

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dítě s Downovým syndromem v dětském domově

A Down syndrome child in institutional care

Vladislava Soukupová

Vedoucí práce: PaedDr. Jaroslava Zemková Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Dítě s Downovým syndromem v dětském domově vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce PaedDr. Jaroslavy Zemkové Ph.D. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 7.4.2015

.....

podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala PaedDr. Jaroslavě Zemkové za cenné rady, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych ráda poděkovala Mgr. Miroslavě Kotvové, za rady v kapitole o sluchovém postižení. A nakonec rodičům chlapec, za svolení k nahlížení do jeho dokumentace a pořizování fotografií.

ANOTACE

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou dítěte s Downovým syndrom a kombinovaným postižením, které vyrůstá v dětském domově. Zabývá se jednak výchovou dítěte s kombinovaným postižením v domově, dále potom vzděláváním v ZŠ speciální. Cílem práce je přiblížit problematiku Downova syndromu, s přidruženým sluchovým a mentálním postižením. Aby se dítě mohlo co nejlépe rozvíjet, je důležité sestavit individuálně vzdělávací plán a pracovat podle něj.

KLÍČOVÁ SLOVA

Downův syndrom, mentální postižení, sluchové postižení, kombinované postižení, dětský domov

ANNOTATION

The present Bachelor's thesis is devoted to problems of child with Down's syndrome and combined disability and who grows in foundling home. The work deals with upbringing the child with combined disability in foundling home and then the education in special primary school. The aim of this work is to understand the issues of Down's syndrome complicated by hearing and mental impairment. It is necessary to compile the individual education plan and follow it in order in order to the best progress of the child.

KEYWORDS

Down's syndrome, mental disability, hearing impairment, combined disability, foundling home

Obsah

1	Úvod	7
2	Downův syndrom	8
2.1	Terminologie.....	8
2.2	Etiologie.....	8
2.2.1	Příčiny vzniku.....	8
2.2.2	Somatické znaky.....	9
2.3	Totální komunikace u dětí s Downovým syndromem	10
3	Mentální postižení	12
3.1	Terminologie.....	12
3.2	Klasifikace mentální retardace.....	13
3.3	Etiologie.....	15
3.3.1	Možnosti prevence vzniku mentálního postižení	16
3.4	Komunikace s osobami s mentálním postižením.....	16
4	Sluchové postižení.....	18
4.1	Terminologie.....	18
4.2	Druhy sluchových vad a poruch	18
4.2.1	Periferní postižení sluchu	19
4.3	Stupně sluchového postižení.....	19
4.4	Etiologie.....	20
4.5	Terapie a rehabilitace sluchových vad.....	21
4.6	Komunikace	22
4.6.1	Možnosti komunikace	22
4.7	Možnosti korekce sluchu	24
5	Kombinované postižení	25
5.1	Terminologie.....	25
5.2	Etiologie.....	26

5.3	Edukace osob s kombinovaným postižením	27
5.4	Komunikace osob s kombinovaným postižením	27
6	Edukace a legislativa	29
6.1	Edukace sluchově postižených	29
6.2	System edukace a péče o osoby s mentálním postižením.....	29
6.3	Zákony, vztahující se k tématu	31
7	Dítě s downovým syndromem v dětském domově a mateřské škole speciální.....	34
7.1	Dětský domov a mateřská škola speciální	34
7.2	Kazuistika Dítěte.....	38
7.2.1	Současný stav dítěte	39
7.2.2	Oblíbené činnosti dítěte	41
7.3	Jak s dítětem pracovat v DD – Plán rozvoje osobnosti dítěte.....	42
7.3.1	Den v dětském domově	45
7.4	Střední škola a základní škola Beroun, příspěvková organizace	48
7.5	Dítě s downovým syndromem ve škole	49
7.5.1	Den ve škole	52
8	Závěr.....	54
9	Seznam použitých informačních zdrojů	55

1 Úvod

Již pátým rokem pracuji v Dětském domově a MŠ speciální v Berouně. Pracuji v části dětského domova jako asistentka, takže jsem se rozhodla zmapovat možnosti edukace dítěte s postižením, které musí vyrůstat v takovémto prostředí. Vybrala jsem si dítě s Downovým syndromem a přidruženou sluchovou vadou. Rozhodla jsem se pro tohoto chlapce z toho důvodu, že jsem v jeho skupince relativně často, věnuji mu velkou část své pozornosti a snažím se ho rozvíjet. V některých oblastech se to daří (samozřejmě zásluhou všech pracovníků dětského doma) v některých méně. Dalším důvodem bylo to, že s tímto dítětem se pracuje úplně jiným stylem, než s ostatními dětmi. Jak jsem již psala, v tomto domově pracuji již pět let, a dříve jsem do tohoto zřízení docházela na praxi a nikdy jsem se s dítětem s Downovým syndromem nesetkala. Jsou zde převážně děti se zrakovými vadami, sluchovými vadami, dále děti s poruchou autistického spektra a děti s mentálním postižením. Tento chlapec mě tedy velmi zaujal.

Ve své bakalářské práci mapuji, jaký udělal pokrok za poslední čtyři roky – což je doba, po kterou je umístěn v našem dětském domově. V kapitolách, které najdete níže, je pořízen výpis z chlapcovy dokumentace z roku 2011 a k jednotlivým bodům jsem napsala, jak se chlapec zlepšil, co už zvládá lépe, popřípadě sám, nebo s malou mírou dopomoci, ale i to, ve kterých oblastech nastala regrese.

2 Downův syndrom

V této kapitole se budu zabírat problematikou jednoho z nejčastějších vrozených syndromů - Downova syndromu. Zaměřit se chci na terminologii, etiologii, především na příčinu, která do dnešní doby není jasně dána a na somatické i nesomatické znaky.

2.1 Terminologie

„Downův syndrom je genetická porucha, jejímž výsledkem je mentální retardace a specifické fyzické rysy. Vzniká následkem nadpočetné části 21. chromozomu (trizomie 21.) Místo 46 chromozomů, má člověk s DS v každé buňce 47 chromozomů“ (Thorová 2007 in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 31).

Selikowitz (2011) popisuje Downův syndrom jako vrozený syndrom, který patří k poruchám, které jsou znatelné ihned po narození. Vzniká v důsledku abnormálního vývoje plodu. Selikowitz dále říká, že existuje mnoho tisíc různých vrozených syndromů. Ty bývají většinou pojmenovány po lidech, kteří je objevili. V případě Downova syndromu to byl doktor J.L. Down.

2.2 Etiologie

2.2.1 Příčiny vzniku

Downův syndrom byl poprvé popsán před více než sto lety a lékaři, kteří hledali příčiny, se domnívali, že na vzniku Downova syndromu má vliv životní prostředí.

Další teorie se přikláněly ke genetickým aspektům.

Začátkem 30. let hledali někteří lékaři důvod vzniku Downova syndromu v chromozomech. Bohužel v té době nebyla technika pro zkoumání chromozomů natolik vyspělá, aby byla tato teorie dokázána. V roce 1956 nové metody vědcům umožnily chromozomy studovat. V roce 1959 bylo zveřejněno, že dítě s Downovým syndromem má jeden chromozom navíc. Při zkoumání těchto dětí si lékaři všimli 47 chromozomů v každé buňce místo běžných 46, místo běžných dvou chromozomů č. 21 našel 3 chromozomy č. 21, což bylo označeno termínem trizomie. Genetici dále zjistili, že u dětí

s Downovým syndromem se mohou vyskytovat ještě další chromozomální aberace - translokace¹ a mozaika²

Jednotná příčina není. Jedná se o chromozomální aberaci – trizomie 21 tzn., že 21 pár chromozomu je ztrojený. Některé zdroje uvádí, že vyšší riziko je u starších matek (věk nad 35 let). Nicméně přesná příčina vzniku – proč je jeden chromozom ztrojený – není přesně určen.

2.2.2 Somatické znaky

Jak tvrdí Valenta (2014), člověka s downovým syndromem není těžké rozpoznat již na první pohled. Říká, že tyto osoby mají specifický vzhled.

Jako nejtypičtější somatické znaky uvádí Ainsworth (2004, s. 22):

- výraznou kožní řasa očí (bilaterální epikantus), která způsobuje šikmost očí
- malou postavu s mohutnou šíjí
- malou, zploštělou lebku
- plochý široký obličej, s vystouplými lícními kostmi
- krátké široké ruce, se zakřivenými prsty
- malá ústa, nízké patro
- rýha napříč dlaní, tzv. opičí rýha
- snížený svalový tonus
- nadměrná kloubní pohyblivost
- zvýšená citlivost na respirační infekce

¹ přemístění

² Trinomické jsou pouze některé buňky – nejmírnější forma

Přidružená postižení

Thorová (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) říká, že k Downovu syndromu se může přidružovat mnoho dalších psychických i fyzických poruch, včetně PAS³. Thorová dále uvádí, že u 60 – 80% osob s Downovým syndromem trpí také sluchovou vadou různého stupně. 40 – 45% osob s tímto syndromem mají diagnostikovanou vrozenou srdeční vadou. Dále byl také zaznamenán zvýšený výskyt leukémie, epilepsie, kožních onemocnění či spánková apnoe.

Kvalita života dětí s Downovým syndromem

U všech dětí i dospělých je Downův syndrom doprovázen mentální retardací, která je různé hloubky a vychází z ní mnoho specifík v chování jedince s Downovým syndromem. Vývoj dětí probíhá v podstatě normálně, ale s jistým opožděním (to se odvíjí od hloubky postižení a od dalších postižení, která jsou k Downovu syndromu přidružená). Dále tyto děti trpí poruchami motoriky, což se projevuje především v sebeobsluze a při ručních pracích. Dále mají děti s Downovým syndromem obtíže s řečí, kde je velmi potřebná logopedická pomoc.

Dle mého názoru kvalita života dětí s Downovým syndromem není nijak výrazně zhoršená, v současné době není problém dítě zařadit do školy příslušného typu a v případě lehčí formy přidružené mentální retardace je možná i integrace do běžné třídy. Není problém, aby dítě docházelo do zájmových kroužků, dle svých možností a preferencí.

2.3 Totální komunikace u dětí s Downovým syndromem

Jak uvádí Černá a kol. (2008) problematice Downova syndromu je v odborné literatuře věnována nemalá pozornost. U dětí s Downovým syndromem je pro jejich další rozvoj, velice důležitá včasná intervence. Černá dále uvádí, že důležitou roli v dalším rozvoji těchto dětí hraje rozvoj jejich řeči. Včasnou intervencí dětí s Downovým syndromem se zabývá mnoho odborníků, kteří se zabývají zlepšováním komunikačních schopností těchto dětí.

³ Porucha autistického spektra

„Jednou z metod včasné intervence v oblasti komunikace dětí s Downovým syndromem, je využití totální komunikace“ (Černá a kol. 2008, s. 144).

Totální komunikace je v odborné literatuře definována jako *„komplexní komunikaci, která zahrnuje široké spektrum způsobů komunikace: mluvenou řeč, čtení, psaní, zpěv, mimiku, pohyby celého těla, znakovou řeč, prstovou abecedu, gesta, odezírání i specifické alternativní a augmentativní způsoby komunikace“ (Dvořák 1998, s. 86).*

Hlavním cílem totální komunikace je nabídnout dítěti pro něj nejideálnější individuální komunikační prostředek.

Dle mého názoru je jedním z nejideálnějších stylů totální komunikace tzv. znak do řeči.

Jak uvádí Černá a kol. (2008) hlavním cílem této metody není vytvořit znak pro každé slovo. Vybírají se pouze klíčová slova sdělení. Velmi důležitý je slovní doprovod. Pokud znak nedoprovodíme slovním označením, dítě se mluvené řeči nenaučí.

Černá dále uvádí, že používání znaku do řeči není pouze jakousi terapií, která se provádí párkrát do týdne, ale znak do řeči se stává způsobem komunikace rodiny.

„Dalším důležitým předpokladem je schopnost dítěte, zvládnout tzv. neverbální dovednosti, jakými jsou oční kontakt, naslouchání, schopnost napodobovat druhé a střídání se s druhými v aktivitách. Tyto aktivity lze procvičovat například tím, že si rodič bude s dítětem posílat míč po zemi tam a zpět. Přitom je důležité, aby rodič počkal, až se na něj dítě podívá a teprve potom mu poslal míč zpět“ (Černá a kol. 2008, s. 146).

Dalším velice důležitým předpokladem pro rozvoj komunikace je dle Černé to, aby mělo dítě dostatečně rozvinutou motoriku, aby bylo schopno napodobovat pohyby, mávání na rozloučenou, a tak podobně. Je-li toho schopno, pak bude schopno napodobovat i znaky, i když třeba nepřesně.

3 Mentální postižení

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

Adrian D. Ward

3.1 Terminologie

Dle Švarcové (2001) jsou mentálně postižené osoby specifickou skupinou mezi zdravotně postiženými. Dále dodává, že i když jsou mentálně postižení nejpočetnější skupina, ví se toho o nich relativně málo. Představy intaktních osob bývají opředeny mnoha nejasnostmi, předsudky i obavami.

Černá a kol. (2008) uvádí, že cílovou skupinou psychopedie jsou osoby s mentálním postižením.

Valenta a kol. (2014) ještě dodává, že mentální postižení se ve společnosti objevuje bez ohledu na rasu, kontinent, ekonomiku, kulturu atp. Valenta dále uvádí, že žádné jiné postižení nemá tak velká etická dilemata, jako právě mentální postižení.

I společenská situace osob s mentálním postižením je nejistá. Někteří lidé se i v dnešní době domnívají, že by tito lidé měli být skryti před zraky společnosti a umístění v nějakém specializovaném zařízení. Bohužel se s tímto názorem ztotožňují i někteří lékaři, zdravotničtí i sociální pracovníci, kteří rodičům radí, aby postižené dítě „raději dali do ústavu“. V těchto přístupech se projevuje nejenom základní nepochopení potřeb lidí a zejména dětí s mentální retardací, ale zejména nedostatečná diferenciací těchto lidí a jejich potřeb.

V současné době speciálně – pedagogické péče již nejsou rodičům doporučovány „ústavy“ ale specializovaná zařízení a školy, díky nimž se může dítě s mentální retardací rozvíjet vlastním tempem. Speciálnímu školství se budu věnovat v poslední kapitole teoretické části této práce.

Thorová (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) uvádí, že mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje snížením rozumových a adaptivních schopností. Poznávací, řečové, pohybové a sociální dovednosti jsou oproti průměru výrazně zhoršeny. Lidé s mentální retardací mají potíže s přizpůsobením se a flexibilitou myšlení. Dále uvádí, že přítomnost mentální retardace se u běžné populace odhaduje na 3%.

Na tělesně postižené jedince si společnost zvyká rychleji než na jedince s mentálním postižením (Marková, Středová 1987).

3.2 Klasifikace mentální retardace

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10 revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci.

Podle nové klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií (Švarcová, 2001, s. 27).

Thorová (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007), stejně jako Valenta (in Valenta a kol. 2014) uvádí, že dle hloubky se mentální retardace dělí do 4 skupin:

- Lehká mentální retardace IQ 50 – 69 (F70)
- Středně těžká mentální retardace IQ 35 – 49 (F71)
- Těžká mentální retardace IQ 34 – 20 (F72)
- Hluboká mentální retardace IQ pod 20 (F73)
- Jiná mentální retardace (F78)
- Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Lehká mentální retardace

Dle Thorové (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) se jedná o nejrozšířenější formu, kterou trpí 85% jedinců. Vývoj v dětském věku již bývá mírně opožděný. Děti s lehkou mentální retardací si řeč osvojí později, nicméně si ji osvojí. Ve škole děti obvykle selhávají v abstraktních předmětech. Nejsou schopny plně zvládnout učivo běžné základní školy.

V sebeobsluze jsou osoby s lehkou mentální retardací schopny se o sebe postarat, po nácviku jsou někteří schopni samostatně docházet do práce i samostatně bydlet (chráněné bydlení).

Na úspěšnost fungování v běžném životě mají vliv také faktory, jako např. úroveň řečových schopností, přítomnost poruchy pozornosti, hyperaktivity, poruchy chování aj.

Středně těžká mentální retardace

U jedinců, kteří jsou zařazeni do této kategorie, je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. V sebeobsluze jsou schopni samostatnosti, ovšem je za potřebí dohled a občasná dopomoc. Limitované jsou i schopnosti ve škole, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si mohou osvojit elementární základy trivia. Velmi vhodné je u těchto žáků sestavení IVP⁴, který velmi vhodný pro jejich rozvoj.

Švarcová uvádí, že v dospělosti jsou takto postižení jedinci schopni vykovávat jednodušší manuální práci. Úkoly by ovšem měly být jasně strukturované a měl by být přítomen odborný dohled. Jen málokdy je možný úplně samostatný život.

Těžká mentální retardace

Tato kategorie je v mnohém podobná předchozí. Snížená úroveň schopností uvedená u středně těžké mentální retardace je v této skupině mnohem výraznější. Školní trivium si tyto děti neosvojí. Většina jedinců z této kategorie má velmi omezené motorické schopnosti popřípadě jiné přidružené vady. Svě pracovní dovednosti mohou využít v chráněných dílnách.

Zvládnou základní sebeobsluhu, ale zde je již potřebná vyšší míra dopomoci.

Hluboká mentální retardace

Jedinců s hlubokou mentální retardací je pouze 1% v populaci. Jsou těžce omezeni ve schopnosti interpretace a porozumění řeči. Většina takto postižených osob je imobilní, nebo výrazně omezena v pohybu. Takto postižení bývají inkontinentní. „*Rudimentální neverbální komunikace a určitá míra sociálního chování jsou běžné*“ (Thorová, 2007, in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 28), (velmi jednoduchá mimoslovní komunikace – např. kývání hlavou). Nejsou schopni sebeobsluhy a vyžadují neustálou pomoc a dohled.

⁴ IVP – individuálně vzdělávací plán. Sestavuje ho vyučující na míru postiženému dítěti

Jiná mentální retardace

Tato kategorie se používá pouze tehdy, když je stanovení stupně retardace, obzvláště obtížné, nebo není možné, pro přidružené sensorické, nebo motorické poškození.

Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se využívá pouze tehdy, když je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařadit klienta do jedné z výše uvedených kategorií.⁵

3.3 Etiologie

Etiologie mentálního postižení je velice rozmanitá, a to nejen ve vztahu k vlivům, které ohrožují zdravý růst plodu, což označujeme jako příčiny prenatální, ale i ve vztahu k řadě dalších faktorů, které působí na rozvoj jedince v pozdějším období. To jsou příčiny, které označujeme jako perinatální – v době okolo porodu, a postnatální – to jsou takové příčiny, které ovlivňují život jedince od narození a prakticky po celý život (Černá, 2008).

Mezi nejčastější příčiny dle Černé (2008, s. 88) řadíme:

Infekční onemocnění matky, Endokrinní poruchy matky, Rh inkompatibilitu, Fetální alkoholový syndrom, kokainový syndrom, získaný defekt imunity (AIDS), další intrauterinní poškození.

Valenta (2014) uvádí, že příčiny mentální retardace bývají rozdělovány podle různých klíčů. Dělíme je například na příčiny endogenní a exogenní, popřípadě mentální retardaci označujeme jako vrozenou, nebo získanou.

Valenta dále dodává, že nejčastější rozdělení je z hlediska času. Tím myslí, že příčiny mentální retardace dělíme na prenatální – to jsou takové příčiny, které na plod působí v době těhotenství – mezi prenatální příčiny patří i dědičné vlivy, dále příčiny perinatální, to jsou takové, které působí během porodu a krátce po něm, a nakonec příčiny postnatální, které na člověka působí v průběhu života

⁵ U bodů 1-6 bylo čerpáno z knihy Mentální retardace - Švarcová 2001 a z knihy Agrese u lidí s mentální retardací a autismem – Čadilová, Jůn, Thorová 2007

3.3.1 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení

Prevence může zahrnovat mnoho různých typů činností, jako je primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě.

Spektrum příčin vzniku mentálního postižení je velmi široké, a proto je obtížné i hledání konkrétních možností účinné prevence.

3.4 Komunikace s osobami s mentálním postižením

U dětí s mentálním postižením se sluchové rozlišování i vlastní produkce řeči vytváří později než u zdravých dětí. „*Nedostatečný rozvoj řeči je podmíněn pomalu se utvářejícími a nepevnými diferenciacními podmíněnými spoji v oblasti sluchového analyzátoru. Nedostatky fonemického sluchu se prohlubují. Motorické impulzy pro zřetelné vyslovování jednotlivých hlásek musejí být velmi přesné*“ (Pipeková a kol. 2004, s. 301). Slovní zásoba u dětí s mentálním postižením v mladším školním věku je o poznání nižší než u jejich zdravých vrstevníků.

Řečový projev se samozřejmě liší podle hloubky mentálního postižení. Zatímco dítě s těžkou mentální retardací verbálně téměř nekomunikuje, dorozumívá se pomocí skřeků, křiku, nebo pláče, dítě s lehkou mentální retardací má řeč opožděnou cca o dva roky, ale je možná verbální komunikace s tímto dítětem.

U jedinců s mentálním postižením lze využívat metody alternativní a augmentativní komunikace (AAK). Je samozřejmě nutné, vybrat metodu, která je pro klienta ideální. Pro někoho je vhodné použít ke komunikaci znaky, pro někoho zase fotografie (Šarounová a kol. 2014).

Potměšil (in Valenta a kol. 2014) uvádí, že techniky AAK můžeme rozdělit do skupin, dle náročnosti jejich realizace.

„*Nejčastěji se uvádí dělení: s pomůckami, bez pomůcek, s pomůckami s využitím dalších nástrojů*“ (Potměšil in Valenta a kol. 2014, s. 201).

Potměšil dále uvádí, že kategorie bez pomůcek je založena na neverbální komunikaci, dále také říká, že v sobě zahrnuje všechny komunikační postupy, u kterých není třeba jiných prostředků, nebo pomůcek.

Do kategorie technik, při kterých se používají pomůcky, řadí Potměšil ty přístupy, v nichž mají uplatnění zástupné předměty. Dále se do této kategorie řadí fotografie, obrázky, piktogramy, atd.

U poslední kategorie Potměšil uvádí, že je tvořena technickými pomůckami, jež komunikaci usnadní, ale nezprostředkují ji (jedná se o specifické spínače, klávesnice, aj.).

4 Sluchové postižení

Nejdůležitějšími smysly, které mají vliv na celkový rozvoj jedince, jsou především sluch, zrak a hmat. Když se tyto smysly rozvíjí, dochází k rozvoji pohybových dovedností. Ovšem pokud k rozvoji smyslů nedochází, nerozvíjí se ani pohyb (Půstová, 1997).

Jak jsem psala výše, Thorová (2007) uvádí, že okolo 60% jedinců s Downovým syndromem, mám přidruženou sluchovou vadu různého stupně.

4.1 Terminologie

Zhoršený, či zcela chybějící sluch způsobuje, že jedinec, takto postižený, nemůže přijímat informace způsobem, pro nás nejběžnějším – sluchem.

Slyšící dítě se učí mluvit nápodobou – slyší, co rodič říká a snaží se sdělované napodobit. U dítěte s těžkou vadou sluchu se řeč spontánně nerozvíjí. Neslyšící dítě nemůže své hlasové projevy kontrolovat sluchem, experimentovat se svým hlasem a postupně úroveň mluvního projevu zvyšovat.

V případech existující vady sluchu dítěti chybí důležitá zpětná vazba a postupně ztrácí zájem o komunikaci prostřednictvím řeči, a ta se potom nerozvíjí, což má vliv na osobnost jedince, z pohledu jeho socializace (Hrubý, 2010).

4.2 Druhy sluchových vad a poruch

Léze sluchu dělíme na dočasné a trvalé. Dočasné se nazývají poruchy sluchu. Ty je možné odstranit a proto nejsou nazývány sluchovým postižením. Pokud se odstraní primární příčina, je jedinec vyléčen“ (Mukšnáblová, 2014, s. 17).

Sluchové postižení je vyvoláno vadami sluchu, tedy situací, kdy dochází ke zhoršení schopnosti slyšet. Tento stav bývá nevratný.

Sluchové postižení není možné vyléčit, ale pouze korigovat speciálními pomůckami (kompenzačními pomůckami), ale u některých jedinců není korekce možná (Mukšnáblová, 2014).

Základním dělením jsou rozlišovány druhy postižení centrální a periferní.

Centrální postižení sluchu

- „Mají příčinu v korových či podkorových oblastech. Ucho sice správně přenáší zvukové vjemy, ale ty nejsou v mozku zpracovány. Takový člověk slyší zvuky, ale není schopen rozpoznat význam slyšených slov“ (Muknšnáblova, 2014, str. 18).

Periferní postižení sluchu

- „Takové postižení vzniká z organického poškození ucha. Snížená schopnost vnímat zvuk se nazývá nedoslýchavost, zatímco úplná neschopnost slyšet se nazývá hluchota.
Periferní sluchové postižení se dále dělí podle místa poškození na typ převodní a percepční“ (Muknšnáblova, 2014, str. 18).

4.2.1 Periferní postižení sluchu

- Mají svojí příčinu ve vnějším, nebo středním uchu, kde jsou u těchto poruch sníženy vjemy ve všech tónech, nejde ale o úplnou ztrátu sluchu. Jedná se o poruchu kvantity slyšení.
- Převodní – sluchové buňky jsou v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem z důvodu, že jeho přenosu brání překážka, která je ve středouší (Horáková 2012).
- Percepčním postižení jsou tzv. kochleární a suprakochleární vady - Kochleární postižení je poškození blanité části vnitřního ucha, konkrétně jsou narušeny vláskové buňky Cortiho orgánu. Suprakochleární postižení je poškození drah sluchového nervu (Muknšnáblova, 2014).
- mohou být i kombinovaná postižení (převodní i percepční vada).

4.3 Stupně sluchového postižení

Mezinárodní klasifikace (Muknšnáblova, 2014, s. 19) rozlišuje stupeň postižení sluchu dle ztráty:

- Normální sluch (ztráta max. 15. dB.)
- Malá ztráta sluchu (16 – 25 dB)
- Lehká nedoslýchavost (26 – 40 dB)
- Mírná či střední nedoslýchavost (41 – 55 dB)

-
- Středně těžká nedoslýchavost (56 – 70 dB)
 - Těžká nedoslýchavost (71 – 90 dB)
 - Velmi těžké postižení sluchu (ztráta více než 91)

Langer (in Valenta, 2014) uvádí, že v roce 2001, byla mezinárodní zdravotnickou organizace (WHO) přijata klasifikace stupňů poruch sluchu, která zohledňuje i funkční projevy každé z jednotlivých poruch:

1. Lehká porucha (ztráta 26 – 40dB)
2. Střední porucha (ztráta 41 – 60 dB)
3. Těžká porucha (ztráta 61 – 80 dB)
4. Velmi těžká porucha včetně hluchoty (ztráta nad 81dB)

4.4 Etiologie

Etiologie sluchových vad je velmi rozsáhlá. Ve většině případů navíc musíme pravděpodobnou příčinu pouze odhadovat. Muknšnáblova (2014) také tvrdí, že v odborné literatuře se uvádí, že téměř 20% sluchových postižení nemá jasnou příčinu.

Stejná autorka dále uvádí, že více než polovina jedinců se sluchovou vadou má vadu vrozenou a více než polovina z nich má příčinu genetickou, jen třetina je způsobena ostatními prenatálními riziky a u 20% vad nebyla příčina zjištěna.

Až 90% dětí se sluchovou vadou pochází z rodiny, kde jsou oba rodiče slyšící.

Muknšnáblova uvádí, že příčiny sluchových vad dělíme do 3 kategorií, podle doby vzniku:

1) Prenatální příčiny

- Jedná se o příčiny, které na plod působí během těhotenství, tzn., že poškození plodu probíhá intrauterinně. Období, které je nejcitlivější pro vývoj ucha, je prvních 12 týdnů těhotenství. Dle Muknšnáblové (2014) je nejrizikovější podání ototoxických léků matce, popřípadě prodělání nějaké virové infekce během těhotenství (zarděnky, syfilis, toxoplazmóza aj.). Dalším značným rizikem je užívání alkoholu po dobu těhotenství. U dítěte totiž může dojít k fetálnímu alkoholovému syndromu, jehož příznakem je percepční sluchová

vada. Dále může sluchová vada vzniknout i z důvodu nedostatečného přívodu kyslíku (hypoxie), popřípadě živin, které jsou potřeba k vývoji plodu.

2) Perinatální příčiny

- Perinatálními příčinami se rozumí takové příčiny, které na dítě působí během porodu, nebo bezprostředně po něm. Perinatálními příčinami bývá asfyxie, těžký porod spojený s krvácením do vnitřního ucha či mozku aj. *„Děti, které byly intubované a uměle ventilované déle než 4 dny mají 10krát vyšší riziko recidivujících otitid a 2 – 4% těchto dětí má vážné sluchové vady“* (Muknšnáblova, 2014, str. 22).

3) Postnatální příčiny

- Postnatální příčiny jsou ty, které na jedince působí v průběhu života, Nejčastěji dochází k poškození sluchového ústrojí zánětlivým onemocněním, nebo mechanicky. Mechanickou příčinou můžeme rozumět poranění úrazem, nejčastěji pádem, či poranění cizím tělesem. Muknšnáblova dále tvrdí, že poranit sluchové ústrojí je možné i nadměrným hlukem. Říká, že dlouhodobé působení hluku na 58 dB většinou vede i u starších dětí k trvalému poškození sluchu.

Horáková (in Pipeková a kol. 2006) uvádí ještě 4 kategorie.

Geneticky podmíněné příčiny – Horáková (2006) uvádí, že existuje přibližně 30 genů, u nichž je předpoklad, že by mohly mít vliv na vrozené postižení sluchu. Není neobvyklé, že oba rodiče, kteří jsou nositeli jednoho zdravého a jednoho poškozeného genu jsou slyšící.

4.5 Terapie a rehabilitace sluchových vad

Péče o sluchově postižené by měla mít celostní charakter. Rezorty školský, zdravotnický a sociální by měly být provázané a měly by spolupracovat. V České republice zajišťuje výchovně - vzdělávací péči o žáky se sluchovým postižením soustava škol a školských zařízení pro sluchově postižené a další nestátní zařízení nebo občanská sdružení (Horáková, 2006).

Je mnoho faktorů, které mohou rehabilitaci ovlivnit. Rehabilitační pokroky závisí na těchto podmínkách: (Holmanová, 2002, str. 12).

- Věk, kdy byla diagnostikována sluchová vada
- Příčina sluchového postižení
- Stupeň a typ sluchové vady
- Účinnost sluchadel, nebo kochleárního implantátu
- Výhodou je nadání pro řeč
- Zdravotní stav dítěte, jeho povaha a schopnosti, inteligence, atp.
- Rodina
- Schopnosti logopeda

4.6 Komunikace

Většina sluchově postižených je při komunikaci odkázána na zrakový kontakt s osobou, se kterou komunikuje. Pro zahájení komunikace je tedy důležité, zrakový kontakt navázat. K získání pozornosti sluchově postiženého jedince máme několik možností. Jsou jimi: dotyk, vibrace, pohyb, světlo, aj. (Langer in Valenta a kol. 2014).

4.6.1 Možnosti komunikace

Mluvená řeč

Langer (in Valenta a kol. 2014) uvádí, že mluvená řeč je nejobvyklejší a nejčastěji používaný způsob komunikace, dále uvádí, že je její zvládnutí velmi důležité, pro úspěšné začlenění se do společnosti. Vzhledem k tomu, že je mluvená řeč primárním dorozumívacím prostředkem intaktní společnosti, s níž přicházejí osoby s vadou sluchu do styku, je jeho aktivní zvládnutí – v psané podobě – jedním z hlavních cílů edukačního procesu sluchově postižených.

Čtení a psaní

Zde Langer (in Valenta a kol. 2014) upozorňuje na to, že čtení a psaní je druhým nejrozšířenějším způsobem komunikace hned po mluvené řeči. Ač není čtení a psaní přímo odkázáno na využití sluchu a je tedy možné předpokládat, že je toto vhodný způsob komunikace pro osoby se sluchovým postižením. Ovšem zpravidla není možné používat písmo, jako plnohodnotnou komunikaci s osobami se sluchovým postižením. Toto omezení vzniká především z důvodu nedostatečné funkční gramotnosti takto postižených osob.

Na čtení a psaní ovšem nelze spoléhat u osob prelingválně těžce sluchově postižených, u kterých je primárním komunikačním prostředkem znakový jazyk – u nich vyvolává problémy se čtením neznalost mluveného jazyka z pohledu gramatiky, slovní zásoby i pragmatické roviny používání jazyka.

Odezírání

Zrakové vnímání řeči – odezírání – je důležitou součástí komunikace slyšících i sluchově postižených jedinců a ve vzájemné komunikaci má důležitou pozici. *„Zatímco pomocí sluchu většinou lze velice přesně analyzovat a poté vyhodnotit zachycené fenomény a jednotlivé hlásky lidské řeči, vizuální vnímání jejich faciálních obrazů je výrazně omezeno vzájemnou podobností“* (Langer in Valenta 2014, s. 71).

Prstová abeceda

Jedním z možných způsobů komunikace je i prstová abeceda.

Prstová abeceda se někdy nazývá také daktylní, manuální atp. Jedná se o slovní vizuálně – motorickou komunikaci, při které se využívá různých poloh a postavení prstů k vytvoření písmene (Krahulcová, 2001). Prstová abeceda může být buď jednoruční, nebo dvouruční.

Znakový jazyk (český znakový jazyk)

Termín znakový jazyk je označení pro různé ne vokální jazykové systémy užívané menšinovými komunitami neslyšících z různých národů. Znakové jazyky jsou na rozdíl od vokálních mluvených jazyků, vizuálně – motorické povahy.

Znakový jazyk je legislativně ošetřen. Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č.155/1998 Sb., který se novelizuje zákonem 384/2008 Sb., v úplném znění zákona 423/2008 Sb. O komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.

Znakový jazyk je přirozeným jazykem neslyšících. Pokud hovoříme o České republice, jedná se o český znakový jazyk (Langer in Valenta 2014).

Znakovaný jazyk (znakovaná čeština)

„Znakovaná čeština patří do skupiny manuálně kódovaných mluvených jazyků. Z lingvistického hlediska není znakovaná čeština na rozdíl od českého znakového jazyka přirozeným jazykem, ale je uměle vytvořeným systémem“ (Langer in Valenta 2014, str. 75).

Langer uvádí, že vzhledem k tomu, že znakový jazyk má vlastní gramatický systém, je pro slyšící osoby snadnější osvojit si znakovanou češtinu než znakový jazyk. Znakovaná

čeština je vhodná pro takové osoby s vadou sluchu, které mají jazyk zvládnutý. Tedy především pro osoby postlingválně neslyšící.

Další možností komunikace je Makaton jedná se o komunikační systém používaný u osob s mentálním postižením, nebo u osob se sluchovým a mentálním postižením, vytvořený ve Velké Británii. Makaton vychází ze znakového jazyka (Kubová, 1996).

4.7 Možnosti korekce sluchu

Nejčastějšími a nejvyužívanějšími kompenzačními pomůckami jsou sluchadla a kochleární implantáty.

Sluchadla, nebo také individuální zesilovače zvuku, jsou nejrozšířenější a také nejznámější kompenzační pomůckou pro sluchově postižené. Sluchadla jsou určena pouze osobám se zachovalými zbytky sluchu. Dle tvaru se sluchadla dělí na:

Krabičková, brýlová, závěsná (nejběžnější), boltcová, zvukovodová, kanálová (Langer in Valenta 2014).

Kochleární implantát je technickou pomůckou, kterou využívá stále více dětí i dospělých s těžkým postižením sluchu. Tato pomůcka je určena pro zcela hluché jedince, popřípadě pro osoby s nevyužitelnými zbytky sluchu. Jejich princip je založen na náhradě funkce kochley. Pro implantaci kochleárního implantátu jsou jedinci vybíráni podle přísných kritérií (věk, typ a stupeň postižení, rodinné zázemí) Tato kritéria jsou posuzována zainteresovanými odborníky zejména proto, že je z hlediska úspěšné rehabilitace důležitá spolupráce všech zúčastněných osob, zejména v období rekonvalescence a reedukace (Langer in Valenta 2014).

5 Kombinované postižení

Tento termín znamená to, že dítě má k jednomu primárnímu postižení přidružené nějaké další postižení (jedno či více). V tomto případě se jedná o kombinaci Downova syndromu, těžké mentální retardace, a oboustranné sluchové vady – těžké a středně těžké formy.

5.1 Terminologie

Vítková (2006), která hovoří o těžkém postižení, uvádí, že u těžkého zdravotního postižení je jedinec postižen celkově. „*Těžké postižení je komplexní omezení člověka jako celku, ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech*“ (Vítková, 2006, s. 193).

Jak uvádí Opatřilová (2013) problematice vymezení a definování pojmu těžké, nebo kombinované postižení se věnuje pozornost až v několika posledních letech, dále uvádí, že existuje značná terminologická nejednotnost a z toho důvodu jsou charakteristické různé přístupy, ve smyslu intervence a edukace.

Vítková (2006) uvádí, že v dnešní době můžeme říci, že velká část dětí s kombinovaným postižením se narodila předčasně, dále ale uvádí, že ve skupině kombinovaně postižených, se objevují i děti, které se narodily v řádném porodním termínu. Vítková dále uvádí, že to jsou ale většinou děti po úrazech.

Jak Vítková (2006) uvádí dále, těžké postižení ohrožuje vitalitu života. Funkce, které jsou nezbytné k žití, se každou chvíli mohou ocitnout v krizi.

Výše uvedené se dle Vítkové (2006), týká zejména následujících funkcí: onemocnění dýchacích cest, progresivní tělesná změna (hypotonie, deformace páteře), záchvatovitá onemocnění, život na okraji bytí (spojen s nejistotou).

Všem osobám s kombinovaným postižením (bez ohledu na věk) je společné že na základě svého postižení, mají specifické potřeby. Vítková uvádí, že se jedná o tyto:

- Potřeba tělesné blízkosti
- Potřeba přiblížení prostředí
- Potřeba změny polohy
- Potřebují osobu, která jim rozumí i bez použití slov a pečuje o ně

Ludíková (2005) uvádí, že v současném pojetí speciální pedagogiky je péče o osoby s kombinovaným postižením již jasně definovaná. Dřívější koncept, který vycházel z teorie profesora Sováka o primárním a sekundárním defektu, je v současné době již překonán. V nynějším přístupu již nejde o pouhou sumarizaci několika postižení, ale jedná se o úplně novou kvalitu, která vyžaduje odlišné pojetí, a to ve všech směrech (Ludíková, 2005).

Ludíková (2005) dále také uvádí, že při vymezování jednotlivých kategorií nastává problém, a to z toho důvodu, že se jedná o velmi heterogenní skupinu.

Někteří speciální pedagogové upřednostňují členění podle druhu postižení, kdy se často vychází ze základního mentálního postižení, ke kterému se přidružuje další postižení.

5.2 Etiologie

Vzhledem k heterogenitě kombinovaného postižení je etiologie velmi rozmanitá. Ne v každém případě jde jednoznačně určit příčina postižení.

Dle Ludíkové mezi nejčastější příčiny patří:

- Genetické vlivy
- Chromozomální aberace
- Intoxikace
- Vývojové poruchy
- Poškození mozku a CNS

V neposlední řadě ale také diagnózy, predikující výskyt postižení:

- Fetální alkoholový syndrom
- Syndrom CHARGE
- Downův syndrom
- DMO
- Edwardsův syndrom a mnoho dalších

5.3 Edukace osob s kombinovaným postižením

Edukační síle osob s kombinovaným postižením (KP) směřují k tomu, aby byl klient vybaven adekvátním množstvím poznatku, dovedností, a návyků, aby se mohl zapojit do společenského života, pracovního života. Hlavním cílem edukace je to, aby člověk s postižením mohl žít bez zbytečné závislosti na pomoci okolí.

Ludíková (2005) uvádí, že v současném moderním pojetí ucelené rehabilitace jedinců s kombinovaným postižením, významnou roli hraje speciální edukace, kterou můžeme chápat jako složku sociálního formování.

Vzdělávání jedinců s kombinovaným postižením by mělo být realizováno pomocí individuálního vzdělávacího plánu, který je sestaven na míru klientovi. Individuální vzdělávací plán sestavuje celý tým osob, jež se podílejí na edukaci (Ludíková, 2005)

Vzdělávání těžce postižených žáků, vyžaduje intencivní rehabilitační péči s využitím prvků alternativní a augmentativní komunikace, zdravotní tělesnou výchovou, individuální vyučování, vhodné prostorové a materiální podmínky, atd. (Vítková, 2006).

5.4 Komunikace osob s kombinovaným postižením

Opatřilová (2013) uvádí, že úspěšný rozvoj komunikace závisí na jistých schopnostech a dovednostech jedince. Proces komunikace je u osob s kombinovaným postižením značně narušený. Oblast komunikace je velice důležitý z toho důvodu, protože jejím prostřednictvím probíhá edukace.

U osob s kombinovaným postižením je důležité, začít s komunikací co nejdříve a najít co nejvhodnější možnost komunikace pro určité dítě.

Vítková (2006) uvádí, že komunikace a sociálně emociální působení se projevuje v širším kontextu v sociální interakci. Systém komunikace musí být celistvý. Je třeba uvědomit si, že z veškerého naše snažení, které je směřované k člověku s těžkým postižením, vzniká sociální zkušenost. Lidský obličej, hlas, pohyb, chování a jiné, jsou součástí celkového společenského života a nelze je oddělit od ostatních aktivit, anebo na ně pohlížet jednotlivě.

Neexistuje samostatná péče, ani samostatná stimulace, vše je podstatnou složkou komunikace (Vítková, 2006).

Vítková (2006) dále uvádí, že díky koncepci bazální stimulace se podařilo překročit hranice nevzdělanosti těžce kombinovaně postižených jedinců.

Koncepce bazální stimulace

Vítková (in Pipeková, 2006) uvádí, že se jedná o psychologickou aktivitu, kdy se snažíme jedincům s kombinovaným postižením nabídnout možnosti pro vývoj jejich osobnosti.

„Pojem bazální stimulace znamená elementární základní nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojmem stimulace se rozumí nabídka všude tam, kde se těžce postižený člověk, vzhledem ke svému postižení, není schopen postarat o svůj vývoj“ (Vítková in Pipeková, 2006, s. 342).

Bazální stimulace musí být celistvá, a holistická. Dle Vítkové (in Pipeková, 2006) to jsou dva hlavní požadavky.

6 Edukace a legislativa

Školství a vzdělávání prochází v České republice v současné době procesem transformace. Cílem této transformace je vytvoření demokratické a humánní školy, která by poskytovala všem členům společnosti stejné šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání. Zajišťuje každému občanovi uplatnění práva na rozvoj svých individuálních předpokladů (Vítková at al., 2004, str. 19).

6.1 Edukace sluchově postižených

Cílem edukace u sluchově postižených je maximální rozvoj všech stránek osobnosti jedinců se sluchovým postižením a jejich úspěšná socializace. U nás je tato péče zajišťována systémem speciálních škol. Základní školy pro sluchově postižené zajišťují primární stupeň vzdělávání. Často jsou při těchto základních školách i školy mateřské, popřípadě střední.

V České republice je 13 základních škol pro sluchově postižené a součástí všech těchto škol je speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené.

6.2 Systém edukace a péče o osoby s mentálním postižením

Edukace osob s mentální retardací se řídí školským zákonem č. 561/2004 Sb. A dle příslušných vyhlášek MŠMT 72/2005 a 73/5005 Sb. v platném znění (Valetna a kol. 2014).

„Sít' speciálních škol a zařízení pro děti a žáky s mentálním postižením je tvořena předškolním zařízením, základní školou praktickou, základní školou speciální, odborným učilištěm, praktickou školou. Zvláštní postavení je dáno speciálně pedagogickému centru“ (Valenta a kol., 2014, str. 37).

Níže budou vyjmenovány a stručně popsány školská edukační zařízení a zařízení sociální péče pro osoby s mentálním postižením.

Mateřská škola

Organizací odpovídá běžnému předškolnímu zařízení, které mimo běžných funkcí, plní ještě funkci diagnostickou, reedukační (rozvoj postižených funkcí, který je zaměřen především na kognitivní procesy). Dále plní funkci kompenzační, rehabilitační a často i terapeuticko – formativní a také respitní (Valenta in Valenta a kol. 2014).

Základní škola praktická

Vedle integrace na ZŠ běžného typu, je ZŠ praktická nejběžnější vzdělávací zařízení našeho edukačního systému, pro žáky s lehkým mentálním postižením. Označení praktická má tato škola proto, že je vybavena cvičnými byty, kuchyněmi, keramickými dílnami, pozemky, zahradami atp., kde se uskutečňuje převážně praktická příprava žáků. Není zde výrazný rozdíl od běžné základní školy. Rozdíly, které zde jsou, mají kvalitativní povahu. Vzdělávání zde probíhá dle rámcového vzdělávacího programu základních škol (Valenta a kol. 2014).

Základní škola speciální

Značně se odlišuje od běžných základních škol, a to především množstvím využívaných speciálně – pedagogických prostředků. Dále pak strukturou a skladbou rámcového vzdělávacího plánu (Valenta a kol. 2014).

Sociální péče o osoby s mentálním postižením

Zatímco je edukační systém žáků s mentální retardací zaštiťován ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, systém sociální péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí a je prováděn dle zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění, o sociálních službách (Valenta a kol. 2014, str. 39).

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Dříve označované jako ústavy sociální péče (ÚSP), zabezpečuje pro své klienty služby, jako jsou: bydlení, zaopatření, zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči, přiměřené pracovní uplatnění, výchovnou a vzdělávací činnost (Valenta a kol. 2014, str. 40).

Sociální zařízení pracují v různých režimech – v denním režimu, v týdenním režimu, v celoročním režimu.

V zařízení, v němž je klient umístěn celoročně, mohou nastat následující nežádoucí jevy a to:

Hospitalismus, „ponorková nemoc“, šikana, zneužívání, ztráta soukromí, režim domova je dán – klient se musí přizpůsobit (Valenta a kol. 2014).

6.3 Zákony, vztahující se k tématu

Zákon č. 561/2004 SB., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

- § 16 Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.
- Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.
- Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

- Účelem níže uvedených zařízení pro preventivně výchovnou péči je předcházení vzniku a dalšímu rozvoji negativních projevů chování dítěte, popřípadě narušení jeho zdravého vývoje.

- Zařízení, které se řídí tímto zákonem jsou:

1) Diagnostický ústav

a) Diagnostický ústav plní tyto funkce (dle potřeb dítěte)

b) Diagnostické – pedagogicko – psychologické vyšetření

- Vzdělávací – zjištění úrovně dosažených znalostí
- Terapeutické – snaha o nápravu poruch v sociálních vztazích a v chování.
- Výchovné a sociální – vztahuje se k osobnosti, rodinné situaci a sociálně – právní ochraně.
- Organizační – souvisí s umístováním dětí do příslušných zařízení.
- Koordinační – prohloubení a sjednocení ostatních postupů.

2) Dětský domov

- Zaměřuje se na péči o dítě a jeho individuální potřeby.
- Zajišťuje péči dětem, které mají nařízenou ústavní výchovu.
- Zpravidla se do dětského domova umísťují děti od 3 do 18 let, dále také nezletilé matky s dětmi.

A. Dětský domov se školou

- Zajišťuje péči o děti:
 - a) S nařízenou ústavní výchovou
 - b) S uloženou ochranou výchovou
 - c) Pokud jsou s nezletilými matkami jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole, která není součástí dětského domova se školou.
- Do dětského domova se školou jsou z pravidla umísťovány děti od 6 let, do ukončení školní docházky.

B. Výchovný ústav

- Zaměřuje se na děti starší 15 let, které mají závažné etopedické problémy u kterých byla nařízena ústavní výchova, nebo uložena ochranná výchova.
- Při výchovném ústavu se jako jeho součást zřizuje základní, popřípadě speciální škola.

Zákon č. 383/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb.

Zákon 108/2006 Sb., O sociálních službách

- Tento zákon vymezuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.
- Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.
- Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb klienta, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé životní situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

7 Dítě s downovým syndromem v dětském domově a mateřské škole speciální

Dětský domov (DD) v Berouně, zajišťuje celoroční péči dětem s kombinovaným postižením. Rozhodla jsem se, že v praktické části, se budu zabývat metodami výchovy a vzdělávání dítěte s downovým syndromem, které má nařízenou ústavní výchovu.

7.1 Dětský domov a mateřská škola speciální

Zařízení se řídí zákonem č. 109/2002 Sb. O výkonu ústavní výchovy, nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních.

V tomto zařízení jsou zaměstnáni vychovatelé, asistenti pedagoga (zaměstnanci zařízení) a ti se řídí zákonem č. 561/2004 – školský zákon. Dále jsou zde zaměstnáni osobní asistenti, které toto zařízení nakupuje u jiných organizací (Dobromysl o.p.s., Senior Care, o.p.s.) a ti se řídí zákonem č. 108/2006 – Zákon o sociálních službách.

Zařízení se dělí na 3 části:

- Dětský domov
- MŠ speciální
- SPC (Speciální pedagogické centrum)

Dětský domov

Zde je stěžejní zákon č. 109/2002 Sb. který se mění zákonem č. 383/2005 Sb (viz výše), dále se zde pracuje např. se zákonem o rodině.

Kapacita dětského domova je 30 dětí (tj. 6-8 dětí ve skupině) současný stav je 23 dětí.

Potřebné vzdělání – Vysokoškolské vzdělání – obor speciální pedagogika, vychovatelství.

Děti jsou rozdělováni do tříd podle věku a míry postižení. Každá třída má své slovní i znakové (symbolové) označení. Pro každé dítě vychovatelky sestavují Plán rozvoje osobnosti dítěte (PROD). Jsou zde doporučení, na čem pracovat, aby se dítě co nejlépe rozvíjelo.

Špendlíková třída – zde jsou nejmladší a nejživější děti. Pouze chlapci. V současné době zde jsou děti ve věku od 4 do 9 let. Celkem je v této skupince 5 dětí. Symbol této třídy je plastový spínací špendlík (viz foto).



Modrá třída – Tato třída byla donedávna primárně dívčí. Z organizačních důvodů toto nebylo možné zachovat (v současné době zde jsou jen 4 dívky, takže nyní je v této skupince i jeden chlapec. Děti, které jsou v této skupině, mají všechny (poruchu autistického spektra) PAS. Věk dětí je zde od 7 do 16 let.

Znak pro modrou třídu:



Kostičková třída – Tato skupinka je pro děti, které jsou více postižené. Všechny děti z této skupiny mají zrakové, nebo sluchové postižení. Děti, které jsou v této skupině, byly dříve označovány za nevzdělavatelné. Tato třída je celkově klidná, děti potřebují také klidný přístup. Je zde jedna dívka a 4 chlapci. Do této výchovné skupiny patří i chlapec, kterého se týká má závěrečná práce. Věk dětí je zde od 5 do 18 let.

Označení třídy: molitanová kostka.



Školáci

Poslední výchovnou skupinou jsou školáci. Jsou zde děti s nejlehčím stupněm postižení. Všechny děti již navštěvují základní školu.

Tyto děti, navštěvují 2 typy škol.

ZŠ Žebrák – do této školy dojíždí 2 děti (celkem z DD 5 dětí).

ZŠ Karla Čapka – do této školy chodí 2 děti (celkem z DD 3 dětí).

Dětský domov (DD) funguje odpoledne. S dětmi zde pracují vychovatelky, kterých je zde 11 a pomáhají osobní asistenti – ti jsou nakupováni a hrazení z příspěvku na péči.

DD se řídí vnitřním řádem.

MŠ speciální

Kapacita – 18 dětí – 4 – 6 dětí ve skupině.

Potřebné vzdělání – Vysoká škola – speciální pedagogika.

MŠ speciální se řídí zákonem 561/2004 Sb.

V MŠ speciální je hlavním dokumentem školní řád a organizační řád.

Jsou zde děti z dětského domova, ale docházejí sem i děti z rodin.

Děti přecházející z DD do MŠ speciální, mají soudem nařízenou ústavní výchovu. Jsou v plném přímém zaopatření tohoto zařízení, protože zákonní zástupci dětí neplní své rodičovské povinnosti v souladu se zákonem o rodině.

MŠ speciální podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku. Poskytuje výchovu a vzdělávání dětem sluchově, zrakově postiženým, hluchoslepým v kombinaci s dalším postižením.

Pracuje se podle školního vzdělávacího plánu (ŠVP), který je přizpůsoben specifickým potřebám dětí se zdravotním postižením.

Péči o takto handicapované děti zajišťují pedagogičtí pracovníci, asistenti pedagoga ve spolupráci se speciálními pedagogy, osobními asistenty a dalšími potřebnými odborníky.

SPC

Speciální pedagogické centrum.

Potřebné vzdělání – Vysokoškolské, obor speciální pedagogika, psychologie.

SPC se skládá ze speciálních pedagogů, logopedického asistenta a psychologa.

Zaměření SPC - Zabezpečuje poradenství a speciálně pedagogickou a psychologickou péči dětem a žákům s kombinovaným postižením. Původně bylo SPC zaměřeno především na klienty s vadami sluchu v kombinaci s jiným postižením – zejména na klienty s duálním sensorickým postižením. SPC poskytuje odbornou pomoc klientovi a jeho zástupcům v procesu integrace do společnosti ve spolupráci s rodinou, školami, školskými zařízeními, zdravotnickými zařízeními a odborníky.

Služby poskytované SPC – speciálně pedagogická a psychologická diagnostika, ambulantní logopedická péče, diagnostické pobyty, výuka znakového jazyka, sociálně právní poradenství, informace a pomoc v oblasti zajišťování kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, zapůjčování kompenzačních pomůcek, pořádání seminářů a školení. Tyto služby jsou poskytovány speciálními pedagogy, sociální pracovníci, psychologem a logopedickou asistentkou.

7.2 Kazuistika Dítěte

V této kapitole se zaměřím především na diagnózu a anamnézu dítěte. Jako cenný zdroj informací mi sloužila dokumentace dítěte.

Rozsudkem Okresního soudu v Klatovech ze dne 28.1.2011 byla u nezletilého chlapce nařízena ústavní výchova. Chlapec byl umístěn do Dětského domova a mateřské školy speciální Mládeže 1102, 266 01 Beroun.

Se zařazením dítěte do Dětského domova vyslovil souhlas také místně příslušný orgán Sociálně právní ochrany dětí Městského úřadu Klatovy.

Chlapec nastoupil nejprve k diagnostickému pobytu v DD a MŠ speciální Beroun, a to dne 1.2.2011.

Aktuální úroveň psychomotorického vývoje ze dne 3.5. 2011 je výrazně opožděná ve všech oblastech. Chlapec se adaptoval na nové prostředí a průběžně probíhala speciálně pedagogická diagnostika. Pro optimální vývoj dítěte je nutné vytvořit systém individuální péče a především výstavba komunikačního systému (s chlapcem používáme totální komunikaci – mluvené slovo, v kombinaci se znakem ze znakového jazyka a zástupný předmět).

Diagnóza

Psychomotorická retardace – vývoj je výrazně opožděný ve všech oblastech (M.Down)

Sluchové postižení – středně těžká až těžká oboustranná porucha sluchu

Centrální hypotonický syndrom

Plicní hypertenze, Těžká porodní asfyxie;

= jedná se o chlapce s těžkým kombinovaným postižením.

Anamnéza

Chlapec je umístěn v DD a MŠ speciální.

RA: Oba rodiče (1980) zdraví, zájem o dítě neprojevují, bratr 2008 zdrav.

0A: Z první fyziologické gravidity, těhotenský screening včetně ultrazvuku byl negativní, porod spontánní, záhlavím, ve 38 týdnu. Apgar 2 – 4 – 6 , po porodu byla nutná resuscitace a intubace. Stigmatizace typická pro downův syndrom, který byl potvrzen geneticky – trizomická forma.

Hospitalizace:

1x pro infekční gastroenteritis (v kojeneckém věku)

2x pro obstrukční bronchitidu (2008, 20012)

6x akutní laryngitida 2011, 2012, 4x 2013)

7.2.1 Současný stav dítěte

Jedná se o chlapce s těžkým kombinovaným postižením, jak je již zmíněno výše – Psychomotorická retardace (M.Down), středně těžká, až těžká porucha sluchu a centrální hypotonický syndrom. V Dětském domově se chlapec nachází od 1. února 2011. Nejprve byl chlapec zařazen ve II výchovné skupině dětského domova, to je skupina špendlíková, v současné době je v I. Výchovné skupince – v kostičce.

Vzhledem ke smyslovému postižení chlapce a vysokému stupni psychomotorické retardace je opoždění v rozvoji řeči veliké. Ke komunikaci používáme řeč v kombinaci se základními znaky znakového jazyka a zástupné předměty. Chlapec sám aktivně neznakuje,

není schopen říci si, zda něco chce, nebo nechce. Nelibost dává najevo pláčem. Pověštinu dne je však veselý.

Sluchová vada je kompenzovaná sluchadly. Z počátku je špatně snášel, nosil je s přestávkami, v kuse vždy maximálně půl hodiny. Když byl kvůli něčemu mrzutý, sluchadla zahazoval. V současné době si na sluchadla zvykl, a v klidu je má nasazené celý den

Výrazné zlepšení je u chlapce vidět především v oblasti hrubé motoriky. I přes to, že je postižen i centrálním hypotonickým syndromem, po schodech zvládne chodit sám bez držení se dospělého, drží se za zábradlí. Střídá nohy. Sed je také stabilní. Při vycházce s sebou bereme kočár, protože chlapec chodí dle nálady. Někdy jde celou procházku bez problému, jindy si během chvíle sedá na zem a odmítá jít.

Při sebeobslužných činnostech je chlapec zcela závislý na pomoci druhé osoby. Při oblékání je schopný prostrčit končetiny oděvem, ale sám se aktivně neobléká. Zkoušíme oblékání ruku v ruce (například vytažení kalhot. Dospělý vede ruce dítěte, aby chytly kalhoty, a společně je natáhnou). Čistotu neudrhuje, je celodenně plenován a vysazován na záchod.

V poslední době se zhoršil v jídle. Již krásně jedl „ruku v ruce“ ale v současné době začal vzdorovat, odmítá držet lžící, když se o to snažíme, začne plakat a přestane jíst, odstrkuje talíř. Chlapec jí mixovanou stravu. Naopak se velmi zlepšil v pití. Dříve pití odstrkoval, pít nechtěl, v současnosti vypije i celý hrnek.

K dospělým má velmi kladný vztah, vyhledává tělesný kontakt, rád se chodí pomazlit, má rád hry na tělo, udrží oční kontakt. V poslední době začal vyhledávat kontakt i s ostatními dětmi, ovšem děti toto moc pozitivně nehodnotí, protože je spíš zlobí.

Při chůzi v domově po chodbě velmi rád navštěvuje cizí třídy (popřípadě i pokoje) a zkoumá ostatní místnosti.

7.2.2 Oblíbené činnosti dítěte

Chlapec je zařazen do aktivit v zařízení jako je rehabilitace, canisterapie, plavání a solná jeskyně.

Dle mého názoru je jeho nejoblíbenější aktivita plavání, popřípadě jakýkoli jiný pobyt ve vodě. Jakmile vidí vodu (například napuštěnou vodu) má velikou radost, ve vodě se potápí, směje. Je vidět, že je opravdu spokojený.

Při canisterapii pejsky hladí, chodí s nimi po chodbě, nebo po zahradě dá jim piškot. Ze zvířat strach nemá, při canisterapii je spokojený.

Rehabilitace – v době povinné školní docházky probíhá ve škole, takže rehabilitací se budu zabývat v kapitole 6.4.

V solné jeskyni je spokojený, pozoruje světla, hraje si s pískem (se solí).

Mezi jeho oblíbené hry, které s ním já osobně provádím, patří zvukové hry. Hlasité zpívání – chlapec nastavuje ouška a usmívá se, je spokojený, hlasité povídání do oušek. V poslední době začal pokládat ruku na krk a velmi se mu líbí vibrace hlasivek.

Jeho oblíbenými hračkami jsou všechny možné hračky, které se lesknou, ponožky, jimiž si točí před obličejem – v jednu dobu – v zimě jsme chlapce oblékali do punčocháčů, protože když měl ponožky, ihned je sundával a hrál si s nimi. V současné době má ponožky, které jsou určené vyloženě ke hře. Také má takovou hrací deku, na které jsou našité ponožky (viz obrázek 3).

V poslední době začal vyhledávat ke hře ostatní děti. Chlapec, kterého vyhledával nejvíce, musel být ze zdravotních důvodů přeřazen do jiného zařízení. Poté si Páťa ke hře zvolil velké plyšáky, se kterými si hraje, mazlí se s nimi, shazuje se z postýlky...

Jeho oblíbené místo ve třídě byla až do nedávné doby sedačka, která je ve třídě, seděl na opěradle, opíral se o zeď a sledoval děti ve třídě. Nyní si oblíbil polohovací vak a sedí nejčastěji na něm.

7.3 Jak s dítětem pracovat v DD – Plán rozvoje osobnosti dítěte

Plán rozvoje osobnosti pro školní rok 2014/2015

Kompenzační pomůcky: sluchadla, zástupné předměty, znakový jazyk, totální komunikace.

Komunikace a chování:

Chlapec nemluví, ale pouze vokalizuje. Bývá pozitivně naladěný, spokojenost vyjadřuje dobrou náladou a smíchem, nespokojenost pláčem a odmítavými pohyby. S chlapcem komunikujeme pomocí zástupných předmětů, pomocí znakového jazyka a slov. Za hlasitým zvukem nebo zavoláním se otočí.

Popis chování a způsob reakce vychovatele na dané chování:

S chováním Patrika nejsou problémy, v kolektivu dětí, s kterými je ve třídě se cítí dobře. Je často pozitivně naladěný a je usměvavý. Ale dovede být i vzteklý či mrzutý, a to hlavně v případech, když něco nechce nebo mu je to nepříjemné. Rád si dělá věci po svém a sám.

Dlouhodobý cíl: Rozvoj aktivní komunikace.

Krátkodobý cíl: trénování znaků ruku v ruce.

Popis chování během noci:

Chlapec usíná brzo, spí na malé dětské postýlce, ale často s ní slézá a hraje si na zemi, nebo si otevře dveře a odejde z pokoje do jiného pokoje, nebo sedí před pokojem na chodbě (viz foto) je velmi společenský. Nechce být v pokoji sám. Teď už je na pokoji s jiným chlapcem a již z pokoje odchází méně. Patrik musí mít v pokoji vlhko a chladno, protože měl často laryngitidy a dusil se.

Vztah k ostatním dětem:

Chlapce děti zajímají, kontakt navazuje dotykem, zajímají děti, kontaktuje je dotykem, snaží se jim vzít hračky. S jedním chlapcem, který se s ním ve třídě, se vzájemně vyhledávají, drží se za ruce a točí se. Patrik ovšem umí děti i pěkně pozlobit. Vyhledává

jednoho konkrétního chlapce, který se umí hodně vztekat a pošťuchuje ho. To mu samozřejmě zakazujeme.

Dlouhodobý cíl: aby chlapec neprovokoval ostatní děti.

Krátkodobý cíl: kooperace s dětmi, podpora společných her.

Osobní zájmy a záliby:

Přestal bouchat stolem (vždy ho v jídelně zvednul a z výšky pustil) a shazovat nábytek (židle) a více se začal zajímat o hračky, které sice nejčastěji vyndá z boxu, prohlédne si a zahodí, ale někdy ho dokáže nějaká hračka zaujmout a vydrží i s ní hrát relativně dlouhou dobu. Stále ho zajímají dveře a bouchání s nimi. To se ho snažíme odnaučit.

Chlapec začal zkoumat věci a děti prostřednictvím nějakého předmětu (nejčastěji je to plyšová hračka). Například jde s hračkou v ruce a začne s ní hrát na klavír. Nebo plyšákem sahá dětem na obličej, záda a čeká na jejich reakci. Jeho další oblíbená činnost je stále sundávání bot a ponožek, ale již to nedělá tolik. Nově si teď začal vyhrnovat tričko a plácá si na břicho. Zajímavé jsou pro něj hračky, které vibrují, svítí, nebo vydávají nějaké zvuky či melodie (například bubínek na který bubnuje a on hraje a bliká).

Dlouhodobý cíl: Udržení pozornosti delší dobu.

Krátkodobý cíl: Hračky neodhazovat, ale uklidit zpět do boxu.

Sebeobsluha

Současný stav:

Patrik je celodenně plenován – únik stolice, vysazuje se na WC. Už mu tolik nevádí, sedět na WC, ale musí se u něj stát, jinak vstává a odchází. Občas vykoná potřebu, ale spíše náhodně.

Při oblékání a svlékání je závislý zcela na pomoci tety, ale snaží se prostrkávat ruce rukávy a při oblékání tepláků se také snaží prostrčit nožičky. Bez pomoci umí sundat boty a ponožky (ale jen když chce on).

Rád se koupe, opět zcela s pomocí tety. Protože, má problematickou pokožku, není dobré ho koupat každý den, zato je potřeba ho důkladně promazávat krémem.

Při jídle už hezky jedl „v ruku v ruce“, ale v poslední době začal vzdorovat a lžící odmítá držet, začne plakat a přestane jíst. Má rád sladká jídla, slané někdy odmítá a také pláče a trvá dlouho, než jídlo sní. Je dobré nechat ho, dát talíř na okno a jít pryč a po chvíli, když už je zase v klidu mu opět jídlo nabídnout. Má rád jogurty, kaše, tvaroh s piškoty a banány. Jako odměnu dostává Nutelu, kterou má moc rád. Zlepšilo se pití z hrnku, někdy vypije celý hrnek – nabízet pití i ve třídě a při pobytu venku.

Stravování

Dlouhodobý cíl: samostatné nabírání lžičkou.

Krátkodobý cíl: znovu se pokusit o to, aby si při jídle držel lžící „ruku v ruce“ s tetou.

Hygiena

Dlouhodobý cíl: nácvik pravidelného močení a stolice do WC.

Krátkodobý cíl: pravidelné vysazování na WC.

Oblékání

Dlouhodobý cíl: samostatnost při oblékání.

Krátkodobý cíl: aby si Patrik nesundával boty a ponožky ve třídě.

Pracovní činnosti

Práce u stolečku nepatří u Patrika mezi oblíbené činnosti. Rád si vše dělá po svém, a když chce sám a ne když musí. U stolečku sedí v klidu, ale jakmile se začne pracovat, tak vše začne odhazovat a brání se práci ruku v ruce. Je nevrlý nebo plačtivý. Doba soustředění je velmi krátká. Snažíme se mu nabízet zajímavé materiály k práci, které by ho zaujaly. Kaštiny, ovoce a zeleninu, různé druhy látek a kůže, plastu, korku atd. Nejčastěji při práci něco trháme, mačkáme, barvíme a tiskneme.

Dlouhodobý cíl: rozvíjení jemnou motoriku.

Krátkodobý cíl: zvyšovat dobu soustředění.

Vycházky a pobyt venku

Současný stav: Patrik si chodí po zahrádce sám, má rád lezení po výškách. Rád se houpe na houpačce, zkusíme skluzavku a houpání na dráčku (houpačka na pružině). Na procházku jsme začali chodit bez kočáru. Chodíme s ním za ruku. Když na procházce nechce jít, tak si sedne na zem a odmítá jít. Zatím to děláme tak, že ho chvíli sedět na zemi necháme a po chvíli ho zvedneme a on zase chvíli jde, než si zase sedne.

Dlouhodobý cíl: zlepšování hrubé motoriky.

Krátkodobý cíl: na procházce se postupně snažit prodlužovat dobu chůze s tetou za ruku, aby si Patrik nesedal na zem.

7.3.1 Den v dětském domově

V této kapitole bych chtěla nastínit, jak vypadá sobotní den v tomto konkrétním dětském domově.

Služby vychovatelů jsou rozděleny na odpolední, denní, noční. Ranní službu zajišťují učitelky a asistenti pedagoga. V jedné skupince, kde je v současné době 5 – 6 dětí je jedna vychovatelka a jedna asistentka skupiny. Dříve do skupinek chodívala i osobní asistentka, ale to se v současné době již neděje.

Vychovatelkám i asistentkám začíná víkendová služba v 7:30 a končí v 19:30.

V 7:30 si vychovatelka přebírá od noční služby děti, společně s informacemi o tom, jak děti z té její skupinky spaly, zda se nezhoršil zdravotní stav a všechny další podstatné informace.

V tuto hodinu už jsou téměř všechny děti vzhůru, a tak vstáváme.

Děti se oblékají buď samy, s dopomocí, nebo jsou oblékány, popřípadě vysazovány na WC a plenovány. Poté následuje čištění zubů. Zde je potřeba vysoká míra dopomoci hlavně z toho důvodu, že děti z kostičkové třídy čištění zubů velmi špatně snáší.

Po vyčištění zubů jdeme na snídani. Toto je jediná skupinka, ve které děti jedí mixovanou stravu a většina z dětí je krmena. K snídani děti dostávají ovesnou kaši, piškoty s pudinkem, jogurty, krupicovou kaši atp.

Po snídani jdeme většinou do třídy. Pustíme dětem písničky nebo pohádky na CD a děti si volně hrají dle svých preferencí. V současné době je v této skupině 5 dětí a z toho 3 rády koukají na pohádky v TV, takže jim někdy pustíme pohádky.

Později (okolo desáté hodiny) – což je po svačině, jdeme ven – pokud je hezké počasí. Pokud je ošklivě nebo prší, buďto zůstaneme ve třídě, nebo jdeme do rehabilitační místnosti, kde s dětmi cvičíme, ale je zde i bazének z míčků, kde děti mohou odpočívat.

Ve dvanáct hodin je oběd. Zde mají všechny děti (krom jednoho) polévku, a děti, které mají jídlo mixované, mají stejnou stravu, jako všechny ostatní děti.

Po obědě následuje polední klid. Malé děti jdou spát, ostatní děti odpočívají ve třídě. Konkrétně Patrik si vezme ponožku, sedne si na relaxační vak, odpočívá a je velmi spokojený.

Polední klid končí ve 3 hodiny. V tento čas je odpolední svačina, kdy děti z kostičkové třídy mají nejčastěji banán, jogurt, puding, rozmixované ovoce, nebo v létě dostávají zmrzlinu.

Po svačině, jdeme na vycházku (pokud jsme nebyli dopoledne a počasí se zlepšilo), nebo jsme ve třídě, kde následuje aktivita, uvedená v týdenním plánu (samozřejmě pokud je to v rozpoložení dětí možné. Když některé dítě aktivitu nechce provádět, necháme ho v klidu. Aktivita není striktně daná. Pokud se vychovatel rozhodne pro jinou, není to problém)

Mezi aktivity patří různé výtvarné činnosti – nejčastěji kreslení prstovými barvami, hudební činnosti, hra na kytaru, zpívání, děti hrají na Orfovy nástroje, sebeoblužné činnosti – zde provádíme například nácvik obouvání a zouvání bot, zapínání zipu, procvičování jemné motoriky, provádění relaxačních technik atp.

V půl šesté je večeře. Při večeři mají děti z ostatních skupin o víkendech rohlíky/chleba. Rohlíky a chleba se kostičkovým dětem nemixují, takže mají většinou nějakou kaši s ovocem, s čokoládou a podobně.

Po večeři jdeme ještě na chvíli do třídy, nebo koukat na pohádku.

Poté jdeme na patro, kde mají děti pokoje a koupelny. Vyčistíme zuby a následuje koupání. Téměř všechny děti se koupu každý den, maximálně ob den. Po koupání děti důkladně promazáváme.

Pokud je ještě čas, děti jdou do herny, která je na patře, Jsou zde nějaké hračky a TV.

Děti ukládáme okolo sedmé hodiny.

Po uložení dětí vychovatelka ještě roztrídí, uklidí a připraví oblečení na další den, rozloučí se s dětmi a předá službu noční pracovníci, opět se všemi důležitými informacemi.

S dětmi se snažíme být co nejvíce venku. Když nejdeme přímo na vycházku, jsme alespoň na zahrádce, která je součástí dětského domova.

7.4 Střední škola a základní škola Beroun, příspěvková organizace

Chlapec navštěvuje Základní školu a základní školu praktickou Karla Čapka, vzdělávací obor: 79-01-B/01 – základní škola speciální, vzdělávacího programu pro žáky s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, který je zpracován podle RVP ZŠS. Chlapec zahájil povinnou školní docházku 2. září 2013.

Žáci s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami se vzdělávají podle školního vzdělávacího programu II. „I my patříme k vám“, zpracovaného podle RVP ZŠS II.

Na škole jsou vzděláváni žáci se specifickými vzdělávacími potřebami. Je zde vykonávána povinná školní docházka. Dále zde mohou žáci navštěvovat dvouletou praktickou školu.

Jsou zde vzděláváni žáci:

- s poruchami řeči
- s lehkým mentálním postižením
- středně těžkým a těžkým mentálním postižením
- souběžným postižením více vadami
- s autismem

Typy vzdělávacích tříd

- Základní škola logopedická
- Základní škola pro žáky se specifickými poruchami učení.
- Základní škola pro žáky se specifickými poruchami chování
- Základní škola praktická
- Základní škola speciální
- Praktická škola dvouletá

Vzdělávací metody

Metodika práce se sluchově postiženými žáky s mentálním postižením, strukturované a vizualizované učení, alternativní a augmentativní komunikační techniky.

7.5 Dítě s downovým syndromem ve škole

Vzhledem k hloubce postižení navštěvuje chlapec Základní školu speciální v Berouně.

Ve škole jsou pro práci využívány kompenzační pomůcky – sluchadla, alternativní a augmentativní komunikace (AAK) - zástupné předměty. Osobní symbol tohoto chlapce je náramek s rolničkou. Dalšími pomůckami jsou: rezonanční deska, relaxační vak, vodní lůžko, vibrační a zvukové hračky, pomůcky na hmatovou stimulaci, orfovy nástroje, masážní lampa, polohovací míč, zrakové stimulační pomůcky – lightbox, Faser optik⁶, stimulační PC programy.

Níže uvedené informace jsou získány z náhledu do individuálně vzdělávacího plánu (IVP), z pozorování a z rozhovoru s vyučující.

Řečová výchova: V řečové výchově se ve škole zaměřují na to, aby chlapec uměl vyjádřit své pocity, sdělit přání. Pro plnění tohoto cíle se využívá AAK, doplněná základy znakové řeči, většinou s taktilní podporou. Dále probíhá nácvik časové orientace s pomocí zástupných předmětů, sestavuje se denní kalendář, chlapec je podněcován ke zvukovému projevu. Dítěti se zprostředkovává poslech čteného textu a je zde snaha o rozvoj dovednosti reagovat na intonaci hlasu.

Smyslová výchova

Rozvoj zrakového vnímání – Patrik rád sleduje své okolí, i děti při hře – velmi rád sedá například v těsné blízkosti houpačky, když se děti houpou. Dále velmi rád pozoruje světelné zdroje na snozelenu.

Další rozvoj probíhá v oblasti fixace zraku na nabízení předměty a manipulaci s nimi, fixace zraku na předmět výrazné barvy, dále rozvoj schopnosti sledování předmětu, který je v pohybu, pozorování částí vlastního obličeje v zrcadle.

Rozvoj sluchového vnímání – chlapec by se měl soustředit na zvuky ve svém okolí, měl by experimentovat se zvukovými předměty, věnovat pozornost zvukovým hračkám a snažit se je rozeznat. Rozvoj probíhá formou upozorňování na zvuky každodenního života, práci

⁶ Optická vlákna

se zvukovými hračkami a předměty, které vydávají zvuky, důraz na vyhledávání zvuku a pohyb v prostoru za zvukem.

Chlapec má zvuky velmi rád. Používá sluchadla. Vnímá podněty z okolí a radostně na ně reaguje. Velmi rád má také zpěv, hudební a rytmická cvičení. Velmi rád má také rytmická cvičení na tělo.

Rozvoj hmatového vnímání – Měl by uchopovat předměty a snažit se s nimi manipulovat, práce s předměty z různých materiálů.

Procvičování jemné motoriky formou her a hmatových cvičení, práce s ozvučenými předměty a s míči různých velikostí, rozvoj hmatového vnímání, manipulace s předměty odlišných velikostí a materiálů.

V současné době chlapec manipuluje předměty „ruku v ruce“. Někdy raději manipuluje s předměty pomocí hračky, nebo prostřednictvím rukou tety.

Rozvoj prostorové a směřové orientace

Chlapec by si měl uvědomovat své tělo, orientovat se v okolí a měl by vnímat zvuky, které jsou součástí prostředí, ve kterém se pohybuje. Orientace na vlastním těle, uvědomění si vlastního těla a jeho částí, vizuální orientace v prostoru a prostředí, ve kterém se pohybuje.

V prostoru se chlapec orientuje velmi dobře, vnímá své okolí, bouchá s dveřmi, s židlí a poslouchá, jaký se ozve zvuk.

Hudební a pohybová výchova

Experimentování s hudebními nástroji, vnímat jejich zvuk, poslech zpěvu i reprodukované hudby, soustředit se na poslech, vnímání rytmu a melodie, hry s říkadly, s dětskými popěvkami, hry na tělo.

Chlapec velmi rád experimentuje s hudebními nástroji. Rád poslouchá hudbu, velmi rád má zpěv, Jeho oblíbený nástroj je xylofon. Již se i naučil, že do něj nemůže silou bouchat, ale do nástroje již lehce ťuká.

Zdravotní tělesná výchova

Chlapec zvládá změny poloh, cvičení na velkém míči – lépe zvládá, když ho na míč položíme na břicho, než na záda, když ho pokládáme na míč zády, bojí se a drží se tety, po chvílce se uklidní a užívá si hry na míči. Při chůzi si je již jistější, při chůzi po schodech střídá nohy.

Stimulujeme vestibulární ústrojí – houpání, podpora rozvoje cílených pohybů, protahování, posilování.

Chlapec je velice pohyblivý, pohybové aktivity ho baví, rád cvičí na hřišti, má velmi rád skluzavku.

Výchova k osobní samostatnosti

Chlapec sebeobslužné činnosti zvládá s velkou mírou dopomoci. Čistotu neudrží, celodenně nosí pleny, ale je vysazován na WC. Při oblékání se snaží pomáhat – prostrčí končetiny oblečením, při obouvání bot je závislý na pomoci, ale vyzout se a sundat si ponožky zvládá sám. Již jedl ruku v ruce, nastala ovšem regrese a chlapec odmítá držet lžici.

Rozvoj sebeobslužných dovedností, nácvik umývání rukou – správné použití mýdla a ručníku, používání toalety, udržení čistoty při jídle, získání samostatnosti při jídle, samostatné používání lžice.

Relaxační činnosti

Uvolnění se při masáží, poslech hudby, použití vůní

lehké masáže částí těla – citrusové vůně

relaxace s využitím teplého vzduchu – vůně levandule....

Zlepšení prokrvení těla – masáž molitanovým míčkem – míčkování, prvky autogenního tréninku, navození klidu při relaxační hudbě s vůní levandule či máty.

Perličková koupel

Chlapec má velmi rád pobyt na snozelenu, rád si hraje na vodním lůžku, má velmi rád lehké masáže těla. Při relaxaci na snozelenu se chlapec zklidní a uvolní.

Snozelen

Zde probíhají relaxační činnosti – jedná se o tmavou místnost – tmavé závěsy přes okna, aby tudy nepronikalo světlo. V této místnosti je vodní lůžko, na kterém si klienti hrají, relaxují, je zde polohovací vak, na kterém učitelka děti promazává, míčkuje.... Je zde puštěná relaxační hudba, kapesníčky napuštěné vůní, a různé světelné předměty – optická vlákna, svítící tubusy, které mění barvy, barevé „disco koule“.

7.5.1 Den ve škole

Děti jsou do školy dopravovány školním svozem. Z DD jezdí do stejné školy 4 děti.

Po příjezdu do školy mají děti volnou hru, hrají si s oblíbenými hračkami, posedávají atd.

V osm hodin učitelka zazvoní na „zvoneček“ – v této třídě nepoužívají klasický zvonek, ale zvonkohru.

Když učitelka zazvoní, děti si sednou, nebo je usadí asistentka.

Když děti v klidu sedí, učitelka jim podává košíček, ve kterém jsou zástupné předměty, a každé dítě si najde svůj osobní symbol.

Poté začne učitelka zpívat písničku a tleskat – děti samozřejmě zpívat a tleskat mohou také, ale vzhledem k hloubce postižení a sluchovým vadám děti nezpívají, ale tleskají – například s dopomocí asistentky, nebo učitelky.

Zpívá se vítací písnička: Jak se jmenuješ, my se na to ptáme. To je Patrik, my mu zatleskáme.

Když se třída přivítá, děti uklidí své symboly a můžou si jít hrát.

Po chvíli hraní učitelka s dětmi pracuje. Patrik například hraje na xylofon, vybírá kameny z písku, popřípadě je rehabilitace, a to buď perličková koupel, nebo masáž. Když rehabilitace ten den není, chodí se s dětmi na snozelen, kde děti, relaxují, učitelka je promazává.

Poté mají děti svačinu. Velmi mě překvapilo, jak chlapec ve škole dobře jí i pije.

Po svačině se jde na vycházku. Dle mého názoru je skvělé, že učitelka vybírá různorodou trasu – chvíli se jde po asfaltu, po trávě, po kamínkách, na kamínkách děti trénují stabilitu, vnímají jiný povrch.

Když se děti vrátí z vycházky, buď si ještě chvíli hrají ve třídě, nebo již čekají venku na svoz, který je odveze zpět do DD. Podle toho, v kolik hodin se z vycházky vrátí.

Škola končí v 11:30 a oběd mají děti již v DD.

Do této školy jsem docházela v rámci pozorování dítěte a v rámci praxe. Myslím si, že chlapec je ve škole rozhodně spokojený. Ve třídě (hlavně při výše zmíněném ranním kroužku) má své místo. Stejně jako ostatní děti. Zde si oblíbil takovou matraci, která je u zdi.

Bylo pro mne velmi přínosné, že jsem do této školy mohla docházet a mohla jsem dítě pozorovat, jak s ním pracují ve škole. Velice se mi líbil empatický a klidný přístup učitelky i asistentky pedagoga. Na jejich přístupu k dětem bylo velmi pěkně vidět, že je takováto práce baví a k dětem mají skvělý vztah. Učitelka si brala děti po jednom, s každým individuálně pracovala, dle jeho aktuálních potřeb a nálady. Když nějaké dítě nechce pracovat, nechá ho odpočinout a vezme si ho později.

Osobně si myslím, že takovýhle přístup by měl být v každé škole. Ať už mluvím o škole speciální, praktické, nebo školy běžného typu bylo by dobré, kdyby se učitelky snažily ke každému dítěti přistupovat v rámci možností individuálně.

8 Závěr

Cílem mé práce bylo vývoj dítětem, s Downovým syndromem a kombinovaným postižením, které žije v dětském domově. Chci poukázat na to, že ač je samozřejmě pravdou, že vyrůstat v dětském domově rozhodně není ideální model, není nemožné, aby se dítě rozvíjelo ať již ve škole, nebo v prostředí dětského domova. V bakalářské práci se zaměřuji na edukaci dítěte s Downovým syndromem, které vyrůstá v takovémto prostředí. Vzdělávání žáku s kombinovaným postižením je bezesporu složitý proces, závisící na mnoha faktorech., z nich jako klíčové uvádím schopnosti pedagoga a dítěte, či ochotu dítěte spolupracovat s pedagogem.

Ve své práci se zaměřuji především na edukaci a komunikaci a dále na kazuistiku konkrétního dítěte.

V práci je i individuálně vzdělávací plán (podle kterého se pracuje ve škole) a plán rozvoje osobnosti dítěte (podle toho se s dítětem pracuje v dětském domově). Myslím si, že pokud se budou všichni pracovníci snažit a s dítětem individuálně pracovat, je rozhodně možné, že se chlapec naučí sám aktivně komunikovat (prostřednictvím AAK). Soustavná kvalitní práce s dítětem povede k plnění všech krátkodobých i dlouhodobých cílů dítěte.

9 Seznam použitých informačních zdrojů

Literatura

AINSWORTH, Patricia a Pamela C BAKER. *Understanding mental retardation*. Jackson: University Press of Mississippi, c2004, x, 200 p. Understanding health and sickness series.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001, 223 s. Logopaedia clinica. ISBN 8090253628.

FITZNEROVÁ, Ivana. *Máme dítě s handicapem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 159 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-663-6.

HÁJKOVÁ, Vanda. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie*. 1. vyd. Praha: Somatopedická společnost, 2009, 159 s. ISBN 978-80-904464-0-3.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999, 395 s. ISBN 80-7216-096-6

CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, 182 s. ISBN 978-80-262-0054-3.

KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996, 45 s., [34] s. příl. ISBN 80-902134-1-3..

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

-
- STŘEDOVIÁ, Ljuba a Zdenka MARKOVÁ. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. Knižnice speciální pedagogiky.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.
- OPATRÍLOVÁ, Dagmar. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 186 s. ISBN 978-80-210-6221-4.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- PŮSTOVÁ, Zuzana. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku: [metodická příručka pro učitele]*. 1. vyd. Praha: Septima, 1997, 31 s. ISBN 80-7216-022-2.
- SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 2. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2011, 197 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-882-1.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SOLOVSKÁ, Vendula. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 191 s. ISBN 978-80-262-0369-8
- ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 150 s. ISBN 978-80-262-0716
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 178 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-506-7.
- VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VÍTKOVÁ, Marie, *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. Vyd. 2. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9
- VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

Seznam použitých zákonů

Česká republika. O sociálních službách. In: *108/2006*. Praha, 2006.

Česká republika. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: *561/2004*. Praha, 2004.

Česká republika. O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zák. In: *384/2005*. Praha, 2005.

10 Seznam příloh

Příloha 1 – Fotografie (1-4)

Příloha 2 – Souhlas s nahlížením do dokumentace

Masopust. Patrikovi se velmi líbily rolničky na masce



Patrik se večer nudí v pokoji. Sedí před pokojem a sleduje co se děje.



Patrik se svou „hrací dekou“.



Patrik při hře, v interakci s jiným chlapcem.



Příloha 2 - Souhlas rodičů s nahlížením do dokumentace

Z důvodu zachování anonymity rodičů vkládám pouze nevyplněný formulář

**Souhlas rodiče / zákonného zástupce / s nahlížením do interní dokumentace dítěte,
kterou vede Dětský domov a Mateřská škola speciální, Beroun, Mládeže 1102**

Souhlasím s tím, že do interní dokumentace vedené o nezletilém Patriku M., nar. X. X. 2006, může v potřebném rozsahu nahlížet paní Vladislava Soukupová, nar. X. X. 1991, která je osobním asistentem Dětského domova a Mateřské školy speciální, Beroun, Mládeže a v současné době studuje Speciální pedagogii na Karlově univerzitě v Praze

Dále souhlasím s tím, že výše uvedená osoba může z této dokumentace pořizovat výpisy, opisy nebo kopie, které potřebuje ke zpracování odborné kasuistiky, jež bude součástí její bakalářské práce.

Souhlasím také s uveřejněním fotografií nezletilého v této závěrečné práci.

V Berouně, dne 30.10.2013

.....

Podpis rodiče/ zák.zástupce/

.....

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení :

Datum narození.....

Vztah k nezletilému:.....