

Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



Možnosti podpory dítěte s těžkým postižením

## **Anotace**

Ve své diplomové práci se budu zabývat problematikou možnosti podpory a výchovy dítěte s kombinovaným postižením v České republice.

Jako metody řešení použiji případové studie a výstupem bude hodnotící posouzení způsobu výchovy dětí s kombinovaným postižením v České republice.

### **The annotation**

I'll engaged in problems about possibilities of support and upbringing of children with multihandicaped disabilities in my dissertation.

I'll use essaies of casses like methodies of solution. The result will be the rateing about the way of upbringing of children with mutlihandicaped disabilities in Czech republic.

Děkuji paní Doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce. Zároveň chci poděkovat pracovníkům v Městských jeslích s odděleními pro děti s kombinovaným postižením v Příbrami a také rodičům klientů tohoto zařízení, kteří mi umožnili provedení praktické části diplomové práce - zpracování případových studií.




Jarolímková Martina



Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Možnosti podpory dítěte s těžkým postižením“ vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

Místo vypracování : Praha

12. dubna 2007



## Obsah:

Úvod - problematika kombinovaného postižení - 7 -

1. Dítě s kombinovaným postižením a možnosti intervence - 10 -

1.1. Novorozenecké období - psychický vývoj dítěte s  
postižením \_\_\_\_\_ - 12 -

1.2. Kojenecký věk - charakteristické rysy vývoje dítěte  
s postižením \_\_\_\_\_ - 13 -

1.3. Batolecí věk - charakteristické rysy vývoje dítěte  
s postižením \_\_\_\_\_ - 15 -

1.4. Možnosti intervence \_\_\_\_\_ - 18 -

2. Diagnostické možnosti - 24 -

2.1. Pojetí speciálně pedagogické diagnostiky \_\_\_\_\_ - 24 -

2.2. Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky v jednotlivých  
obdobích vývoje \_\_\_\_\_ - 26 -

2.3. Hlavní oblasti speciálně pedagogické diagnostiky \_\_\_\_\_ - 28 -

2.4. Základní diagnostické situace \_\_\_\_\_ - 37 -

2.5. Diagnostika dětí s kombinovanými vadami \_\_\_\_\_ - 41 -

3. Možnost podpory dítěte s kombinovaným postižením a jeho  
rodiny - 42 -

3.1. Školský vzdělávací systém \_\_\_\_\_ - 42 -

3.2. Terapeutická intervence \_\_\_\_\_ - 56 -

4. Speciálně pedagogická podpora dítěte s kombinovaným  
postižením ve zdravotnickém zařízení - 64 -

Charakteristika zařízení \_\_\_\_\_ - 64 -

1. případová studie \_\_\_\_\_ - 70 -

2. případová studie \_\_\_\_\_ - 75 -

3. případová studie \_\_\_\_\_ - 79 -

Zhodnocení šetření \_\_\_\_\_ - 84 -

Závěr - 86 -

Použitá literatura: - 88 -

## Úvod - problematika kombinovaného postižení

Tato kategorie osob, mám tím na mysli osoby s kombinovaným postižením, představuje nejsložitější skupinu, která je ale naproti tomu nejméně propracovanou oblastí ve speciální pedagogice, a to jak v teorii, tak i v praxi.

Mým cílem bylo shromáždit v diplomové práci maximum údajů o možnostech podpory dítěte s kombinovaným postižením, o tom jak probíhá a o výchově dítěte s kombinovaným postižením.

V první kapitole je popsán charakteristický vývoj dítěte s postižením v jednotlivých obdobích jeho života a možnosti intervence. Druhá kapitola pojednává o diagnostických možnostech, třetí se věnuje možnostem podpory dítěte s kombinovaným postižením a jeho rodiny. Čtvrtá část diplomové práce je praktická, v níž jsem se zaměřila na komparaci jednotlivých případových studií.

Ke zpracování diplomové práce jsem použila tyto metody:

- Analýza odborné literatury
- Dotazník pro rodiče klientů
- Práce se záznamy jednotlivých dětí
- Rozhovor s s fyzioterapeutkou
- Rozhovor se speciálním pedagogem a se zdravotnickým personálem zařízení.

Současné pojetí kombinovaných vad vychází z teorie, že nejde o souhrn jednotlivých postižení, ale že se jedná o skupinu, která zcela vyžaduje odlišný přístup. Nejen při realizaci edukačního procesu, ale i při tvorbě systému

zabezpečení. Doposud ani nedošlo k jasnému stanovení pojmu, jak by měla být tato skupina osob jednotně označována.

V české republice je nejčastěji používáno termínu kombinované postižení, kombinované vady nebo termínu vícenásobné postižení.

Pokud hledáme jednoznačné termíny v zahraničí, zjistíme, že ani mimo území naší republiky není tato situace konkrétně vyřešena. Například v anglicky mluvících zemích je odpovídajícím slovem multiple disabilities, což můžeme přeložit jako vícečetné postižení. V německém jazyce je odpovídající termín Mehrfachbehinderung, který můžeme přeložit jako vícenásobné postižení. Na Slovensku je používán pojem viacnásobné postihnutie.

Postupem času, se náhled na tuto kategorii měnil.

Sovák se ve své publikaci Nárys speciální pedagogiky (1986) zmiňuje o této kategorii kombinovaných vad jako sdružování několika postižení u jednoho jedince, které se navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění. Dále se vyjadřuje k péči jedince s kombinovanými vadami. Uvádí, že komplexní péče o kombinované vady se řídí podle nejnápadnější vady, tj. podle vady, která nejvíce zasahuje strukturu osobnosti postiženého.

V Defektologickém slovníku z roku 2000 se uvádí: „V defektologii jde o kombinované vady, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu“.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Defektologický slovník. Jinočany: Nakladatelství H & H, 2000.

Podobné problémy vyvstávají při vymezování jednotlivých kategorií - skupin osob s kombinovanými vadami, neboť se těžce definují společné faktory pro dělení do jednotlivých skupin.

V problematice kombinovaných vad nelze použít pro speciální pedagogiku klasické dělení na skupiny osob s lehkým a těžkým stupněm postižení, to se u kategorie kombinovaných vad uplatňuje velice obtížně. Díky různému stupni a hloubce postižení a různým kombinacím postižení je jakékoli rozčlenění velice subjektivní a tudíž prakticky nemožné.

Etiologie kombinovaných vad je vzhledem k rozmanitosti této skupiny velice různorodá. K nejčastějším etiologickým faktorům patří genetické vlivy, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, chromozomální aberace, poškození mozku a CNS, mechanická poškození a nesmíme opomenout ani vlivy sociálního prostředí, psychické faktory apod. Také bych zde měla připomenout, že jsou diagnózy, které přímo predikují výskyt kombinovaných vad, a to například DMO, Fetální alkoholový syndrom, Downův syndrom a další.

Cílem veškeré péče o osoby s kombinovanými vadami by měla být především maximální socializace jedince. Cílem edukace těchto osob by měl být maximální rozvoj osobnosti každého jedince, dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zapojení do společnosti. Edukace jedince s kombinovaným postižením by měla být vždy realizována prostřednictvím individuálního vzdělávacího programu, na kterém spolupracuje celý tým odborníků, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání jedince s kombinovaným postižením.

## 1. Dítě s kombinovaným postižením a možnosti intervence

Z psychologického hlediska má raný věk mimořádnou důležitost. Z podrobných zkoumání víme, jak velký význam pro následné utváření osobnosti člověka má nejen uspokojování základních biologických potřeb dítěte a přiměřená péče zdravotní, ale také uspokojení základních duševních potřeb a dostatečné zásobování smyslovými a citovými podněty.

Matějček ve své knize uvádí: "Problémem dítěte s vrozeným postižením je trvalé přizpůsobování zvláštní (pro jeho sociální okolí mnohdy náročné, nepříjemné, zatěžující) životní situaci. Zdravému vývoji osobnosti hrozí v podstatě dvojí nebezpečí - jednak nedostatek podnětů či příliš nerovnoměrný, dysharmonický jejich přívod, takže může docházet k opožďování mentálního vývoje dítěte - jednak nevhodné výchovné vedení, k němuž je na straně citově angažovaných jeho primárních vychovatelů v tomto případě větší „příležitost“.<sup>2</sup>

Celé toto období, je spojeno s rozvojem různých vlastností, schopností a dovedností, které by měly být správně stimulovány. Pokud tomu tak není, dochází buď k podnětové deprivaci dítěte a jeho vývojovému opožďování, nebo opačně dochází k nadměrné stimulaci, na kterou není dítě připraveno. Většina neadekvátních výchovných postupů je způsobeno neznalostí dané problematiky a mohly by být zlepšeny včasným informováním rodiny dítěte s postižením.

<sup>2</sup>Matějček, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany: Nakladatelství H & H, 2001.

Raný věk můžeme rozčlenit do tří období, a to:

- Novorozenecké období, které zahrnuje zpravidla prvních 28 dní života, jde o období adaptace na nové prostředí.
- Kojenecké období, které je ohraničeno do konce prvního roku života dítěte a je etapou velmi rychlého psychomotorického vývoje.
- Batolecí období, které je věkově vymezeno od 1 do 3 let věku dítěte a je charakteristické rozvojem samostatné lokomoce a řeči.

Příhoda se ve své knize Ontogeneze lidské psychiky zmiňuje o periodizaci profesora Oskara Kroha a to následovně:

„I. Rané dětství

1. Převážně reflexní fáze novorozenecké (do 5. - 8. týdne)
2. Fáze počínající se prvním vědomým úsměvem a broukáním
3. Fáze chůze a mluvení, zakončující se obdobím vzdoru kolem 4. roku

II. Dětství schopné školení .....“<sup>3</sup>

Toto třídění se od současného vymezení liší tím, že není určeno časové vymezení jednotlivých období, a navíc Kroh toto období vymezil zhruba do 4. roku věku dítěte, což také se současným vymezením raného věku nekoresponduje.

Příhoda zde uvádí ještě jednu periodizaci, a to periodizaci Elizabeth B. Hurlockové, která rozeznává jedenáct

<sup>3</sup> Příhoda, V. Ontogeneze lidské psychiky (vývoj člověka do 15 let). Praha:SPN, 1963, s. 11



vývojových forem. Rané dětství pak vymezuje v období od 2 do 6 let věku.<sup>4</sup>

Dále se budu věnovat psychickému vývoji postiženého dítěte v jednotlivých obdobích podle současného vymezení raného věku.

### **1.1. Novorozenecké období - psychický vývoj dítěte s postižením**

Jak jsem se již zmínila, jde o velmi krátké období, které je dobou adaptace na nové životní prostředí. Pokud jde o zralého novorozence přichází na svět se základní výbavou nepodmíněných reflexů, které mu tuto adaptaci usnadňují. Pokud jde o dítě s postižením, je omezeno nebo zcela znemožněno jeho smyslové vnímání a tím je omezeno i vytváření jeho prvních zkušeností.

Rizikem v tomto období je možnost poškození plodu v průběhu gravidity, v době perinatální a raně postnatální. Proto je toto období velmi důležité z hlediska prevence zdravotního znevýhodnění. Velký význam má kvalitní prenatální a neonatální diagnostika a v návaznosti na ni péče o matku a dítě v průběhu gravidity a v případě nutnosti odpovídající terapie a podpora.

<sup>4</sup>Příhoda, V. Ontogeneze lidské psychiky (vývoj člověka do 15 let). Praha:SPN, 1963, s. 11

## **1.2. Kojenecký věk - charakteristické rysy vývoje dítěte s postižením**

Kojenecké období je charakterizováno jako receptivní období. Základním smyslem tohoto období je získat pocit důvěry v samotný život, což je velmi úzce spjato s adekvátní péčí matky o dítě.

U dětí s postižením může snáze dojít k deprivaci, jejíž příčinou mohou být jednak omezení způsobená postižením (např. pohybové postižení), ale i změny v mateřském postoji a chování k dítěti.

Časná zkušenost, kterou dítě s postižením získává, se výrazně liší od zkušeností zdravého dítěte, a to jak v závislosti na vlastnostech organismu, tak i změnou v působení rodiny a celkové životní situace.

V tomto období dochází u zdravého dítěte k výraznému rozvoji motoriky, se kterým souvisí i vývoj poznávacích procesů a socializace. Pohybové omezení dítěte má významný vliv na rodiče a na jejich postoj k němu, často i dochází k omezení zájmu rodičů o jejich dítě, z důvodu chudého projevu dítěte (dítě se projevuje bez mimických reakcí, bez motorické aktivity atd.). U těchto dětí se díky pohybovému deficitu opožďuje i celkový vývoj, a to přímo úměrně. Ke změně dochází i v aktivační úrovni, děti jsou pak buď neklidné, zvýšeně dráždivé, trpí poruchami jídla a nebo naopak, jsou apatické a ospalé.

Jemná motorika je také velmi důležitá, neboť poznávací procesy jsou zde úzce spojeny s manipulací.

Sebepojetí dítěte je v tomto věkovém období vztaženo k vlastnímu tělu a jeho aktivitám, proto je velmi důležitý pohybový vývoj i adekvátní vnímání vlastního těla. Pokud dojde k poruše v některých těchto složkách, dojde pravděpodobně k negativnímu ovlivnění rozvoje osobnosti dítěte s postižením. Velký problém v této oblasti je u dětí s kombinovaným postižením, např. dítě s pohybovým a zrakovým postižením.

V oblasti řečového projevu může dojít k opoždění na základě poškození motoriky mluvidel (např. u dětí s DMO), poruchy CNS, při které dochází k narušení porozumění řeči, nebo sluchové vady, která znesnadňuje přijímat zvukové podněty. U těžce sluchově postižených dětí je spontánní vývoj řeči prakticky minimalizován z důvodu chybějící zpětné vazby. To se může odrazit v osobnostním vývoji a opožděné socializaci. K opožděnému vývoji řeči nemusí nutně dojít jen za těchto podmínek, příčina může být také v podnětové deprivaci, která je daná špatnou funkcí rodiny.

Také pokud se zmíním o spontánní aktivitě, která je zcela vlastní dětem zdravým, pak se velmi často stává, že u dětí s postižením ji nenalezneme. Dochází tím k posílení sekundárního handicapu, ke kterému dochází omezením stimulace ze strany matky dítěte. Rodiče mají velmi často tendenci srovnávat vývoj svého dítěte s dítětem nepostiženým, což následně může vést k negativnímu ovlivnění rodičovského chování. Tím může být rezignace nebo snaha dítě přehnaně stimulovat.

Toto období je významné také psychickými potřebami, které dítě má. Ty jsou závislé na dosažené vývojové úrovni. Jednou z těchto potřeb je potřeba stimulace, která je

většinou u dětí s postižením nějakým způsobem deprivována, např. jak už jsme se zmínili dochází k omezení stimulace ze strany matky a tím i k posílení sekundárního defektu, nebo to může být způsobeno vlivem primárního defektu (samotné postižení).

Další potřebou dítěte v kojeneckém období je potřeba smysluplného učení, poznávání a porozumění světu, což je velmi závislé na výchovném prostředí, které je dítěti poskytováno. U dětí postižených je závislost na okolí v uspokojení této potřeby daleko vyšší než u dítěte nepostiženého. Už jen z důvodu, že dítě s handicapem bývá málo aktivní a mnohé zkušenosti mu musí být zprostředkovány rodiči.

Poslední, ale velmi významnou potřebou, je potřeba citového vztahu a bezpečí. Dalo by se říci, že tato potřeba je stejně velká jako u zdravých dětí. Jistota citové opory je velmi důležitá v mnoha životních situacích a pomáhá překonávat mnohé problémy.

Všeobecně se dá říci , že na konci kojeneckého období většina postižených dětí nedosahuje stejné úrovně jako děti zdravé.

### **1.3. Batolecí věk- charakteristické rysy vývoje dítěte s postižením**

Hlavním vývojovým úkolem v tomto období je odpoutání se ze symbolické vazby na matku. S tím samozřejmě souvisí velký rozvoj osobnosti dítěte a jeho identity. Erikson toto období

označuje jako období autonomie. V tomto období dosahuje dítě především autonomie pomocí svalové aktivity.

Pokud je tedy dítě omezeno v motorickém vývoji, dochází zcela logicky k omezení v dalších oblastech, zejména pak v oblasti stimulace (omezení získávání nových zkušeností a navazování nových vztahů). Postoj dospělých k dítěti je tímto také velmi ovlivněn, neboť schopnost samostatného pohybu je důležitým mezníkem ve vývoji dítěte.

Rozvoj jemné motoriky může být velmi významně omezen vlivem celkového pohybového poškození. Velmi výrazné je to u dětí s DMO. Také děti se těžkým zrakovým postižením mají velké problémy, neboť vnímají velkou část podnětů pomocí hmatu, což je jim v tomto případě ztíženo nebo dokonce znemožněno.

Veškeré poznávací procesy a jejich rozvoj je v tomto období stále úzce spojen s praktickou činností a s vývojem pohybové aktivity. Proto u většiny dětí s postižením zůstává závislost na zprostředkování podnětů od jiných lidí. Je proto velmi důležitá podpora dítěte k poznávání ze strany matky.

Charakteristickým znakem období batolete je zvědavost, která je u zdravého dítěte uspokojována prostřednictvím vlastní aktivity. Se zvědavostí je spojena spontaneita, která však u dětí s postižením chybí, a proto jsou tyto děti závislé na aktivitě dospělého i v případě, kdy by mohly jednat samostatně. Osamostatňování těchto dětí však neprobíhá tak rychle jako u dětí zdravých, a to i z důvodu deprivace, která je způsobena postižením.

Řeč umožňuje osamostatnění prostřednictvím komunikace a rozvoje poznávacích funkcí. Největší opoždění se výrazně projevuje tam, kde má řeč velký význam, to znamená v rozvoji sociálních vztahů a poznávacích procesů. Řeč bývá postižena především z důvodu primárního defektu a v důsledku nedostatečného rozvoje řeči dochází k celkovému opoždění psychického vývoje dítěte. Vývoj řeči se například výrazně opožďuje u dětí s DMO, neboť je velmi často poškozena i motorika mluvidel. Pokud chybí mezi dítětem a rodiči vzájemná komunikace, má pak dítě menší možnost uspokojit potřebu orientovat se v sociálním světě a učit se rozumět jeho pravidlům. Následkem toho může docházet u dětí s postižením k afektivním reakcím, nejen jako důsledek omezeného učení, ale hlavně jako výraz frustrace, kdy dítě není schopno vyjádřit své potřeby tak, aby mu ostatní rozuměli.

Citový vztah s matkou je pro dítě stále prvotním zdrojem jistoty a bezpečí. Emancipace z tohoto vztahu je pro postižené dítě daleko těžší než pro dítě zdravé, a to nejen z důvodu primárního defektu, ale i z důvodu postojů rodičů, kteří mají tendenci dítě nadměrně ochraňovat.

V druhé polovině batolecího věku dochází k rozvoji identity dítěte. U dítěte postiženého mohou vznikat tendence k zvýšené toleranci k některým projevům a nebo naopak k menší citlivosti k pochopení potřeb dítěte. Konec tohoto období je typický u zdravých dětí tzv. obdobím vzdoru, které následně vede k osamostatňování a rozvoji identity. U postižených dětí se toto však většinou neobjevuje, a to z důvodu jejich primárního defektu, který je udržuje ve větší pasivitě a závislosti. Někdy se s tímto obdobím můžeme setkat v pozdější době, ovšem jeho znaky

nemusí být typické, mohou se např. projevovat jako záchvaty vzteku.

Celkový rozvoj osobnosti u těžce postižených dětí je výrazně omezen jak na úrovni možností vlastní aktivity, tak i z toho vyplývajícím menším rozsahem zkušeností. Jakékoli opoždění v oblasti poznávacích procesů, řeči, samostatné lokomoce a manuální zručnosti naruší dosažení základní autonomie a rozvoje osobnosti, a tím i její adaptaci v sociálním prostředí.

#### **1.4. Možnosti intervence**

Pokud se věnujeme ranému věku dítěte, nemůžeme se nezmínit o možnostech rané intervence, jejíž význam a důležitost jsou známy již dlouhou dobu.

V Národním plánu vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením je raná péče definována takto: „Ranou péčí (ranou podporou) se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace.“<sup>5</sup>

Raná intervence se snaží včas zachytit a následně pak zmírnit nebo eliminovat vznikající postižení pomocí rané stimulace.

<sup>5</sup> Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.1998, s. 9

Raná intervence má preventivní charakter, protože snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného. To je projevem porušení vazeb dítěte s jeho okolím nebo nedostatečným rozvinutím funkcí postiženého orgánu.

„Raná péče je soustava služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám, s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Tyto služby mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy. Situace rodiny, pro kterou je raná péče určena, řadí tuto službu zpočátku spíše ke krizové intervenci, později přechází v doprovázení, podporu a poradenství. V mnoha zemích je proto na ranou péči zákonný nárok.“<sup>6</sup>

Narození dítěte s postižením staví rodinu do situace, kdy se podstatně mění hodnoty, potřeby, role a zároveň se zvyšují nároky na její dobré fungování, protože dítě s postižením vyžaduje přístupy, na které rodina nebyla připravena a které nezná. Může tak dojít k snížení sebedůvěry rodičů nést odpovědnost za vývoj dítěte a být kompetentním při rozhodování o jeho výchově. Dítě, které nesplňuje očekávání rodičů, může být příčinou změny emocionálních vazeb a tím i oslabení funkce rodiny. Přitom právě láskyplná a stimulující interakce mezi rodičem a dítětem s postižením je podle posledních výzkumů podstatným

<sup>6</sup> [www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz)



faktorem rozvoje nejen jeho psychických, ale i fyzických funkcí.

Vzhledem, k psychologickým zákonitostem raného věku, k domácímu prostředí, kde se raná intervence převážně odehrává, a k dominantní roli rodiny v tomto procesu se raná péče jako obor i soustava služeb výrazně liší od školských programů, do kterých dítě vstupuje později.

Raná péče je poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte. Základním přirozeným prostředím je rodina. Toto platí zejména pro období od 0 do 3 let. Pro ranou péči typická forma terénní práce (návštěv poradenského pracovníka v domácím prostředí).

#### **Klienty rané péče jsou:**

- rodiče s dítětem, které má zdravotní postižení ve věku od 0 do 4 let, případně do nástupu dítěte do předškolního zařízení
- rodiče s dítětem, které má kombinované postižení, ve věku od 0 do 6 let
- rodiče s dítětem, jehož vývoj je ohrožen od 0 do 2 let
- rodina, která očekává narození dítěte s rizikem prenatálního postižení

Je nutné zde zmínit i fyzioterapii, kterou do rané intervence můžeme také zařadit a která je velmi důležitá. Slovo fyzioterapie vzniklo z řeckého *physis* (příroda) a *therapeia* (léčení), je to léčba využívající přirozených přírodních podnětů k zachování či obnově zdraví. Základními

složkami fyzioterapie je složka diagnostická, zabývající se zhodnocováním funkčních změn pohybového systému a terapeutická, zahrnující snahu o cílenou nápravu daných změn. Hlavním diagnostickým a zároveň terapeutickým "nástrojem" je terapeutova ruka, která nám dává mnoho okem nespátřitelných, a přesto nepostradatelných informací dokreslujících celkový obraz pacientova problému. Fyzioterapie používá různé techniky, které umožňují zlepšit pohybovou funkci svalů a kloubů do maximálně možného rozsahu pohybu. Je schopná řešit a urychlit léčebný proces pohybového aparátu a snížit až zcela odstranit bolesti a ztuhlost svalů a kloubů. Např. speciální cvičení zvyšuje pohyblivost jednotlivých kloubů a posiluje svaly. Fyzioterapeuti hrají velmi důležitou úlohu v léčebné rehabilitaci, ať už v rámci terapie, reedukace či prevence.

Jaké terapeutické metody používají fyzioterapeuti?

- cvičební programy - které zvětšují pohyblivost a svalovou sílu
- speciální metodiky - používají pouze fyzioterapeuti, kteří jsou v nich vyškoleni (Vojta, Bobath, Kabat, McKenzie, Spirální dynamika, Škola zad atd.)
- mobilizace a měkké techniky - aby odstranily bolest a napětí ve svalech
- elektroléčbu - např. ultrazvuk
- akupresuru - používají pouze fyzioterapeuti speciálně vyškoleni v této metodice
- vodoléčbu - různé koupele, cvičení ve vodě
- masáže.

Dále se zde jen krátce zmíním o účastnících, kteří se podílejí na rané intervenci. V první řadě je velmi

důležitá neonatologická péče (podrobněji se o ní zmíním v následující kapitole), pediatři a poté pracovníci rané péče, kteří pracují v interdisciplinárním týmu. Základ poradenského týmu tvoří: poradce rané péče a rodič dítěte. Aby klientům mohly být zajištěny adekvátní služby, měly by být v interdisciplinárním týmu zastoupeny tyto profese:

- speciální pedagog
- sociální pracovník
- psycholog
- fyzioterapeut
- ergoterapeut
- lékař/ odborný lékař.

Složení týmu se liší podle specializace pracoviště (zaměření na cílovou skupinu klientů) a podle skladby odborných služeb. Jednotliví členové týmu nemusí být zaměstnání na jednom pracovišti, poskytovatel služeb rané péče může pro některé služby zajistit externími spolupracovníky a konzultanty, kteří se stanou členy širšího týmu. V týmu mají být zastoupeni další odborníci tak, aby bylo zabezpečeno kvalifikované komplexní posuzování dítěte, dostatečná podpora rodiny, plnění plánu intervencí a terapií. Členové týmu naplňují společný individuální plán raněporadenských služeb vytvořený pro konkrétního klienta a vyměňují si o něm informace.

Jedním z cílů rané intervence je minimalizace důsledků postižení na vývoj dítěte a jeho socializaci tak, aby byly naplněny všechny jeho lidské potřeby. Dále pak jde o snahu vytvořit ~~co~~ <sup>přirozené</sup> nejpřirozenější prostředí pro dítě a v neposlední řadě se snažit minimalizovat závislost rodiny na sociálních službách a pomoci vytvořit rodičům dítěte s postižením sebevědomé a odpovědné postoje.

Dosavadní vědecké poznatky, zkušenosti s dlouhodobým poskytováním rané intervence v zahraničí a konečně i pozitivní výsledky sedmi let poskytování rané péče v naší republice jednoznačně ukazují opodstatněnost tohoto druhu služby a jejího mezioborového charakteru.

## 2. Diagnostické možnosti

### 2.1. Pojetí speciálně pedagogické diagnostiky

Cílem speciálně pedagogické diagnostiky je co nejdokonalejší poznání člověka s postižením. Zaměřuje se na získání informací o osobnosti dotyčného jedince a o jeho možnostech v oblasti vzdělavatelnosti a vychovatelnosti. Speciálně pedagogická diagnostika se snaží získat co nejvíce informací o prostředí, ve kterém člověk s postižením žije, které na něj působí a které i on svými osobnostními charakteristikami ovlivňuje ve vztahu k sobě.

Diagnostika zkoumá průběh dosavadního vývoje člověka i s jeho etiologií. Její poznatky slouží k výchově a vzdělávání jedinců s handicapem, k umožnění co nejširšího rozvoje jejich osobnosti, a tak i k určení možností jejich socializace ve společnosti.

Defektologický slovník uvádí následující definici diagnostiky: „Diagnostika (z řeckého *diagnósis* = poznání) je diagnostická činnost, jež ve speciální pedagogice má své specifické rysy. Především se určuje, co do speciální pedagogiky jako objektu péče patří, popř. co už do ní nenáleží, tj. vydělují se lidé postižení od zdravých a nemocných. Dále je třeba rozpoznat, zda jde o defektivitu hrozící, začínající nebo již vyvinutou, popř. zafixovanou. V dalším se určuje příčina defektivity podle defektu orgánového nebo funkčního, doba, kdy defekt vznikl, a následky defektivity subjektivní a společenské. Účelem diagnostiky je určit možnosti socializace a její prostředky ve speciální výchově rodinné, školní, mimoškolní. Stanoví se i doba, kdy je nutno začít se speciální výchovou.

Diagnostika je komplexní, jestliže sleduje dítě i jeho prostředí v jejich dialektických vztazích.”<sup>7</sup>

M. Valenta uvádí ve své knize Psychopedie poněkud přehlednější a jasnější definici diagnostiky:

„Zjednodušeně řečeno, snaží se rámcová struktura každé diagnostiky odpovědět na následující bazální otázky: co (je předmětem a systémem diagnostiky), kdo (realizuje diagnostiku), kde (se diagnostika realizuje) a jak (tedy jakými prostředky se diagnostika realizuje). Jinými slovy, snaží se vymezit předmět, vlastní pojetí a terminologii a určit, kteří odborníci realizují proces vedoucí k diagnóze, které instituce se diagnostikováním zabývají a jaké metody mají k dispozici.

Obecně lze konstatovat, že se speciálně pedagogická diagnostika zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i sociální terapie a enkulturace klientů.”<sup>8</sup>

Speciálně pedagogická diagnostika vyžaduje individuální přístup.

<sup>7</sup> Sovák, M. a kolektiv. Defektologický slovník. Nakladatelství H & H Vyšehradská. Jinočany, 2000, s. 65 - 66

<sup>8</sup> Valenta, M. Muller, O. Psychopedie. Parta. Praha, 2004, s. 55

## 2.2. Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky v jednotlivých obdobích vývoje

Jak uvádí Polášková a Vítková podle Edelsbergera a Kábeleho se speciálně pedagogická diagnostika zabývá zjišťováním postiženého dítěte i s jeho etiologií a vychází kromě jiného z pedagogické diagnostiky.<sup>9</sup>

Z hlediska jednotlivých životních období se může diagnostika postižení týkat

- raného a předškolního věku
- období školní docházky včetně dospívání
- dospělosti
- stáří

Každé období má své zvláštnosti, které je nutné v diagnostickém procesu respektovat.

Jelikož se tato práce týká dítěte s kombinovaným postižením, budeme se dále věnovat jen diagnostice raného a předškolního věku.

### **Dítě s postižením v raném a předškolním věku**

Nejdůležitějším úkolem diagnostiky v tomto období je včasné zachycení poruchy a zahájení speciálně výchovné péče, která minimalizuje negativní důsledky postižení. Speciální péče o dítě v tomto věku musí probíhat komprehensivně, tzn. s účastí zdravotnické, rehabilitační, výchovně-vzdělávací a sociální složky. Vždy by mělo jít o komplexní přístup pracovníků různých oborů.

<sup>9</sup> Polášková, D. - Vítková, M. Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky ve výchovně vzdělávací práci s tělesně postiženými dětmi předškolního věku. Brno: Masarykova Universita, 1994.

V tomto věkovém období je velmi důležité realizovat diagnostiku v přirozeném prostředí dítěte. Neměli bychom zbytečně zdůrazňovat význam jednotlivých vyšetření pro dítě. Je třeba, aby požadavky kladené na dítě v době vyšetření korespondovaly s jeho mentálním věkem, který nemusí být vždy shodný s věkem fyziologických.

V období raného a předškolního věku se obvykle v rámci diagnostiky zaměřujeme na tyto oblasti:

- hrubá a jemná motorika
- lateralita
- sebeobslužné činnosti
- rozumové schopnosti
- verbální schopnosti
- citová oblast a sociabilita.

Podrobněji se o těchto jednotlivých oblastech zmíním v kapitole „ 2.3.Hlavní oblasti speciálně pedagogické diagnostiky“

Velmi důležité je podrobné studium anamnestických materiálů a znalost rodinného prostředí dítěte. Vždy je třeba zachovávat individuální přístup k dítěti. Ze speciální diagnostiky, která by měla splňovat požadavek dlouhodobosti, přímo vychází stanovení prognózy dalšího vývoje a variability projevů základního postižení. Na tomto základě stanovíme optimální výchovně-vzdělávací postupy, které by sledovaly cíl zařazení jedince do společnosti.



### 2.3. Hlavní oblasti speciálně pedagogické diagnostiky

V této kapitole se stručně seznámíme s jednotlivými oblastmi osobnosti, které jsou z hlediska speciálně pedagogické diagnostiky pokládány za nejdůležitější. Pokud jde o podrobnější studium uvedené problematiky, je možné se mu konkrétněji věnovat studiem jednotlivých disciplín speciální pedagogiky.

#### **Oblast hrubé a jemné motoriky**

Motorika představuje celkovou pohybovou schopnost člověka. Souvisí s rozvojem řeči, myšlení a s lateralitou. Speciálně pedagogická diagnostika této oblasti je velmi důležitá vzhledem ke stanovení vývojové úrovně motoriky u jedinců s postižením, což také velmi souvisí a ovlivňuje i profesionální orientaci a přípravu na výkon povolání.

Při diagnostické činnosti v této oblasti a při její interpretaci je třeba si uvědomit, že motorika vykazuje u jedinců s postižením ve svém vývoji i v aktuálním stavu určité zvláštnosti, které mají souvislost se základním typem postižení.

- U tělesného postižení se velmi často jedná o deformace, amputace a centrální či periferní obrny. Z toho vyplývá, že se omezení motoriky projeví v koordinaci pohybů, v síle, obratnosti a v hybnosti končetin.
- U zrakově postižených je logicky největší odchylka v hybnosti u jedinců s vrozenou slepotou.
- U sluchově postižených se jedná o poruchu rovnováhy v souvislosti s poškozením sluchu.

- U jedinců s mentálním postižením závisí postižení motoriky na hloubce mentálního postižení, neboť postižení motorického vývoje bývá zpravidla v souladu s úrovní mentálního postižení. Nejčastěji jde o poruchu motorické koordinace, obratnosti a rychlost.

Vývoj hrubé motoriky se zjišťuje buď na základě výkonu v testech motoriky (Motometrická škála Ozereckij-Gollnitz) nebo podle vývojových norem motoriky, které jsou součástí norem celkového neuropsychického vývoje (škála Bayleové, Gesellova škála atd.). U starších dětí získáváme informace o úrovni hrubé motoriky v raném dětství v rámci osobní anamnézy. Zde jsou důležité základní pohybové dovednosti jako je posazování, stoj, samostatná chůze atd.

Zjišťování úrovně jemné motoriky je zaměřeno na manuální zručnost. Tyto metody sledují koordinaci a rychlost pohybů horních končetin a dají se využít i při diagnostice laterality.

V raném a předškolním věku jsou využívány různé konstrukce z kostek a různých skládaček (např. Lego, puzzle atd.), práce s drobným materiálem (přírodní materiál, korálky) atd. Vyhodnocení se týká způsobu provedení, spolupráce obou rukou, laterality, kvality a dokonalosti úchopů atd.

V období školního věku se jako diagnostická situace dá využít pracovní vyučování.

### **Oblast grafomotoriky a kresby**

Kresba je činnost, ve které jsou zastoupeny hrové i pracovní návyky. Kresbou dítě vyjadřuje své myšlenky, city a přání. Předpokladem k využití kresby jako diagnostického prostředku je dokonalá znalost kresby a jejího přirozeného

vývoje v různých věkových obdobích. Vývoj a zvláštnosti kresebného projevu jsou dány psychickými vlastnostmi dítěte a vnějšími podmínkami, ve kterých žije. Vývoj kresebné nápodoby je podmíněn rozvojem motoriky, zrakového vnímání a senzomotorické koordinace.

Kresba u dětí s tělesným postižením závisí na úrovni jemné motoriky a obratnosti ruky. Se zlepšením obratnosti a hybnosti ruky a pohybu prsů stoupá i úroveň kresby. Děti s mentálním postižením velmi dlouho setrvávají na stále sejné úrovni kresebného vyjádření.

Do diagnostiky kresby a grafomotoriky můžeme zařadit např. zkoušky obkreslování předloh (test obkreslování Z. Matějčka). Diagnostika grafomotoriky se také využívá při posuzování školní zralosti.

### **Oblast laterality**

Diagnostika laterality velmi úzce souvisí s oblastí motoriky. Je projevem dominance jedné z mozkových hemisfér, jejím projevem je upřednostňování jednoho z párových orgánů.

Vyšetření laterality je velmi důležité před zahájením školní docházky.

V diagnostice laterality lze použít pozorování a testy laterality (např. Test laterality Z. Matějčka a Z. Žlaba). Laterality by měla být respektována jako osobnostní charakteristika dotyčného jedince.

### **Sebeobslužné činnosti**

Zjišťování úrovně v této oblasti má velký význam u dětí předškolního věku, u jedinců s mentálním a tělesným

postižením. Sebeobsluha se týká stravování, hygieny, oblékání a úpravy zevnějšku.

Není pravidlem, že opožďování dítěte v oblasti sebeobsluhy musí být nutně důsledkem jen základního postižení, ale často bývá způsobeno např. nesprávnou výchovou v rodině.

Pokud se i v pozdějším věku nedaří dosáhnout dostatečné úrovně samostatnosti jedince s postižením v sebeobslužných činnostech, může to mít negativní důsledky v oblasti sebehodnocení a identity.

Při zjišťování úrovně v sebeobslužných činnostech porovnáváme aktuální současný výkon jedince s vývojovými normami pro daný věk. Tato oblast je také součástí vývojových škál raného věku, např. Vinelandská škála sociální zralosti. Diagnostika sebeobslužných činností velmi úzce souvisí s diagnostikou motoriky a laterality.

### **Oblast sociální a citová**

Sociabilita se dá do určité míry ovlivnit výchovou a je podmínkou pro začlenění jedince do společnosti. Při diagnostice sociability využíváme pozorování, explorační metody, kazuistiku. U dětí používáme zejména situaci společné hry, spontánní a tématickou kresbu.

Často jsou také využívány sociometrické metody k zjištění postavení jedince ve skupině a vztah skupiny k němu. Pomocí těchto metod jsou měřeny interpersonální vztahy.

Pro hodnocení adaptavního chování se používá, již zmíněná, Vinelandská škála sociální zralosti, která sleduje celkem 8 oblastí, včetně sociálního začlenění.

Také diagnostika citové oblasti nám může poskytnout údaje pro stanovení diagnózy pozorováním, exploračními metodami, spontánní nebo navozenou hrou a kresbou.

Při diagnostice citové oblasti nejčastěji sledujeme:

- aktuální citové projevy (vyrovnanost x nevyrovnanost, spontánnost, impulzivnost atd.)
- převažující emoční ladění (převládající pozitivní x negativní ladění, vyrovnanost x labilita nálad)
- celkovou úroveň citového vývoje (nezralost, odpovídá věku, neodpovídá věku)
- lásku k prostředí a k rodině (přehánění, zdrženlivost, chladnost)
- estetické citění (např. vkus).

Např. u osob s mentálním postižením v oblasti citů a sociálního chování nalézáme zvýšenou sugestibilitu a negativismus.

Sociální a citová zralost je jedním z kritérií školní zralosti.

### **Rodinné prostředí**

Je pochopitelné, že do speciálně pedagogické diagnostiky také patří diagnostika rodinného prostředí, neboť působení a vliv rodiny je významným faktorem na vývoj osobnosti dítěte. Diagnostika rodinného prostředí přispívá ke komplexnímu obrazu osobnosti u postiženého jedince.

Diagnostickou činnost zaměřujeme na:

- úplnost x neúplnost rodiny
- vzájemnou shodu a vztahy mezi rodiči
- počet sourozenců a postavení dítěte mezi nimi
- stupeň narušení rodiny
- dispozice dítěte

- typ a náročnost výchovy
- projevy lásky
- agresivitu vůči dítěti
- prostředí, ve kterém rodiny žije.

### **Oblast rozumových schopností**

Ke snížení rozumových schopností může docházet nejen v období pre-, peri- a postnatálním do 1 roku života, ale i v dalším průběhu života jedince, např. v důsledku prodělané choroby - zánětu mozkových blan, následkem úrazu atd. Rozumové schopnosti mohou být sníženy i vlivem podnětové a citové deprivace. Je proto z diagnostického hlediska velmi důležité včas odhalit pravou příčinu stavu dítěte, aby se mohlo přikročit k nápravě.

V diagnostice rozumových schopností se zaměřujeme na úroveň myšlenkových operací:

#### ➤ analýzu

- prostřednictvím manipulace s předměty
- třídění podle tvaru, velikosti, barvy apod.
- záměrné manipulace (př. tvoření skupin)

#### ➤ syntézu

- skládání jednoduchých předmětů ze dvou částí
- skládání jednoduchých obrázků zrcadlově ze dvou částí
- skládání obrázků z více částí s rovnými okraji

- skládání obrázků z více částí se šikmými či různě tvarovanými okraji (skládačky typu puzzle)
- skládání částí do celku

➤ analyticko-syntetické činnosti

- popletené obrázky
- obrázky s tajenkou
- hledání rozdílů na zdánlivě stejných obrázcích

Vždy je třeba postupovat od nejjednodušších úkolů k náročnější. Je velmi důležité, aby prováděná činnost byla pro dítě dobře pochopitelná.

*Diagnostika rozumových schopností neverbálního charakteru se nejčastěji realizuje formou výkonových zkoušek, které jsou součástí inteligenčních testů. Tyto úkoly nejsou zaměřeny na verbální schopnosti, ale na logiku a postřeh.*

Výkonové zkoušky obsahují většinou tyto úkoly:

- doplnění obrázku - známé předměty, u kterých je vynechána určitá část, kterou má jedinec určit
- seřazení obrázku - podle dějového sledu umístit několik obrázků
- sestavení obrázku - velký obrázek nepravidelně rozstříhaný, hodnotí se i faktor času
- sestavení tvarů z kostek - sada speciálních barevných kostek, ze kterých se sestavují obrazce podle předlohy
- roztřídění tvarů - vybírají se stejné dvojice z různých symbolů nebo geometrických tvarů

Ve školním věku používáme při diagnostice rozumových schopností didaktické testy a didaktické zkoušení, rozbor výsledků činnosti, pozorování atd.

Do diagnostiky rozumových schopností patří neoddělitelně také *oblast verbálních schopností*. Základem tohoto vyšetření je navázání kontaktu s dítětem a získání jeho důvěry a spolupráce. Proto je vhodné provádět tuto diagnostiku v přirozených podmínkách jako je např. hra, povídání nad obrázkem, dramatizace příběhu atd.

Při diagnostice orální, zvukové řeči se zaměřujeme na pasivní slovní zásobu (pochopení slovního výkladu, reakce na výzvy atd.). V oblasti diagnostiky plynulosti řečového projevu sledujeme tempo a plynulost řeči.

Na úroveň řeči a komunikativních dovedností mají velký vliv nejen individuální rozdíly, ale také zvláštnosti podmínění druhem postižení. Např. u dětí s mentálním postižením je řeč charakteristická sníženou slovní zásobou, velkým rozdílem mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, špatnou výslovností, nedokonalou gramatickou stavbou vět atd.

U dětí se smyslovým postižením je disproporce mezi celkově užívanou slovní zásobou a adekvátně používanými slovy. U dětí s DMO jsou velmi často diagnostikovány poruchy řeči v souvislosti se základním postižením hybnosti, které zasahuje také svalstvo jednotlivých mluvních orgánů. Tím je postižen celkový ráz řeči ve smyslu výslovnosti, rytmu, plynulosti, melodie atd.

Při diagnostice poruch řeči používáme logopedické testy, pozorování, řízený rozhovor, uplatňuje se zde i osobní a rodinná anamnéza.



Za zmínku zde stojí publikace Waltera Strassmeiera „260 cvičení pro děti raného věku (soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem a děti handicapované)“. Jde o knihu, která je určena nejen rodičům dítěte s postižením, ale i ostatním, které tato problematika zajímá. Mimo jiné je v této knize uveden test vývojové úrovně dítěte a jeho výkonnosti v určitých oblastech. Při vyhodnocování se zjistí nejen nedostatky ale i nejvyšší výkonostní úroveň v jednotlivých oblastech dovedností. Hodnocení je zaměřeno na pět funkčních oblastí (sebeobsluha s sociální rozvoj, jemná motorika, hrubá motorika, řeč, myšlení, vnímání). Tento test je považován za pomocný prostředek k tomu, aby se péče o dítě opírala o širší základnu. Pro přesnější diagnostiku ovšem tento test nestačí, je nutné využít odpovídající testy.

## 2.4. Základní diagnostické situace

Jak bylo již zmíněno, pro diagnostiku je nutné zvolit vhodnou, nejlépe přirozenou situaci, ve které se klient bude cítit dobře a jeho pozornost bude zaměřena na primární činnost. Na následujících stránkách se budu věnovat nejčastěji využívaným diagnostickým situacím, mezi něž patří mimo jiné hra a kresba. Podrobnější informace o diagnostických situacích jsou uvedeny v publikaci, kterou napsala D. Polášková a M. Vítková - „Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky ve výchovně vzdělávací práci s tělesně postiženými dětmi předškolního věku„(1994).

V jakých situacích tedy lze dítě diagnostikovat?

### Hra

Hra je nejpřirozenější aktivitou dítěte a také jednou z vývojových potřeb dítěte v předškolním věku. Pomocí hry dítě všestranně rozvíjí svoji osobnost, a jak bylo již zmíněno, lze pomocí ní také provádět diagnostiku.

Ve hře je odrážen stav vývoje nejen u dítěte zdravého, ale i u dítěte s postižením.

Hra klientů s postižením má své specifické rysy, které vyplývají ze základního postižení. Např. u dětí s mentálním a smyslovým postižením je hra spíše jednotvárná, stereotypně se opakuje děj a průběh hry. Z důvodu postižení bývá nedostatečně slovně komentovaná, chybí gestikulace. Z toho vyplývá, že rozvíjením herních dovedností je možné rozvíjet i psychomotorickou aktivitu dítěte.

Hra jako diagnostická situace může vzniknout spontánně, v tomto případě do hry nezasahujeme, pouze ji sledujeme a snažíme se získat co nejvíce poznatků pro účely diagnostiky. Pokud použijeme hru jako prostředek diagnostiky záměrně, ovlivňujeme nejen vznik, ale i průběh hry (její námět, pravidla atd.)

Podle D. Poláškové a M. Vítkové (1994) je možno využít hru pro diagnostické účely následujícími způsoby:

- Charakter hry - sledujeme, co převládá, zda forma činnosti či obsah. Ukazuje to na celkový stupeň rozumového vývoje dítěte.
- Odraz skutečnosti - jak hra odráží skutečnost. Poskytuje to informace o vnímání dítěte, o pozorování, o paměti dítěte, jeho fantazii, jaké jsou vztahy k okolí a rodině a naopak vztah rodiny a okolí k dítěti.
- Úmyslná pozornost - schopnost dítěte soustředit se na hru.
- Úroveň motoriky - na úroveň hrubé a jemné motoriky lze usuzovat podle pohybových schopností a obratnosti při manipulaci s hračkami.
- Úroveň řečového projevu - výslovnost, výrazovost, schopnost dorozumět se s ostatními při hře, rozsah slovní zásoby.
- Úroveň společenského chování - základní návyky, pozdrav, poděkování, omluva apod.
- Citové zaujetí - prožívání dítěte v průběhu hry.
- Volní projevy a povahové rysy - zda je dítě bojácné nebo se naopak umí prosadit, je-li ctižádostivé, neurotické, netrpělivé, zda se umí podříditi autoritě, zda umí přijmout trest atd.

- Zájmy dítěte - o které hračky jeví dítě zvýšený zájem, jak s hračkami zachází, zda střídá hračky nebo hru apod.
- Lateralita - sledujeme ji v souvislosti s jemnou motorikou.
- Funkce smyslových orgánů

Při diagnostice hry můžeme sledovat nejen tyto zmíněné body, ale můžeme se při hře zaměřit na celkovou schopnost dítěte hrát si, hlavně z hlediska nároků na tvořivost, obrazotvornost a myšlení. V tomto případě hru posuzujeme jako celek a hodnotíme způsob její realizace z formálního i obsahového hlediska.

Hodnocení hry bývá součástí vývojových škál raného a předškolního věku. Je nutné znovu zde připomenout požadavek vícenásobného opakování. Informace získané z hodnocení hry je nutné dát do souvislosti s údaji anamnézy, rozhovoru s rodiči, s výsledky testových metod atd. Jen tímto způsobem je možné získat objektivní a adekvátní poznatky, které budou následně využity v rámci speciálně pedagogické činnosti ve prospěch dítěte.

Poznatky získané z pozorování hry je nutné zaznamenat, je možné využít videozáznam.

Při volbě hry jako diagnostického prostředku musíme brát v úvahu druh, stupeň a rozsah postižení u diagnostikovaného jedince a je nutné přizpůsobit ji možnostem, schopnostem a úrovni vývoje postiženého jedince.

## Kresba

V diagnostice je kresba využívána v hojné míře. Kresba může být kompenzací a idealizací daného stavu dítěte. Velmi oblíbenou projektivní metodou je **Kresba rodiny** a **Kresba začarované rodiny**, která je vhodná pro děti ve věku od 6 do 12 let věku dítěte. Zde by bylo vhodné zmínit publikaci Tomáše Nováka „Co dítě sděluje, když nakreslí svou rodinu“ (2004).

Další metodou, která nalézá velké uplatnění v diagnostice školní zralosti je **Kresba lidské postavy**.

Kresba nabízí ke sledování tyto možnosti:

- Téma, které si dítě zvolilo. Z toho lze usuzovat o zájmech dítěte, o jeho přáních, i o tom, co ho trápí apod. Dítě zpravidla kresbu komentuje, můžeme tedy využít výpověď dítěte k obrázku.
- Provedení kresby - hodnotíme ji z obsahového i formálního hlediska.
- Kolektivní kreslení - jde o kreslení společného obrazu na velké polohy, které je u předškolních dětí velmi oblíbené. Zde je možné sledovat i např. vztahy ve skupině, prosazování zájmů, úroveň společenského chování, délku soustředění atd.

I kresbu je nutno srovnávat a dávat do souvislosti s ostatními informacemi, které jsme získali v průběhu diagnostického procesu. Všechny kresebné testy mají jen orientační charakter a pouze pomáhají zpřesnit diagnózu, nelze se tedy o ně opírat jako o hlavní diagnostickou metodu.

## 2.5. Diagnostika dětí s kombinovanými vadami

Diagnostika dětí s těžkým zdravotním postižením je velmi složitá, neboť v současné době nejsou k dispozici vhodné metody pro diagnostikování těchto dětí. Proto je využívána standardní diagnostická metodika, kterou však diagnostik musí upravit a při vyhodnocování výsledků se většinou opírá o kvalitativní analýzu projevů dítěte v diagnostické situaci.

Velmi přehlednou a podrobně vypracovanou diagnostiku a diagnostické metody u jednotlivých druhů postižení uvádí Dagmar Opatřilová ve své knize Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (2006).

Péče o jedince s kombinovaným postižením vždy vyžaduje týmovou spolupráci více odborníků, především speciálního pedagoga s pediatrem a s dalšími odbornými lékaři, s psychologem a se sociálními pracovníky.

Je proto nutné, aby diagnostika takto postiženého dítěte byla dlouhodobým, opakovaným procesem, aby vedla k realistické prognóze jeho budoucího vývoje a tím i k řešení otázky vhodného vzdělávacího programu v rámci školní docházky a následně i vhodného pracovního uplatnění.

Důležitou podmínkou pro provedení kvalitní komplexní diagnostiky dítěte s kombinovaným postižením je individuální přístup ke klientovi a jeho rodině, a hlavně vhodný výběr odpovídající baterie diagnostických metod, jak psychologických, tak i speciálně pedagogických.

### **3. Možnost podpory dítěte s kombinovaným postižením a jeho rodiny**

Speciálně pedagogická podpora dětí pomáhá rozvoji respektive zachování funkcí, které jsou postiženy nebo omezeny typem daného postižení.

Lidé s těžkým zdravotním postižením by měli mít zajištěný nárok na celistvost v podpoře vývoje. To zahrnuje uspokojování základních lidských potřeb, otázky základní péče jako podpůrnou a speciální péči, otázky tréninku vnímání, pohybovou podporu a podporu komunikace.

Pokud z tohoto budeme vycházet můžeme do speciálně pedagogické podpory následně zařadit školský vzdělávací systém, systém pedagogicko-psychologického poradenství a terapeutickou intervenci.

#### **3.1. Školský vzdělávací systém**

Právo všech dětí na vzdělání je zajištěno v Listině práv a svobod, která je svým článkem 33 součástí Ústavy České republiky. Základním východiskem je nerozlišování dětí na handicapované a děti zdravé a změna v zaměření na dítě v celé šíři jeho osobnosti a sociálních vztahů, nikoli se zřetelem pouze na jeho postižení.

Nejzásadnější koncepční změnou, k níž se v našem školství po roce 1989 dospělo, je skutečnost, že výchova a vzdělání postižených dětí a mladistvých přestává být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se postupně stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení.

Důraz je kladen na zvyšování kvality vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a na vytváření podmínek pro zvyšování počtu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami individuálně integrovaných v hlavním vzdělávacím proudu.

Jednotlivé koncepce vycházejí převážně z Národního programu rozvoje vzdělávání v České republice - Bílá kniha a z Národního planu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 - 2009 (vládní usnesení č. 1004 ze dne 17.8.2005).

### **Současné trendy v edukaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami**

Cílem školství České republiky je vytvořit takové školní prostředí, které by poskytovalo všem žákům stejné šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajistilo právo na rozvoj jejich individuálních předpokladů. Snahou je integrovat žáky se speciálními vzdělávacími potřebami do všech typů škol a školských zařízení.

Zásady a cíle vzdělávání jsou: rovný přístup ke vzdělávání, zohlednění vzdělávacích potřeb jednotlivce, bezplatné základní nebo střední vzdělávání, možnost vzdělávání po dobu celého života.

Za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou považováni žáci se zdravotním postižením - tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, žáci s autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami a specifickými poruchami učení nebo chování, žáci se zdravotním znevýhodněním - zdravotně oslabení, dlouhodobě nemocní a žáci s lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám



učení a chování a žáci se sociálním znevýhodněním - žáci z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu. Patří sem i okruh žáků nadaných a mimořádně nadaných.

Jejich integrace vyžaduje vytvoření určitých podmínek, kterými jsou především: příprava a uspořádání třídy, školy, odborná připravenost pedagogů, přijetí spolužáky, kolektivem třídy, příprava kolektivu, systematická spolupráce s rodinou, zajištění potřebného materiálního vybavení. Jednou z důležitých podmínek je i nižší počet žáků ve třídách (upraveno zákonem).

Samozřejmě, že s integrací musí souhlasit rodiče, ředitel dané školy a musí být na doporučení příslušného poradenského pracoviště.

Role žáka s handicapem je charakterizována odlišnostmi v chování, prožívání či zevnějšku.

Škola je po rodině prostředím, které napomáhá socializaci jedince, prostředím, kde dochází také ke konfrontaci postojů rodiny a školy. Nabízí žákovi socializační zkušenost, pomocí sociálního učení se žáci učí sociálním vzorcům chování, získávají sebedůvěru.

Jednou z hlavních podmínek úspěšného vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je zajištění kvalitně připraveného personálu. Každý typ postižení klade různé nároky na odborný přístup. Integraci každého žáka musí předcházet psychologické a speciálně - pedagogické vyšetření s následným rozhodnutím, zda je

integrace vhodná. Vždy se vychází z komplexního přístupu, který dbá individuálních zvláštností a osobnostních specifik integrovaného žáka. Pokud je integrace úspěšná, vede k intelektuálnímu rozvoji postiženého jedince, jedinec se učí kooperaci, práci v týmu, komunikaci, sociálním dovednostem. Na druhé straně přítomnost postiženého jedince v intaktní skupině spolužáků působí pozitivně na jejich chování, učí je tolerantnosti, respektování odlišnosti (Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání, RVP ZV, 2005).

Inkluzivní (integrované) vzdělávání závisí na konkrétní činnosti učitele ve třídě. Ta je ovlivněna jeho vzděláváním, zkušenostmi, očekáváním a přístupy stejně jako faktory mimo školu. Realizace inkluzivního vzdělávání může mít různé formy. Úkolem současné společnosti je uznávat rovnost šancí a vytvořit prostředí vzájemného porozumění a akceptace mezi lidmi s postižením a bez postižení. Vzdělávání žáků s postižením by mělo probíhat při odpovídajícím zajištění jejich speciálních vzdělávacích potřeb, v co možná největší míře společně s jejich vrstevníky ve spádové škole podle místa bydliště.

• Stupně vzdělání:

- **základní vzdělání** (ukončením vzdělávacího programu základní školy, základní školy praktické, nižšího stupně šestiletého nebo osmiletého gymnázia nebo odpovídající části osmiletého vzdělávacího programu konzervatoře)
- **základy vzdělání** (ukončením vzdělávacího programu v základní škole speciální)

Specifika vzdělávání žáků speciálními vzdělávacími potřebami jsou dána typem a stupněm postižení.

### **Legislativní rámec pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami**

#### **Zákony:**

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

*Tento zákon vytvořil právní prostor pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami včetně žáků s kombinovaným postižením ve školách hlavního vzdělávacího proudu, pokud si rodiče dítěte s postižením nezvolili jinou školu.*

*Za velký přínos pro vzdělávání těchto žáků je považováno vyřešení problému Integrace a inkluze, a to v § 36 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb. Za další pozitivní krok se považuje nově zavedená terminologie při označování žáků se zdravotním postižením a zdravotním nebo sociálním oslabením. Je uplatněn termín dítě, žák, student se speciálními vzdělávacími potřebami - § 16 odst. 1 - 9 zákona č. 561/2004 Sb.*

- Novela školského zákona - Zákon č. 158/2006 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., ve znění zákona č. 383/2005 Sb.

*Tímto zákonem dochází ke změně ustanovení § 55 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb.. Stanovuje širší kompetence ředitele školy, který smí ve vyjimečných případech*

povolit pokračování v základním vzdělávání nejpozději do konce školního roku, v němž žák dovrší 26 let věku, a to pouze u žáků s těžkým mentálním postižením, s více vadami nebo autismem, kteří buď mají právo se vzdělávat v základní škole speciální nebo se v této škole skutečně vzdělávají.

- Zákon č. 562/2004 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím školského zákona
- Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

#### **Vyhlášky:**

- Vyhláška MŠMT ČR č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
- Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (v současnosti se připravuje její novela)

*V tomto předpisu pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami jsou žáci s diagnózou postižení více vadami považováni za žáky s těžkým zdravotním postižením. V § 1 odst. 4 se uvádí:*

*„Za žáky s těžkým zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky považují žáci s těžkým zrakovým*

postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, **se souběžným postižením více vadami**, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření".

- Vyhláška MŠMT č. 127/1997 Sb., o speciálních mateřských školách a základních školách

*Vyhláška stanovuje pravidla pro zřizování speciálních tříd (podle různých druhů postižení pro děti a žáky se zrakovými a sluchovými vadami, vadami řeči a s tělesným a mentálním postižením) a specializovaných tříd pro žáky se specifickými poruchami učení a chování. Díky této vyhlášce je takto umožněno mj. zřizovat také speciální třídy pro žáky s více vadami, pro žáky s diagnózou autismus a pro žáky hluchoslepé.*

- Vyhláška MŠMT č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání
- Vyhláška MŠMT č. 107/2005 Sb., o školním stravování
- Vyhláška MŠMT č. 108/2005 Sb., o školských výchovných a ubytovacích zařízeních a školských účelových zařízeních.

### **Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami**

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb. uvádí: „Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se

vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením.“<sup>10</sup>

Dále budu citovat z publikace Marie Vítkové: „Bez profesionálního vedení a pomoci zůstávají těžce postižení na velmi nízké vývojové úrovni a dostávají se naprosto nutně do slepé uličky narušených vztahů s okolním světem, v masivní závislosti a hluboké izolaci. Když se podaří kvalifikovanou školní nabídkou vyvést těžce postižené z jejich izolace, přispějeme tím nejenom k jejich individuálním pokrokům ve vývoji, ale, což je mnohem důležitější, především k jejich pozitivnímu postoji k životu“.<sup>11</sup>

Tímto výňatkem je dostatečně vyjádřena nutnost a důležitost vzdělávání nejen u dětí s těžkým postižením, ale můžeme tuto citaci vztáhnout na problematiku vzdělávání všech dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Dále se krátce zmíním o možnostech vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Pro přehlednost rozdělím tuto širokou skupinu do tří podskupin.

#### *Raná intervence (0 - 3 roky popř. 6 let)*

Již byla zdůrazněna nutnost včasné a neodkladné péče v oblasti zdravotní, pedagogické a sociální, pro optimální vývoj narozeného dítěte s postižením. Péče pracovníků školství se týká postižených dětí zpravidla od tří let věku

<sup>10</sup> Vyhláška MŠMT ČR č.73/2005 Sb, § 1 odst.1

<sup>11</sup> Vítková, M.Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Praha:Institut pedagogicko-psychologického poradenství,2001.

dítěte. Ranou péčí zajišťuje u nás resort zdravotnictví a různé soukromé a charitativní iniciativy a občanská sdružení.

#### *Předškolní věk (3 - 6 let)*

Rodiče mohou v tomto období volit mezi rodinnou a institucionální výchovou v běžných mateřských školách nebo ve speciálních mateřských školách dle typu postižení. Dále je zde možnost pedagogické podpory ve formě návštěv speciálně pedagogického centra.

#### *Období povinné školní docházky*

Toto období je považováno za jedno z nejdůležitějších pro celé vzdělávací období a profesní přípravu. Je možno volit mezi segregovaným vzděláváním ve speciálních školách různého typu nebo integrované vzdělávání v základním vzdělávacím proudu na běžných základních školách.

#### *Období profesní přípravy*

Většina žáků s postižením odchází studovat na speciální střední školy, střední odborná učiliště nebo praktické školy.

Více se zde o typech škol a možnostech vzdělávání zmiňovat nebudu. Podrobnější informace je možné nalézt v odpovídajících zákonech a vyhláškách.

#### **Individuální vzdělávací program**

Těžce postižené děti a žáci, a zvláště jejich originalita ve speciálních vzdělávacích potřebách, způsobují potřebu jejich vyučování detailně plánovat, tzn. vypracovat

vzdělávací program pro každého žáka, a to bez ohledu na místo výuky žáka (speciální třída, integrovaná třída atd.).

Vypracování individuálního vzdělávacího by se dalo rozdělit do tří částí, a to: analýza výchozí situace, určení cíle a stanovení speciálně pedagogických opatření.

Konkrétní vymezení individuálního vzdělávacího programu uvádí vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných následovně:

„Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.“<sup>12</sup>

V této vyhlášce v § 6 nalezneme i konkrétní obsah a náležitosti individuálního vzdělávacího plánu.

### **System pedagogicko - psychologického poradenství**

Tento systém je podsystémem školské soustavy, jehož hlavním úkolem je přispívat k optimalizaci procesu vzdělávání a výchovy ve škole a rodině. Jde o systém podpůrný.

Defektologický slovník definuje pedagogicko - psychologické poradenství následně: " poradenství výchovné (pedagogi-

<sup>12</sup> Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., § 6 odst.2)



cko-psychologické) - systém odborných pedagogicko-psychologických služeb zaměřených na systematickou pomoc dětem a mládeži.<sup>13</sup>

Vítková v Integrativní speciální pedagogice uvádí: "Poradenství poskytuje své služby dětem a mládeži, včetně dětí a mládeže se zdravotním postižením, ve věku zpravidla od 3 do 19 let, jejich rodičům a dalším zákonným zástupcům, učitelům a ostatním pedagogickým pracovníkům škol a školských zařízení."<sup>14</sup>

Současný systém pedagogicko-psychologického poradenství v ČR tvoří:

- výchovní poradci, v některých školách školní psychologové a speciální pedagogové,
- pedagogicko-psychologické poradny,
- speciálně pedagogická centra,
- střediska výchovné péče
- institut pedagogicko-psychologického poradenství.

O jednotlivých institucích pedagogicko-psychologického poradenství nalezneme podrobnější informace ve vyhlášce MŠMT č. 72/2005 Sb.

**Institut pedagogicko-psychologického poradenství** řeší aktuální koncepční otázky pedagogicko-psychologického poradenství, zajišťuje koordinaci poradenského systému a další vzdělávání poradenských pracovníků. Je to organizace s celorepublikovou působností.

<sup>13</sup> Defektologický slovník. Jinočany: H & H, 2000.

<sup>14</sup> Vítková, M. Integrativní speciální pedagogika. Brno: Paido, 1998, s. 22

System podpory, který zahrnuje celé období života dítěte s postižením, a to i v době před jeho narozením, a je velmi úzce provázán a v jednotlivých obdobích života dítěte na sebe navazuje a poskytuje pomoc nejen samotnému jedinci s postižením, ale i jeho nejbližšímu okolí.

Jako jedna z prvních složek je velmi důležitá kvalitní neonatologická péče o matku v těhotenství. Celé naše území je dosažitelné ambulantní sítí prenatálních poraden a vlastní ambulantní i lůžková péče je zabezpečena v intermediárních zařízeních nebo v regionálních porodnických centrech.

V případě, že žena s graviditou souhlasí, je zařazena po stanovení diagnózy těhotenství do prenatální poradny podle vlastního výběru. Pokud si žena nezvolí jinou prenatální poradnu, musí péči zajistit poradna, která je nejbližší jejímu bydlišti. I když je v našem zdravotnictví zaručena možnost svobodné volby lékaře, je naopak zvolenému lékaři povoleno poskytovat ženě péči výhradně tehdy, splňuje-li *podmínky podle svých vlastních možností, podle své kvalifikace a hlavně podle stavu těhotné samotné.* Smyslem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy, zejména důsledná prevence všech možných chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace, se zajištěním všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření.

Některé specifické problémy perinatálního období přetrvávají po různě dlouhou dobu od narození a vyžadují neonatologickou péči (ústavní, ambulantní) i v dalším období života. Neonatální péče má odpovídat moderním poznatkům o těhotenství, prenatálním vývoji plodu, o porodu, fyziologii a patologii novorozence a možnostech prevence dlouhodobého poškození dítěte.

Optimální rozvoj diferencované péče o novorozence směřuje k vysoké kvalitě populace. Tento cíl oboru neonatologie je významný nejen z hlediska medicínského, ale také sociálního a ekonomického.

Kromě neonatologů se podílejí na péči o novorozence dále pediatři s neonatologickou erudicí a praktičtí lékaři pro děti a dorost. Metodické vedení oboru provádí Česká neonatologická společnost a přednostové neonatologických center (regionální neonatologové - budou-li ustaveni). Úzká spolupráce neonatologie s oborem porodnictví a gynekologie je základem perinatologie.

Dále je zde třeba zmínit sdružení a organizace poskytující ranou intervenci nebo specializovanou péči pro děti se zdravotním postižením. Tyto služby spočívají v konzultacích a službách specialistů (psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, dětský lékař atd.). Také rehabilitační centra mají velký význam, neboť se zabývají ucelenou rehabilitací dětí a mládeže se zdravotním postižením. Nabízejí služby nejen fyzioterapeutické, ale i speciálně pedagogické, psychologické a sociálně právní. Dále jsou zřizovány tzv. mateřská centra, které většinou zřizují matky na mateřských dovolených. Tyto centra umožňují matkám s malými dětmi vyjít z izolace, kam se celodenní péči o dítě dostávají. Zmíním zde krátce i organizace a kluby, které poskytují služby z titulu svépomocných rodičovských organizací. Ty nabízejí služby tzv. komunitního charakteru, některé se specializují a poskytují odborné služby (konzultací a poradenská činnost, provoz stacionářů atd.). Jako příklad je možné uvést občanské sdružení Akord, které je zřízeno pro děti a mládež s mentálním postižením a kombinovanými vadami.

Na služby rané intervence navazují ambulantní služby **Speciálně pedagogických center (SPC)**. Úkolem SPC je zabezpečení speciálně pedagogické a psychologické komplexní péče dětem jednoho nebo více typů postižení od tří let až do dospělosti. SPC velmi úzce spolupracují s Pedagogicko psychologickými poradnami, které se soustředí na práci s dětmi bez zdravotního handicapu. Součástí týmu SPC je speciální pedagog, dětský psycholog a sociální pracovník. **Speciální pedagog a dětský psycholog** zajišťují kromě základní diagnostiky, poradenské, metodické a terapeutické činnosti pro děti a jejich rodiče i speciální pedagogické výchovně vzdělávací činnosti u integrovaných dětí v předškolním věku, žáků se zdravotním postižením a dětí osvobozených od školní docházky. V případě potřeby poskytují i typy a doporučení na vhodná specializovaná zařízení k umístění dítěte v místě bydliště rodiny. Se **sociálním pracovníkem** je možno konzultovat získávání příspěvků i dávek. Tento pracovník mnohdy i poskytje službu doprovodu na úřad při vyřizování složitějších záležitostí. Tým SPC je připraven také konzultovat vhodný výběr pomůcek, popř. hraček. Na pracovníky SPC je možné se obrátit i v případě pokud se u dítěte projeví porucha učení či chování.

**Týmovou specializovanou péči** pro děti předškolního a školního věku poskytuje celá řada zařízení jako jsou např.: Dětská centra, rehabilitační stacionáře, Speciální školky a školy, Ústavy sociální péče, a jiná zařízení.

### 3.2. Terapeutická intervence

Vlivem změny paradigmatu ve speciální pedagogice je snaha o uplatňování specifických druhů intervencí k nápravě narušeného stavu. Postupem času se ukazuje, že do profesionální výbavy speciálních pedagogů terapeutická intervence patří, a bez ní není speciální pedagog plnohodnotně plnit svoje poslání.

Speciálně pedagogická terapie by měla navazovat na medicínské intervence a měla by být zaměřena na důsledky nemoci, které se projevují sníženou schopností některé funkce organismu.

Slovo terapie je odvozeno od řeckého slova therapeia, což lze přeložit jako ošetřování, léčení.

Muller ve své knize vymezuje terapii následně: „Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickému výkonu).“<sup>15</sup>

Dále pak terapie ve speciální pedagogice třídí do pěti základních skupin, a to:

- „ 1. terapie hrou,
  - 1. činnostní a pracovní terapie,
  - 2. psychomotorické terapie
  - 3. expresivní terapie (arteterapie)
  - 4. terapie s účastí zvířete (zooterapie).“<sup>16</sup>

<sup>15.16</sup> Muller, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Universita Palackého, 2005.

Dále budu vycházet z Müllerova členění základních druhů terapií používaných ve speciální pedagogice a budu se jim stručně věnovat, pro podrobnější informace bude vždy uvedena publikace, kde můžeme získat podrobnější informaci o jednotlivých terapiích.

### **Terapie hrou**

Již jsme se zmínili v souvislosti s diagnostikou, že hra je základní forma lidské aktivity, v případě terapie jde navíc o významný nástroj přístupu ke klientovi, často je využívána i jako nástroj komunikace.

Hra může být chápána jako přirozená lidská činnost (J. A. Komenský), nebo jako prostředník k odpočinku (A. Lazarus) nebo při odčerpání přebytečné energie (H. Spencer), hra může pomáhat při asimilaci (J. Piaget), a mohli bychom pokračovat dále.

Pojem „terapie hrou“ lze chápat v užším a v širším slova smyslu. V širším slova smyslu jde o využití hry v různých formách k terapeutickým účelům v různých oborech (např. v klinické psychologii, bývá využívána i v nemocnicích, kdy má dítěti napomáhat překonávat strach z nemocničního prostředí a z lékařských zákroků). V užším slova smyslu jde o terapii hrou, která je aplikovaná herním specialistou.

- Herní terapeut především vytváří podmínky k realizaci hry a analyzuje dítě při hře. Herní specialista má velké množství kompetencí, např. navrhuje spolu s rodiči klienta plán herních aktivit, poskytuje své

služby v ambulanci, pomáhá dítěti porozumět nemoci a léčbě atd.

Podrobnější informace jak o kompetencích a činnostech herního specialisty můžeme nalézt v publikaci Valenty „Herní specialista v somatopedii“ (2003).

### **Činnostní a pracovní terapie**

Pracovní terapie je součástí celkové psychoterapie. Má velmi příznivý vliv na duševní stav (klienti získávají sebedůvěru, odvádějí pozornost od svých potíží, získávají nové zájmy atd.).

V případě činností a pracovní terapie (ergoterapie) jde o dva vzájemně se překrývající terapeutické přístupy. Jde o cílevědomou manipulaci s materiálem v okolí (např. manipulace s drobným materiálem, surovinami). Rozdíl mezi těmito dvěma přístupy je minimální, snad jen ten, že u pracovní terapie (ergoterapie) činnost směřuje k určitému konkrétnímu výsledku práce či výrobku.

Činnostně-terapeutických a pracovní-terapeutických cílů se dosahuje pomocí rukodělných činností (se dřevem, s papírem, s přírodními materiály) a výcvikem v oblasti praktického života, u dětí předškolního a mladšího školního věku se využívá při pracovní terapii hra.

Veškeré informace o ergoterapii nalezneme na stránkách České asociace ergoterapeutů, a to na [www.cae.cz](http://www.cae.cz).

## Psychomotorická terapie

Jak lze odvodit ze samotného názvu, jde o záměrnou aplikaci pohybu k ovlivnění duševních procesů člověka.

Pojem psychomotorika označuje koordinaci vědomého ovládání pohybového ústrojí.

Psychomotorická terapie zahrnuje celou řadu činností, které přesahují do ostatních terapeutických aktivit. Mezi tyto činnosti můžeme zařadit následující techniky: pantomima, tanec, relaxace, pohybové hry, improvizace s pohybem, snoezelen atd.

Krátce se zde zmíním právě o metodě snoezelenu, která se využívá nejen jako podpůrné výchovně-vzdělávací prostředí u osob se speciálními potřebami, ale také jako samostatná forma terapie. Tato metoda pochází z Nizozemí, jde o tzv. multismyslovou místnost. Výraz „snoezelen“ je kombinace slov „snuffelen“, to znamená čichat, a „doezelen“, což znamená dřímat. Pomocí této metody dochází k odbourání některých rizikových projevů jedince, působí zklidňujícím a relaxačním způsobem.

„Snoezelen je zvláštní nabídkou k využití času pro nejtíže postižené lidi, kteří nemohou chodit ani do školy, ani do „práce“ a tráví převážnou část svého života na pokoji, kde jsou ubytováni. Umožňuje jim vyjít z jejich běžného prostředí a přejít do jiných prostor, kde mohou získat zcela jiné nové zkušenosti. Právě u této skupiny postižených lidí se vychází z toho, že při vnímání a poznávání svého okolí jsou odkázáni na primární smyslové vjemy a odpovídající doprovodné pocity a pohyby - ty však v



běžném životě nemohou být často správně prožity a zpracovány.“<sup>17</sup>

Smysl zřizování místností snoezelenu může mít speciální a individuální cíl, a to podle klientely a charakteru vyžadované péče.

Více informací o této metodě nalezneme v knize Ivy Švarcové „Mentální retardace“ (2003).

### **Expresivní terapie**

Jde o velmi širokou a rozšířenou skupinou terapií nejen ve školách a školských zařízeních, ale i v dalších institucích, které se zabývají enkulturací osob, které jsou znevýhodněny, a to v jakémkoli smyslu (zdravotní postižení, sociálněadaptační odlišnosti atd.).

Expresivní terapii můžeme definovat jako cílevědomé použití uměleckých prostředků k dosažení změny v chování, myšlení, emoční či osobnostní struktuře jedince, a to pro společnost přijatelným směrem.

Prostředky, která tato terapie využívá, jsou používány jako prostředky dramatického umění. Podle toho pak můžeme rozlišovat hlavní druhy expresivních terapií - dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, muzikoterapii, biblioterapii a arteterapii.

O jednotlivých expresivních terapiích se podrobně zmiňuje Muller ve své publikaci Terapie ve speciální pedagogice (2005). Mnoho užitečných informací můžeme také získat na

<sup>17</sup> [www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz)

stránkách České arteterapeutické asociace  
([www.arteterapie.cz](http://www.arteterapie.cz)).

### **Terapie s účastí zvířete (zooterapie)**

Tato terapie je ve speciálněpedagogické praxi vyjímečná, a to díky terapeutickému prostředku, který využívá. Na rozdíl od ostatních terapií je tímto prostředkem živý tvor.

V zooterapii může jít o jakékoli společenské zvíře, avšak nejčastěji používanými zvířaty jsou psi, kdy hovoříme o canisterapii, a poté koně, kdy tuto terapii nazýváme hipoterapií.

Při hipoterapii dochází k podpoře pozornosti, emoční složky, uspokojování potřeby bezpečí a jistoty, vnímání a rozvoji sociálních dovedností, ale hlavně pohyb na hřbetu koně vede k uvolňování a nebo naopak napínání některých skupin svalů, které jinak nejsou využívány např. z důvodu tělesného postižení nebo orgánového poškození.

Veškeré informace o hipoterapii nalezneme na stránkách <http://neurocentrum.cz/hipoterapie.htm>. Zajímavé jsou také stránky občanského sdružení pro hipoterapii Dítě a kůň ([www.diteakun.cz](http://www.diteakun.cz)).

Canisterapie vychází z předpokladu, že pes patří mezi spolehlivé partnery člověka, ať už ve zdraví nebo nemoci, a to je stimulatorem pozitivních psychických a sociálních změn. Při canisterapii se působí na oblast kognitivní (poznávací), oblast sociálně emoční (pes se stává dobrým kamarádem klienta, který tím, že jeho lásku oplácí svou, uspokojuje jeho citové potřeby, pomáhá rozvíjet sociální vztahy, adaptivní a sociální chování). Pomocí pejska

rozvíjíme také oblast tělesnou, tzn. jemnou (práce rukou) a hrubou (pohyb celého těla) motoriku. Pes motivuje děti i v oblasti řečové, některé se snaží opakovat jednoduchá slova, oslovovat psa jménem. Pro děti s více vadami je vhodné polohování se psy. Dítě si na ně může lehnout, položit nohy či ruce, vnímat jeho dech a teplo, čímž dochází k prohřívání a postupnému uvolňování spastických svalů končetin před následnou rehabilitací.

Občanské sdružení Psi pro života na svých stránkách uvádí velké množství informací nejen o canisterapii ale i o hypoterapii ([www.pomocnetlapky.cz](http://www.pomocnetlapky.cz)).

Zmíním zde znovu publikaci Oldřicha Müllera „Terapie ve speciální pedagogice“, která velmi podrobně pojednává o všech výše zmíněných terapiích.

### **Bazální stimulace**

Nemohu opomenout zmínit se o bazální stimulaci, která hraje velmi významnou roli při práci s dětmi s těžkým postižením a více vadami. Tato metoda byla vytvořena A. Fröhlichem přímo pro děti s výše zmíněným postižením.

Vítková vysvětluje pojem bazální stimulace následovně: „Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, která se snaží nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti...“<sup>18</sup>

Každý člověk se rodí s určitým potenciálem aktivit, který

<sup>18</sup> Vítková, M. Podpora dětí a žáků s těžkým a kombinovaným zdravotním postižením I. Metoda bazální stimulace. Praha: IPPP, 2001.

je ovšem u jedinců s těžkým postižením nebo s více vadami velmi redukován. Z čehož následně vyplývá, že člověk s postižením je nucený se omezit jen na nejzákladnější životní výkony, které jsou většinou spojeny s jeho vlastním tělem. Je svým způsobem izolován od okolního světa, nemá možnost vytvářet si kontakty se svým okolím. Díky bazální stimulaci, pomocí bazálních podnětů (somatické, vibrační, vestibulární, orální, akustické, taktilně haptické, a vizuální podněty), může být dosaženo alespoň částečné narušení této izolace jedince.

Základním principem bazální stimulace je zjištění, že zprostředkováním zkušeností a vjemů a také za pomoci těla lze jedince uvést do reality.

Při výběru vhodné terapie je nutné brát na zřetel individuální zvláštnosti a osobnostní specifika dítěte s kombinovaným postižením. Jak bylo již zmíněno, současné pojetí kombinovaných vad vychází z teorie, že nejde o souhrn jednotlivých postižení, ale že se jedná o skupinu, která zcela vyžaduje odlišný přístup. Terapie a její volba by tedy měla být vždy přizpůsobena schopnostem a možnostem dítěte s postižením více vadami.

#### **4. Speciálně pedagogická podpora dítěte s kombinovaným postižením ve zdravotnickém zařízení**

Praktickou část diplomové práce jsem zpracovávala v Městských jeslích s odděleními pro děti s kombinovanými vadami v Příbrami. Toto zařízení navštěvuji jako dobrovolník již 6 let.

Cílem praktické části diplomové práce je komparace jednotlivých případových studií klientů s kombinovaným postižením.

Použila jsem následující metody:

- Analýza odborné literatury
- Dotazník pro rodiče klientů
- Práce se záznamy jednotlivých dětí
- Rozhovor s fyzioterapeutkou
- Rozhovor se speciálním pedagogem a se zdravotnickým personálem zařízení.

Nejdříve uvedu základní informace o tomto zařízení.

#### **Charakteristika zařízení**

Městské jesle s odděleními pro děti s kombinovanými vadami

Bratři Čapků 277

Příbram VII

261 01

*Cíl, účel organizace, cílová skupina klientů:*

Jde o ambulantní a denní pobytové zařízení. Účelem zařízení je zajišťování všestranné zdravotní a výchovné péče o děti do 4 let, u dětí se zdravotním handicapem pak zajištění

výchovně vzdělávací činnosti a komplexní péče od 1 do 15 let věku.

*Do městských jeslí jsou přijímány:*

a) na jeslové oddělení pro děti bez handicapu, děti do 4 let,

b) na 1. rehabilitační oddělení děti se zdravotním handicapem, tj. děti mentálně, tělesně postižené, děti s ortopedickými, smyslovými vadami (tj. vadami zraku, sluchu), chronicky nemocné nebo oslabené, děti se záchvatovými onemocněními, s vadami komunikačních schopností a děti s více vadami, s kombinací dvou a více vad (tj. kombinovanými vadami), ve věku od 1 roku do 7 let,

c) na 2. rehabilitační oddělení děti se zdravotním handicapem, tj. děti mentálně, tělesně postižené, děti s ortopedickými, smyslovými vadami (tj. vadami zraku, sluchu), chronicky nemocné nebo oslabené, děti se záchvatovými onemocněními, s vadami komunikačních schopností a děti s více vadami, s kombinací dvou a více vad (tj. kombinovanými vadami), ve věku od 7 let do 15 let věku (jsou povolovány i individuální vyjimky, děti zde zůstávají i po 15. roku věku).

Přijetí se uskutečňuje na základě žádosti podané na Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Příbram. O přijetí dětí rozhoduje na základě pověření starosty vedoucí odboru sociálních věcí a zdravotnictví.

*Délka provozu jeslí:*

příchod dětí na oddělení od 6.30 h do 8.00 h

vydání dětí ve 12.00 h (po domluvě se sestrou)

od 14.15 h do 16.30 h

Pobyt dětí se zdravotním handicapem, omezením nebo kombinovanými vadami, není-li matka dítěte nebo jiná osoba pobírající z důvodu celodenní péče o dítě některou ze státních dávek v pracovním poměru, činní v souladu s platnými právními předpisy max. 6 h denně.

*Předmět činnosti:*

- výchova dětí, všestranný rozvoj osobností dítěte a příprava na přestup do mateřské školy
- poskytování komplexně rehabilitační, výchovně a speciálně pedagogické péče handicapovaným dětem, tj. mentálně, tělesně postiženým, s ortopedickými, smyslovými vadami (tj. vadami zraku, sluchu), chronicky nemocným nebo oslabeným, dětem se záchvatovými onemocněními, s vadami komunikačních schopností a dětem s více vadami, s kombinací dvou a více vad (tj., kombinovanými vadami),
- všestranný rozvoj osobnosti handicapovaných dětí a na přípravu na přestup do školského nebo jiného účelového zařízení.

V zařízení pracuje celkem 19 zaměstnanců: 1 speciální pedagog, 9 pracovníků SZP, 3 pracovnice PZP, 1 prادلena, 1 švadlena, 2 kuchařky, 1 vedoucí stravovny, 1 údržbář. Zařízení nemá k dispozici určeného lékaře, děti navštěvují svého obvodního pediatra nebo odborného lékaře v doprovodu rodičů.

*Služby:*

zaopatření, léčebně rehabilitační, speciálně pedagogická a výchovná péče, nácvik sebeobslužných návyků se zaměřením na rozvoj psychomotoriky. Rodinám se staršími dětmi je poskytována ambulantní rehabilitační péče. Péče je věnována dětem s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením.

Komplexní péče vede ve stacionáři k vytvoření individuálního plánu pro každé dítě.

*Denní program:*

- rehabilitace (Vojtova metoda, Mičková facilitace aj.)
- praktické rehabilitační cviky rodičů a dětí
- logopedická péče, zlepšování motoriky mluvidel, nápravy dyslalií
- speciálně pedagogická péče, rozumová výchovy, program pro zlepšení koncentrace
- rozvoj vlastního potenciálu dítěte pomocí alternativních metod dle individuálních možností dítěte (zdravotní péče, podávání léků, hygiena).

*Spolupráce s ostatními organizacemi:*

Toto zařízení spolupracuje s OÚ Příbram (odd. péče o děti), s pediatri, s odbornými lékaři, s občanskými sdruženími a Speciálním poradenským centrem při Jedličkově ústavu v Praze. Další spolupráce je navázána s pedagogicko psychologickou poradnou, speciálně pedagogickým centrem, speciální školou.

Děti se zúčastňují společných akcí s dětmi z jiných zařízení (Den dětí, Mikulášská besídka, společná návštěva divadla, ZOO, apod.). Konsultací s učiteli a vytváření individuálních vzdělávacích plánů jsou vytvořeny podmínky pro začleňování dětí s postižením do běžných mateřských škol a základních škol (pomocné třídy) a speciálních základních škol. Snahou je rozšířit nabídku o možnost pravidelné docházky speciálního pedagoga, rehabilitační



sestry a asistenta do rodin s těžce postiženými dětmi nebo mladistvými.

*Působnost organizace:*

Spádovou oblastí je celý okres Příbram

*Kontraindikace:*

Klientem nemůže být dítě starší 4 let (jesle) a dítě, které je starší 15 let a není handicapováno a nebo nemá ani jednu z výše uvedených onemocnění.

*Způsob přijímání klientů:*

Děti jsou přijímány buď to na žádost rodičů, nebo na doporučení pediatra.

*Metody, které se používají:*

Vojtova reflexní lokomoce, Míčková facilitace, prvky Bobathovy metody, cvičení na míčích, měkké techniky (masáže, horká role, postizometrická relaxace ...), cvičení na vadné držení těla, muzikoterapie, aromaterapie, rehabilitační plavání, relaxační techniky, cvičení Therabant, prvky synergetické reflexní metody, cvičení s pomůckami (kostky, kroužky, stuhy ...).

*Využívání dobrovolníků:*

Toto zařízení zaměstnává chlapce na civilní službě a studenty Střední zdravotnické školy v Příbrami, které zde vykonávají svou praxi.

### *Dostupnost zařízení:*

Celé zařízení je bezbariérové a leží v centru města, 5 minut chůze od zastávky MHD. Jediná nevýhoda je, že zařízení nemá své vlastní parkoviště.

### **Vybavenost zařízení a typy služeb, které jsou poskytovány:**

Jeslové oddělení: 1 x herna, 1 x ložnice dětí, 1 x kuchyňka s jídelnou dětí, 1 x sociální zařízení (koupelna + WC dětí), 1 x šatna dětí.

I. rehabilitační oddělení se skládá z: tělocvičny, herny dětí, kuchyňky, jídelny, pracovny speciálního pedagogy, sociálního zařízení (koupelna + WC), šatny dětí, kočárkovna s bezbariérovým přístupem.

II. II. rehabilitační oddělení zahrnuje: tělocvičnu (s rehabilitačním bazénem s míčky), hernu, kuchyňku s jídelnou, místnost pro výuku a individuální práci s dětmi, sociální zařízení dětí (WC + koupelna), pískovna pro děti, kočárkovna s bezbariérovým přístupem, místnost se snoezelenem.

Je zde také rehabilitační místnost pro cvičení dětí s fyzioterapeutem a pro ambulantní rehabilitační péči o děti.

Místnosti jsou vybaveny nábytkem se snadno omyvatelnými povrchy, stěny jsou omyvatelné do výše 1 m (vyjma ložnice). Podlahy jsou pokryty koberci nebo linoleem - jsou snadno čistitelné a dezinfikovatelné.

### *Zjišťování potřeb klientů*

Potřeby klientů jsou zjišťovány na tzv. třídních schůzkách, které se konají 1 x měsíčně.

## 1. případová studie

**Jméno:** Eliška

**Datum narození:** únor 1990

*Diagnóza:* těžká mentální retardace s autistickými rysy, sekundární epileptické záchvaty, centrální poruchy zraku

*Rodinná anamnéza:* otec - diabetes melitus

matka - cholecystektomie

*Osobní anamnéza:* dítě z 1. fyziologické gravidity, porod v termínu, p.h. 3100 g /p.d. 49 cm, spontánně záhlavím, kojena 5 týdnů, poporodní adaptace dobrá.

*Psychomotorický vývoj:* Eliška seděla od 7. měsíce, stála a chodila s oporou od 9. měsíce, sama od 12. měsíce.

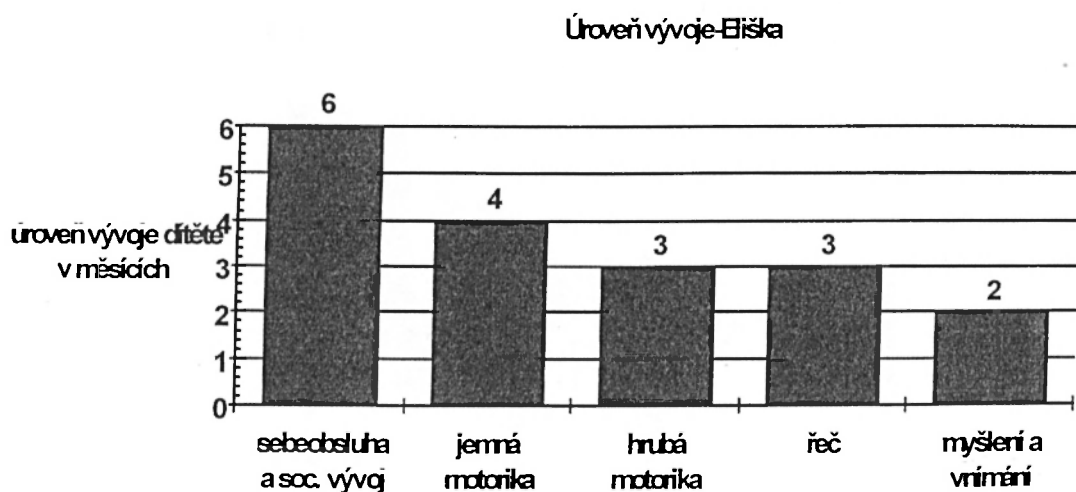
9. měsíc - herpetická meningoencefalitida (způsobila epileptické záchvaty),

13. měsíc - encefalitida (postižen zrak a sluch),

27. měsíc - recidiva encefalitidy (těžká psychomotorická retardace).

Eliščiny psychomotorické reakce jsou na úrovni asi 1,5 roku věku dítěte. Chůze je neobratná a nesamostatná, má těžkou poruchu vývoje řeči. Eliška jí pouze s dopomocí. Hygienu neudrhuje, je plenována. Na oslovení nereaguje, má neustále palec v ústech, sliní.

Graf je sestaven dle odpovědí rodičů na dotazník. Dotazník je rozdělen na 5 částí: sebeobsluha - soc. vývoj, jemná motorika, hrubá motorika, řeč, myšlení/vnímání. Graf vyjadřuje na jaké vývojové úrovni jsou jednotlivé oblasti vývoje dítěte (např. sociální vývoj, jemná motorika, hrubá motorika atd.). Vývojová úroveň je uváděna v měsících. Např. sociální vývoj - sebeobsluha je na úrovni ročního dítěte.



### Individuální výchovný a vzdělávací plán

Vhodně využívat momentálního Eliščinu stavu, vycházet z něj, nabuzovat, motivovat a podněcovat.

#### Rozumová výchova:

- manipulace s předměty
- vkládání předmětu do ruky
- manipulace s míčem
- plnění a vyprazdňování košíků, misek

- ukazovat jednopředmětové obrázky
- stavíme komín (2 - 3 kostky)

*Grafomotorika:*

- tečkování
- čmáranice
- vkládání tužky, prstové barvy

*Výtvarné dovednosti:*

- práce s keramickou hlinou
- alternativní techniky
- snaha o udržení hlíny v dlani
- využití rytmu

*Hudební dovednosti:*

- manipulace s zvukovými hračkami
- navozování rytmu, pohupování

*Komunikace:*

- rozvoj nonverbální komunikace

*Hrubá motorika:*

- podněcování k pohybu
- chůze s oporou

*Návyky, soc. chování:*

- pravidelné vysazování na WC
- pozdrav, rozloučení - gesta
- vkládání lžice do ruky

*Sluchové vnímání:*

- procvičovat rozlišování zvuků

- využívat možnost náslechu relaxační a meditační hudby
- neustále na Elišku mluvit, komunikovat

Na základě dotazníku vyplněného matkou jsem zjistila, že Eliška celkem osmkrát navštívila Dětskou rehabilitační léčebnu v Kostelci nad Černými lesy, kde podstoupila, magnetoterapii, laserovou akupunkturu, vodoléčbu, klimaterapii, vířivku, skupinovou léčebnou tělesnou výchovu, logopedie, masáže zad, vycházky, reflexní synergetickou terapii a perličkovou koupel. Vždy došlo k mírnému zlepšení v různých oblastech, např. se zlepšil spánek, lépe začala vidět do dálky atd.

Eliška také pravidelně čtyřikrát ročně navštěvuje léčitele, kde vždy stráví týden i s matkou. Vrací se nabuzená, aktivní. K tomuto zlepšení dojde bohužel pouze jen na určitou dobu.

### **Rozhovor s fyzioterapeutkou**

Eliška nastoupila do zařízení v září 1993, její chůze byla nejistá, porucha koordinace a vadné držení těla. Eliška byla apatická, polehávala, nereaguje na výzvy. Psychomotorika na úrovni cca 1,5 až 2 let věku.

Je používána Míčková facilitace, masáž chodidel, cvičení na rehabilitačních míčích, léčebná tělesná výchova, synergetická reflexní terapie, myofaciální terapie, masáž zad, posilování i protahování, horká rola. Eliška má každý den půlhodinovou rozcvičku ve stacionáři.

Eliška se zlepšila v chůzi, lépe jí, ale střídají se u ní lepší a horší období. V lepším období je aktivnější, sama si stoupá, chce chodit, lépe jí, je více pozorná při podávání obědů, nedočkavá. V tomto období vyhledává více osobní kontakt, radostně výská, tleská.

**Z rozhovoru se speciálním pedagogem a ze zpracování dotazníku pro rodiče:**

Eliška nastoupila do zařízení ve 3 letech. Je v neustálé péči speciálního pedagoga, který s ní denně pracuje podle jejího individuálního vzdělávacího programu.

U Elišky je s velmi pozitivním výsledkem užívána metoda bazální stimulace, snoezelenu a canisterapie. Z důvodu těžkého postižení, není možné používat hipoterapii.

Rodiče jsou v kontaktu se Speciálně pedagogickým centrem v Příbrami. Z důvodu hlubokého mentálního postižení je každoročně odkládána povinnost školní docházky.

Eliščiny rodiče se rozvedli krátce po jejím onemocnění. Otec neunesl psychickou zátěž spojenou s péčí o postižené dítě. Eliščina matka v současné době žije ve společné domácnosti s druhem, se kterým má již dvě děti, které nemají žádné zdravotní problémy. Rodina žije ve městě v bytě. Pokud mohu posoudit za 6 let docházení do tohoto zařízení, je domácí péče o Elišku omezena na pouhé uspokojování základních potřeb (je to zřejmě odvislé od péče matky o další dva sourozence). Matka k Elišce nemá výrazné projevy lásky, výraznější pozitivní citový vztah k Elišce mají její prarodiče. Matka odmítá umístění Elišky do ústavní péče.

## 2. případová studie

**Jméno:** Petr  
**Datum narození:** únor 1992

*Diagnóza:* dětská mozková obrna, kvadruparesa s výraznějším levostranným nálezem, mikrocefalus, těžká mentální retardace, strabismus, atopický ekzém, epilepsie

*Rodinná anamnéza:* negativní

*Osobní anamnéza:* dítě z 1. fyziologické gravidity, porod spontánní ve 38. týdnu, p. h. 2150 g

*Psychomotorický vývoj:* ve 2. měsíci po narození cytomegalický virus, postupný rozvoj spastické kvadruparesy

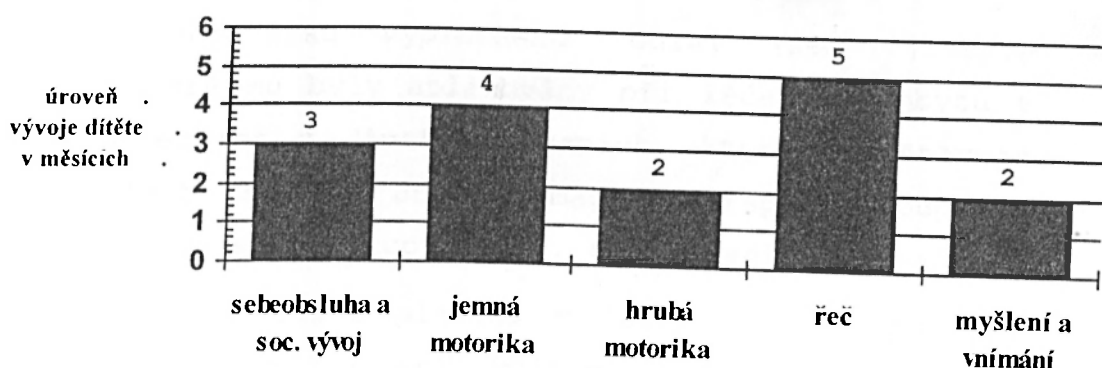
Pěta je ležící kvadruplegik, nesedí, vydává neartikulované zvuky, skřeky, brouká, neudrhuje hygienu, je celodenně plenován. Jde o imobilního chlapce, nesleduje akci horních končetin, je neschopen očního kontaktu, reaguje spíše na dotyk, má stereotypní pohyby. Je zvýšeně afektivní. Má rád zvukové hračky, je krmen, sám se napije pouze z dětské láhve, občas u něj můžeme zachytit úsměv.

Graf je sestaven dle odpovědí rodičů na dotazník. Dotazník je rozdělen na 5 částí: sebeobsluha-soc. vývoj, jemná motorika, hrubá motorika, řeč, myšlení/vnímání. Graf



vyjadřuje na jaké vývojové úrovni jsou jednotlivé oblasti vývoje dítěte (např. sociální vývoj, jemná motorika, hrubá motorika atd.). Vývojová úroveň je uváděna v měsících. Např. sociální vývoj - sebeobsluha je na úrovni ročního dítěte.

**Úroveň vývoje - Pět'a**



### Individuální výchovný a vzdělávací plán

*Rozumové schopnosti, myšlení, řeč:*

- vkládání předmětu a hraček do ruky
- používat zvukové hračky
- vysypávání, vyprazdňování materiálu ze sklenice
- stálá komunikace
- snaha o zlepšení mimoverbální komunikace

*Výtvarné dovednosti :*

- práce s keramickou hlinou (hnětení, hlazení)
- alternativní techniky - rozmazávání, prstové barvy
- vkládat pastelky do ruky
- pokus o čmáranice
- využít při práci rytmu, bouchání

*Hudební dovednosti:*

- říkadla, pohupování, manipulace se zvukovými hračkami, relaxační hudba

*Sociální návyky, chování:*

- pokusit se o pravidelné vysazování na WC

Na základě dotazníku vyplněného rodiči jsem zjistila procedury, které mu byly aplikovány při léčebném pobytu v Léčebně Železnice v Jánských Lázních, kterou navštěvuje vždy jedenkrát ročně. Jde o magnetoterapii, koupele, fyzioterapie, laserová akupunktura, hypoterapie a zábaly.

Dále matka uvádí, časté plavání v létě a domácí masáže, cvičení na míči a cvičení Vojtovy metody (instruktáž fyzioterapeutkou).

Na otázku zlepšení stavu dítěte za dobu docházení do tohoto stacionáře matka uvedla zlepšení po fyzické stránce - povolení spasmu a po mentální stránce - Péťa poznává blízké okolí a směje se.

### **Rozhovor s fyzioterapeutkou**

Péťa byl do zařízení přijat v listopadu 1997. Péťa je ležící kvadruplegik, nesedí, neleze, sedí ve speciálně upravené ortopedické židli, dolní končetiny jsou v addukci. Chlapec má těžkou mentální retardaci, nereagoval na sociální kontakty.

Za dobu navštěvování tohoto zařízení byly použity metody: reflexní lokomoce, cvičení na míči, míčkování, masáže hrudníku, myofacilitační techniky, masáže plosek ježkem.

Dále pak každý den absolvuje půlhodinovou rozcvičku a dvakrát týdně s ním individuálně cvičí fyzioterapeutka.

Díky mentální retardaci závisí cvičení na momentálním stavu Péti. Je zde však vidět efekt, a o uvolnění spasmu, zlepšení peristaltiky střev, zlepšuje se ventilace plic (dle lékařské zprávy, Péťa je astmatik), v poloze na břiše je stabilnější, více se směje.

**Z rozhovoru se speciálním pedagogem a ze zpracování dotazníku pro rodiče:**

Petr do zařízení dochází od svých 5 let. Speciální pedagog s ním pracuje podle jeho individuálního vzdělávacího programu. Pravidelně je u Petra využívána bazální stimulace, canisterapie (jedenkrát týdně). Kvůli hlubokému postižení nejen mentálnímu, ale hlavně tělesnému, nelze využívat hipoterapii. Často je používána metoda snoezelenu společně s aromaterapií.

Rodiče využívají služeb Speciálně pedagogického centra v Příbrami. Povinnost školní docházky je z důvodu těžkého postižení Petrovi každý rok odkládána.

Petr žije v úplné rodině v rodiném domě na vesnici, má mladšího sourozence, který nemá žádné zdravotní problémy. Otec veškerou péči o postiženého syna přenechal matce. Petr je na matce velmi citově závislý, i přes své hluboké postižení, vždy velice pozitivně (úsměvem, broukáním) reaguje na matky hlas. Matka se maximálně angažuje v péči o Petra, denně ho dováží do jeslí, navštěvuje s ním různé instituce a v budoucnu má v plánu zřídit chráněné dílny, které v příbramském okrese chybí.

### 3. případová studie

**Jméno:** Josef

**Datum narození:** leden 1992

*Diagnóza:* vrozený hydrocefalus, těžká mentální retardace s autistickými rysy, rozštěp v oblasti lumbální páteře, elektivní mutismus, echolálie

*Rodinná anamnéza:* negativní

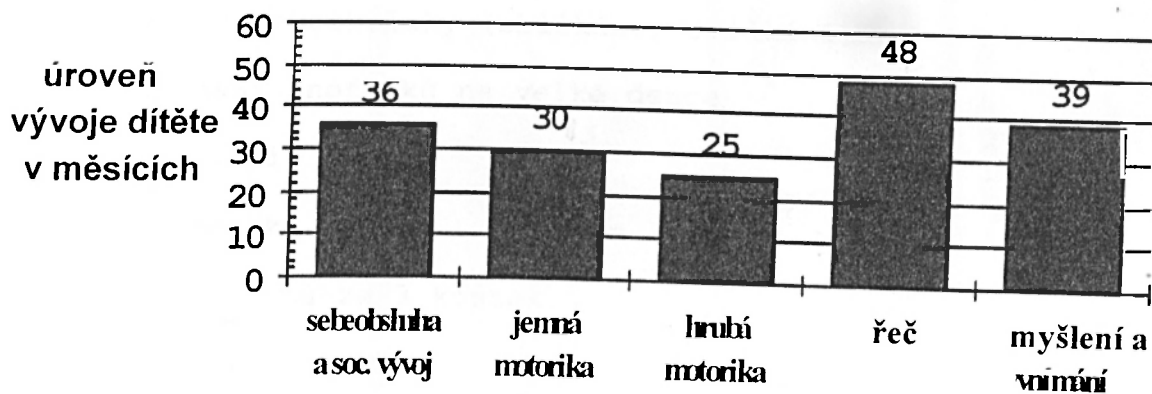
*Osobní anamnéza:* nedonošený novorozenec, dítě z první fyziologické gravidity, porod spontánně záhlavím v 7. měsíci, udržován při životě, p. h. 1400 g/p. d. 37 cm

*Psychomotorický vývoj:* vrozený hydrocefalus obou komor, od narození syndrom Dandy - Walker, zpomalený vývoj

Chlapec s autistickými rysy, levák, v sociálním kontaktu a komunikaci je nejistý, reaguje na intonaci hlasu, dobře plní rozkazy. Obtížně se soustředí, lze ho velmi lehce vyrušit. Celková motorika vážne, zvládá chůzi na krátké vzdálenosti.

Graf je sestaven dle odpovědí rodičů na dotazník. Dotazník je rozdělen na 5 částí: sebeobsluha-soc. vývoj, jemná motorika, hrubá motorika, řeč, myšlení/vnímání. Graf vyjadřuje na jaké vývojové úrovni jsou jednotlivé oblasti vývoje dítěte (např. sociální vývoj, jemná motorika, hrubá motorika atd.). Vývojová úroveň je uváděna v měsících. Např. sociální vývoj - sebeobsluha je na úrovni ročního dítěte.

## Úroveň vývoje-Pepa



### Individuální výchovný a vzdělávací plán

#### Rozumová výchova:

- poznávání zvířat a jejich mláďat
- poznávání vlastního těla
- rozvíjení logického myšlení - počítání 1 až 3
- konkretizace (ovoce = jablko, pes = zvíře)

#### Grafomotorika:

- horní a dolní oblouk oběma směry
- svislé čáry shora dolů
- svislé čáry zdola nahoru
- šikmé čáry
- tečkování
- rovnání písmen do řádků

*Diferenciační cvičení:*

- rozlišení plošných tvarů (kolečko, čtverec)
- třídění předmětů a jejich ukládání do krabiček
- rozlišení a poznávání barev

*Pracovní výchova:*

- nácvik sebeobsluhy (oblékání, svlékání)
- zapínání knoflíků na velké desce
- šněrování
- hygienické návyky
- stavba domu ze 3 kostek
- tvarování kuliček
- vykrajování „cukroví“ z plastelíny
- nalepování papíru, textilu
- ukládání kostek do krabic
- krájení plastelíny rádlem

*Hudební výchova:*

- rozlišení zvuků hudebních nástrojů
- rytmizace říkadel
- pohybové hry s dětskými popěvkami
- poslech relaxační hudby

*Tělesná výchova:*

- relaxační cvičení
- cvičení s míčkem
- lezení - prolézání tunelem
- skoky snožmo na místě
- chůze - po schodech, turistika

Dle vyplněného dotazníku rodiči uvádím činnosti, které Pepík vykonává: častá chůze s oporou i bez ní, chození do schodů. Pepík také navštívil lázně Velké Losiny, kde mu byla aplikována synergetická reflexní terapie a léčebná tělesná výchova.

Matka uvádí zlepšení ve všech činnostech, Pepík lépe chodí, je samostatnější, dochází k mírnému rozvoji řeči.

#### **Rozhovor s fyzioterapeutkou**

Pepík nastoupil do zařízení v prosinci 1998. Byl schopen chůze na krátké vzdálenosti, v sociálním kontaktu byl nejistý, řeč byla chudá, obtížně se soustředil.

Za dobu docházení do stacionáře jsou prováděny tyto procedury: míčková facilitace hrudníku a zad, masáž chodidel, kondiční cvičení, synergetická reflexní terapie, léčebná tělesná výchova - protahování zkrácených svalů a posilování, masáž plosek ježkem, cviky na udržení kloubní pohyblivosti, cvičení na míčích. Každý den je půlhodinová rozvíčka a jedenkrát týdně individuální cvičení s fyzioterapeutkou. V době, kdy navštěvoval základní speciální školu v Příbrami, docházel do zařízení ambulantně jednou týdně.

K zlepšení došlo nejen v hrubé motorice - nyní chodí samostatně, ale i v ostatních oblastech včetně verbálního projevu a výslovnosti.

**Ze zpracování dotazníku vyplněného rodiči a z rozhovoru se speciálním pedagogem:**

Pepík do tohoto zařízení nastoupil v 6 letech. Podle individuálního vzdělávacího programu s Pepou denně pracuje speciální pedagog a fyzioterapeut.

Velmi často je využíváno metody snoezelenu. Jedenkrát týdně dochází do zařízení dobrovolník se psem, které má canisterapeutické zkoušky. Jednou měsíčně Pepa navštěvuje areál Dětského domova v Lazci, kde se účastní hipoterapie. Rodiče konzultují současnou situaci s odborníky ve Speciálně pedagogickém centru v Příbrami.

Od září 2007 začne Pepa navštěvovat Speciální základní školu v Příbrami.

Pepa pochází z úplné rodiny, žije se svými rodiči v rodinném domku na vesnici, je jedináček. Rodiče se o Pepu velmi starají, důrazně po něm vyžadují ovládnutí základů společenského chování (poděkování, pozdrav atd.), kterého je Pepa schopen. Je také znát, že se rodiče Pepovi věnují, učí se s ním doma např. básničky, poznávání zvířat podle obrázků atd. Matka ovšem není ochotna plně si připustit hloubku postižení svého syna a z toho vyplývající omezení pro jeho budoucí život, ať už v pracovní nebo osobní oblasti.



## Zhodnocení šetření

Při komparaci jednotlivých případových studií jsem došla k následujícím závěrům:

Ač všichni tři klienti docházejí do stejného zařízení, je možné mezi jednotlivými případy nalézt rozdíly i shody. Shodné jsou zejména v rozsahu služeb, které jsou jim v tomto zařízení poskytovány a jsou přizpůsobeny stupni, druhu a rozsahu jejich postižení.

Velké rozdíly můžeme nalézt ve výchově dětí v rodině, na jedné straně nalézáme velmi motivované rodiče, které se svým dítětem pracují (případová studie č. 3), což má někdy až negativní vliv na dítě, neboť díky svému postižení a jeho hloubce není schopen dostatečně pochopit souvislosti dané situace a způsob chování, který je po něm rodiči vyžadován. Na straně druhé je zde opačný přístup rodiny (případová studie č. 1), kdy se péče o dítě zužuje jen na uspokojování základních potřeb, ostatní péče, výchova a snaha o rozvoj dítěte je ponechána zaměstnancům zařízení, do kterého dítě dochází. Střed mezi těmito krajními přístupy nacházíme u případové studie č. 2, kdy je klient, ač je díky svému hlubokému postižení značně omezen v přijímání podnětů z okolí, velmi citově vázán na svoji rodinu, a ta mu poskytuje přiměřenou péči ve všech oblastech jeho života.

Rozdíl také nalézáme ve věku klientů, ve kterém začali docházet do tohoto zařízení. Je zcela logické, že pokud klient do tohoto zařízení začal docházet v nízkém věku a v nejkratší možné době po zjištění postižení, byla mu okamžitě zajištěna kvalitní péče, a to od speciálně pedagogické až po zdravotní (fyzioterapie atd.), a to se velmi odrazilo v jeho stavu. Velmi výrazný posun u klientů je velmi znát v oblasti zdravotní, kdy díky pravidelné

fyzioterapeutické péči dochází ke zlepšení zdravotních problémů nebo alespoň k zpomalování regresivní tendence vývoje.

Aby mohla být zajištěna kvalitní a komplexní podpora dítěte s kombinovaným postižením a jeho rodiny, doporučila bych pro speciálně pedagogickou teorii a praxi následující:

V kontextu teorie by měla příprava studentů oboru speciální pedagogika na budoucí povolání zahrnovat i přípravu na provádění terapií a bazální stimulace, neboť je zcela evidentní, že bez těchto dovedností není možno poskytovat kvalitní a komplexní podporu dítěte s kombinovaným postižením a dosahovat tak pozitivních výsledků v praxi.

V praxi by měla převládat snaha o multidisciplinaritu a o překonávání resortismu, tak aby byla zajištěna snadnodosažitelná možnost komplexní péče o dítě s postižením ve všech oblastech, tzn. snaha o propojování resortů (školského, zdravotnického atd.), což by mělo vést k dosažení značné efektivity v poskytování podpory dítěte s postižením a jeho rodiny. Velmi důležité je také neopomíjet důležitost rodičovské role, neboť rodina je nejdůležitějším prvkem v životě dítěte.

## **Závěr**

Cílem mé diplomové práce bylo shromáždit co nejvíce informací o možnostech podpory dítěte s kombinovaným postižením a o jeho výchově.

V první kapitole jsem se věnovala charakteristickému vývoji dítěte s postižením v jednotlivých obdobích jeho života a možnostem intervence. Druhá kapitola charakterizovala diagnostické možnosti a třetí kapitola pojednávala o možnostech podpory dítěte s kombinovaným postižením a jeho rodiny. Čtvrtou část mé diplomové práce tvoří případové studie a jejich komparace.

Při zpracování diplomové práce jsem použila následující metody: analýzu odborné literatury, dotazník pro rodiče klientů, práce se záznamy jednotlivých klientů, rozhovor s fyzioterapeutkou a rozhovor se speciálním pedagogem a se zdravotnickým personálem zařízení.

Aby mohla být zajištěna kvalitní a komplexní podpora dítěte s kombinovaným postižením a jeho rodiny, doporučila bych pro speciálně pedagogickou teorii a praxi následující:

V kontextu teorie by měla příprava studentů oboru speciální pedagogika na budoucí povolání zahrnovat i přípravu na provádění terapií a bazální stimulace.

V praxi by měla převládat snaha o multidisciplinaritu a o překonávání resortismu, tak aby byla zajištěna snadnodosažitelná možnost komplexní péče o dítě s postižením ve všech oblastech.

Velmi důležité je také neopomíjet důležitost rodičovské role, neboť rodina je nejdůležitějším prvkem v životě dítěte.

Doufám, že tyto poznatky o možnostech podpory dítěte s těžkým zdravotním postižením, a zejména poznatky a doporučení vycházející z komparace jednotlivých případových studií budou přínosem v této oblasti.

## **Použitá literatura:**

1. BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v ČR.* Brno:MSD, 2005.ISBN 80-86633-37-3.
2. *Defektologický slovník.* Jinočany:Nakladatelství H & H, 2000.ISBN 80-86022-76-5.
3. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
4. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.*Jinočany: Nakladatelství H & H:2001.ISBN 80-86022-92-7
- 5.MULLER,O.*Terapie* ve speciální pedagogice.Olomouc:Universita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
6. *Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.* Usnesení vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998.
7. NOVÁK, T. *Co dítě sděluje, když nakreslí svou rodinu.* Olomouc:Rubico, 2004. ISBN 80-7346-037-8.
8. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.* Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9
9. PIPEKOVÁ, J. a kol.*Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido 1998.ISBN 80-85931-65-6
10. POLÁŠKOVÁ,D. - Vítková, M: *Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky ve výchovně vzdělávací práci s tělesně postiženými dětmi předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 1994.

11. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha:SPN, 1963.1.vydání.
12. *Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání 2005*. Praha: VÚP, 2005. ISBN 80-87000-02-01.
13. Somatopedická společnost. *Podpora dětí a žáků s těžkým a kombinovaným zdravotním postižením*. Sborník z konference společnosti VI. Praha:Somatopedická společnost, 2000.
14. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha:SPN, 1986. 6.vydání.
15. *Special Needs Education Thematic Key words (Glossary of Terms)*. European Agency for Development in special Needs Education:2005. ISBN 87-91500-40-0.
16. STRASSMEIER, W. *260 cvičení pro děti raného věku*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-85282-87-9
17. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7367-060-7
18. VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta 2004. ISBN 80-7320-063-5
19. VÁGNEROVÁ, M. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha:Karolinum, 1993.1. vydání.
20. VÁGNEROVÁ, M.-HADJ-MOUSSOVÁ, Z.-Štech, S. *Psychologie handicapu*. Praha:Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
21. VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Speciálně-pedagogická diagnostika*. Praha:IPPP, 2001.
22. VÍTKOVÁ, M. *Podpora dětí a žáků s těžkým a kombinovaným zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace*. Praha:IPPP, 2001.
23. VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno:Paído, 1998. ISBN 80-85931-51-6.

24. Vyhláška MŠMT ČR č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů.
25. Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, ve znění pozdějších předpisů.
26. Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
27. Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
28. Vyhláška MŠMT č. 127/1997 Sb., o speciálních mateřských školách a základních školách.
29. Vyhláška MŠMT č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání.
30. Vyhláška MŠMT č. 107/2005 Sb., o školním stravování.
31. Vyhláška MŠMT č. 108/2005 Sb., o školských výchovných a ubytovacích zařízeních a školských účelových zařízeních.
32. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.
33. Zákon č. 562/2004 Sb.
34. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.
  
35. Dostupné na World Wide Web:  
[www.canisterapie.info](http://www.canisterapie.info)  
[www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz)  
[www.neurocentrum.cz](http://www.neurocentrum.cz)  
[www.pomocnetlapky.cz](http://www.pomocnetlapky.cz)  
[www.ranapece.cz](http://www.ranapece.cz)

36. Časopis Speciální pedagogika. Praha: Pedagogická fakulta  
UK, 2006, č. 4.



**Příloha:**

Dotazník:

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto předloženého dotazníku. Tento dotazník je součástí mé závěrečné diplomové práce. Ráda bych zmapovala výchovu dítěte s kombinovaným postižením.

Dotazník je anonymní.

Žádám Vás o pravdivé a úplné vyplnění dotazníku a jeho vrácení.

Děkuji      Martina Jarolímková

Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor speciální pedagogika - učitelství na  
speciálních školách

Identifikační údaje:

věk dítěte:

pohlaví:

•

Žádám Vás o doplnění následujících otázek:

1) Uvedte zdravotní stav svého dítěte (diagnózu).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2) Jaké pohybové dovednosti Vaše dítě zvládá? Např. lezení po čtyřech, sed, stoj, chůze apod.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3) Navštěvujete pravidelně s Vaším dítětem (nebo jste někdy navštívili) speciálního pedagoga, fyzioterapeuta mimo toto zařízení? Jak často?

.....  
.....  
.....  
.....

4) Absolovalo Vaše dítě léčebný pobyt?

.....  
.....  
.....

5) Kde a jaké procedury mu zde byly aplikovány?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6) S jakým výsledkem?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7) Navštěvuje Vaše dítě v současné době jiné instituce kromě tohoto zařízení? Uveďte jaké (např. speciálně pedagogické centrum) a jak často?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8) Děláte s Vaším dítětem některé pohybové činnosti jako např. plavání, procházky atd.? Uveďte jak často.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9) Je Vaše dítě spíše aktivní či pasivní?

.....  
.....

10) Jsou využívány u Vašeho dítěte nějaké terapie (např. canisterapie, bazální stimulace atd.), jak často?

.....  
.....  
.....  
.....

11) Navštěvuje nebo navštěvovalo Vaše dítě nějakou školskou instituci (např. speciální mateřskou školu atd.)?

.....  
.....  
.....

12) Zlepšil se stav Vašeho dítěte za dobu docházení do Městských jeslí s odděleními pro děti s kombinovanými vadami? Uveďte v čem se zlepšil či zhoršil.

.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Děkuji za vyplnění!