěte. K poškození mozku samozřejmě může dojít i v pozdějším věku, ale takové postižení má již jiný klinický obraz než DMO.

Během posledních dvou desetiletí došlo k nárůstu počtu dětí s diagnózou dětské mozkové obrny. „*Příčinou je zvýšená frekvence porodů dětí, jejichž život*

---

<sup>9</sup> srov. Klenková, str. 25

<sup>10</sup> srov. Pipeková, str. 171

<sup>11</sup> <http://www.mujweb.cz/zdravi/dmob/> str. 10

<sup>12</sup> Pipeková str. 171

*se zachrání při extrémně nízké porodní hmotnosti a předčasném porodu.*“<sup>13</sup>Tyto faktory Kraus zároveň uvádí jako nejčastější příčiny vzniku DMO, na rozdíl od porodní asfyxie, jak bylo uváděno dříve.<sup>14</sup>

## 2.2 Projevy DMO

V této kapitole bych se ráda zaměřila na to, jak se DMO projevuje, jaký má vliv na vývoj dítěte (zejména na jeho komunikační dovednosti) a na poruchy, které se spolu s DMO nejčastěji vyskytují, neboť právě ony jsou velice důležitým faktorem určujícím možnosti a hranice rozvoje dítěte.

Jak již bylo řečeno, projevuje se DMO zejména v oblasti motoriky. Konkrétně můžeme mluvit o určité tělesné neobratnosti, především v jemné motorice, nerovnoměrném vývoji, zvýšené pohyblivosti a neklidu.<sup>15</sup> Tyto charakteristiky jsou určitým způsobem společné téměř všem formám DMO. V závislosti na těchto formách však můžeme charakteristiku jedince s DMO dále rozvíjet také z hlediska kognitivního, senzoryckého a dalších. Z tohoto důvodu bych nejprve přistoupila k určitému rozdělení DMO a nástinu jejích jednotlivých forem.

DMO se vyskytuje ve dvou základních formách:

- forma spastická
- forma nespastická

1) Častější je forma spastická, která se vyznačuje zvýšením svalového napětí. Podle toho, která část těla je postižena, dělíme spastické formy dále na diparetické, hemiparetické a kvadraparetické.

### ➤ Diparetická forma

Diparetická forma postihuje dolní končetiny. V důsledku již zmíněného zvýšeného napětí svalů dochází k nemožnosti natažení bérců v kolenou, což má za následek chůzi s ohnutými koleny. Dolní končetiny bývají slabší, v poměru ke zbytku těla méně vyvinuté. Děti začínají chodit mezi 3. a 5. rokem, chůze je

---

<sup>13</sup> Kraus, str. 35

<sup>14</sup> srov. Kraus, str. 35

<sup>15</sup> srov. Pipeková, str. 171

tzv. nůžkovitá (kolena se o sebe třou), možná převážně s oporou, u těžších forem se děti nenaučí chodit vůbec.<sup>16</sup> „Diparetická forma DMO vzniká poškozením mozku především v oblasti jeho kmene a mozková kůra tedy zpravidla není zasažena, inteligence dětí postižena nebývá a při vytvoření podmínek mohou zvládnout jak základní, tak vyšší vzdělání“<sup>17</sup>

➤ Hemiparetická forma

Je charakteristická postižením jedné poloviny těla. Horní končetina bývá postižena více, ohnutá v lokti a přitažená k tělu, dolní končetina bývá napnutá tak, že při chůzi dítě došlapuje na špičku. V případě postižení pravé hemisféry bývá mentální úroveň dětí lehce snížena (průměrné IQ 90), při postižení levé hemisféry nejvíce přibližně polovina dětí žádné známky kognitivní poruchy, u druhé poloviny bývá inteligence snížena do pásma lehké mentální retardace (průměrné IQ 65).<sup>18</sup>

➤ Kvadruparetická forma

Forma, při které postižení zasahuje všechny čtyři končetiny, přičemž míra postižení jednotlivých končetin může být různá. „Kvadruparetická forma DMO je v zásadě odvozena z formy diparetické, přičemž dominuje buď větší postižení dolních končetin, anebo převažuje poškození jedné strany nad druhou, event. oboustranná hemiparéza, při poškození obou mozkových hemisfér.“<sup>19</sup> Téměř vždy bývá spojena s těžkou mentální retardací. Kvadruparetická forma je nejtěžším typem spastických forem DMO, její prognóza bývá nejméně příznivá.

2) Formy nespastické se naopak vyznačují snížením svalového napětí, nebo vůlí neovlivnitelnými pohyby a patří mezi ně forma hypotonická a dyskinetická.

➤ Forma hypotonická

Je pro ni charakteristické snížení svalového napětí. Tato forma se vyskytuje v raném věku dítěte, později (asi ve 3 letech) přechází ve formu dyskinetickou nebo spastickou. Pokud přetrvá, je provázena těžkou mentální retardací.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> srov. Pipeková, str. 171

<sup>17</sup> <http://www.mujweb.cz/zdravi/dmob/> str.12

<sup>18</sup> srov. Pipeková, str. 172

<sup>19</sup> Jankovský, str.34

<sup>20</sup> srov. Pipeková, str. 172

### ➤ Forma dyskinetická

Pro dyskinetickou formu jsou charakteristické nepotlačitelné mimovolní pohyby, „*kteří doprovázejí každý pokus o volní pohyb*“<sup>21</sup> Mimovolními pohyby je narušena také řeč, která je v důsledku toho špatně srozumitelná.

Ačkoliv se lékaři při diagnostice řídí touto klasifikací DMO, může se stát, že jedno dítě má více než jeden typ postižení.<sup>22</sup> Proto „*je vždy důležitější provést podrobnou funkční analýzu, která je základem terapie a je významnější než klasifikace.*“<sup>23</sup>

### **Poruchy vyskytující se spolu s DMO**

Mezi nejčastější přídružené poruchy patří mentální retardace (vyskytuje se asi v 66%), epilepsie (uvádí se od 15 do 70%), poruchy řeči (přes 50%) a smyslové poruchy.<sup>24</sup> Tyto poruchy se vyskytují zejména u těžších forem DMO, tedy u formy kvadruparetické a dále u formy hypotonické (především poruchy intelektu a epilepsie) a dyskinetické (poruchy řeči a smyslové poruchy, zejména sluchové). Nejtypičtější smyslovou poruchou je strabismus, který souvisí s tendencí k nepravidelnému překřížování dolních končetin projevující se také v pohybech očí. Strabismus je typický u diparetické a kvadruparetické formy DMO.

Samostatně a podrobněji bych se chtěla dále zaměřit především na poruchy řeči vyskytující se spolu s DMO. Ostatní poruchy, jako mentální retardaci, epilepsii a smyslové vady budu zmiňovat pouze v souvislosti s celkovou charakteristikou jedince.

## **2.3 Poruchy řeči spojené s DMO**

Mezi poruchami řeči a poruchami hybnosti existuje přímá souvislost, neboť v rámci poruch hybnosti dochází také k poruchám hybnosti mluvních orgánů.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> srov. Pipeková, str. 172

<sup>22</sup> srov. Kraus, str. 62

<sup>23</sup> Kraus, str. 86

<sup>24</sup> srov. Pipeková, str. 172

<sup>25</sup> srov. Klenková, str. 29

Jak již bylo výše zmíněno, vyskytují se poruchy řeči u více než 50% dětí s DMO. Vývoj řeči bývá u těchto dětí omezený nebo v lepších případech pouze opožděný. Příčinou tohoto omezeného nebo opožděného vývoje může být:<sup>26</sup>

- porucha centrálních řečových oblastí v mozku
- snížení rozumových schopností
- porucha hybnosti mluvních orgánů
- porucha sluchu

Ráda bych se teď zaměřila především na třetí zmiňovaný bod, tedy na poruchy hybnosti mluvních orgánů.

Dřív než dítě začne mluvit, prochází vývoj jeho řeči několika různými stadii. Obecně můžeme mluvit o preverbálním stadiu vývoje řeči, ve kterém dochází k přípravě artikulačního ústrojí. Tato příprava začíná již v prenatálním období a pokračuje také po narození. *„Činnosti jako sání, žvýkání, polykání jen zdánlivě nesouvisí s vlastní řečí, ale teprve ovládnutí těchto činností umožní vývoj řečových činností.“*<sup>27</sup> Dokud se tedy dítě nenaučí provádět tyto pohyby, nezačne artikulační ústrojí používat k mluvení. Proto je důležité zaměřit speciálně pedagogickou (zejména pak logopedickou) činnost na stimulaci těchto primárních činností. *„Teprve po zvládnutí těchto aktivit může řeč přejít k dalšímu vývojovému stupni.“*

Na řeč má dále vliv také zvýšené nebo snížené svalové napětí, které se vyskytuje v souvislosti s DMO. *„Tím, že je postiženo i svalstvo řečových orgánů, jsou postiženy i jednotlivé složky mluvního projevu – dýchání, fonace, artikulace, plynulost a koordinace mluvního projevu.“*<sup>28</sup> Problémy ve všech těchto oblastech zahrnuje porucha řeči zvaná dysartrie, která je typickou poruchou vyskytující se právě v souvislosti s dětskou mozkovou obrnou. Dysartrii můžeme definovat jako *„poruchu procesu artikulace při organickém postižení centrálního nervového systému“*.<sup>29</sup> V důsledku tohoto postižení CNS dochází k poškození hlavových nervů, které mají velký vliv na řečovou komunikaci. U dysartrie bývají poškozeny:<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> srov. Klenková, str. 44

<sup>27</sup> Klenková, str. 38

<sup>28</sup> Klenková, str. 49

<sup>29</sup> Pipeková, str. 113

<sup>30</sup> Kraus, str. 245

- V. hlavový nerv – při jeho porušení je postiženo ovládání čelisti, otevírání a zavírání úst. Porušena je artikulace a žvýkání.
- VII. hlavový nerv – poškození mimiky obličejového svalstva. Nedokonalá pohyblivost rtů, vážne špulení a retoretný uzávěr. Postižený nedokáže vytvořit přetlak v dutině ústní.
- IX. hlavový nerv – poškození pohyblivosti jazyka a kořene jazyka a svalstva hltanu.
- X. hlavový nerv – postižení svalstva hrtanu, hltanu, měkkého patra a hlasivek. Je narušena tvorba hlasu.
- XII. hlavový nerv – porucha inervace jazyka, vážne plazení, laterální pohyby a další.

Na míře poškození hlavových nervů závisí stupeň poškození toho kterého řečového orgánu. Nejtěžším stupněm takové poruchy je potom anartrie, která se projevuje neschopností verbální komunikace.

Tolik tedy velice stručně k poruchám řeči, které souvisí s dětskou mozkovou obrnou. Mým cílem v této kapitole nebylo dělat jejich dlouhé výčty a popisy, ale spíše naznačit úzkou souvislost těchto poruch s poruchami hybnosti, které jsou podstatou DMO. Ukázat, že problém spasticity, nebo naopak hypotonie se netýká pouze končetin, ale ve větší či menší míře ovlivňuje celého člověka, tedy i jeho řečovou a komunikační složku. Z konkrétních poruch řeči jsem zmínila pouze dysartrii a anartrii a to jak z důvodu četnosti jejich výskytu v této problematice, tak proto, že právě tyto dvě se budou objevovat v kasuistikách ve druhé části této práce.

## **2.4 Rehabilitace**

Dětská mozková obrna je onemocnění neprogresivní, tedy ložisko postižení se dále nezvětšuje. To však neznamená, že se stav postiženého nemůže zhoršovat. Proto je pro děti s DMO pojem rehabilitace velice zásadní. Slouží k udržení získaných pohybových dovedností a zároveň k dalšímu rozvoji jedince. Poruchy pohybu ovlivňují celý život dítěte a to jak z hlediska podrobněji zmiňovaného rozvoje řečových funkcí, tak také z hlediska kognitivního, kdy jsou děti omezeny

v přirozeném přístupu k podnětům z jejich okolí. Přidružená mentální retardace a smyslové postižení navíc způsobují zásadní narušení komunikačních schopností dítěte. Pokud se komunikace u dítěte dostatečně nepodporuje (jedním ze zásadních prostředků podpory je právě rehabilitace), může docházet k agresivnímu chování, nebo tzv. naučené bezmocnosti ze strany dítěte.

V současné době je v odborné literatuře často používaným pojmem ucelená (nebo také komprehenzivní) rehabilitace, která zahrnuje jak rehabilitaci léčebnou, tak rehabilitaci sociální, pedagogickou a pracovní.<sup>31</sup>

Léčebná rehabilitace je zaměřena na odstranění funkčních poruch a snaží se o zmírnění následků zdravotního postižení. Patří sem různé druhy masáží, vodoléčba, ergoterapie, léčebná tělesná výchova (kam Janovský zařazuje Vojtovu metodu, metodiku manželů Bobathových apod.) a další.<sup>32</sup> Pedagogická složka rehabilitace se zaměřuje na oblast výchovy a vzdělávání jedince, na podporu jeho schopností a nadání. Za pomoci metod speciální pedagogiky respektuje druh a stupeň postižení a snaží se o optimální rozvoj osobnosti jedince „*ve smyslu jeho sociální, pracovní a kulturní integrace vedoucí k aktivní účasti a produktivnosti vlastního života.*“<sup>33</sup> Cílem sociální rehabilitace je vytvoření předpokladů pro samostatný život, nezávislost a integraci. Zaměřuje se nejen na jedince s kombinovaným postižením, ale také na jeho rodinu, jejímž úkolem je přijmout dítě takové, jaké je.<sup>34</sup> Mezi metody sociální rehabilitace patří reedukace (rozvoj poškozené funkce), kompenzace (náhrada poškozené funkce jinou nepoškozenou). Součástí sociální rehabilitace je také vytváření ekonomických a materiálních podmínek pro samostatný život (finanční příspěvky, chráněné bydlení apod.).<sup>35</sup> Pracovní rehabilitace se zaměřuje na pracovní uplatnění jedince, které naplňuje potřebu člověka určité společenské upotřebitelnosti a aktivity. Pracovní složka rehabilitace zahrnuje rozvoj pracovních dovedností a návyků, ale také tvorbu a ochranu pracovních míst (chráněné dílny, podporované zaměstnání apod.).<sup>36</sup> Pro mou práci je významná především rehabilitace léčebná a pedagogická, na kterou se nyní zaměřím podrobněji.

---

<sup>31</sup> srov. Jankovský, str. 16

<sup>32</sup> Srov. Jankovský, str. 17-20

<sup>33</sup> Ludíková, str. 89

<sup>34</sup> Srov. Ludíková, str. 88

<sup>35</sup> Srov. Jankovský, str. 23-24

<sup>36</sup> Srov. Ludíková, str. 89

Pro všechny druhy (metody) terapie je společné to, že vyžadují týmovou práci. „*Nutná je spolupráce rodiny, odborných lékařů, psychologa, fyzioterapeutů a speciálního pedagoga.*“<sup>37</sup> Dále jsou formulovány určité obecné principy, zásady, které by těmito odborníky měly být při práci s dítětem dodržovány.

Jsou to:

- zásada vývojovosti – požaduje dodržování zákonitého vývoje hybnosti, neboli, nemůžeme po dítěti chtít něco, kam vývojově ještě nedosáhlo<sup>38</sup>
- zásada reflexnosti – zdůrazňuje využívání reflexně inhibiční polohy, která snižuje spasticitu dítěte a usnadňuje mu vykonávání úkolů<sup>39</sup>
- zásada rytmizace – vychází z principu, že „*rytmizací hybnosti a řeči se dosahuje odstranění nebo alespoň zmírnění spasticity a nepotlačitelných mimovolních pohybů a zlepšuje se plynulost a koordinace těchto projevů*“<sup>40</sup>
- zásada komplexnosti – zdůrazňuje vhodnost současného působení více podnětů, spojování činností (např. úkoly, při kterých se zároveň rozvíjí pohyb i řeč)<sup>41</sup>
- zásada kolektivnosti – díky nacvičování činností v kolektivu má zároveň připravovat na společenské začlenění<sup>42</sup>
- zásada přiměřenosti a individuálního přístupu – požaduje přihlížení k individuálním možnostem a schopnostem každého dítěte<sup>43</sup>

Tyto obecné zásady by tedy, jak už bylo řečeno, měly být respektovány při práci s dítětem v rámci jednotlivých rehabilitačních metod. Mezi u nás nejpoužívanější metody patří Vojtova metoda, koncept manželů Bobathových, bazální stimulace, dále se může používat také hipoterapie, vodoléčba a další. Všechny tyto metody podporují hybnost jedince a tedy podporují jeho komunikační dovednosti.

---

<sup>37</sup> Vítková, str. 33

<sup>38</sup> srov. Kábele, str. 74

<sup>39</sup> srov. Kábele, str. 113

<sup>40</sup> Kábele, str. 125

<sup>41</sup> srov. Kábele, str. 144

<sup>42</sup> srov. Kábele, str. 149

<sup>43</sup> srov. Kábele, str. 154



### 2.4.1 Vojtova metoda

Tato metoda vznikla v 50. letech 20. století a jméno nese po svém tvůrci MUDr. Václavu Vojtovi. Cílem této metody je vytvářet správné pohybové vzory a zabraňovat motorické patologii. Jedná se o terapii reflexní, což znamená, že vychází z principu, že podráždění určitého místa na těle dítěte vyvolává odpověď, tedy určitou pohybovou reakci. Tato reakce není vyvolána volným podnětem, je reflexní – proto „reflexní metoda“. Velikou výhodou tohoto principu je, že nevyžaduje spolupráci rehabilitovaného, a proto je metoda využitelná i u malých dětí. Aktivace (spouštění reflexů) se provádí v modelech reflexní plazení (model, který se aktivuje v poloze na břicho) a reflexní otáčení (aktivovaný z polohy na zádech). Aktivace probíhá prostřednictvím dráždění spouštových zón. Podle názvů jednotlivých modelů by se mohlo zdát, že děti při rehabilitaci nacvičují plazení a otáčení, ve skutečnosti tomu tak ale není. Metoda spočívá v tom, že se probouzí pohybové vzory motorické ontogeneze, které se stávají stavebními kameny pro vertikální držení těla. Vychází při tom ze svalových souher, které známe z motorického vývoje zdravého dítěte (kam oba tyto pohyby patří). Dítě si tyto svalové souhry, které jsou terapeutem vzbuzeny, automatizuje a nevědomě zavádí do spontánní motoriky.<sup>44</sup> *„Výsledkem léčby byly a jsou globální změny držení těla.“*<sup>45</sup>

Při této metodě je velice zdůrazňována důležitost spolupráce s rodiči, neboť je potřeba provádět cviky pravidelně také doma.

### 2.4.2 Koncept manželů Bobathových

Tuto rehabilitační metodu vytvořili ve 40. letech minulého století manželé Karel a Berta Bobathovi. Oproti předchozí metodě je tento koncept spíše než na reflexy zaměřen na analýzu pohybových vzorů jednotlivých aktivit a na analýzu jejich souvislosti s pohybem a některou konkrétní funkcí. Vzhledem k abnormálním pohybovým vzorům, které si dítě s DMO během svého vývoje zafixovává, je *„v terapii žádoucí analyzovat všechny patologické pohybové vzory a zároveň určit, které chybějící vzory je potřeba rozvinout nebo kterých je potřeba*

---

<sup>44</sup> srov. Kraus, str. 193 – 205

<sup>45</sup> Kraus, str. 193

*dosáhnout pro zlepšení konkrétní funkce. Tyto vzory jsou facilitovány v rámci terapie a jsou aplikovány v celodenní péči o dítě. Cílem terapie je poskytnout dítěti více pohybových možností a umožnit mu učinit různorodé odpovědi na konkrétní situace.“* <sup>46</sup> Na rozdíl od předchozí metody terapeut neučí dítě pohybům, ale snaží se mu dopomoci k tomu, aby mohlo samo pohyb co nejspíše provést. Metoda tedy vyžaduje spolupráci ze strany dítěte. Snahou terapeuta je umožnit dítěti získat novou senzomotorickou zkušenost a tím příznivě ovlivnit jeho další vývoj. Využívá k tomu prostředků vnějšího prostředí, jako jsou například světlo, zvuk nebo barvy, pomáhá dítě zpevnit do takové polohy, aby bylo schopno určitého pohybu (např. zpevnění dítěte v židli, aby bylo schopno něco napsat), snaží se o redukci spasticity. Pro Bobathův koncept je charakteristické, že jsou tyto aktivity zahrnuty do aktivit všedního dne, snaží se dítě připravit tak, aby bylo schopno vykonávat funkční dovednosti, jako jsou například oblékání nebo stravování. Z tohoto důvodu je také zde velice důležitá spolupráce rodičů.<sup>47</sup>

### **2.4.3 Bazální stimulace**

Autorem konceptu bazální stimulace je profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval s dětmi s těžkým kombinovaným postižením. Ve své práci vycházel ze studií vývojové prenatální psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu. Tam se mu, „*na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání*“<sup>48</sup> podařilo úspěšně navázat komunikaci s těmito těžce kombinovaně postiženými dětmi. „*Předpokladem pro vypracování konceptu bylo Fröhlichovo tvrzení, že i tyto děti jsou vzdělavatelné, a to alespoň v oblasti vnímání vlastního těla či nácviku různých pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy.*“<sup>49</sup> Koncept bazální stimulace se v současnosti používá jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelské péči, kam ho v 80. letech 20. století přenesla spolupracovnice profesora Fröliche, zdravotní sestra prof. Christel

---

<sup>46</sup> Kraus, str. 210

<sup>47</sup> srov. přednáška z KP 3.4. 2009

<sup>48</sup> Friedlová, str.13

<sup>49</sup> Friedlová, str.13

Bienstein. Bazální stimulace je vhodná pro lidi, „kteří jsou jakkoli tělesně nebo duševně postiženi, pro ty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního kómatu, pro mentálně postižené a také pro ty, u nichž je jakýmkoli způsobem postiženo vnímání.“<sup>50</sup>

Cílem bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby u postižených docházelo k:<sup>51</sup>

- podpoře rozvoje vlastní identity
- umožnění navázání komunikace se svým okolím
- zvládnutí orientace v prostoru a čase
- zlepšení funkcí organismu

Východiskem konceptu je vzájemná propojenost a ovlivňování se pohybu, vnímání a komunikace člověka. Vnímání nám umožňuje pohyb a zároveň komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Smyslové orgány, které nám vnímání umožňují, se vyvíjí už v embryonální fázi vývoje člověka (např. somatické vnímání se vyvíjí už na konci 2. měsíce po početí), a proto je možné je využít při práci i s těžce postiženým člověkem.<sup>52</sup> Děje se tak prostřednictvím jednotlivých prvků stimulace. Ty se rozdělují do dvou skupin, a sice na prvky základní a nadstavbové.

Prvky základní stimulace:<sup>53</sup>

- somatická
- vestibulární
- vibrační

Prvky nadstavbové stimulace:

- optická
- auditivní
- taktilně-haptická
- olfaktorická
- orální

---

<sup>50</sup> Friedlová, str.14

<sup>51</sup> Friedlová (Skriptum), str.2

<sup>52</sup> srov. Friedlová, str. 19,22

<sup>53</sup> Friedlová, str.24

Prvky základní stimulace představují nejranější formy komunikace, která probíhá mezi matkou a dítětem ještě v prenatálním období. Schopnost vnímat těmito smysly je tedy společná všem. Právě na tyto prvky se nyní zaměřím podrobněji.

#### ➤ Somatická stimulace

Somatické vnímání zprostředkovává vjemy z našeho vlastního těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Tyto vjemy jsou zároveň předpokladem pro uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat. Schopnost, možnost vnímat vlastní tělo (své „já“) podporuje další oblasti života člověka, jako např. motoriku, kognici, již zmiňovanou komunikaci, dále emoce, sociální zkušenost apod.<sup>54</sup>

Základní formou somatické stimulace je dotek, přičemž se klade velký důraz na kvalitu tohoto doteku. „*Na kvalitě poskytovaných doteků záleží, zda si je klient uvědomí a bude schopen je zpracovat jako vjem, zda mu umožní navodit příjemné pocity a zda mu umožní zlepšení jeho zdravotního stavu.*“<sup>55</sup> Pro lidi s jakkoliv omezenou schopností vnímání je důležitým pojmem iniciální dotek, prostřednictvím kterého dáváme klientovi najevo, kdy naše přítomnost a činnost u něho začíná a kdy končí. Koncept bazální stimulace se snaží využívat doteků k terapeutickému působení v různých technikách. Jedná se o „*polohování, rehabilitační cvičení, masážní techniky, pomoc při pohybu a korekci polohy atd.*“<sup>56</sup> Mezi další metody somatické stimulace patří například zklidňující nebo povzbuzující stimulace (zklidňující/povzbuzující koupel), neurofyzilogická somatická stimulace, masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání a další.<sup>57</sup>

#### ➤ Vestibulární stimulace

Vestibulární, nebo také rovnovážný orgán je uložen ve vnitřním uchu. Slouží k orientaci v prostoru a vnímání pohybu. Lidé s omezenou možností pohybu získávají pouze omezené množství podnětů, který by tento orgán mohl zpracovávat. Vestibulární aparát tak po čase začne ztrácet svou schopnost

---

<sup>54</sup> srov. Friedlová, str.64

<sup>55</sup> Friedlová (Skriptum), str.4

<sup>56</sup> Friedlová (Skriptum), str.4

<sup>57</sup> srov. Friedlová (Skriptum), str.10

reagovat na změny polohy a v důsledku toho může docházet k poruchám orientace na vlastním těle a v prostoru.<sup>58</sup>

Vestibulární stimulaci je možné provádět prostřednictvím pohybů hlavy (před změnou polohy těla změníme v tomtéž směru nejprve polohu hlavy), změnou polohy těla pomocí změny polohy celého lůžka, uložení klienta do závěsného houpacího vaku atd.<sup>59</sup>

#### ➤ Vibrační stimulace

Vibrační stimulace zprostředkovává intenzivní vjemy z vlastního těla. „*Cílem vibračního vnímání je pocítit tělesnou hloubku a vůbec tělo a jeho vnitřní stabilitu a tělesné hranice.*“<sup>60</sup> Vibrační stimulace je vhodná zejména pro klienty s těžkou mentální retardací a pro lidi s DMO (neboť díky šíření vibrací po kostech umožníme klientovi vnímat postižené končetiny). Ke stimulaci je možné využít různé elektrické přístroje, hlas, ladičku, dupání nebo klepání, hudební nástroj apod.. Vhodná místa pro aplikace vibračních stimulací jsou pata, vnitřní nebo zevní strana kolene, pánevní kost, předloktí, paže, dlaň a další.<sup>61</sup>

---

<sup>58</sup> srov. Friedlová (Skriptum), str.24

<sup>59</sup> srov. Friedlová, str.106

<sup>60</sup> Friedlová (Skriptum), str.25

<sup>61</sup> Friedlová (Skriptum), str.26

### 3 Komunikace

Slovo „komunikace“ pochází z latinského „communicatio“, což znamená spojování nebo sdělování. Jedná se o schopnost užívat různých výrazových prostředků k vytváření a udržování mezilidských vztahů.<sup>62</sup> Komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka a zároveň zaujímá důležitou roli při rozvoji osobnosti jedince a má nezastupitelné místo při jeho socializaci a edukaci.<sup>63</sup> Každý člověk je součástí společnosti, kde přichází do kontaktu s ostatními lidmi. Komunikace je prostředkem, jak v těchto vztazích, které utváříme, sdělovat informace, představy, myšlenky, nálady, pocity. Primárním komunikačním prostředkem většinové společnosti je řeč. *„V řečovém projevu každého člověka lze obecně identifikovat čtyři vzájemně se prolínající jazykové roviny: rovinu morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, foneticko-fonologickou a pragmatickou. Skutečnost, kdy jedna nebo více rovin jazykového projevu působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru jedince, pak označujeme jako narušenou komunikační schopnost.“*<sup>64</sup> K narušení komunikační schopnosti dochází často právě u lidí s kombinovaným postižením a to v důsledku různých bariér, které se mohou vyskytovat jak v oblasti senzorické, tak motorické nebo kognitivní. S problémy v komunikaci se setkáváme také u lidí s DMO (viz výše). U dětí s narušenou komunikační schopností je důležité rozpoznat, zda je reálné, že budou ke komunikaci používat mluvenou řeč (úroveň schopností dítěte pro orální komunikaci lze stanovit ve věku 4-5 let), případně zvolit nějakou z metod alternativní komunikace.<sup>65</sup>

#### 3.1 Alternativní a augmentativní komunikace

*„Jedná se o všechny formy dorozumívání, které doplňují nebo nahrazují řeč, ať už přechodně nebo trvale. Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) užívá cílené pohledy očí, gesta, manuální znaky, předměty, fotografie, obrázky, symboly, piktogramy, písmena a psaná slova, komunikační tabulky, technické pomůcky*

---

<sup>62</sup> Srov. Klenková, str. 17

<sup>63</sup> Srov. Ludíková, str. 15

<sup>64</sup> Ludíková, str. 15

<sup>65</sup> Srov. Kraus, str. 30

*s hlasovým výstupem, počítače a další.*<sup>66</sup> Úkolem augmentativních komunikačních systémů (z latinského augmentare – rozšiřovat, zvětšovat) je podporovat jedince v řeči (pokud je např. nesrozumitelná nebo omezená). Podtrhují v kontextu klíčová slova, aby komunikační partner lépe porozuměl, co je mu sdělováno. Alternativní komunikační systémy (z latinského alter – jiný) jsou určeny pro osoby, které nejsou schopny verbální komunikace a nahrazují mluvenou řeč. Uvedené systémy mohou být buď dynamické (gesta, znaky, prstová abeceda) nebo statické (symboly, obrázky, předměty).<sup>67</sup> Cílem AAK je pomoci uspokojit potřebu komunikace, dát možnost samostatně se rozhodovat, nečinit člověka s narušenou komunikační schopností pouze pasivním účastníkem konverzace, napomoci rozvoji kognitivních dovedností.

Mezi systémy alternativní a augmentativní komunikace patří řada nejrůznějších metod. Jsou to Makaton, piktogramy, Výměnný obrázkový komunikační systém, znakový jazyk, znakovaná čeština, Bliss, metoda Tadoma, Lormova abeceda a další. Blíže se zmíním pouze o prvních třech jmenovaných, neboť jsou to metody využívané na pracovišti, které popisuji v praktické části práce.

### **3.1.1 Makaton**

Organizace The Makaton Charity se snaží princip, na kterém je tento systém vystavěn, přiblížit přirovnáním k situaci, kdy se ocitneme v cizí zemi a snažíme se dorozumět navzdory tomu, že neovládáme místní jazyk. To, co pravděpodobně začneme dělat, bude gestikulace. Budeme se snažit ukázat důležitá slova našeho sdělení a doufat, že nám bude porozuměno.<sup>68</sup> Na podobném principu funguje systém Makaton. Byl navržen v 60. letech 20. století. Jeho autory jsou MArgaret Walker, KATHy Johnston, TONY Cornforth z Královské asociace pro pomoc neslyšícím ve Velké Británii. Tvůrci Makatonu původně nepracovali s dětmi neslyšícími, ale s dětmi s mentálním postižením a autismem, tedy těmi, které nekomunikovaly mluvenou řečí a špatně jí rozuměly. Později začal být Makaton využíván pro široké spektrum lidí s postižením (jak pro děti, tak pro dospělé, pro

---

<sup>66</sup> <http://www.alternativnikomunikace.cz/saak/> (2.2. 2010)

<sup>67</sup> Srov. Kubová, str. 11-12

<sup>68</sup> Srov. <http://www.makaton.org/> (1.2. 2010)

lidi s mentálním postižením, pro neslyšící, pro děti s artikulačními problémy, pro osoby po úrazu mozku atd.).<sup>69</sup>

Makaton obsahuje znaky a symboly (symboly – černobílé obrázky – jsou obvykle používány pouze jako doplněk). V současné době zahrnuje asi 350 slov a významů. Při jeho používání se obvykle znakují pouze klíčová slova, provádění znaků je vždy doprovázeno mluvenou řečí. Makaton má pomoci porozumění, zdůraznit klíčová slova, aby se komunikační partner mohl ve sdělení lépe orientovat.

### **3.1.2 Piktogramy**

Piktogramy jsou způsob neverbální komunikace, se kterým se běžně setkáváme také v životě většinové společnosti (na veřejných místech, v budovách, dopravních prostředcích), kde mají za cíl umožnit nám rychlou orientaci. Obvykle předávají nejruznější instrukce, příkazy nebo varování.<sup>70</sup> Piktogramy jsou definovány jako „*vnímatelný útvar, který je vytvořený psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy. Každý piktogram zastupuje jeden věcný význam a zpodobňuje ho bez vazby na řeč*“.<sup>71</sup> Piktogramy se často využívají při práci s dětmi s těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením a u dětí s autismem. Tyto piktogramy mohou mít podobu obrázků nebo fotografií (podle schopností dítěte) a znázorňují jednotlivá místa, činnosti nebo předměty. Pomáhají tak dětem v orientaci, umožňují jim samostatně se rozhodovat, sdělovat své pocity a potřeby a aktivně se zapojovat do komunikace.

### **3.1.3 Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)**

Tento systém byl vynalezen za účelem rozvoje komunikačních dovedností u dětí s omezenou komunikační schopností. V současné době se využívá především u dětí s poruchou autistického spektra, ale je možné ho využít i u dětí s výrazněji narušenou schopností verbální komunikace (např. DMO, dysfázie apod.). VOKS je systémem neverbální komunikace, který využívá obrázků, fotografií nebo

---

<sup>69</sup> Srov. Kubová, str. 14

<sup>70</sup> Srov. Kubová str. 25

<sup>71</sup> Kubová, str. 26



jiných specifických symbolů, které vyhovují konkrétnímu dítěti.<sup>72</sup> Princip, na kterém výměnný obrázkový komunikační systém funguje, je naznačen již v jeho názvu – cílem je naučit děti vyjádřit své potřeby pomocí kartiček s obrázky/fotografiemi, které „vymění“ za žádoucí předmět nebo činnost. Každé dítě je vybaveno svou „komunikační knihou“, která obsahuje soubor těchto kartiček (umístění kartičky do knihy musí předcházet nácvik pochopení obsahu sdělení, které kartička nese, jsou proto tvořeny individuálně podle schopností dítěte). Dítě tak není odkázáno na vychovatele jako na iniciátora komunikace, ale může samo přijít a vyjádřit svou potřebu.

U některých dětí je postižení natolik závažné, že ke komunikaci nemohou využívat ani výše zmíněné způsoby alternativní a augmentativní komunikace. Je proto třeba všimnout si jejich, často nepatrných, reakcí, kterými reagují na určité podněty a na své okolí. Mohou to být např. otvírání očí a úst, úsměv, uvolnění svalového tonu, hluboký dech, vzdychání, bručení, mžikání očima apod.

---

<sup>72</sup> <http://www.cprhodonin.cz/default.asp?cont=280> (3.2. 2010)

## 4 Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením

V Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavy ČR se mluví o tom, že „každý má právo na vzdělání“. <sup>73</sup> Totéž se dočteme také v listině základních práv Evropské unie. <sup>74</sup> Dokumenty týkající se osob s postižením uvádí, že „mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti“ <sup>75</sup>, Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením garantuje právo na „rozvoj osobnosti, nadání a kreativity osob se zdravotním postižením, jakož i jejich duševních a tělesných schopností, v co největší možné míře(...) státy mají zajistit, aby osoby se zdravotním postižením nebyly z důvodu svého postižení vyloučeny ze všeobecné vzdělávací soustavy“. <sup>76</sup>

Právo na vzdělání náležící každému člověku, jak je popsáno zde nebo v dalších jiných dokumentech, je východiskem koncepce současného speciálního školství. Státy mají povinnost zajistit přístup ke vzdělání nejen dětem zdravým, ale také těm, jejichž vzdělávání vyžaduje zvláštní péči a přístup. „Pokud je schopnost dítěte prospívat v běžném školském systému omezena, mělo by takové dítě mít přístup do zařízení a institucí, jež byly konstituovány tak, aby vyšly vstříc jeho potřebám. Děti, které nemohou chodit do školy, by měly být navštěvovány učiteli, aby dosáhly maximální možné úrovně vzdělání“ <sup>77</sup> V České republice je vzdělávání žáků realizováno podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. školský zákon) a podle vyhlášky č 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. „Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.“ <sup>78</sup> Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami může být realizováno formou individuální

<sup>73</sup> Listina základních práv a svobod, čl.33

<sup>74</sup> Listina základních práv EU, čl. 14

<sup>75</sup> Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením, čl. 2

<sup>76</sup> Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, čl. 24

<sup>77</sup> Švarcová, str. 59

<sup>78</sup> Školský zákon, §16

nebo skupinové integrace nebo ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením („speciální škola“). Žáci jsou v jednotlivých typech škol (podle rozsahu a charakteru postižení) vzdělávání podle individuálního vzdělávacího programu (IVP), který diagnostikuje speciální vzdělávací potřeby žáka a navrhuje podpůrná opatření, včetně metod a cílů vzdělávání. Někteří žáci s těžkým kombinovaným postižením byli ještě donedávna od povinné školní docházky osvobozeni, avšak vzhledem k mezinárodním úmluvám vycházejícím z výše zmiňovaného práva na vzdělání, k nimž se Česká republika připojila, začala vznikat opatření, která by nadále zbavování dětí práva na vzdělání neumožňovala.<sup>79</sup> Vznikl tak nejprve přípravný stupeň pomocné školy a později Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy, který umožňuje vzdělávání dětem s těžkým mentálním a kombinovaným postižením.

#### **4.1 Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy**

*„Podle Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy se vzdělávají žáci s tak závažným mentálním postižením, které jim znemožňuje vzdělávání na úrovni zvláštní i pomocné školy, ale umožňuje jim, aby si v přizpůsobených podmínkách a za odborného speciálně pedagogického vedení osvojovali některé elementární vědomosti, dovednosti a návyky, které jim umožní získat určitou míru soběstačnosti, najít vhodnou míru komunikace s jejich okolím a budou napomáhat rozvoji jejich motoriky.“*<sup>80</sup> Název „rehabilitační“ získal program kvůli úzké souvislosti mezi rozvíjením rozumových schopností těžce mentálně postižených dětí, jimž je určen, s rozvíjením a rehabilitací jejich hybnosti (vzájemně ovlivňování se rozumových a pohybových schopností viz výše). Cílem programu není dosáhnout nějakých vědomostí (u většiny žáků nelze počítat se zvládnutím trivia), ale rozvíjet jejich komunikační dovednosti a pohyblivost tak, aby byli schopni navázat kontakt s okolím a dosáhli co nejvyšší míry pohybové samostatnosti. Dalším důležitým cílem je naučit žáky základům sebeobsluhy, která by jim umožnila určitou míru samostatnosti. Základním předpokladem, ze

---

<sup>79</sup> Srov. <http://www.vuppraha.cz/soubory/Rehabilit.program.pdf> (6.2. 2010)

<sup>80</sup> <http://www.vuppraha.cz/soubory/Rehabilit.program.pdf> (6.2. 2010)

kterého program vychází je, že každá dovednost, kterou si žáci osvojí, se projeví ve zlepšení kvality celého jejich života.<sup>81</sup>

Žáci v rehabilitačních třídách plní povinnou školní docházku. Charakteristické pro tento typ vzdělávání je individualizované vyučování, které probíhá podle individuálního vzdělávacího plánu. Prostředkem vzdělávání jsou obvykle různé systémy alternativní a augmentativní komunikace (pro každého žáka je třeba najít vhodnou formu dorozumívání). Počet žáků v rehabilitační třídě je 4-6, výuka je zajišťována alespoň dvěma pedagogy (učitel a vychovatel). Učební plán neobsahuje „klasické“ předměty, jak je známe ze základního vzdělávání, ale je nahrazen pěti „výchovami“ – rozumová výchova (rozvíjení poznávacích schopností a komunikačních dovedností, logického myšlení, pozornosti a paměti, cílem je rozvinutí rozumových schopností žáků na nejlepší možnou úroveň, které by žáci nemohli dosáhnout, kdyby jim nebyla poskytnuta odborná speciálně pedagogická péče), smyslová výchova (rozvíjení psychických funkcí prostřednictvím smyslového vnímání, zraková, sluchová, hmatová stimulace apod.), pracovní a výtvarná výchova (jejím úkolem je rozvíjet jemnou motoriku žáků, zvyšovat jejich samostatnost, soběstačnost a nezávislost, důležitým prvkem je zde nácvik sebeobsluhy), hudební a pohybová výchova (rozvíjí muzikálnost žáků, jejich rytmické a intonační schopnosti, napomáhá rozvoji řeči, pomáhá žákům k odreagování napětí, k překonávání únavy a zlepšování nálady) a rehabilitační tělesná výchova (zaměřena na rozvíjení aktivní hybnosti dětí s těžkým mentálním postižením, správné držení těla, zvládnutí základních pohybových dovedností atd.). Prostory rehabilitační třídy by se měly skládat alespoň ze dvou místností (jedna určena k individuální práci se žáky, druhá ke cvičení, relaxaci a odpočinku). Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy je přístupný s ostatními formami vzdělávání, což znamená, že v případě zlepšení schopností žáka je možné přestoupit do odpovídajícího stupně školy speciální. V neposlední řadě je důležité zmínit význam spolupráce s rodiči při vzdělávání dětí s těžkým kombinovaným postižením. To se týká jak konzultace možností, jak na děti působit, tak povzbuzování a posilování rodičů v přesvědčení, že práce s dětmi přinese pozitivní výsledky.<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> Srov. <http://www.vuppraha.cz/soubory/Rehabilit.program.pdf> (6.2. 2010)

<sup>82</sup> Srov. <http://www.vuppraha.cz/soubory/Rehabilit.program.pdf> (6.2. 2010)

## 5 Charakteristika pracoviště

Základní škola speciální Rooseveltova - Rehabilitační a autistické třídy, Alžírská 647, Praha 6

Pracoviště vzniklo na podzim v roce 1992 z iniciativy rodičů, jejichž děti byly označeny za „nevzdělavatelné“ - jednalo se tehdy o pět dětí, z toho čtyři s diagnózou autismu. Hlavní myšlenkou vzniku pracoviště bylo dát možnost vzdělání každému. Děti byly rozděleny do dvou tříd se statusem „speciální třídy při Pomocné škole Rooseveltova“. Ve školním roce 1994/1995 vyhlásilo MŠMT tzv. přípravné školství, vznikla tak zde třída přípravného stupně. V roce 2006 proběhla kompletní rekonstrukce objektu, díky které dnes mohou školu navštěvovat také děti s kombinací těžkého fyzického, mentálního a smyslového postižení. V současné době je pracoviště i nadále dislokovaným pracovištěm ZŠ speciální Rooseveltova, jejímž zřizovatelem je Magistrát hl. města Prahy.

V rámci pracoviště v Alžírské v současné době fungují čtyři třídy - dvě pro žáky s autismem a dvě rehabilitační třídy pro děti s těžkým kombinovaným postižením.<sup>83</sup>

V rehabilitačních třídách plní děti celou povinnou školní docházku s možností prodloužení o jeden rok. Tyto třídy navštěvují děti s těžkým kombinovaným postižením, které jim neumožňuje vzdělávání na úrovni ZŠ praktické ani ZŠ speciální. Vzdělávání probíhá podle Rehabilitačního vzdělávacího programu. Jeho cílem je osvojení si základních dovedností a návyků, které dětem umožní získat určitou míru soběstačnosti, najít vhodnou formu komunikace s jejich okolím a napomůže rozvoji jejich motoriky.

Kapacita rehabilitační třídy R2, 5 žáků, je v současné době plně využita. O děti se stará třídní učitelka a dvě vychovatelky. Třída se skládá ze tří místností - hlavní místnost (určená pro společné aktivity, pro relaxaci), místnost pro individuální učení a tzv. „barevný pokoj“ (místnost využívaná zejména pro zrakovou stimulaci žáků). Výuka probíhá v souladu s Rehabilitačním vzdělávacím programem pomocné školy, metody práce s dětmi jsou individuálně přizpůsobeny

---

<sup>83</sup> Jedna z rehabilitačních tříd je umístěna ve vedlejší budově Dětského rehabilitačního stacionáře, se kterým škola úzce spolupracuje, druhá může po zmiňované rekonstrukci z roku 2006 fungovat přímo v budově školy.

každému žákovi a popsány v IVP. Velmi podstatnými prvky, které ovlivňují a určují práci s dětmi jsou léčebná rehabilitace a metody komunikace.

- Léčebná rehabilitace – každý žák má čtyřikrát týdně individuální rehabilitaci s fyzioterapeutem (během dopoledne), cvičí se Vojtova metoda. Ve čtvrtek je možnost hipoterapie a „vodoléčby“ (zklidňující koupel) kterou žáci využívají. V pátek je do rozvrhu zahrnuta rehabilitační tělesná výchova. Podle možností je prováděna bazální stimulace (obvykle ve čtvrtek po koupeli, nebo v pátek v rámci RHB Tv). Během dne jsou žáci také pravidelně polohováni (nejčastěji využívanou polohovací pozicí je pozice „hnízdo“ a dále je také na doporučení fyzioterapeuta využíváno boční polohovadlo).

Využívána jsou také různá logopedická cvičení (dechová, artikulační a fonační; nácvik foukání (sfoukávání svíčky, bublifuk), správného dýchání, cvičení mluvidel před zrcadlem, ovládání jazyka apod.) a orofaciální stimulace.

- Metody komunikace – každý z žáků má svůj specifický způsob komunikace. Nejčastěji se jedná o individuálně upravenou formu piktogramů (co do vizuální podoby – obrázky/fotografie, velikost; a co do rozsahu „slovní zásoby“). Při společném „povídání“ (komunikační kroužek) je pedagogem využíván systém makaton. Někteří žáci jsou vybaveni komunikační knihou, která obsahuje soubory piktogramů a funguje na principu VOKS (výměnného obrázkového komunikačního systému).

## 5.1 Kazuistiky

### 1. kazuistika

F.S., chlapec, narozen 4/1998

Lékařská diagnóza: DMO spastická kvadruparetická forma, psychomotorická retardace, mikrocephalie, strabismus, epilepsie, dysartrie.

Hodnocení jednotlivých oblastí:

- 1. hodnocení – únor – červen 2007
  - **Komunikace:** Rozumí mluvené řeči, sám verbálně komunikuje jen velice omezeně (používá několik naučených slov: „ne, jed, ham, máma, bkbk (kreslit, prohlížet knížku), ble, au áá (volání na osobu)“. Souhlas či nesouhlas vyjadřuje adekvátně, ano vyjadřuje neverbálně kýváním hlavy. Při kontaktu s druhými často sám iniciuje komunikaci. Ke komunikaci kromě gest a naučených slov používá piktogramy, učí se výběru z několika možností.
  - **Kognitivní schopnosti:** Je zvědavý, rád prozkoumává předměty ze svého okolí. Umí diferencovat tři barvy, dokáže přiřadit předmět – předmět, rozlišit stejný x jiný. Podle fotografií pozná všechny děti i dospělé ze třídy. Dokáže rozlišit základní druhy ovoce, domácích zvířat, pozná jednotlivé části těla a umí na ně ukázat.
  - **Motorika:** Samostatné chůze není schopen, pohybuje se s dopomocí na vozíku, kde je fixován pomocí fixačních pásů, aby se udržel v sedě ve vzpřímené poloze. Při manipulaci s předměty používá pravou ruku, levou rukou si pomáhá. Předměty uchopuje dlaňovým úchopem (s podporou palce). Od začátku května došlo ke zhoršení v oblasti hrubé i jemné motoriky (zvýšení spasticity, nekoordinované pohyby, zhoršení v pohybu plazením, pohyby rukou velmi omezené. Na základě neurologického vyšetření zjištěny změny na EEG, upravena farmakologická léčba).
  - **Sebeobsluha:** Jí za asistence lžící, při pití potřebuje značnou dopomoc, hrnek si přidržuje. Po jídle si sám otře ústa ubrouskem, zvládá rovněž utírání stolu. Po obědě si za asistence čistí zuby a myje si ruce a ústa, je

pravidelně vysazován na záchod, sám zavolá, když potřebu vykoná. Při oblékání spolupracuje (otáčí se na bok, zvedá hlavu).

- 2. hodnocení – školní rok 2007/2008 (popisovány jsou pouze případné změny)
  - **Komunikace:** Děti i dospělí ze třídy zdraví zamáváním, pohlazením, podáním ruky, na osobu se při tom podívá. Umí si vybrat z nabízených možností (činnosti, hračky, ovoce apod.), k výběru používá kartičky s piktogramy. Někdy zkoušel vokalizovat a experimentoval s hlasem.
  - **Kognitivní schopnosti:** Individuální vyučování je zaměřeno na nácvik rozlišování protikladů a vlastností předmětů, umí určit velký x malý, horký x studený, kulatý x hranatý, prázdný x plný, těžký x lehký, dlouhý x krátký, málo x hodně, stejný x jiný; učí se rozlišovat jemnější detaily – stupňování (nejmenší – větší – největší, nejkratší – delší – nejdelší). Dokáže rozlišit čtyři základní barvy. Podle fotografií pozná všechny děti i dospělé ze třídy, většinou dokáže rozlišit kluk x holka, dospělý x dítě. Dokáže určit základní druhy ovoce a zeleniny, potraviny, části těla, běžné předměty denní činnosti. Rád pracuje s počítačovými programy „Brepta“ – rozlišování zvuků a „Pasivní sledování“. Začal pracovat s režimovou strukturou dne pomocí piktogramů.
  - **Motorika:** Samostatně zvládá otáčení, při plazení napadá na jednu stranu a pohybuje se s velikou námahou.
  - **Sebeobsluha:** Jí za asistence speciálně upravenou lžící (pomocí suchého zipu připevněná na ruce). Potřebuje pomoci s napichováním a nabíráním jídla, často také s doručením sousta do úst. Při oblékání a svlékání aktivně spolupracuje – otáčí se na bok, přetahuje si triko přes hlavu, pokrčuje končetiny, za pomoci zapíná či rozepíná zip, vytahuje tepláky či kalhoty, podává oblečení.



- 3. hodnocení – školní rok 2008/2009 (popisovány jsou pouze případné změny)
  - **Komunikace:** Souhlas či nesouhlas vyjadřuje adekvátně vedle gest podporován i k verbálnímu projevu ano (= „hh“), ne. Dokáže pracovat s hlasovým komunikátorem (především v rámci individuálního vyučování). Nově používá komunikační knihu s piktogramy, kterou má připevněnou u sebe na vozíku.
  - **Kognitivní schopnosti:** Dokáže rozlišit okolo osmi barev, konkrétně určit je však často nedokáže. Umí poznávat číslice a počítat do čtyř. Výborně zvládá práci s režimovou strukturou dne.
  - **Motorika:** Samostatně zvládá otáčení a plazení i na větší vzdálenosti. Poměrně dobře zvládá úchop a manipulaci s předměty (hračky, kostky, piktogramy apod.)
  - **Sebeobsluha:** Při jídle často odmítá asistenci a snaží se jídlo nabírat sám. Za asistence se učí krájet si jídlo nožem.

### 1. Komunikace

	Používá dosud naučená slova	Používá některá nová slova	Adekvátně vyjadřuje souhlas – nesouhlas	Dokáže volit z několika možností	Sám iniciuje komunikaci	Dokáže pracovat s hlasovým komunikátorem	Dokáže pracovat s komunikační knihou	Udržuje oční kontakt
1. hodnocené období								
2. hodnocené období								
3. hodnocené období								

## 2. Kognitivní schopnosti

	Dokáže rozlišit osoby ve třídě	Dokáže rozlišit jednotlivé předměty, poznat stejný – jiný	Dokáže rozlišit některé vlastnosti předmětů (malý – velký apod.)	Dokáže rozlišit stupňování (nejmenší – větší – největší apod.)	Dokáže pracovat s režimovou strukturou dne	Dokáže rozlišit 1-3 barvy	Dokáže rozlišit 4-6 barev	Dokáže rozlišit 7-9 barev
1. hodnocené období								
2. hodnocené období								
3. hodnocené období								

## 3. Motorika

	Otáčení bez větší námahy	Plazení na větší vzdálenosti	Zvládá úchop a manipulaci s předměty
1. hodnocené období			
2. hodnocené období			
3. hodnocené období			

#### 4. Sebeobsluha

	Téměř samostatně dokáže doručit jídlo do úst	Téměř samostatně zvládá nabírání jídla	Za asistence krájí jídlo nožem	Po jídle si samostatně otře ústa ubrouskem	Za asistence si sám myje ruce	Za asistence si sám čistí zuby	Spolupracuje při oblékání (otáčí se, zvedá hlavu)	Spolupracuje při oblékání (rozepíná zip, natahuje kalhoty apod.)
1. hodnocené období								
2. hodnocené období								
3. hodnocené období								

Jednotlivé oblasti jsou hodnoceny velice individuálně. Vycházím z toho, co žák v konkrétní oblasti umí, dokáže. Snažím se zdokumentovat všechny základní dovednosti dítěte. Vycházím z konkrétních dovedností konkrétního dítěte, individuálně vzhledem k jeho rozvoji. V tabulce jsou dovednosti, které dítě v hodnoceném období zvládá, označeny barevně. Políčka ve třetím hodnoceném období značí aktuální dovednosti dítěte, proto jsou obvykle zaškrtnuta všechna. Od prvního hodnoceného období označených políček přibývá, což ukazuje růst dovedností v dané oblasti.

Pravidelná rehabilitace a bazální stimulace má pozitivní vliv na rozvoj motoriky (viz. tabulka č. 3 – viditelné zlepšení za druhé a především pak třetí hodnocené období). Rozvoj motoriky zde úzce souvisí s rozvojem komunikace (viz tabulka č. 1 – ve třetím hodnoceném období se možnosti komunikace rozšířili o práci s hlasovým komunikátorem a komunikační knihou – v obou případech je důležitá především jemná motorika, neboť žák musí ukázat na vybraný piktogram, čemuž v předchozím období zabraňovaly pouze omezené pohyby rukou a zvýšená spasticita). Co se týče verbální komunikace, je stále na velice nízké úrovni a k posunu prakticky nedochází. Rozdíl, který jsem označila mezi druhým a třetím

obdobím se týká pouze verbálního vyjadřování souhlasu, avšak vzhledem k tomu, že u jiných slov k tomuto nedochází, jsem to považovala za změnu hodnou zanesení do tabulky.

K rozvoji v oblasti kognitivních dovedností dochází pozvolna. Jedná se zejména o osvojování si znalostí nových předmětů a vztahů mezi nimi. Dochází tak zároveň k rozšiřování pasivní slovní zásoby, která se v komunikaci promítá zejména v možnosti a schopnosti volby z několika možností. Dále také v obsahu komunikační knihy, která k tomuto účelu slouží (dítě musí nejprve znát obsah pojmu – piktogramu, teprve potom může být používán a zařazen do komunikační knihy).

K rozvoji sebeobsluhy (viz tabulka č. 4) dochází v souvislosti se zlepšením motoriky. Díky zlepšení schopnosti manipulovat s předměty zvládá téměř samostatně jíst a je možné nacvičovat nové dovednosti.

## 2. kazuistika

L.V., chlapec, narozen 2/1994

Lékařská diagnóza: Závažná perinatální hypoxie, PMV od počátku výrazně opožděn. DMO spastická, kvadruparetická forma s levostrannou lateralizací, těžká MR, epilepsie, anartrie.

Hodnocení jednotlivých oblastí:

- 1. hodnocení – únor – červen 2007
  - **Komunikace**: Verbálně nekomunikuje, komunikuje spíše očima, úsměvem, nelibost vyjadřuje „hučením“, někdy až pláčem. Má rád společnost, s dospělými i ostatními dětmi se zdraví (podívá se na ně a na výzvu jim zamává). Pomocí kartiček „ano“ x „ne“ se učí vyjádřit souhlas nebo nesouhlas, pomocí piktogramů se učí výběru ze dvou možností.
  - **Kognitivní schopnosti**: Má zájem o nové věci. Podle fotek pozná sebe a ostatní děti ze třídy. Dokáže reagovat na výzvy „vezmi si, podej, podívej se...“
  - **Motorika**: Samostatné chůze není schopen, pohybuje se s dopomocí na vozíku, kde je fixován pomocí fixačních pásů, aby se udržel v sedě ve vzpřímené poloze. Sám není schopen ani plazení nebo otáčení. V rámci

jemné motoriky procvičuje aktivní cílený úchop a jeho uvolnění. Při úchopu pokrčuje paži v lokti a rozevívá dlaň, předměty je mu potřeba zvednout do výšky k ruce, kterou uchopuje (většinou používá pravou ruku, někdy ruce střídá). Při manipulaci s předměty je nutné poskytnout mu dostatek času.

- **Sebeobsluha:** Stravování je nutné s dopomocí, při jídle je nutné přidržovat hlavu v mírném předklonu pro snadnější polykání. Stejně tak při pití, před polknutím je nutné stlačit reflexní bod pod bradou. Za pomoci je schopen utřít po jídle stolek. Rád sleduje proces oblékání, na výzvu je schopen pokrčit ruku nebo nohu.
- 2. hodnocení – školní rok 2007/2008 (popisovány jsou pouze případné změny)
    - **Komunikace:** Při komunikaci s druhou osobou udržuje oční kontakt, správně reaguje na své jméno. Někdy ostatní zdraví zamáváním spontánně, ne pouze na výzvu.
    - **Kognitivní schopnosti:** Velký pokrok udělal v reakcích na výzvy „podej, vezmi si, podívej se...“. Začal pracovat s režimovou strukturou dne (tvořenou piktogramy – fotografiemi). Učil se rozeznávat základní druhy ovoce, zeleniny, domácích zvířat, části těla a předměty denní potřeby.
    - **Motorika:** Dokáže se přetočit na bok. Výrazně se zdokonalil v uchopování věcí a předmětů.
    - **Sebeobsluha:** -
  - 3. hodnocení – školní rok 2008/2009 (popisovány jsou pouze případné změny)
    - **Komunikace:** Pomocí kartiček „ano“ x „ne“ je schopen pohledem vyjádřit souhlas nebo nesouhlas, případně vybírat (za pomoci piktogramů) ze dvou možností. Při vědomí jasné odpovědi se většinou podívá na kartičku rychle a jistě, v opačném případě není jeho výběr zřejmý. Začal používat komunikační knihu.
    - **Kognitivní schopnosti:** Dobře reaguje na strukturu denního režimu, jednotlivé fotografie od sebe rozeznává, nové obrázky nebo fotky si rychle osvojuje. Rozeznává a přiřazuje k sobě jednotlivé barvy, dokáže

určit protiklady malý x velký, krátký x dlouhý, stejný x jiný, kulatý x hranatý. Během individuálního učení dokáže udržet soustředěnou pozornost a aktivně pracovat 30 - 40 minut, což je výrazný posun od dřívějších let. Dokáže rozeznat základní druhy ovoce a zeleniny, oblečení, běžné předměty denních činností, dopravní prostředky, kluk x holka, části těla.

- **Motorika:** Udělal pokrok v uvolňování stisku v dlani, na pokyn uchopené věci po krátké době pustí.
- **Sebeobsluha:** Při umývání rukou je schopen dát sám ruce do umyvadla a uchopit mýdlo.

### 1. Komunikace

	Verbální komunikace	Adekvátně vyjadřuje souhlas-nesouhlas	Dokáže volit ze dvou možností	Udržuje oční kontakt	Zdraví zamáváním (na výzvu)	Zdraví zamáváním (spontánně)	Dokáže pracovat s komunikační knihou
1. hodnocené období							
2. hodnocené období							
3. hodnocené období							

## 2. Kognitivní schopnosti

	Dokáže rozlišit osoby ve třídě	Dokáže reagovat na výzvy (podívej se, vezmi si, podej...)	Dokáže pracovat s režimovou strukturou dne	Rozeznává základní druhy ovoce, zeleniny, předmětů denní potřeby apod.	Dokáže určit protiklady (malý – velký, stejný – jiný...)
1. hodnocené období					
2. hodnocené období					
3. hodnocené období					

## 3. Motorika

	Dokáže se přetočit na bok	Dokáže uchopit předmět	Zvládá úchop i jeho uvolnění
1. hodnocené období			
2. hodnocené období			
3. hodnocené období			

#### 4. Sebeobsluha

	Spolupracuje při mytí rukou (na výzvu dá ruce do umyvadla, uchopí mýdlo)	Spolupracuje při oblékání (na výzvu pokrčí nohu, zvedne hlavu)
1. hodnocené období		
2. hodnocené období		
3. hodnocené období		

V případě žáka L.V. je komunikace zprostředkovávána především zrakem a pohledem. Z tohoto důvodu má na rozvoj komunikačních dovedností velký vliv především pravidelná zraková stimulace (zrakové rozlišování, fixace pohledu). K velkému posunu došlo ve druhém hodnoceném období (viz tabulka č.1 – žák je schopen udržovat při komunikaci oční kontakt, vyjadřovat souhlas a nesouhlas a volit ze dvou možností – vše se děje prostřednictvím pohledu). Ve třetím hodnoceném období se komunikace dále rozšiřuje o používání komunikační knihy (princip jejího používání je opět založen na používání zraku - každá stránka knihy obsahuje dva piktogramy, které jsou v dostatečné vzdálenosti od sebe, aby bylo možné odlišit, na který z nich je pohled žáka zaměřen). Obsah komunikační knihy je úzce vázán na kognitivní dovednosti, na schopnost rozeznávat základní druhy předmětů a následně porozumět piktogramu, který daný předmět, popřípadě činnost, znázorňuje (proto k jejímu používání nemohlo dojít dříve, než si žák jednotlivé pojmy dobře osvojil). K posunu v této oblasti dochází pozvolna od druhého hodnoceného období – rozlišování jednotlivých druhů ovoce, zeleniny, předmětů denní potřeby apod. a následně jejich základních vlastností (viz tabulka



č.2). Na schopnost práce s piktogramy je vázáno také používání režimové struktury dne (k jejímu používání došlo ve stejném období, kdy byl žák schopen výše zmíněného rozlišování předmětů a činností).

Zlepšení v oblasti motorických dovedností (viz tabulka č.3) má, vzhledem k míře postižení hybnosti, vliv především na oblast sebeobsluhy. Díky RHB a bazální stimulaci dochází k rozvoji hybnosti (otáčení na bok) a snižování míry spasticity (uvolnění úchopu). To se v sebeobsluze projevilo ve vyšší míře spolupráce při hygieně, konkrétně v případě mytí rukou (schopnost uchopit mýdlo a následně úchop uvolnit – viz tabulka č.4). Míra spasticity však nadále zůstává natolik vysoká, že znemožňuje manipulaci s předměty do takové míry, aby se výsledek promítl do oblasti sebeobsluhy (např. co se týče jídla, byl by žák schopen lžící uchopit, ale není schopen dopravit sousto do úst).

Důležitým prvkem v oblasti motoriky je také orofaciální stimulace ovlivňující zejména přijímání potravy, se kterou má žák veliké problémy (někdy je po jídle velice unaven, což následně dočasně omezuje dovednosti ve všech hodnocených oblastech).

### 3. kazuistika

T.L., chlapec, narozen 1/1993

Lékařská diagnóza: DMO spastická, kvadruparetická forma, epilepsie, MR, strabismus, centrální porucha zraku, dysartrie.

Hodnocení jednotlivých oblastí:

- 1. hodnocení – únor – červen 2007
  - **Komunikace**: Rozumí mluvené řeči, sám verbálně komunikuje jen velice omezeně (používá přibližně deset naučených slov: „čau, Tom, máma, táta, čaj, ne, jo, bububu, fuj, bába, děda“. Při komunikaci s druhými je sám velice aktivní, snaží se o navazování kontaktu s druhými lidmi (zdraví, říká své jméno). Učí se nácviku adekvátních souhlasných a nesouhlasných odpovědí a výběru ze dvou možností. Ke komunikaci kromě gest a naučených slov používá piktogramy v podobě fotografií.

- **Kognitivní schopnosti:** Podle fotografií dokáže poznat sebe, ostatní děti a dospělé ze třídy. Má zájem o nové věci, dokáže určit základní druhy zvířat, ovoce a poznat části těla. Je schopen diferencovat dvě barvy, přiřadit předmět – předmět, předmět – obrázek.
  - **Motorika:** Samostatné chůze není schopen, pohybuje se s dopomocí na vozíku, kde je fixován pomocí fixačních pásů, aby se udržel v sedě ve vzpřímené poloze. Dokáže se otočit na obě strany, plazí se (pouze na krátké vzdálenosti, používá jen ruce, nohy táhne za sebou) – obojí s velikou námahou. Při manipulaci s předměty používá levou ruku, pravou rukou si pomáhá. Učí se cíleně ukazovat prstem.
  - **Sebeobsluha:** Při jídle drží lžičku v levé ruce a za asistence si dává jídlo do úst, pije s dopomocí z hrnku. Za asistence si po jídle dokáže otřít ústa ubrouskem, umýt ruce a vyčistit zuby. Po obědě je pravidelně vysazován na záchod. Při oblékání se na výzvu otočí, pokrčí nohu, zvedne hlavu, podá dané oblečení.
- 2. hodnocení – školní rok 2007/2008 (popisovány jsou pouze případné změny)
    - **Komunikace:** Učil se zdravit podáním pravé ruky a pozdravem „čau“ (tento výraz používal často v jiných komunikačních situacích, při pozdravu jej naopak mnohdy vynechával). Začal pracovat s komunikátorem s hlasovým výstupem.
    - **Kognitivní schopnosti:** Začal pracovat s režimovou strukturou dne pomocí piktogramů (fotografií). Individuální učení bylo zaměřeno na diferenciaci základních druhů ovoce, domácích zvířat, dopravních prostředků, oblečení a hygienických potřeb. Rozlišoval také různé vlastnosti látek a předmětů (studený x horký, lehký x těžký, malý x velký, málo x hodně, stejný x jiný). Dokázal diferencovat čtyři barvy.
    - **Sebeobsluha:** Nově se učil napichovat jídlo vidličkou, po jídle si utřel ústa a bradu ubrouskem a hadrem svůj stolek. Při oblékání spontánně spolupracoval - otáčel se z boku na bok, zvedal hlavu, podával věci, vytahoval si rukama kalhoty.

- 3. hodnocení – školní rok 2008/2009 (popisovány jsou pouze případné změny)
  - **Komunikace:** Slovo „čau“, které dříve užíval často neúčelně a automaticky, používal již více s rozmyslem a ve vhodných situacích. Byl schopen výběru ze dvou, někdy i ze tří variant. Nově začal používat komunikační knihu s piktogramy, kterou má připevněnou u sebe na vozíku.
  - **Kognitivní dovednosti:** Dokáže třídit a rozlišovat tvary (kolo, čtverec, trojúhelník), učil se rozeznávat další vlastnosti předmětů (kulatý x hranatý apod.). Problémem při plnění zadaných úkolů byla často nedostatečná zraková kontrola.
  - **Motorika:** Dobře zvládá manipulaci s předměty, levou rukou zvládá pinzetový úchop, dokázal vytvořit špetku, téměř samostatně udrží pastelku či jiné psací náčiní.
  - **Sebeobsluha:** Při jídle i pití je samostatnější (často sám nabírá pokrm lžící, hrnek drží za ucho jen s malou dopomocí).

### 1. Komunikace

	Používá několik naučených slov	Sám iniciuje komunikaci	Správně používá slovo „čau“ k pozdravu	Adekvátně vyjadřuje souhlasnesouhlas	Dokáže volit ze dvou možností	Dokáže volit ze tří možností	Dokáže pracovat s hlasovým komunikátorem	Dokáže pracovat s komunikační knihou
1. hodnocené období								
2. hodnocené období								
3. hodnocené období								

## 2. Kognitivní schopnosti

	Dokáže rozlišit osoby ve třídě	Dokáže určit základní druhy zvířat, ovoce, části těla apod.	Je schopen přiřadit předmět- předmět, předmět- obrázek	Dokáže rozlišit vlastnosti látek a předmětů (studený- horký, malý- velký apod.)	Dokáže rozlišit 2 barvy	Dokáže rozlišit 4 barvy	Dokáže pracovat s režimovou strukturu dne	Dokáže třídit a rozlišovat tvary
1. hodnocené období								
2. hodnocené období								
3. hodnocené období								

## 3. Motorika

	Plazení na krátké vzdálenosti, s velkou námahou	Otáčení na obě strany, s námahou	Dokáže cíleně ukazovat prstem	Dokáže manipulovat s předměty	Dobře zvládá úchop i manipulaci s předměty (zlepšení)
1. hodnocené období					
2. hodnocené období					
3. hodnocené období					

#### 4. Sebeobsluha

	Téměř samostatně dokáže doručit jídlo do úst	Téměř samostatně zvládá nabírání jídla lžící	Za asistence zvládne napichovat jídlo vidličkou	Po jídle si samostatně otře ústa ubrouskem	Za asistence si sám myje ruce	Za asistence si sám čistí zuby	Spolupracuje při oblékání (na výzvu)	Spolupracuje při oblékání (spontánně)
1. hodnocené období								
2. hodnocené období								
3. hodnocené období								

U žáka T.L. dochází ke zlepšení zejména v oblasti jemné motoriky (viz tabulka č.3). Cílené ukazování, k jehož osvojení došlo ve druhém hodnoceném období umožnilo používání hlasového komunikátoru (tabulka č.1) a následně také komunikační knihy. Zlepšení v oblasti úchopu a manipulace s předměty se projevilo zvláště v sebeobsluze (otírání úst, napichování a nabírání jídla). V oblasti hrubé motoriky k žádnému výraznému zlepšení nedochází. V současné době je snaha naučit T.L. správné technice otáčení na bok (dosud otáčení patologické – zaklánění hlavy apod.).

Pokrok v kognitivní oblasti se objevuje hned na několika místech komunikace – jedná se o projevování souhlasu x nesouhlasu, o výběr z několika možností. Dále také dochází k většímu pochopení smyslu a souvislosti věcí a pojmů (lze vidět např. ve správném používání slova „čau“). V neposlední řadě se rozvoj kognitivních dovedností odráží také v používání komunikační knihy a to jak v samotném faktu jejího používání, tak v možnosti rozšiřování jejího obsahu (pasivní slovní zásoba).

Velice důležitým rehabilitačním prvkem u žáka T.L. je zraková stimulace. Problémy se zrakovou percepcí měly výrazný negativní vliv na všechny hodnocené oblasti. Při volbě z možností, případně souhlasu x nesouhlasu často docházelo k náhodnému výběru, kdy se žák na piktogramy pořádně nepodíval, což volbu činilo zavádějící. Díky zrakové stimulaci došlo v oblasti zrakové percepcce ke zlepšení, tedy i k pokroku v oblasti komunikace.

## Závěr

Ve své práci jsem si kladla za cíl zmapovat úroveň komunikačních dovedností žáků v rehabilitační třídě a popsat, co k rozvoji těchto dovedností přispívá. V teoretické části práce jsem čerpala z publikací věnujících se zejména dětské mozkové obrně, metodám rehabilitace dětí s kombinovaným postižením a komunikaci a dále dokumentům věnujícím se vzdělávání dětí s postižením. V praktické části své práce jsem čerpala ze dvou hlavních zdrojů, jimiž jsou individuální vzdělávací plány žáků a moje vlastní zkušenost na pozici dobrovolníka v této třídě.

Nejprve jsem popsala kombinované postižení obecně a dále se zaměřila na dětskou mozkovou obrnu, které jsem se věnovala jak z hlediska etiologie a klasifikace, tak z hlediska přidružených poruch. Podrobněji jsem se zaměřila na rehabilitaci DMO, zejména pak na spojitost tělesné rehabilitace s rozvojem komunikačních možností a dovedností. V posledních dvou kapitolách jsem se věnovala komunikaci a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením.

Ve druhé části práce jsem zpracovala tři kazuistiky. Každá byla zaměřena na čtyři oblasti (komunikaci, kognitivní dovednosti, motoriku a sebeobsahu), které byly hodnoceny postupně ve třech obdobích. Po vyhodnocení kazuistik se potvrdily poznatky z teoretické části práce (úzká souvislost mezi pohybem a komunikací, mezi komunikací a léčebnou rehabilitací). Nejdůležitější roli zde hraje již několikrát zmiňovaná Vojtova metoda, která podporuje rozvoj celkové motoriky, jež se ukázala být zásadní pro rozvoj dalších dovedností a dále koncept bazální stimulace, který je při práci s dětmi uplatňován. Bazální stimulace je důležitá zejména pro vnímání a orientaci na vlastním těle a vnímání sama sebe v prostoru. Tyto vjemy jsou zároveň předpokladem pro uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat.

Pozitiva v práci s dětmi vidím v tom, že se dává hodně prostoru rehabilitaci, jejíž význam jsem výše zdůraznila, v individuálním přístupu k dětem, snaze rozpoznat a odstranit bariéry ztěžující komunikaci (např. v případě žáka T.L. problémy se zrakovou percepcí). Velice pozitivně hodnotím také kreativní přístup pedagogů (vyrábí různé pomůcky, vymýšlí způsoby jak s dětmi nejlépe komunikovat), snahu co nejvíce podporovat samostatnost žáků (např.

speciální úprava příboru apod.) a jejich dalším vzdělávání (např. kurzy bazální stimulace, kterou je potom možné zahrnout do péče o děti).

Problém bych občas vnímala v nedostatku času. Vzhledem k tomu, že péče, kterou děti vyžadují je velice časově náročná, nezbývá na některé aktivity dostatek prostoru. To se týká např. určitých prvků bazální stimulace (masáže) nebo sebeobsluhy (je potřeba, aby žák stihl včas odchod domů, proto ačkoliv by bylo lepší podporovat ho při jídle v samostatnosti a dát mu dost času, aby se najedl pokud možno sám, je potřeba mu pomoci). Nutno však zmínit, že takovéto situace jsou ojedinělé. Řešení tohoto problému bych viděla ve větším počtu dobrovolníků, kteří by byli v případě potřeby kontaktováni.



## Použitá literatura

- Friedlová K.: *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*, Grada Publishing, a.s., Praha 2007
- Friedlová K.: *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči – Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*
- Jankovský J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, Triton, Praha 2001
- Kábele F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*, Státní pedagogické nakladatelství, Praha 1988
- Klenková J.: *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*, Paido, Brno 2000
- Kraus J. a kol.: *Dětská mozková obrna*, Grada Publishing, a.s., Praha 2005
- Kubová L.: *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*, TECH-MARKET, Praha 1996
- Kysučan J.: *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*, Vydavatelství Univerzity Palackého, Olomouc 1996
- Ludíková L.: *Kombinované vady*, Univerzita Palackého v Olomouci, 2005
- Pipeková J. a kol. : *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Paido, Brno 1998
- Sovák M. a kol.: *Defektologický slovník*, H & H, Jinočany 2000
- Slowík J.: *Speciální pedagogika*, Grada, Praha 2007
- Švarcová I.: *Mentální retardace*, Portál, Praha 2003
- Vágnerová M.: *Vývojová psychologie I*, Karolinum, Praha 2005
- Vítková M.: *Somatopedické aspekty*, Paido, Brno 1999

### Legislativní dokumenty ČR

- Listina základních práv a svobod
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. školský zákon)

### Mezinárodní dokumenty

- Listina základních práv EU
- Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením, 1971
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením 2007

### Internetové odkazy

- <http://www.alternativnikomunikace.cz/saak/> (2.2. 2010)
- <http://www.makaton.org/> (1.2. 2010)
- <http://www.cprhodonin.cz/default.asp?cont=280> (3.2. 2010)
- <http://www.vuppraha.cz/soubory/Rehabilit.program.pdf> (6.2. 2010)
- [www.skolaroos.cz](http://www.skolaroos.cz) (23.2. 2010)
- <http://www.mujiweb.cz/zdravi/dmob/> str. 10 (15.1. 2010)

### Jiné zdroje

- Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č.j. 25602/97-22
- přednáška z předmětu SPPG člověka s KP, Pedf UK, 3.4. 2009