

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA



Možnosti podpory dětí s kombinovaným postižením při edukaci v rehabilitační třídě

Kamila Sedláčková

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Marie Ortová

Studijní program: B - 7508

Studijní obor : Sociální a pastorační práce

Praha, červen 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem „Možnosti podpory dětí s kombinovaným postižením při edukaci v rehabilitační třídě“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 1.6.2011

.....

Kamila Sedláčková

Anotace

Bakalářská práce se zabývá možnostmi podpory při výchově a vzdělávání žáků s těžkým postižením v rehabilitační třídě. Cílem je uvést čtenáře do problematiky dětské mozkové obrny a přidružených poruch, přiblížit systém práce v rehabilitační třídě a podat přehled o jednotlivých formách podpory v rámci edukačního procesu žáků s kombinovaným postižením. Na analýze podpůrných metod a terapií využívaných u žáků Rehabilitační třídy Alžírská je ukázána potřeba používat speciální přístupy ve vzdělávání dětí s těžkým postižením. V případových studiích čtyř žáků je zdokumentována nutnost individuálního přístupu ke každému jednotlivci a pozitivní přínos aplikace podpůrných terapií do procesu edukace. Pro zpracování bakalářské práce byly využity tyto metody: obsahová analýza odborné literatury, obsahová analýza dokumentace dětí a školní dokumentace, přímé zúčastněné pozorování a nestrukturovaný rozhovor.

Klíčová slova

Kombinované postižení, dětská mozková obrna, kvadruparéza, rehabilitační třída, formy podpory, koncept bazální stimulace, terapie.

Summary

This thesis deals with the possibilities of support for the education of students with severe disabilities in rehabilitation class. The aim is to introduce readers to the problems of cerebral palsy and related disorders, to bring the system works in the rehabilitation class and provide an overview of the various forms of support in the educational process of students with multiple disabilities. An analysis of support and treatment methods used by pupils Rehabilitation Algerian class is shown a need to use special approaches to the education of children with severe disabilities. In the case studies of four students is documented necessity of individual approach to each individual application and the positive benefits of applying supportive therapy in the process of education. For bachelor thesis I used the following methods: content analysis of literature, content analysis of documentation of children, content analysis of school records direct participant observation and unstructured interview.

Keywords

Multiple disabilities, cerebral palsy, quadriplegia, rehabilitation class, forms of support, the concept of basal stimulation, therapy.

Poděkování

Děkuji Mgr.Ortové za přínosné podněty, které mi poskytovala při vedení mé práce.

Děkuji svému manželovi a dětem, za jejich trpělivost, lásku a toleranci.

Děkuji Marušce Satkové za dokonalé zasvěcení do práce v rehabilitační třídě, její rady a osobní i duchovní podporu.

Děkuji všem mým spolupracovnicím za příjemnou atmosféru v naší škole.

OBSAH

Úvod.....	7
<u>1.DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA JAKO KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....</u>	9
1.1. Příčiny vzniku DMO.....	9
1.2. Formy DMO.....	10
1.3. Poruchy přidružené s DMO.....	12
1.4. Kvadruparetický vývoj.....	13
<u>2. REHABILITAČNÍ TŘÍDY ZÁKLADNÍ ŠKOLY SPECIÁLNÍ.....</u>	15
2.1. Organizace vzdělávání.....	15
2.2. Obsah vzdělávání v rehabilitační třídě.....	15
2.3. Základní cíle edukace v rehabilitační třídě.....	16
2.4. Zásady a principy edukace v rehabilitační třídě.....	17
2.5. Specifika edukace žáků v rehabilitační třídě.....	18
<u>3.REHABILITAČNÍ TŘÍDA ALŽÍRSKÁ.....</u>	20
3.1. Žáci.....	20
3.2. Personální obsazení.....	21
3.3. Režim dne.....	21
3.4. Prostorové vybavení.....	23
<u>4. FORMY PODPORY PŘI EDUKACI DĚTÍ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....</u>	25
4.1. Přehled a analýza podpurných metod a přístupů.....	25
4.1.1. Bazální stimulace.....	25
4.1.2. Facilitační techniky.....	30
4.2. Terapie a terapeutické metody.....	35
<u>5. PŘÍPADOVÉ STUDIE.....</u>	44
5.1. Klárka.....	45
5.2. Lukáš.....	48
5.3. Filip.....	51
5.4. Dan.....	54
5.5. Shrnutí.....	57
Závěr.....	58
Literatura.....	60

**„Láska vidí člověka tak, jak ho Bůh míní.“
(Friedrich von Hardenberg)**

ÚVOD

„V každodenním kontaktu s lidmi ve stavu extrémně redukováných aktivit a funkcí se pedagogům i terapeutům potvrzuje zkušenost, že lidské tělo dokáže dostatečně nereflektivně a neverbálně komunikovat, je-li pravidelně oslovováno a je-li vhodně vybízeno k bazálnímu dialogu.“¹

Pracuji v rehabilitační třídě základní školy speciální jako asistentka pedagoga – vychovatelka. Každý den se setkávám s dětmi s těžkým postižením, snažím se pochopit jejich přání a potřeby, pomoci jim vyjádřit jejich pocity. Proto se chci v bakalářské práci zabývat možnostmi podpory při edukaci těchto dětí. Závažnost postižení zabraňuje těmto dětem komunikovat a chovat se na úrovni, která je pro zdravého člověka běžná a pochopitelná. Přijmout dítě s postižením takové, jaké je, v jeho jedinečném a neopakovatelném bytí, s jeho vývojovými zvláštnostmi a specifickými možnostmi rozvoje jeho schopností, je nelehký úkol, se kterým se musí potýkat v první řadě rodiče dětí a blízcí příbuzní, ale také širší okolí, které přichází s dítětem do styku – pedagogové, zdravotníci a další odborníci.

Při studiu potřebné literatury mně oslovil citát S. Kierkegaard: *„Má-li se mi podařit dovést někoho k určitému cíli, musím se sám nejdříve dostat tam, kde je on a začít právě odtud. Kdo toto nedokáže, hrubě se plete, když si myslí, že může pomoci druhým. Abych mohl někomu pomoci, musím dozajista znát a umět víc než on, ale nejdřív musím pochopit, co chápe on. Pokud toto nedokážu, je zcela lhostejné, že znám a vím víc. Neuvědomím-li si toto, nedokážu nikomu opravdu pomoci.“²*

Jak uvádí Procházková, děti s těžkým postižením můžeme rozdělovat do nejrůznějších skupin. Můžeme zkoumat, kdy k postižení došlo, jaké jsou jeho příčiny, závažnost, důsledky. Víme, co těmto dětem chybí, co jim nejde, co neumí a nikdy se nenaučí, méně se však soustředíme na to, co chtějí, dokážou a se správnou podporou zvládnou.³

¹ Hájková 2009, str..5

² S Kirkegaard in Hanák, 2005

³ Procházková in Hájková, 2009

V oblasti výchovy a vzdělávání je tedy značně důležitou a zároveň náročnou úlohou profesionálů poskytujících speciálně pedagogickou péči najít vhodné prostředky ke komunikaci, k aktivaci a využití potenciálu těchto dětí, k rozvoji jejich schopností. Požadavky individuálního přístupu, komplexnosti péče a respektování specifických potřeb a možností dětí s nejtěžšími formami postižení v rámci výchovně vzdělávacího procesu splňuje podle zkušeností z praxe zařazení těchto dětí do rehabilitačních tříd základní školy speciální s rehabilitačním vzdělávacím programem.

Při vzniku rehabilitačních tříd hrálo důležitou roli právě přesvědčení, že i děti s nejtěžšími formami postižení, které potřebují maximální dopomoc a jejich úroveň aktivity je minimální, jsou schopny při poskytnutí potřebné podpory a speciálního vedení získávat nové zkušenosti, zážitky a tím pádem se i učit. Bylo tak překonáno obecné smýšlení, že jedinci s těžkým postižením jsou nevzdělavatelní a vyžadují jen zdravotní péči.

K zabezpečení procesu edukace v rehabilitační třídě je nutná úprava prostředí, uplatňování speciálních přístupů a využívání specifických a alternativních forem výuky. V poslední době je této oblasti speciální pedagogiky věnována mnohem větší pozornost. Jednotlivé postupy, metody a techniky se modernizují, získávají se nové zkušenosti ze zahraničí, díky kreativitě a tvořivosti pedagogů vznikají nové nápady a možnosti k rozvoji dětí. Svědčí o tom velká nabídka různých vzdělávacích kurzů a seminářů zaměřených na vzdělávání dětí s kombinovaným postižením.

Za cíl mé práce jsem si stanovila shromáždit možnosti, které lze využít při práci s dětmi s kombinovaným postižením v rehabilitační třídě a podat ucelený přehled o jednotlivých formách podpory v rámci edukačního procesu těchto žáků. Ve své práci chci analyzovat konkrétní terapie a podpůrné metody využívané u žáků Rehabilitační třídy Alžírská, popsat práci v této třídě a individuální působení na jednotlivé žáky.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole bych chtěla přiblížit problematiku dětské mozkové obrny, a to zejména kvadruparetické formy a dalších přidružených diagnóz, které se v mnoha případech vyskytují v kombinaci s tímto postižením. Ve druhé kapitole je nastíněn systém výchovy a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením, pozornost je věnována především edukačnímu procesu v rehabilitační třídě se zaměřením na popis jeho hlavních zásad a specifík. Ve třetí kapitole je charakterizována Rehabilitační třída Alžírská v Praze 6, její režim a způsob

fungování. Teoretický přehled jednotlivých forem podpory u žáků Rehabilitační třídy Alžírská je popsán ve čtvrté kapitole. Pátá kapitola obsahuje případové studie čtyř žáků této třídy spolu s analýzou konkrétních metod a přístupů.

Ke zpracování bakalářské práce byly použity tyto metody: obsahová analýza odborné literatury, obsahová analýza dokumentace dětí a školské dokumentace, přímé zúčastněné pozorování a nestrukturovaný rozhovor.

1. DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA JAKO KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

Dětská mozková obrna (DMO) je poškození mozku vzniklé před porodem, za porodu nebo krátce po něm (v období prenatalním, perinatálním a postnatálním) a projevující se převážně v poruchách vývoje hybnosti. V odborné literatuře je rovněž někdy užíván název cerebrální paréza. Tím je vyjádřeno, že jde o centrální poruchu svalové funkce, nikoliv o úplné ochrnutí.⁴

1.1. Příčiny vzniku DMO

Výskyt dětské mozkové obrny se pohybuje v rozsahu 1,5 – 3 na 1000 živě narozených dětí. DMO vzniká jako následek poškození centrálního nervového systému. **Příčiny** jejího vzniku jsou četné. Mnohdy se je nepodaří zcela objasnit. Patří mezi ně např. infekce matky v prvním trimestru těhotenství (toxoplazmóza, zarděnky, virus oparu atd.) krvácení matky v počátečním období těhotenství, toxické vlivy různých chemických látek (alkohol, drogy, rtuť apod.), záření (rentgenové, radiové, nukleární), oběhové poruchy, nedonošenost nebo přenošenost plodu, Rh- inkompatibilita, dlouhotrvající (protrahovaný) porod, porod překotný, porod koncem pánevním, asfyxie novorozence (patologické stavy, podmíněné selháním dodávky kyslíku), těžká novorozenecká žloutenka atd. Do postnatálních příčin v kojeneckém období patří závažné poranění lebky a mozku, bakteriální meningoencefalitida, virová encefalitida a následky toxických a metabolických encefalopatií.⁵

⁴ Jankovský, 2006

⁵ Opatřilová, 2005

1.2. Formy DMO

Podle typu hybného postižení se rozlišují různé **formy dětské mozkové obrny**. Užívá se základní rozdělení na formy spastické a nespastické.⁶

Spastické formy se vyskytují nejčastěji, mohou být různého stupně. Tyto formy vznikají jako následek poškození pyramidové dráhy, tj. centrálních motorických neuronů v jakékoli lokaci jejich průběhu, tzn. od kůry čelního laloku až po rozvětvení motorických buněk v předních rozích míšních. Charakteristickými projevy spastických forem DMO jsou poruchy aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie a stereotypní pohyby. Po psychické stránce se tyto děti vyznačují zvýšenou úzkostností, nejistotou a zhoršeným přijímáním sebe sama.

forma diparetická -- nejčastějšími etiologickými faktory této formy DMO je nedonošenost a relativně vysoká frekvence perinatálních faktorů. Z neuropatologického hlediska je tato forma DMO charakterizována mozkovými lézemi v oblasti temenní. Při této formě DMO dochází k postižení převážně dolních končetin. Spasticitou jsou nejčastěji postiženy abduktory stehna, plantární flexory nohy a flexory bérce. Hybnost a funkčnost horních končetin bývá relativně zachována a intelekt nebývá narušen. Potenciální odlišnost v intelektové oblasti může být ve struktuře myšlenkových operací a procesů. Chůze bývá "nůžkovitá", jedinec našlapuje na špičku, s pokrčenými koleny při spasticitě bérceových flexorů. Vzhledem k zachovanému intelektu a možnosti příznivého kognitivního vývoje je prognóza této formy DMO pozitivní.⁷

forma hemiparetická – u 75% případů této formy se předpokládá vliv prenatálních faktorů. Téměř 25% dětí se rodí předčasně. V rámci pohlaví bývají touto formou DMO postiženi častěji chlapci a mírně převažuje pravostranné postižení. Neuropatologický nález bývá umístěn na hemisféře protilehlé tělesnému ochrnutí. Může se jednat o atrofii laloků, vrozenou absenci části mozku či jinak vzniklou mozkovou dutinu. Tato forma DMO se projevuje spastickou obrnou horní i dolní končetiny jedné poloviny těla s větší mírou postižení na horní končetině. Ta bývá držena ve flexi – připomíná složené ptačí křídlo, zatímco dolní končetiny se jeví digitigrádně, tzn. postižený došlapuje na špičku.

⁶ Jankovský, 2001

⁷ Kraus, 2005

Při postižení pravé hemisféry bývá intelekt lehce subnormální, v případě levé hemisféry se asi v polovině případů neprojevují známky kognitivní retardace, u poloviny dětí bývá inteligence snížena do pásma lehké mozkové retardace. K této formě se nejčastěji přidružuje epilepsie, která postiženého často omezuje v jeho životě intenzivněji než samotná existence hybného postižení.⁸

forma kvadraparetická – nejtěžší forma DMO. Předpokládá se, že prenatální etiologii má 1/3 postižených, pre- a perinatální etiologie se vyskytuje u 16%, u 18% shledáváme etiologii postnatální a u 12% dětí je etiologie nerozpoznatelná. Hledisko subforem této formy DMO určuje také lokace mozkové léze. Jedná-li se o větší postižení dolních končetin s menším postižením horních končetin, jde převážně o poškození mozkového kmene. Druhá subforma kvadraparetické formy DMO je charakteristická větším postižením horních končetin, neboť mozková léze je umístěna na obou hemisférách předního mozku. Prognóza je u této subformy mnohem horší než u první, protože je narušena nejen motorika, ale přidružuje se také postižení intelektové stránky. V klinickém obraze dominuje těžká retardace. Znamená spastickou parézu nebo plegii všech čtyř končetin. Klinický obraz této formy DMO připomíná oboustrannou hemiparézu, dále jsou přítomny parézy mozkových nervů. Z logopedické oblasti se vyskytuje alálie nebo významná dysartrie. Z důvodu velkého výskytu těžkého mentálního postižení je prognóza této formy DMO velmi nepříznivá a nejvíce postižené děti neopustí ve vývoji neonatální stupeň.⁹

Nespastické formy jsou na rozdíl od spastických charakterizovány absencí svalového napětí.

hypotonická forma -- tato forma DMO je nejčastějším případem infantilního hypotonického syndromu. Jedná se o chabou vývojovou obrnu, která se mění v důsledku zranění mozku. Výraznější je zpravidla postižení dolních končetin a oslabení svalového tonu trupu. V závislosti na dozrávání mozkových struktur tato forma DMO po třetím roce věku mizí nebo se mění na jinou formu DMO -- zpravidla spastickou nebo dyskinetickou. Přetrvává-li tato forma i po čtvrtém roce věku dítěte, hovoříme o tzv. setrvalém hypotonickém syndromu. K této formě DMO se často přidružuje mentální retardace.

⁸ Kraus, 2005

⁹ Kraus 2005

forma extrapyramidová– dyskinetická - tvoří kolem 10% případů DMO. Tato forma má charakteristické klinické projevy. Člení se na dvě podskupiny - hyperkinetická a dystonická. V případě hyperkinetické podskupiny dominují masivní, nápadně neúčelné mimovolní pohyby. V dystonické podskupině jsou charakteristické náhlé abnormální změny svalového tonu. Jde zejména o zvýšení svalového tonu extenzorů trupu při emočních podnětech nebo při snaze o pohyb či změnu postury. Mimovolní pohyby mohou být různého druhu:

- atetoidické -- vlnovité, hadovité, pomalé v klidu i v činnosti
- choreatické -- drobné rychlé pohyby
- balistické -- prudké, trhavé pohyby
- myoklonické -- drobné pohyby jednotlivých svalových skupin¹⁰

Specifické symptomy DMO

Hypertonie – vyšší svalové napětí, komplexní porucha svalového tonu, svalová tuhost, rezistence vůči protažení.

Hypotonie – nižší svalové napětí, příznak centrální poruchy hybnosti, dítě dělá uvolněný nebo ochablý dojem.

Spasticita – komplexní porucha svalového tonu, způsobená zvýšením tonických napínavých reflexů, jeden z nejzávažnějších a nejrozšířenějších symptomů poškození centrálního nervového systému. Bývá doprovázená bolestivými vjemy, může vést ke vzniku kontraktur. Projevuje se nápadným záklonem hlavy, flekčním držením horních končetin a extenčním držením dolních končetin.

Diskinezy - nerovnoměrné svalové napětí – abnormální, vůlí neovlivnitelné mimovolní pohyby, které ruší normální hybnost.¹¹

1.3. Poruchy přidružené s DMO

U jednotlivých forem dětské mozkové obrny se v různé míře projevují i jiná poškození. Dětská mozková obrna je často kombinována s mentální retardací, epilepsií, smyslovými poruchami a poruchami řeči.

U dětí s DMO je **mentální postižení** s ohledem na sociální důsledky patrně nejzávažnější přidruženou poruchou. Jedná se o souhrnné označení vrozeného nebo

¹⁰ Kraus 2005

¹¹ Sekáčová, 2008

časně získaného defektu rozvoje rozumových schopností. Ten je obvykle doprovázen poruchami adaptace, tedy nižší schopností orientovat se v daném prostředí. Vývoj jedince je opožděný a trvale zaostává. Nedostatečný rozvoj myšlení u těchto dětí omezuje schopnost učení a ztěžuje sociální adaptaci na běžné životní podmínky. U dětí s DMO celkově dochází k mentální retardaci asi v 1/3 až 1/2 případů. Nejmenší procento dětí s poškozeným intelektem je u formy dyskinetické, hemiparetické a diparetické. Závažné mentální postižení provází zejména kvadruparetickou a hypotonickou formu.

Výskyt **epilepsie** u dětí a dospělých s DMO uvádí různé studie značně odlišně. Četnost se pohybuje od 15 do 55 %. Při současné přítomnosti mentální retardace s dětskou mozkovou obrnou se výskyt epilepsie zvyšuje na 71 %.

Dětská mozková obrna je často doprovázena i **smyslovými poruchami**. Přibližně polovina těchto dětí má **vadu zraku**. Jednou z nejčastějších vad je šilhání (strabismus) a nystagmus. U dětské mozkové obrny nejsou vzácné ani **poruchy sluchu**, které jsou přítomny asi ve 20 % případů. **Poruchy řeči** jsou zaznamenány až u 75 % dětí s dětskou mozkovou obrnou. Nezřídka se objevují **poruchy somatického růstu**. Děti s těžší formou dětské mozkové obrny (zejména kvadruparetickou) somaticky neprospívají. To se projevuje zaostáváním tělesného růstu a vývoje při srovnání s jejich vrstevníky. U některých dětí s dětskou mozkovou obrnou se vyskytují **poruchy citlivosti**, při kterých je porušeno např. vnímání doteku či bolesti. Někdy je porušeno vnímání jednotlivých částí vlastního těla nebo schopnost rozeznávat předměty pouhým hmatem. Objevují se i **ortopedické komplikace** – luxace kyčelního kloubu a zkrácení Achillových a koleních šlach, které brání chůzi a je nutné je operovat.¹²

1.4. Kvadruparetický vývoj

„Znalost vývoje dětí s různými formami dětské mozkové obrny je důležitá nejen pro fyzioterapeuty, kteří s dětmi denně cvičí, aby zabránili rozvoji obrazu tohoto onemocnění, ale je důležitá také pro speciální pedagogy, pracující s těmito dětmi, ať v mateřské škole, či ve škole základní, pro odborníky pracující v poradenství, stejně tak pro logopedy a další terapeuty.“¹³ Protože má většina žáků popisované rehabilitační třídy diagnostikovanou kvadruparetickou formu DMO, chtěla bych přiblížit základní

¹² srov. Opatřilová, 2005, kraus, 2005, Vítková 2006, Janovský 2006,

¹³ Vítková, 2006, str. 57

charakteristiku této diagnózy. Podle Vítkové je kvadruparéza globální poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti mozkové kůry, při kterém je narušena celková senzomotorika těla i hlavy. Příčiny mohou být různé a mohou být poškozena také další funkční centra CNS. Z tohoto důvodu se dají očekávat smyslové vady, symptomatické poruchy řeči, epilepsie, a další. Těžké formy kvadruparézy jsou nápadné už v novorozeneckém věku chyběním primárních reflexů (sací, polykací), někdy je nutné krmit děti sondou. V prvních týdnech života je nápadné natažení dolních končetin, ohnutí rukou a opistotonické držení hlavy. Spontánní pohyblivost je omezena těžkou hypertonií. Kolem třetího měsíce zůstává postavení jako u novorozence v prvním trianonu. Dítě se podle vzoru z prvního trianonu pokouší pohybovat a vzpřimovat. *„Čím větší je touha dítěte po pohybu a iniciativa dítěte, tím dříve se bohužel fixuje chybný (patologický) vzor.“*¹⁴ Hlava se odvrací od více postižené strany do fixované polohy tonického šíjového reflexu, což způsobuje skoliotické držení páteře, asymetrii hlavy a obličej s následkem luxace kyčle. Pro hypertonii svalstva je typické, že jsou znesnadněny všechny pohyby otáčení do stran, jak hlavou, tak celým tělem. Pokud není možná kontrola hlavy a trupu, nedá se dosáhnout samostatné chůze. V tomto případě je třeba docílit pevného sedu, z kterého je možné volně pohybovat hlavou a rameny. Dokud se dítě udrží v sedu jen s námahou, je narušena motorika rukou. Nedosáhne se úchopu celou rukou, dítě zkouší druh pinzetového úchopu, ruka je vytočena v zápěstí směrem dolů a ven, zůstává bez síly, pevný stisk není možný. Stejně je postižena oblast úst v důsledku nedostatečného držení hlavy, ramen a trupu. Ústa se daří zavřít jen s námahou, dochází k salivaci. Schopnost žvýkání a polykání je snížena, chybí postranní pohyb jazyka, potrava je rozmělnována jazykem na patře. Ztížen je vývoj řeči – chybným držením hlavy je narušen výdechový proud, nepohyblivý jazyk znemožňuje vokalizaci, chybějící uzávěr úst znesnadňuje výslovnost retných hlásek. Chudá mimika nemůže podpořit verbální komunikaci. Vnímání zůstává nezpracované, málo diferencované, často se redukuje jen na distanční smysly, jako je sluch a zrak. Už od kojeneckého věku chybí vestibulární stimulace, následkem je strach z pohybu a prostoru. Dítě je odkázáno na sled dějů, který je stále stejný, je málo připraveno na změnu situace, uzavírá se před novými zkušenostmi. Výuka takto postižených dětí probíhá zpravidla v rehabilitačních třídách základní školy speciální.¹⁵

¹⁴ Vítková,2006,str.55

¹⁵ Vítková,2006

2. REHABILITAČNÍ TŘÍDY ZÁKLADNÍ ŠKOLY SPECIÁLNÍ

Švarcová¹⁶ vymezuje okruh žáků, pro které je rehabilitační vzdělávací program adekvátní a přínosný, jako žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením, s těžkým zdravotním postižením nebo souběžným postižením více vadami, u kterých je však vždy zastoupeno mentální postižení. Žáci jsou často omezeni v pohybových dovednostech, obvyklé jsou poruchy komunikačních schopností, přidružené smyslové vady různé závažnosti a další zdravotní omezení.¹⁷

2.1. Organizace vzdělávání

Docházka do rehabilitační třídy je **desetiletá**, rozdělená do dvou pětiletých stupňů. Vnitřní členění rehabilitační třídy nevychází z věkových charakteristik žáků, ale z úrovně jejich individuálních schopností a potřeb. Podle Vyhlášky 73/2005 Sb. mohou ve třídách zabezpečovat výchovně-vzdělávací činnost souběžně **tři pedagogičtí pracovníci**, z nichž jeden je asistent pedagoga. Počet žáků je stanoven na **čtyři až šest ve třídě**. Žáci si v rehabilitační třídě plní celou povinnou školní docházku. Mezi rehabilitační třídou a dalšími třídami základní školy speciální funguje plná prostupnost - v případě, že se u žáka zjistí akcelerace jeho rozumových schopností, a to v kterékoli etapě jeho povinné školní docházky, je možné a vhodné převést ho do jiné třídy základní školy speciální. Hodnocení výsledků žáků je formou **slovní zprávy**.

2.2. Obsah vzdělávání v rehabilitační třídě

Obecnou snahou v rámci výchovy a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením je dosažení optimálního rozvoje osobnosti žáků a kvality jejich života s přihlédnutím k možnostem daným postižením. U dětí v rehabilitační třídě se ve většině případů nepočítá s osvojením trivia.¹⁸ Od počátku školního roku 2010/2011 je vzdělávání na základní škole speciální realizováno dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální (RVP ZŠS) - jednotlivé školy si jej pak podle svých potřeb upraví a konkretizují do vlastních školních vzdělávacích programů. Rehabilitačních tříd

¹⁶ Švarcová in Vítková, 2006

¹⁷ Švarcová, 2006

¹⁸ Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007

se týká především druhá část RVP ZŠS – Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

RVP ZŠS rozděluje obsah vzdělávání do pěti vzdělávacích oblastí, které jsou tvořeny různými navzájem prostupujícími vzdělávacími obory:

1. **Člověk a komunikace:** Rozumová výchova - rozvíjení poznávacích schopností, logického myšlení a paměti, rozvíjení grafických schopností a Řečová výchova
2. **Člověk a jeho svět:** Smyslová výchova - rozvíjení zrakového, sluchového, hmatového vnímání, prostorová a směrová orientace, rozvíjení čichového a chuťového vnímání.
3. **Umění a kultura:** Hudební výchova, Výtvarná výchova
4. **Člověk a zdraví:** Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova, Rehabilitační tělesná výchova
5. **Člověk a svět práce:** Pracovní výchova - sebeobsluha, práce s drobným materiálem, práce montážní a demontážní, pěstitecké práce, práce v domácnosti.

2.3. Základní cíle edukace v rehabilitační třídě:

- Rozvoj **komunikačních dovedností** – podle specifických možností a potřeb žáků, umožnění navazování vztahů s okolím, ovlivňování okolního dění.
- Snaha o **pohybový rozvoj** – dosažení co nevyšší míry pohyblivosti, umožnění autonomie v prostředí.
- Rozvíjení žákovy **pozornosti, vnímavosti a poznání** v přímé souvislosti s rozvojem pohybových funkcí.
- Osvojení si základních **hygienických návyků** a činností týkajících se **sebeobsluhy** – odkázání na pomoc druhé osoby jen do té míry, kolik je to nutné.
- **Kultivace osobnosti** žáků, rozvoj estetického cítění a zájmů, výtvarných a hudebních schopností, nejjednodušších pracovních dovedností, rozvíjení schopnosti spolupráce s blízkými osobami.
- Působení na **chování žáků** – aby soužití s nimi nekladlo mimořádné nároky na jejich okolí.¹⁹

¹⁹ srov. RVP ZŠS, Vítková, 2006, Valenta, Müller, 2007

2.4. Zásady a principy edukace v rehabilitační třídě

Vzdělávání žáků se závažným mentálním postižením a kombinovanými vadami klade vysoké nároky na péči, vyžaduje neustálý dohled, uplatňování speciálně pedagogických postupů a alternativních metod výuky. Podle Vítkové²⁰ musí všechna podpůrná opatření směřovat k rozvíjení celé osobnosti žáka, nemají sloužit pouze k tréninku jednotlivých funkcí. Z toho vyplývá nutnost spolupráce s poradenskými pracovníky ze speciálně pedagogických center, s odborníky z různých vědních oborů jako je pediatr, neurolog, ortoped, stomatolog, logoped, psycholog a další, a v neposlední řadě také s rodiči žáků.

Velmi důležitý je dále důraz na respektování individuality každého žáka. „*Pedagog má za úkol přistupovat ke svému protějšku jako k jedinečné bytosti a vyvinout adekvátní formy k podpoře jeho vývoje.*“²¹ Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami mají na základě legislativy právo být vzdělávání podle **individuálního vzdělávacího plánu (IVP)**²². Smyslem IVP je respektování speciálních vzdělávacích potřeb a tím přiblížení vzdělávání každému jedinci s postižením. IVP sestavuje pedagogický tým rehabilitační třídy, odborní pracovníci speciálně pedagogického centra, rodiče či zákonní zástupci dítěte a další odborníci zajišťující péči o dítě. Plán je v pravidelných intervalech kontrolován a na základě efektivity a dosažených výsledků doplňován a měněn. IVP vychází z posouzení dosažené úrovně vědomostí a dovedností žáka v dané oblasti a stanoví jednotlivé cíle, jichž má být dosaženo v určitém časovém období. Tvorba IVP je podložena komplexní psychologickou, speciálně pedagogickou a pedagogickou diagnostikou.²³ K principům péče o žáky v rehabilitačních třídách patří zásada kooperace – tedy realizace takové edukace, která nechápe jednotlivce jako pasivního příjemce daných podnětů, ale jako aktivního spolutvůrce edukace.²⁴ Důležitou zásadou je též orientace na praktické jednání – žák se neučí izolované postupy, které pro něho nemají význam, protože v praktickém životě by se s nimi nikdy nesešel. Cvičení musí být zasazena do určitého smysluplného rámce, aby byly zachovány souvislosti k reálným životním situacím²⁵.

²⁰ Vítková 2004

²¹ Fröhlich in Vítková, 2004, str. 326

²² *Vyhláška č. 73/2005 Sb.*

²³ Černá, 2008

²⁴ Vančová in Opatřilová, 2005

²⁵ Vítková, 2004

2.5. Specifika edukace žáků v rehabilitační třídě

Výchovně vzdělávací proces v rehabilitační třídě je v mnoha ohledech odlišný od forem, obsahů a metod výuky v jiných třídách - ať už běžných škol, tak často i škol speciálních. Následuje stručný popis nejvýraznějších specifík edukačního procesu v rehabilitační třídě:²⁶

- **Charakter vyučování** je uspořádán jako otevřený variabilní proces, režim dne je rozdělen na pravidelné střídání výuky, odpočinku a hry, které odpovídá možnostem zatížení žáků. Nutná je častá improvizace podle aktuálního zdravotního a psychického stavu dětí. Značnou část denního programu zabírá ošetrovatelská péče. Důležité je zajištění atmosféry jistoty a bezpečí ve třídě jako základu pro vytváření vztahů.
- Používání **speciálních a netradičních metod a forem výuky** – nejrůznější stimulace jednotlivých smyslů, pohybového vývoje apod., používání různých druhů terapií nebo jejich prvků.
- Nutnost **úpravy prostředí, speciální materiální vybavení třídy** - doporučují se dvě místnosti – kromě učebny by měla být k dispozici místnost pro relaxaci a individuální práci se žákem. Rehabilitační třída by měla být vybavena vhodným zařízením, nábytkem a kompenzačními pomůckami potřebnými k rozvíjení hybnosti žáků a dalších dovedností (speciální sedačky, pracovní stoly se sklopnými deskami, vertikalizační stojan, polohovací pomůcky, speciální přístroje a nádobí apod.).
- Využívání **augmentativních a alternativních systémů komunikace** z důvodu časté narušené komunikační schopnosti u žáků, mnohdy neschopnosti tvořit řeč vůbec. Mezi nejčastější metody užívané při alternativní a augmentativní komunikaci můžeme zařadit prostředky nonverbální komunikace - mimika, gesta, znaky, například Makaton, Znak do řeči, dále používání předmětů, obrázků, fotografií, symbolů - piktogramy, Bliss systém a jejich případné spojování do komunikačních tabulek. V neposlední řadě se využívají různé

²⁶ Vítková, 2004, 2006; Valenta, Müller 2007; Vyhláška 73/2005 Sb.; RVP ZŠS

technické pomůcky – hlasové komunikátory, alternativní klávesnice, spínače apod.

- Intenzivní **rozvíjení motoriky žáků** v rámci výchovně vzdělávacího procesu z důvodu úzkého spojení rozvoje motoriky a psychických funkcí – do denního režimu je zakomponováno pravidelné rehabilitační cvičení, různé formy rehabilitační tělesné výchovy a relaxačních činností, polohování žáků.
- **Úzká spolupráce s rodinou žáků** – velká provázanost péče ve školním a domácím prostředí. S rodiči je nutné konzultovat zdravotní stav žáků, možnosti rozvoje v jednotlivých oblastech, předávat si zkušenosti s péčí o žáky v různých prostředích – osvědčily se instruktáže a zácvik rodičů v různých oblastech péče o děti – polohování, různé druhy stimulací apod.

Vítková²⁷ mezi specifika edukace žáků s těžkým mentálním a kombinovaným postižením řadí také extrémně pomalé tempo vývojových změn, dále nutnost důkladné a dlouhodobé funkční speciálně pedagogické diagnostiky. Vítková upozorňuje, že výsledky edukačních snah ovlivňuje zdravotní stav a aktuální stav průčeschnosti žáka, a že speciálně edukační a stimulační aktivity často nevyvolají u žáků zpětnou vazbu. Vašek²⁸ vyvozuje z výše uvedených specifík nutnost vícenásobného opakování informací žákům, nadměrné zvýraznění informací a zapojení více smyslových kanálů k jejich přijímání.

²⁷ Vítková, 2004

²⁸ Vašek in Opatřilová, 2005

PRAKTICKÁ ČÁST

V další části mé práce chci popsat konkrétní metody práce s dětmi s kombinovaným postižením. Ve třetí kapitole je přiblížena rehabilitační třída základní speciální školy v Alžírské ulici na Praze 6, její žáci, personál, režim dne a prostorové zázemí. Ve čtvrté kapitole uvádím analýzu podpůrných metod využívaných při práci v této třídě. V poslední kapitole jsou na případových studiích čtyř žáků rozebrány účinky jednotlivých podpůrných metod a jejich zhodnocení.

3. REHABILITAČNÍ TŘÍDA ALŽÍRSKÁ

Rehabilitační třída je součástí dislokovaného pracoviště **Základní školy speciální Rooseveltova** v Praze 6. Zřizovatelem Základní školy speciální je Magistrát hl. m. Prahy. Personál sestává ze speciálně pedagogických pracovníků (učitelé, vychovatelé – asistenti učitele, odpolední vychovatel). Detašované pracoviště vzniklo na podzim roku 1992. Původně bylo zařízení určeno především pro žáky s autismem a mentálním postižením. V roce 2006 proběhla kompletní rekonstrukce objektu včetně nástavby nového patra, díky které je dnes možné v objektu vzdělávat i děti s kombinací těžkého fyzického, mentálního a smyslového postižení. Na pracovišti jsou umístěny dvě třídy pro děti s autismem a dvě třídy rehabilitační (jedna přímo v budově školy, druhá v objektu sousedního dětského rehabilitačního stacionáře.) Hlavním partnerem autistických a rehabilitačních tříd je občanské sdružení Strom, mezi jehož hlavní aktivity patří organizace veřejných akcí a finanční podpora školy.²⁹ Rehabilitační třídy úzce spolupracují se Stacionářem DAR.

3.1. Žáci

Rehabilitační třídu navštěvuje momentálně pět dětí s kombinovaným postižením:

1. **Dan:** 18 let, ročník R9, dg.: DMO – spastická kvadruparetická forma, psychomotorická retardace, epilepsie, zraková vada
2. **Lukáš:** 17 let, ročník R9, dg.: DMO – spastická kvadruparetická forma, psychomotorická retardace, epilepsie

²⁹ <http://strom.kbx.cz/Tridy-Alzirska/?c=Nastenka>

3. **Mírek:** 13 let, ročník R5, dg.: dětský autismus, psychomotorická retardace, epilepsie, strabismus
4. **Filip:** 12 let, ročník R4, dg.: DMO – těžká forma spastické infantilní diparesy s kvadru pyramidovou symptomatologií, psychomotorická retardace, epilepsie, mikrocephalie, atrofie papil, strabismus
5. **Klárka:** 11 let, ročník R4, dg.: DMO – hypotonická forma s dyskinetickou a cerebellární (dystaktickou) příměsí, těžká psychomotorická retardace, mikrocephalie, mozková atrofie, sekundární epilepsie, centrální postižení zraku

Pro každého žáka je na začátku školního roku vypracován **individuální výchovně vzdělávací plán**, vycházející z Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy a Školního vzdělávacího programu, který byl podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální upraven pro potřeby naší školy. Na tvorbě IVP se podílí speciální pedagog, vychovatelé, rehabilitační pracovník a rodiče žáků. Individuální plány obsahují hodnocení dítěte za předchozí školní rok, cíle výchovného působení pro školní rok nadcházející a způsoby k jejich dosažení. Konkrétní cíle pro jednotlivé žáky jsou rozděleny do šesti oblastí – komunikace, kognitivní schopnosti, smyslová výchova, hrubá motorika, jemná motorika a sebeobsluha. V individuálním plánu jsou navrženy různé terapie, výchovné postupy, použití speciálních pomůcek. Plán by měl sloužit k tomu, aby každý z pedagogů a pracovníků, kteří s dítětem přijdou do styku, mohli žáka co nejlépe poznat a používat stejný výchovný postup.

3.2. Personální obsazení:

Ve třídě působí tři pedagogičtí pracovníci – speciální pedagog a dva vychovatelé. Mírek má z důvodu těžké epilepsie a nestability při pohybu osobní asistentku, která je s ním v průběhu celého vyučování. Pravidelnou rehabilitaci dětí zajišťuje rehabilitační pracovnice.

3.3. Režim dne

7.15 – 8.00 h - ranní družina

8.00 – 10.00 h - individuální práce s dětmi, hygiena, svačina, rehabilitace

10.00 – 10.30 h - společné povídání

10.30 – 11.30 h - skupinová práce – různé druhy činností dle týdenního plánu

11.30 – 13.00 h - oběd, hygiena

13.00 – 14.00 h - odpočívání dětí, hraní

14.00 – 16.00 h - odpolední družina

Všechny děti přijíždějí do školy svozovým autem v několika etapách. Po příjezdu se děti seznamují s programem dne, a to pomocí struktury prostřednictvím předmětů, fotografií či piktogramů podle potřeb každého dítěte. Seznámení se strukturou dne přináší dětem pocit bezpečí a jistoty, mají přehled o následujících činnostech. Čte se s nimi také písemná zpráva od rodičů z informačního sešitu, kde se dozvíme, co dělaly odpoledne, přes víkend, speciální události, potřeby atd.

První polovina dopoledne je věnována **individuálním činnostem** – rehabilitaci, individuální práci v oddělených místnostech podle výukových cílů každého žáka, polohování, podávání svačiny. Po ukončení těchto činností následuje společné komunikační cvičení v kruhu před tabulí, kdy se děti vítají, poznávají sebe a ostatní podle fotografií, určují den v týdnu, počasí, roční období. Při povídání se probírají jednotlivé měsíční tematické okruhy, součástí bývá také zpěv písní - uvítacích, nebo vztahujících se k daným tématům, rytmizace na buben, poznávání spolužáků a dospělých podle hlasu apod. Dále se hovoří o tom, co děti ten den dělaly a co je ještě čeká.

V druhé polovině dopoledne následují **společné činnosti** v rámci výchov, kdy se využívají pozitivní účinky skupinové práce – kooperace, trpělivost, čekání na druhé, respektování ostatních atd. Každý den probíhá některá z výchov či terapií, střídá se výtvarná a pracovní výchova, hudební výchova, která probíhá spolu s ostatními dětmi z dalších tříd, rehabilitační tělesná výchova. Smyslová výchova prolíná všemi činnostmi i výchovami, zejména pak společným „vařením“ – přípravou jednoduchých pokrmů, kdy děti ochutnávají jednotlivé potraviny zvlášť, mohou si k nim přivonět, následně hotové jídlo snít. Stejně tak je i rozumová výchova součástí všech aktivit. K dalším činnostem patří „příhodník“ – neboli zážitkový sešit, kam si děti lepí fotografie z akcí, jednou týdně se žáci účastní vodoléčby, hipoterapie a pobytu ve snoezelenu. Podle aktuálního počasí a počtu personálu chodíme na procházky, přibližně jednou do měsíce

se pak plánuje větší výlet – dopravními prostředky, do divadla, na zajímavá místa, ZOO, do restaurací apod.

Po obědě a následné hygieně děti odpočívají, poté postupně odjíždějí svozovým autem domů. Někteří žáci se účastní odpolední družiny, která probíhá společně s dětmi z dalších tříd a jejíž součástí je volná hra a některé řízené činnosti – malování, pohybová výchova, zpívání.

Režim dne je značně **variabilní** a musí být přizpůsobován aktuálním potřebám žáků – důležité je sledovat jejich zdravotní stav, fyzickou i psychickou pohodu. Podle stavu únavy je možné zařadit aktivity navíc nebo naopak některé činnosti zrušit. Nepravidelné bývají také časy příjezdů a odjezdů dětí svozovým autem proto je nutná stálá improvizace dle aktuální situace. Značně velkou část vyučování zabere **ošetřovatelská péče** – převlékání, hygiena, vysazování na toaletu, výměna plen a také pomoc při stravování. V průběhu všech činností a poskytování péče se klade důraz na **individuální přístup** k dětem. K maximálnímu rozvoji v oblasti alternativní **komunikace** využíváme různých situací během dne. Žákům je nabízen výběr hraček, oblečení, jídla, činností a jejich pořadí atd., používáme hlasové komunikátory, komunikačních knihy, gesta (Makaton) apod.

3.4. Prostorové vybavení

Nejvíce využívaným prostorem je **třída**, kde se odehrává většina činností, společných aktivit a stolování. Pro individuální práci slouží **oddělená místnost** s polohovacím stolem, počítačem, boxy pro pomůcky. Další místnost s možností úplného zatemnění tzv. „**barevný pokoj**“, je vhodná pro zrakovou stimulaci dětí. Její součástí je světelný panel na podsvícení obrázků, UV zářivka, plazmová koule, světelný had, baterky a další pomůcky. Toaleta, která je umístěna vedle třídy, je upravena pro potřeby žáků – součástí je přebalovací pult, speciální sedák na záchod, držáky. Společně s ostatními třídami pak děti využívají **rehabilitační místnost**, kde probíhá rehabilitační tělesná výchova a **hernu**, kde se odehrávají společné aktivity jako hudební výchova a odpolední družina. Novinkou je speciálně upravená **aktivačně-relaxační místnost** s prvky snoezelenu a muzikoterapie. Součástí je pódium s vibrační částí pro procítění celého těla při hudbě, speciální světla pro možnost nasvítit místnost různě barevnými tóny pro zintenzivnění zážitku, bublinkový válec, hudební nástroje. V místnosti probíhá

jak individuální práce s žákem - využívání vibračního pódia, masáže, bazální stimulace apod., tak také skupinová s využitím prvků muzikoterapie. V areálu školy je také **venkovní hřiště** vybavené síťovými houpačkami, trampolínou, pískovištěm, klouzačkou a dalšími herními prvky.

Uvedené informace o chodu a systému výuky Rehabilitační třídy Alžírská vycházejí z vlastních zkušeností autorky získaných při přímé práci s dětmi.



Rehabilitační třída



Rehabilitační třída



Individuální učebna



Herna



Individuální struktura režimu dne



Práce s hlasovým komunikátorem

4. FORMY PODPORY PŘI EDUKACI DĚTÍ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

V rámci výchovy a vzdělávání žáků v rehabilitační třídě je vhodné využívat různých forem podpory, které vycházejí ze speciálních potřeb žáků a zasahují do celého spektra aktivit a oblastí péče o tyto děti. Jednotlivé metody a techniky se navzájem prolínají a doplňují, vycházejí z teorie vzájemného ovlivňování a nedělitelnosti všech složek lidské bytosti (tělesné, duševní, sociální, spirituální). Výsadní postavení zde zastává koncept bazální stimulace, jehož prostřednictvím se podařilo v posledních desetiletích překročit hranice nevzdělavatelnosti jedinců s těžkým postižením.³⁰ Dále budou popsány různé facilitační techniky a terapie. Teoretický popis jednotlivých forem podpory bude vždy doplněn příkladem z praktického využívání těchto speciálních metod v rámci výchovně vzdělávacího procesu žáků z Rehabilitační třídy Alžírská. Působení na jednotlivé žáky uvádím v další kapitole v případových studiích.

4.1. Přehled a analýza podpůrných metod a přístupů

4.1.1. Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace vyvinul v 70. letech prof. Andreas Fröhlich pro potřeby dětí s těžkým mentálním a kombinovaným postižením. Jedná se o základní nabídku podnětů tam, kde si postižený jedinec není schopen sám zajistit dostatek podnětů potřebných pro další vývoj.³¹ „Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje.“³² U jedinců s těžkým postižením, jejichž aktivity jsou extrémně omezeny a svět kolem nich téměř neexistuje, nabývá zcela zvláštního významu přítomnost. Smysl tohoto podpůrného přístupu nespočívá primárně v jeho funkčnosti, tzn. dosažení budoucích cílů, ale v tom, že člověk je schopen **tady a teď** navázat kontakt, komunikovat, aktivně žít, pohybovat se a vnímat okolí.³³

³⁰ Vítková 2006

³¹ Vítková, 2006

³² Friedlová, 2007, str. 19

³³ Vítková, 2006

Hlavní principy konceptu:

Zachovávání **celistvosti, holistického přístupu**, nedělitelnost lidské bytosti. Vnímání, sociální zkušenost, myšlení, komunikace, pocity, pohyb a tělesná zkušenost jsou pro dítě v raném stádiu vývoje ale také pro těžce nemocného či postiženého člověka stejně důležité, neumí je vědomě oddělit a přednostně vnímat jako zdravý dospělý člověk.

- Princip „**tady a teď**“ – poskytnutí potřebné podpory v přítomném okamžiku. Primárně nejde o funkčnost podpory v souvislosti s budoucími cíli, ale o to, že je dítě schopno zde a teď vstoupit do kontaktu s druhým člověkem i s okolím, že dovede za pomoci partnera prožívat svůj autonomní život.
- Uvádění jedince do reality pomocí **tělesných vjemů** a zkušeností. Aktivita dětí s těžkým postižením bývá často omezena pouze na nejelementárnější životní úkony, žijí v izolaci bez kontaktu s okolním světem. Prostřednictvím stimulace tělesných pocitů lze získat pozitivní zkušenost s uvědomováním si svého těla, informace o jeho poloze a pohybu.
- Na kvalitu života lze působit též rozvojem smyslového – chuťového, sluchového, čichového, zrakového a hmatového vnímání.
- Respektování **individuálního vývoje dítěte**, který je mu naprogramován a lze jej při jeho diferencování vhodným způsobem podpořit³⁴

Základní cíle bazální stimulace³⁵

- podpora rozvoje vlastní identity a autonomie - pocítění hranic svého těla, zážitek sama ze sebe
- umožnění navázání komunikace se svým okolím - pocítování okolního světa, úzká interakce s druhým člověkem na základě pozitivního emocionálního vztahu
- zvládnutí orientace v prostoru a čase
- zlepšení funkcí organismu

³⁴ srov. Opatřilová, 2005, Vítková, 2006, Friedlová, 2007, Fajmonová, Chovancová, 2008

³⁵ Friedlová, 2006

Jednotlivé oblasti podpory:

Podle Friedlové³⁶ se schopnost vnímání rozvíjí již v embryonální fázi, a to v oblasti vibrační (hlas matky, zvuky zažívacího systému), somatické (tlak stěny dělohy, plodové vody) a vestibulární (změny polohy vlastního těla i těla matky). Sluchové, čichové a dotekově-hmatové schopnosti se vyvíjejí v dalších obdobích těhotenství, zrakové vnímání se rozvíjí až po narození. V konceptu bazální stimulace vycházíme z předpokladu, že působením na senzomotorické systémy cílenou stimulací a umožněním senzomotorických zkušeností může být aktivizována paměťová stopa klienta.

Základní prvky podpory můžeme rozdělit na následující:³⁷

- **Somatická stimulace**

U jedinců s těžkým postižením, dlouhým bezvědomím, vysokou spastickou nebo hypotonií je zkušenost s vlastním tělem neúplná či zkreslená. Často diferencují pouze několik míst s negativními zkušenostmi (ohniska bolesti, nepříjemné ošetrovatelské úkony, aj.). Při poskytování somatických podnětů jde o zprostředkovávání příjemných pocitů z vlastního těla, podporu motorických reakcí, lokalizaci stimulů, získávání základních poznatků o vlastním těle. K základním terapeutickým nástrojům somatické stimulace patří **dotek**, který musí být příjemný, přiměřený a konstantní. Vychází ze středu těla a přechází přes končetiny k prstům. Pro zesílení pocitu pro vlastní tělo klienta se používají různé materiály, např. froté. Pro somatickou stimulaci aplikujeme různé druhy masáží - zklidňující (vhodná u spastických forem DMO), povzbuzující, stimulující dýchání. Dále se využívají koupele, zábaly, polohování či kontaktní dýchání.

Při komunikaci se žáky, zejména s těžce mentálně a zrakově postiženými, využíváme tzv. **iniciální dotek**. Jeho smyslem je zpřehlednění situace pro klienta při přesunech, počátku a ukončení činností. Nejčastěji se využívá zřetelného a přiměřeného tlaku na rameno, paži či ruku dítěte.

³⁶ Friedlová, 2006

³⁷ srov. Opatřilová, 2005, Friedlová, 2006, 2007, Vítková, 2006

- **Vibrační stimulace**

U dětí s těžkým tělesným postižením chybí vibrační vjemy, které jsou při běžném pohybovém vývoji přirozeně získávané ležením, stáním, chůzí, během. Cílem vibrační stimulace je tyto podněty simulovat a umožnit tak klientovi pocítit tělesnou hloubku navozením vjemů v nosných částech těla a v kloubech.

Při stimulaci se přikládají vibrační pomůcky ke kloubům od periferie dovnitř těla. Dýchání a sluchový aparát stimulujeme opatrným přikládáním na hrudník a hlavu. K přenosu vibrací můžeme využít také lidský hlas, různé hudební nástroje, dupání, klepání apod.

- **Vestibulární stimulace**

Přiměřené vestibulární podněty působí na stabilitu držení těla a normalizují tonus. Zdravý člověk se neustále pohybuje a mění svou polohu, čímž získává jeho sluchový orgán s rovnovážným ústrojím dostatečný přísun podnětů. Pokud dochází ke změně polohy jen zřídka, ztrácí vestibulární aparát schopnost reagovat na změny. Pokud poskytneme lidem s omezeným pohybem podporu vestibulárního ústrojí, zlepšíme tím jejich prostorovou orientaci, vnímání pohybu a může dojít i ke snížení spazmů.

Při vestibulární stimulaci využíváme pohupování, houpání, tahání dítěte v dece po zemi, zabalování a rozbalování v dece, válení sudů, cvičení na míčích, válkách, poskoky na trampolíně, různé balanční plochy, speciálně upravené skateboardy apod.

Mezi nástavbové prvky patří:

- Orální stimulace - aktivizace oblasti úst, využívání podnětů čichových a chuťových,
- Akustická stimulace - reakce na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu – hluky, šumy, vlastní tvorba zvuků
- Taktilně-haptická stimulace - cítění vlastností předmětů rukama, vytvoření možnosti něco uchopit, pustit
- Optická stimulace - zraková fixace předmětů, lidí



Vestibulární stimulace – houpání



Vestibulární stimulace - trampolína

Přístup, vycházející z konceptu bazální stimulace, se týká všech složek výchovně vzdělávacího procesu žáků. Prvky bazální stimulace jsou používány při veškerém kontaktu a komunikaci s dětmi. Jako samostatná činnost je prováděna především somatická zklidňující masáž a masáž stimulující dýchání, aplikovaná nejčastěji po vodoléčbě, a vibrační stimulace kloubů, kterou vykonáváme v rámci individuální práce s dětmi. Dále je v hojné míře využívána vestibulární stimulace, která je nejčastěji zařazována do rehabilitační tělesné výchovy – skákání na trampolíně, tahání, houpání a převalování v dece, cvičení na rehabilitačních míčích, jízda na speciálním skateboardu, houpání v síti atd. Prvky bazální stimulace jsou užívány též při smyslové výchově, jedná se o zrakovou, chuťovou, hmatovou, sluchovou a čichovou stimulaci.



Vestibulární stimulace – „jezdítka“



Vestibulární stimulace – tahání v dece

4.1.2. Facilitační techniky

Facilitace ve vzdělávacím procesu u dětí s těžkým mentálním a kombinovaným postižením pomáhá překonávat nedostatek spontánních vzruchů. Cílem je nahradit patologicky prováděné pohyby novými, podle předurčených pohybových vzorů. Tento proces nastává při podráždění příslušné oblasti nervové soustavy. **Facilitace** správných pohybových vzorů, poloh a pohybů je vždy spojena s **inhibicí** vzorů, poloh a pohybů nežádoucích. Techniky vyžadují základní neurofyziologické znalosti, propojení pedagogického, psychologického i zdravotnického přístupu a působení na rehabilitaci celého jedince.³⁸

Mezi facilitační techniky, využívané v naší škole patří **Vojtova metoda reflexní terapie, metoda manželů Bobathových, polohování, orofaciální regulační terapie Castilla Moralese, míčkování podle dr.Kopkánové.**

- **Vojtova metoda reflexní terapie** je zaměřena především na jedince s DMO. Provádějí ji odborně školení fyzioterapeuti a zacvičení rodiče. Základem této metody jsou dva pohybové prvky – reflexní otáčení a reflexní plazení. „*Podrážděním, tlakem nebo tahem dítě fixované v určité definované poloze reflexně provede fyziologický pohyb, kterému se klade odpor.*“³⁹ Oba pohybové prvky se vybavují za pomoci tzv. spouštěcích zón, což jsou přesně vymezená místa na končetinách a na trupu.



Rehabilitační místnost



Vojtova reflexní terapie

Vojtova metoda reflexní lokomoce je základem cvičení dětí s rehabilitačním pracovníkem. Žáci cvičí každodenně 30 minut. Pravidelná rehabilitace se zaměřením na využívání Vojtovy metody reflexní lokomoce je u dětí s těžkými formami DMO velice

³⁸ Jankovský, 2001, Opatřilová, 2005

³⁹ Opatřilová, 2005, str. 88

důležitá, z určitého pohledu i prioritní. Není možné říci, že by se žáci díky cvičení ve svém pohybovém vývoji viditelně zlepšovali, pravidelná stimulace reflexních impulsů, využívání správných reflexních poloh a další cviky a masážní techniky slouží spíše k zachování jejich pohybových možností a dovedností v udržitelném stavu (zamezení kontraktur, bolesti, dalších tělesných změn, atd.).

- **Koncept manželů Bobathových** se opírá o poznatky z vývoje zdravého jedince. Cílem je získání senzomotorické zkušenosti a její začlenění do funkce.⁴⁰ Využívá se tzv. **inhibičních poloh**, kdy dochází k útlumu patologických pohybových vzorů a pohyb je přitom umožněn jen facilitované části těla. K tomu slouží tzv. **handling** - techniky držení dítěte v různých polohách a zacházení s jeho tělem, a **tapping** - různé formy přerušovaného dotýkání a tlaků.⁴¹ „Důraz je kladen na týmovou spolupráci, předmětem zájmu je kromě hrubé a jemné motoriky také koordinace oko – ruka, sebeobsluha, hra, poruchy percepce a vývoj orálních vzorů.“⁴²

Důležitou součástí při péči o žáky je správný handling podle konceptu Bobathových. Zahrnuje přenášení dětí, manipulace s nimi a polohování. Při manipulaci je nutné zamezit špatnému záklonu hlavy nebo tahání žáků za ruce a za nohy přes více kloubů současně. Pohyby je důležité provádět pomalu, se zvukovou, zrakovou a taktilní informací pro dítě apod. Ke zvedání dětí těžších se používá speciální elektrický zvedák.

- **Polohování** – patří mezi základní rehabilitační techniky u dětí těžce zdravotně postižených, jejímž hlavním cílem je podpora psychomotorického vývoje a odstranění patologických pohybových vzorců. Rozlišujeme polohy léčebně preventivní, vyšetřovací, aktivní, úlevové a pasivní., některé mohou zvyšovat nebo snižovat svalový tonus a ovlivňovat vznik spastického vzorce. „Pro nás jsou důležité především různé preventivní polohy, které zabraňují vzniku kontraktur, deformit a proleženin, dále mají podporovat plicní ventilaci, stimulovat oběhový systém a současně slouží jako podpora dosažené úrovně hybnosti.“⁴³ Každá změna pozice znamená pro dítě novou

⁴⁰ Opatřilová, 2005

⁴¹ Valenta, Müller, 2007

⁴² Opatřilová, 2005, str.88

⁴³ Opatřilová, 2005, str.69

senzomotorickou zkušenost, podporuje aktivitu různých svalových skupin.⁴⁴ Jednotlivé polohy je nutné pravidelně střídat a vhodná pozice musí plně respektovat aktuální pohybovou úroveň žáka. Polohovat lze v pozicích: lež na zádech, na boku, na břiše, polohování v kleku, na čtyřech, v sedu, ve stoji. Dá se využít zvýšených šikmých ploch, bočního polohovadla, podkládání polohovacími hady, klíny, válci, ke stoji je využíván vertikalizační stojan⁴⁵



Polohování na zádech



Polohování – zvýšený lež

Polohování se děje každodenně, je nezbytnou součástí péče o žáky. Všechny děti sedí ve speciálních sedačkách s trupovou ortézou vyrobenou dětem na míru a podle jejich speciálních potřeb. Přes hrud' a břicho jsou zafixovány vestičkou zamezující hroucení v sedu. Nohy se v pravém úhlu opírají o spodní opěrku. Tato fyziologicky správná poloha je pro děti značně náročná, je proto nutné umožnit během dne časté střídání s dalšími polohami – především s lehem na zádech, na boku, na břiše, na zvýšené ploše apod. Při poloze vleže je vždy nutné zamezit především patologickému postavení končetin s vnitřní rotací a umožnit flexi končetin v kyčelním kloubu kvůli prevenci luxace. K tomuto účelu používáme klíny, polohovací hady, polštáře, kuličkové vaky. Polohování vychází také z konceptu bazální stimulace a je možností k procítění vlastního těla, uvědomování si jeho hranic.

⁴⁴ Sekáčová, Ježek, 2008

⁴⁵ Sekáčová, Ježek, 2008



Polohování v bočním polohovadle



Vertikalizační stojan

- **Orofaciální regulační terapie:** Podle Matějičkové je vývoj v orofaciální oblasti úzce propojen s dalšími složkami senzomotorického vývoje, proto je záběr orofaciální regulační terapie rozšířen i na oblasti smyslové stimulace, zlepšení aktivního vzpřímení a pohybu, aktivaci a regulaci základních životních funkcí jako je dýchání, sání, polykání, apod.⁴⁶ Orofaciální terapie je zaměřena především na zlepšení orientace jazyka v ústech, změnu jeho polohy, podporu činnosti mimických svalů a rtů, a pozitivní ovlivnění poruch polykání a příjmu potravy.⁴⁷ Tato metoda je aplikována formou různých tlaků, tahů a vibrací, důležitou součástí je správné polohování. U dětí s těžkým postižením se poruchy polykání a příjmu potravy (dysfagie) objevují v hojném množství. Jednotlivé prvky, metody a přístupy orofaciální regulační terapie by měly být samozřejmou součástí edukačního procesu u těchto žáků – mluvíme zde o orofaciální stimulaci. Jde především o různá přípravná cvičení před příjmem potravy, ale také o zásady při jídle - dbáme na polohu těla, hlavy, způsob krmení dítěte apod.

⁴⁶ Matějičková, 2008

⁴⁷ Valenta, Müller, 200



Talíř se zvýšeným okrajem a speciální příbory
sedačce



Sed ve speciálně upravené

Problémy s kousáním a polykáním potravy mají všichni žáci. Proto se před jídlem provádějí přípravná cvičení vycházející z orofaciální regulační terapie – speciální masáž obličeje s využíváním reflexních dotekových bodů na obličeji, masáž dásní a jazyka. V průběhu jídla se dbá na dobrou oporu celého těla, nohou i rukou, na postavení hlavy a dostatečný časový prostor pro zpracování potravy. Každý žák potřebuje pomoc a podporu v jiné oblasti, při dodržování zmíněných zásad je však možné pozorovat zlepšení v příjmu potravy, kousání, dýchání, práci rtů apod.

- **Míčková facilitace**: Prostřednictvím masáže měkkými softtenisovými míčky dochází k reflexnímu působení na vnitřní orgány a tím k celkovému zlepšení zdravotního stavu. Masáž využívá dvou metod pohybu míčku po těle: koulení (odvalování míčku prsty, dlaní a zápěstím) a vytírání (posouvání míčku drženého v prstech tak, aby se neotáčel). Těmito pohyby dochází k protažení a uvolnění příslušných svalových skupin.⁴⁸ Upravená technika **míčkování** vychází z metody míčkové automasáže dětí, která je primárně určena na podporu léčby alergických, astmatických a průduškových onemocnění. Děti si díky metodě míčkování mohou uvědomovat jednotlivé části těla, využívá se příjemných pocitů vyvolaných při hlazení, masáži, dále různých cvičení zaměřených na vědomé uvolnění, harmonizaci dechu a zklidnění.⁴⁹

⁴⁸ Opatřilová, 2005

⁴⁹ Fajmonová, Chovancová, 2008



Míčková facilitace

Míčkování se provádí přibližně jedenkrát za 14 dní v rámci celé skupiny dětí a při zachovávání pevných rituálů – stejná reprodukováná hudba, stejná vůně v aromalampě, stejný postup při koulení či stírání míčkem. Tato metoda je pozitivně přijímána všemi žáky.

4.2. Terapie a terapeutické metody

„Jedinci s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami vyžadují speciální přístup ve výchově a vzdělávání. Jednou z možností je začlenit do edukace různé druhy terapií, které jsou velmi dobře těmito jedinci přijímány.“⁵⁰

Terapeutické přístupy můžeme definovat 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 - například v prožívání, chování, fyzickém výkonu.*“⁵¹ V terapiích jde také o zprostředkování potřebných zkušeností a zážitků, o vytváření prostoru pro formování, dozrávání a pozitivní změnu.⁵²

U dětí s kombinovaným postižením mluvíme často spíše než o využívání terapií o začleňování **terapeutických prvků** do jednotlivých výchov a forem péče, neboť závažnost tělesného, mentálního, smyslového, řečového a dalších postižení neumožňuje uplatňovat terapeutické postupy v celé šíři jejich zaměření.

⁵⁰ Vítková, 2006, str. 224

⁵¹ Valenta, Miller, 2007, str. 125

⁵² Vítková, 2001

- **Animoterapie (zooterapie)**

Jedná se o soubor terapeutických postupů, které využívají pozitivní účinky vznikající v kontaktu mezi zvířetem a člověkem. Nejčastěji je využíván kůň (hipoterapie) a pes (canisterapie).

- **Hipoterapie** je součástí tzv. **hiporehabilitace**, neboli využívání práce s koněm a ježdění na koni ke zmírnění až odstranění handicapu.⁵³ Hipoterapie spadá do oblasti medicíny, funguje na bázi fyzioterapie. Dítě je z hlediska ovládání koně naprosto pasivní, může na koni sedět či být různými způsoby na koňském hřbetu napolohováno. Podstatou působení je využití přirozeného pohybu koně s jeho typickým mechanismem chůze jako motorického vzoru, kterému se dítě střídavým napětím a uvolňováním svého těla přizpůsobuje. Velkým přínosem jsou dále nespecifické prvky, jako je vliv tepla, taktilní kožní podněty, protažení zkrácených šlach, podpůrné a obranné reakce, cvičení proti odporu, labyrintové reflexy a další.⁵⁴ Využití této metody u dětí s kombinovaným postižením, zvláště s DMO, je tedy velice prospěšné, protože mimo jiné působí na mobilizaci kloubů, koordinaci pohybu, zlepšení rovnováhy a zvyšování sebedůvěry.



Jízda vsedě



Asistovaný sed

Hipoterapie probíhá jednou týdně přímo v areálu školy, kam jsou koně dovezeni. K dispozici jsou dva koně, každé dítě absolvuje na koni dvakrát trasu kolem celého areálu školy a stacionáře. Při terapii je nutný stálý dohled jednoho pracovníka, který

⁵³ Valenta, Müller, 2007

⁵⁴ Jankovský, 2001

koně vede a doprovod dvou asistentů z obou stran dítěte při chůzi s koněm pro kontrolu bezpečnosti a ideální polohy.



Jízda vleže



Zapoložování na koňském hřbetu

- **Canisterapie** je forma léčby pomocí kontaktu se psem. Touto metodou je možné zlepšit psychickou pohodu, komunikační dovednosti, pohybové schopnosti a citové zrání u dětí. Také je možné tímto způsobem zbavit děti strachu ze psů, případně odstranit agresivní projevy jak vůči zvířatům, tak mezi dětmi navzájem.⁵⁵

Může probíhat ve dvou formách:

- pes je cílenou součástí odborně vedeného terapeutického procesu, kdy cílem je posílení žádoucího nebo utlumení nežádoucího chování pacienta
- provádění činností za účasti psa, kdy lze výsledky vyjádřit pouze v pocitech radosti a spokojenosti. Terapie poskytuje v tomto případě motivační, výchovný a odpočinkový účinek zaměřený na zvýšení kvality života.⁵⁶

Kraus upozorňuje na veliký sociální význam psa. „*Pes jakýmsi šestým smyslem rozpozná invaliditu člověka, chová se k němu jinak – klidně a ohleduplně. Je známo, že pohlazení přináší úlevu a uvolnění a může sloužit jako dočasné odtržení od tělesného strádání.*“⁵⁷ Pes je bezprostřední, otevřený a komunikativní, oplácí projevy pozornosti, nepodléhá konvencím, nekritizuje, není třeba se ho doprošovat. V přítomnosti psa děti pocítí svojí důležitost a zodpovědnost, zapomínají na své nedostatky a mají pocit pohody.

⁵⁵ Jankovský,2006

⁵⁶ Valenta, Miller, 2007

⁵⁷ Kraus,2005, str.229

Canisterapie je nabízena v naší škole formou dobrovolné, placené aktivity v rámci odpolední družiny jednou týdně. Jedná se kombinaci obou forem na individuální rovině. V současné době však ani jeden z žáků rehabilitační třídy canisterapii nevyužívá – z důvodu časových, zdravotních i psychických.

- **Ergoterapie** je definována jako léčba smysluplnou činností a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace. Cílem je rozvíjet různé pracovní schopnosti člověka s postižením tak, aby bylo dosaženo maximální soběstačnosti a nezávislosti v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím došlo ke zvýšení kvality života daného jedince.⁵⁸ U dětí s kombinovaným postižením není možné očekávat splnění těchto cílů v plném rozsahu, v rámci uplatňování různých ergoterapeutických prvků jde o dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti a nezávislosti dle individuálních možností každého žáka. Při výchovně vzdělávacím procesu jsou využívány především tyto dvě složky ergoterapie:⁵⁹
 - **Ergoterapie cílená na postiženou oblast** - vykonávaná činnost má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované a vedou ke zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace a zvětšení rozsahu pohybů U dětí může probíhat prostřednictvím hry.
 - **Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti** – zvládání běžných činností každodenního života jako je stravování, udržování hygieny, oblékání a svlékání, nácvik používání různých kompenzačních pomůcek (např. speciálně upravené přístroje a talíře, protiskluzové podložky, sedáky na toaletu, držáky).



Nástavec na záchod



Ergoterapie - nácvik cílených pohybů

⁵⁸ Jankovský, 2006

⁵⁹ Rénotiérová, 2002

Prvky této terapie jsou uplatňovány především při nácviku sebeobslužných dovedností. Při stolování - nácvik správného držení příboru, nabírání jídla, pití z hrnku. Snahou je, aby si děti pokud možno držely při jídle za asistence lžičku či vidličku v ruce, učily se nabírat pokrm a dávat si jej do úst. K tomuto účelu používáme různé speciální přístroje s rozlišně silnou rukojetí, s možností zafixování na ruku, talíře se zvýšeným okrajem či protiskluzové podložky.

K aktivitě jsou žáci podporováni také při oblékání a svlékání - rozepínání zipu, natahování kalhot, přetahování trika přes hlavu, a dále v rámci udržování hygieny. Žáci, u kterých je to možné, jsou vysazováni na toaletu, kde mohou sedět s pomocí speciálního nástavce na zafixování trupu. Asistovaně si čistí zuby, umývají ruce, utírají pracovní stůl po stolování či pracovních činnostech. Jednotlivé ergoterapeutické prvky jsou u všech žáků využívány při cíleném rozvoji jemné motoriky - nácvik úchopu, uvolnění prstů, paží, a to v rámci individuální práce za použití speciálních pomůcek jako jsou sklopné desky stolu s otočným válcem nebo šrouby, nádoby na vřazování, navlékání, vkládání apod. Při pracovní výchově procvičují lepení, střídání, trhání, při volné hře zkouší stavění z kostek, vkládání nádob do sebe, chytání rybiček na magnety.



Nácvik pracovních dovedností - vaření



Vaření – hnětení těsta

- **Arteterapie** je léčba pomocí **výtvarných prostředků**, jako je kresba, malba, ale také výtvarná práce s různými materiály pomocí rozličných technik. Pro jedince s kombinovaným postižením má arteterapie přínos v procvičování jemné motoriky, grafomotoriky, vizuomotorické koordinace a vizuální percepce. Při tvorbě dochází k aktivizaci tvůrčího potenciálu dětí,

k rozvoji fantazie, estetického vnímání, dětem je umožněn prožitek vlastního úspěchu. Arteterapie nabízí také možnost relaxace, uvolnění napětí a psychické tenze. U dětí s poruchami řeči je výtvarná tvorba výborným prostředkem k nonverbální komunikaci, k možnosti vyjádřit se beze slov a následně slouží k rozvoji řečových dovedností. Těžiště práce vždy spočívá v samotném tvůrčím procesu, nikoli v uměleckém hodnocení vzniklého výsledku. Zvláštní postavení v arteterapii zaujímá práce s **keramickou hlinou**, která je významná pro stimulaci hmatu, cvičení a rozvoj jemné motoriky a vnímání prostoru. Dále je možné využít různé materiály jako je dřevo, kámen, plast, kov, papírovina, modelína aj.⁶⁰



Arteterapie v rámci výtvarné výchovy



Samostatná tvorba

V edukačním procesu dětí je arteterapie zastoupena spíše jednotlivými prvky, a to zejména v rámci výtvarné výchovy. Žáci pracují s nejrůznějšími materiály - temperové a prstové a vodové barvy, lepidla, pastelky, tuše, se kterými zkouší různé techniky - roztírání prsty, dlaní, štětcem, nanášení válečkem, molitanovou houbou, razítky, ťukátky. Oblíbenou činností je modelování - hnětení, mačkání, krájení a válení hlíny, modelíny nebo těsta. Dále používáme textil, přírodniny, různé druhy papírů apod. Při práci ve skupině se žáci učí spolupráci, trpělivosti, navazování kontaktu. Snažíme se dětem ponechat prostor pro vlastní tvorbu a rozvoj fantazie a představivosti mohou si zvolit barvu, techniku atd.

⁶⁰ Jankovský, 2006

- **Muzikoterapie** je metoda, při které jsou zvuk a hudba, její rytmus, melodie, harmonie, tempo, dynamika a vibrace používány cíleně k terapeutickým účelům.⁶¹ Je též považována za účinnou formu alternativní a neverbální komunikace a s úspěchem je využívána jako psychoterapeutická metoda. Rozeznáváme **aktivní muzikoterapii**, kdy klient hudbu vytváří např. hrou na tělo, nástroje, zpěvem a **muzikoterapii receptivní**, kdy klient naslouchá hudbě živé nebo reprodukované. Podle počtu účastníků je možné rozlišit muzikoterapii **individuální**, která má velký význam především u dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací, dále **párovou** či **skupinovou**.⁶² Procházka uvádí následující možnosti využití zvuku a hudby v terapeutické práci:

- možnost abreakce – uvolnění psychické tenze a zátěžových stavů
- zvuk a hudba jako využití nonverbální komunikace
- nosná vlna pro zážitky, intenzivní prožitky
- oslabení obranných mechanismů – znovuprožití emočně významných momentů
- ideální při navozování stavu relaxace – prevence napětí, stresu, nadměrné zátěže
- pozitivní účinky při působení na somatickou sféru člověka, ovlivnění fyziologických procesů v lidském organizmu⁶³

K dalším terapeutickým účinkům muzikoterapie u dětí s kombinovaným postižením můžeme přičíst:

- rozvoj motorických a rozumových funkcí - procítění vlastního těla díky vibracím nástrojů a hlasu, manipulace s hudebním nástrojem, cvičení vizuomotorické koordinace
- rozvoj smyslového vnímání při poznávání jednotlivých zvuků a melodií
- rozvoj komunikačních a sociálních dovedností – dechová cvičení, užívání rytmizace, vnímání a respektování ostatních dětí ve skupině aj.⁶⁴

⁶¹ Procházka, 2009

⁶² Vilímek, Soubor materiálů ke kurzu Nový Jičín, 2008

⁶³ Procházka, 2009

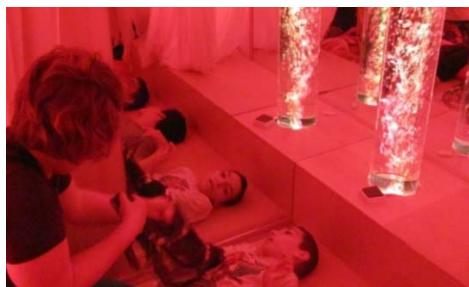
⁶⁴ Vilímek, Soubor materiálů ke kurzu Nový Jičín, 2008

Skupinová muzikoterapie probíhá každý týden v rámci hudební výchovy – spojuje formu aktivní i receptivní – děti v průběhu bloku, který trvá přibližně 30 – 45 minut, naslouchají různým reprodukováným zvukům či písním, poslouchají hudbu živou, což jsou většinou písně s doprovodem kytary či kláves a podle možností se také zapojují hrou na různé hudební nástroje – buben, rolničky, dřívka, chrastítka i hrou na tělo. Žáci jsou podporováni a motivováni též k vlastním hlasovým projevům a vydáváním zvuků. Při muzikoterapeutickém bloku se též využívá spojení hudby s pohybem - kruhové tance, hry. Kromě bloku hudební výchovy se muzikoterapeutické prvky využívají při každodenním zpívání písní při povídání nebo při individuální práci s žáky. Vhodné je přikládání hudebních nástrojů nesoucích vibrace k tělu žáka, využívání vibračního potenciálu lidského hlasu - pobrukování, zpívání při pohupování dítětem v náručí, rytmizace na buben, opakování zvuků dětí a jejich následná melodizace apod.

- **Snoezelen:** je terapií i podporou výchovně vzdělávacího procesu osob ve stavu výrazně redukováných životních aktivit s kombinovaným postižením, osob s poruchami smyslovými, duševními poruchami i psychomotorickým neklidem.⁶⁵ Je to multifunkční koncept podpory, prováděné ve speciální místnosti. Pomocí různých světelných a zvukových efektů, hudby, vůní a masáží zde působíme na smysly člověka směrem k jeho aktivizaci i zklidnění. Prostředí snoezelenu by mělo plnit poznávací, interakční a relaxační funkci.
 - Poznávání: klient má možnost se přemísťovat, houpat, kutálet, schovávat se
 - Interakce: prostředí stimuluje a vybízí k touze sám ovlivnit akci – zapnout zvukový panel, vodní válec, svítidlo, zhasnout, spustit masážní strojek...
 - Relaxace: cílem je celkové uvolnění, ponoření se do atmosféry relaxace navozené teplem, vůní, hudbou, tlumeným

⁶⁵ Hájková a kol., 2009, str.137

osvětlením...⁶⁶



Skupinová práce ve snoezelenu

Skupinová práce ve snoezelenu

*Multismyslová místnost v naší škole je poměrně nová, proto je zatím zařízená jen základními pomůckami a počítá se s postupným doplňováním dle finančních možností. Využití této místnosti je míněno s příklonem k muzikoterapii. Z prvků **světelné terapie** je vybavena vodním válcem s bublinkami, hvězdným nebem krytým baldachýnem pro tlumení ostroty světel a speciálními světly s ovládáním barevného spektra. Pro **muzikoterapii** je zde vibrační lůžko se zabudovanými reproduktory pro přenos hudby, CD přehrávač, bubny, dešťové hole, orffovy nástroje, penízkové šátky. Pro **polohování** používáme ve snoezelenu sedací vaky, perličkové polštáře a polohovací hady. Snoezalen využíváme z organizačních důvodů jednou týdně skupinově.*

- **Fyzikální terapie:** mezi metody fyzikální terapie patří různé druhy masáží (klasická, reflexní), elektroléčba, léčba ultrazvukem, světlem, magnetoterapie a další. Nejpřirozenějším médiem pro člověka a jeho zklidnění a rehabilitaci je voda.⁶⁷ „Děti s DMO vnímají ve většině případů vodní prostředí velmi pozitivně. Je pro ně zdrojem nových podnětů a často jim umožní takové pohybové aktivity, které na suchu nesvedou.“⁶⁸ Podle Krause lázeň zvyšuje prokrvení končetin, místní metabolismus a současně aktivuje kožní receptory. Při aplikaci na celé tělo se jedná o celkový účinek tepla a jemnou masáž vířící vodou.⁶⁹ Proto se u dětí s DMO využívá především vodoléčba (hydrokinezioterapie – rehabilitační

⁶⁶ Chovancová, Soubor pracovních materiálů ke vzdělávacímu kurzu. IPPP ,Nový Jičín, 2008.

⁶⁷ Hájková a kol., 2009

⁶⁸ Kraus 2005, str.222

⁶⁹ Kraus, 2005

bazén, perličková, vířivá koupel) a léčba teplem (termoterapie) na prohřátí svalů a uvolnění spasmů.⁷⁰



Vířivá koupel



Somatická zklidňující masáž

Vodoléčbu mají děti jedenkrát do týdne prostřednictvím perličkové vířivé koupele v malém bazénu, který je umístěn v prostorách Stacionáře DAR. Bazén poskytuje možnost masáže jednotlivých částí těla proudem bublinek či intenzivním tlakem vody vypouštěným ze speciální hadice. Vodoléčby se účastní všichni žáci podle aktuální fyzické kondice. Všechny děti na teplou vodu a tlak proudu bublinek reagují velice pozitivně, ve vodě jsou aktivní. U všech dětí nastává uvolnění. Po opuštění bazénu jsou děti osušeny, zabaleny do prostěradla a odpočívají, aby se udrželo prohřátí celého těla. Zpravidla pak následuje somatická zklidňující masáž.

5. PŘÍPADOVÉ STUDIE

Analýzu konkrétních podpůrných metod a přístupů u žáků Rehabilitační třídy Alžírská uvádím v případových studiích čtyř žáků. Předkládám případovou studii Klárky,

⁷⁰ Jankovský,2006

Lukáše, Filipa a Dana. Mirkovu studii jsem nezpracovala. Jednak je jeho postižení a tedy i přístupy a metody poněkud odlišné od ostatních, navíc má svou osobní asistentku, která ho stále doprovází z důvodu nestability a častých epileptických záchvatů. Nemohu tedy práci s Mirkem podložit osobní zkušeností.

Při sepisování případových studií byly použity lékařské zprávy z vyšetření, posudek Střediska rané péče Praha, Individuální výchovně vzdělávací plány a osobní zkušenosti pedagoga s dítětem.

Všechny informace i ilustrační fotografie týkající se žáků z rehabilitační třídy Alžírská jsou uváděny se souhlasem rodičů jednotlivých dětí. Jména dětí byla z důvodu ochrany osobních údajů změněna.

5.1. Klárka

Klárka: 11 let, ročník R4, dg.: těžká psychomotorická retardace, DMO – hypotonická forma s dyskinetickou a cerebellární (dystaktickou) příměsí, mikrocephalie, mozková atrofie, sekundární epilepsie, centrální postižení zraku (CVI)

OA: Klárka se narodila v roce 1999 ve 28. týdnu gravidity, porodní hmotnost 940 g, 38 cm, byla kříšena. U Klárky byla následně diagnostikována rethinopatie nedonošených se spontánní regresí, hypermetropie, astigmatismus, nystagmus, esotropie a začala se rozvíjet těžká forma dětské mozkové obrny – smíšená forma dystonicko – dyskinetická a cerebellární s těžkou psychomotorickou retardací na úrovni konce II. trimenonu. S diagnózou byli rodiče seznámeni 2 měsíce po narození Klárky, ihned započala intenzivní rehabilitace, především cvičení Vojtovy metody, ale také balanční a rovnovážná cvičení podle Bobath konceptu. Reflexní cvičení bylo nutné ukončit v 5 letech Klárky, kdy intenzita hyperkinetických pohybů a celkový motorický neklid znemožňovaly praktické provedení těchto cvičení. Od 1 roku života Klárka dochází do Střediska rané péče Praha - návštěvy, konzultace, ambulance, půjčování hraček, semináře, pobyty, odborné vedení, od roku 2001-2006 navštěvuje rehabilitační stacionář DAR na Praze 6, v září 2006 zařazena do Rehabilitační třídy speciální ZŠ Alžírská .

RA: Matka – rozvedená, v domácnosti. Má zdravotní problémy se zády, dalším problémem je občasné zneužívání alkoholu. O Klárku se stará dobře, má zájem o průběh výchovně vzdělávacího procesu ve škole, snaží se uplatňovat jednotlivé

výchovné postupy i v domácím prostředí. S Klárkou žije sama, kvůli intenzivní péči o Klárku navazuje matka pouze minimum sociálních kontaktů, hrozí jí tak sociální izolace.

Otec – podnikatel, má novou rodinu, ke Klárce má pěkný vztah, Klárka tráví některé víkendy a dny v týdnu dle soudního rozhodnutí u něho.

V současnosti je Klárka schopna samostatné chůze s přidržováním za trup, dovede si stoupnout u nábytku, parapetu při vytažení za ruce, sama si opět poté klekne a sedne. S jistotou leze střídavým vzorem, přesunuje se velice rychle. Jemná motorika je na dobré úrovni, ale přesnějším a jemným pohybům brání celkový motorický neklid a hyperkinetické pohyby. Při manipulaci s předměty Klárka zjišťuje jejich povrch, otáčí a bouchá s nimi, shazuje je na zem. Má tendenci strkat předměty do úst, proto je nutný stálý dohled, neboť hrozí nebezpečí jejich spolknutí či vdechnutí. Klárka se kvůli těžké zrakové vadě orientuje a poznává předměty okolo sebe především pomocí hmatu, při výzvě je ale podle míry únavy schopna obrázek či předmět zrakem fixovat. Koordinace oko – ruka je spíše následná, podívá se a pak bez podpory zrakem cíleně sahá. Soustředěně pozornosti je schopna po dobu přibližně po 10 minut. Verbální projev Klárky je na úrovni žvatlání zdvojených až ztrojených slabik (mama, gagaga). Klárka ráda vyhledává kontakt s druhými lidmi, má ráda hlazení, mazlení, velmi pozitivně reaguje na mluvený projev - poslech pohádek, písniček, reprodukováné hudby. Klárka nosí pleny, je pravidelně vysazována na záchod, kde potřebu nahodile vykoná. Při jídle si za asistence přidržuje lžící či vidličku a dává si jídlo do úst, pije z hrnku, který si s pomocí drží. Klárka neumí kousat, jídlo si spíše posunuje dále do trávicí trubice, je zde velké riziko dušení či vdechnutí potravy – je nutné dbát na konzistenci potravy a velikost soust. U Klárky je nutné hlídat změny tělesné teploty, při jejím zvýšení je zde velké riziko epileptického záchvatu.

Bazální stimulace: Klárka má těžké zrakové postižení, proto je u ní při komunikaci, změně činností či přesunech velmi důležitý iniciální dotek doplněný slovním komentářem. Po vzájemné dohodě používáme dotek rukou na Klárčino levé rameno. Důležité je i provedení tohoto informačního signálu – tlak ruky musí být přiměřený, ale dostatečně pevný, před vlastním dotykem musí předcházet oslovení Klárky, aby věděla, že se k ní někdo blíží a bude s ní komunikovat. Díky iniciálnímu doteku zvládá Klárka změny dobře a v klidu.

Somatickou zklidňující masáž přijímá Klárka podle psychického naladění a momentálního stavu únavy – někdy masáž odmítá. Totéž platí o míčkové facilitaci.

Klárka pozitivně reaguje na vibrační stimulaci – ta je aplikována buď komplexně na procítění celého těla, nebo před činnostmi vyžadujícími jemné pohyby rukou – pak je vibrační přístroj přikládán pouze na klouby rukou a do dlaně. Klárka si sama ráda stimuluje oblast úst a hlavy.

Při vestibulární stimulaci má Klárka v oblibě houpání v houpací síti, kde nezřídka spokojeně usne. Líbí se jí i točení a pohupování v houpacím vaku, radostné prožitky jí přináší také podněty při pohupování povrchu trampolíny.

Rehabilitace se v případě Klárky provádí pouze dvakrát do týdne, Vojtova metoda se z důvodu Klárčina neustálého tělesného neklidu a nekoordinovaných pohybů do rehabilitačního cvičení nezařazuje, aplikovány jsou především různé druhy masáží a protahovací cviky.

K polohování u Klárky využíváme zejména kuličkové vaky, které se vytvarují podle jejího těla a výborně tak plní funkci ohraničení tělesných hranic. Jiný způsob polohování kvůli neustálým pohybovým stereotypům Klárka nevydrží.

Od zooterapií bylo dočasně u Klárky na přání otce upuštěno z důvodu podezření na alergii na zvířecí srst.

Ergoterapie: Stravování je u Klárky poněkud komplikováno jejími nekoordinovanými pohyby. Její pravou ruku je nutné při jídle zafixovat ke stolku, aby se zamezilo shazování talíře a sahání do jídla, v levé ruce si Klárka s pomocí dospělé osoby přidržuje příbor nebo si dává jídlo sama do úst. Při pití si s dopomocí hrnek sama přidržuje za ucho. Mytí rukou, utírání stolu a čištění zubů provádí s asistencí, má tendenci vše vkládat do úst. Převlékání nepatří ke Klárčiným oblíbeným činnostem, spíše protestuje a brání se. Tato činnost však lze provést celkem v klidu, pokud se podaří Klárku zaujmout prozpěvováním nebo tichým hovorem.

Při výtvarné výchově je pro Klárku z důvodu těžkého zrakového postižení velice důležitý přímý kontakt s materiálem, například roztírání barvy prsty, obtisky dlaní, hnětení materiálů, mačkání a tvarování hlíny, modelíny, práce s papírovinou, a to z důvodu potřeby hmatové stimulace jako prioritního prvku arteterapie.

Muzikoterapie: U Klárky jsou velmi zřetelné pozitivní reakce na hudbu. V důsledku postižení je neustále v pohybu, kývá trupem zepředu dozadu, je celkově roztřesená až neklidná. Uslyší-li jakoukoli melodii či rytmické zvuky, zastaví se ve svých pohybových stereotypech a pozorně naslouchá. Hudba je tak u ní jedním z nejdůležitějších terapeutických prostředků, který lze využít v mnoha situacích – pro zklidnění - například během česání, převlékání či přebalování, které Klárka odmítá a kdy se její neklid stupňuje, pro získání pozornosti - využití písni a rytmicizace při učení novým věcem a souvislostem, jako komunikační prostředek - používání stejných písni či říkadel pro určité situace, pro rozvoj verbálního projevu - například vybubnovávání Klárčinych zvuků, melodizace jejích slabik. Klárka rovněž výborně reaguje na přenos vibrací pomocí různých nástrojů. Ráda pokládá ruku na kytaru při hraní, ráda bubnuje, líbí se jí, když ji druhá osoba drží v náruči, dotýká se krkem Klárčiny hlavy a vydává různé zvuky a melodie.

Ve snoezelenu, kde pracujeme zatím skupinově, je Klárka spíše pasivní. Nejráději se stulí do klubička v polohovacím vaku nebo někomu v náruči, sleduje bublinkový válec a plně si užívá zvuků hudby.

Vodoléčbu má Klárka moc ráda. Vznáší se v proudu bublinek a někdy si stoupá u okrajů bazénu. Ve vodě, kde je bez plen, má často snahu prozkoumávat si pohlavní a anální části těla. Po koupeli je Klárka zabalena a většinou si pak ochotně nechá provést somatickou zklidňující masáž.

Většinu podpůrných technik přijímá Klárka pozitivně, nejzřetelněji lze pozorovat vliv hudby a muzikoterapie, vibrační a vestibulární stimulace a fyzikální terapie.

Poznámka

V průběhu tvorby méj bakalářské práce Klárku postihl silný záchvat provázený zástavou srdce a bezvědomím, ze kterého se již neprobrala. Zemřela několik dní po svých dvanáctých narozeninách. Jsem ráda, že jsem se Klárce mohla věnovat, a doufám, že jsme ve škole společně přispěli k tomu, aby svůj krátký život prožila spokojeně a cítila se milována a přijímána.

5.2. LUKÁŠ

Lukáš: 17 let, ročník R9, dg.: DMO – spastická kvadruparetická forma, psychomotorická retardace, epilepsie

OA: Lukáš se narodil v roce 1994 donošený, celé těhotenství probíhalo bez problémů, při porodu však nastaly vážné komplikace z důvodu uzle na pupečníku. Došlo k závažné perinatální hypoxii s následnou diagnózou těžké spastické kvadruparetické formy DMO na úrovni prvních 3 měsíců života, výrazného opoždění psychomotorického vývoje a sekundární epilepsie. Chlapec byl 6 týdnů na ARO, krmen sondou, poté předán do péče neurologa a rehabilitačního centra, kde začal rehabilitovat metodou Vojtovy reflexní terapie. Od 31 měsíců věku v péči rehabilitačního stacionáře Dar pro potřebu intenzivní rehabilitace. Od roku 2006 zařazen do rehabilitační třídy ZŠ.

RA: Lukáš je z druhého těhotenství, má staršího bratra. Rodina je úplná, nejvíce času Lukáš tráví s matkou, která je v domácnosti. Matka výborně spolupracuje se školou, a věnuje Lukášovi příkladnou péči. Často s ním cvičí, provádí masáže, zpívá. Lukáš žije v láskyplném a podnětném prostředí.

Lukáš je imobilní, leží na zádech, přetočí se na bok s končetinami přitáženými k tělu. Sedí na speciální sedačce, trup má mírně zakloněný a zafixovaný trupovou ortézou, nohy spuštěné a zafixované v pravém úhlu. S velkým úsilím dokáže vsedě zvednout ruku, částečně jí uvolnit a patologicky uchopit předmět. Často neudrží hlavu, která mu klesne na hrud'. Je schopen jíst pouze mixovanou stravu, a to s potížemi. Lukáš je vnímavý hoch, pozorně sleduje dění okolo sebe, má rád společnost, rozumí, o čem se mluví, při kontaktu se směje, reaguje na slovní podněty, snaží se komunikovat očima. Nevoli projevuje houkáním. Pozitivně reaguje téměř na všechny nabízené aktivity, obzvlášť má rád rehabilitaci a poslech hudby. Úroveň rozumového vývoje a míru mentálního postižení však není možné dostupnými metodami diagnostikovat. Proto se snažíme u Lukáše využívat alternativní komunikaci, zejména práci s komunikační knihou. Lukáš dokáže očima vybrat jeden ze dvou nabídnutých obrázků či karet ANO a NE, a může si tak zvolit činnost nebo sdělit svou potřebu a přání.

Bazální stimulace: Nejvýraznější účinek má působení somatických, vibračních a vestibulárních podnětů na Lukáše, jehož omezení v pohybu je v porovnání s ostatními žáky nejtěžší. Naprosté uvolnění celého těla nastává především po somatické zklidňující masáži, kdy je Lukáš schopen ležet delší dobu v klidu bez spasmů. Tento relaxační stav

je důležitý jak pro uvolnění tělesných struktur, tak pro navození klidu po stránce psychické.

Rehabilitace: Lukáš z důvodu těžké formy DMO denně rehabilituje 30 minut. Při cvičení s Lukášem je nutná kromě rehabilitační pracovnice ještě asistence další osoby, která pomáhá žáka přidržovat ve správné reflexní poloze. Lukášovy spasmy jsou totiž natolik silné, že ho jedna osoba neudrží. U Lukáše je pravidelná rehabilitace se zaměřením na využívání Vojtovy metody reflexní lokomoce velice důležitá, přispívá k udržování pohybových možností, zamezení bolestivosti a dalších tělesných změn vyvolaných častými silnými spazmy.

Lukáš je pravidelně dvakrát až čtyřikrát do týdne zafixován na 20 minut v bočním polohovadle, používaném pro nácvik reflexní polohy pro otáčení a plazení.

Míčkování: Lukáš je, podobně jako při aplikaci somatické zklidňující masáže, po míčkové facilitaci výrazně uvolněný. Pozitivní efekt je zde jasně pozorovatelný.

Na hipoterapii Lukáš reaguje velice pozitivně, pokaždé se zcela uvolní. Na koni je zapolohován vleže na břicho (podélně, proti směru chůze koně).

Ergoterapie: Při jídle potřebuje Lukáš největší pomoc, kvůli těžkým spasmům není schopen udržet příbor ani vykonávat cílený pohyb rukou. Má problémy s kousáním i polykáním, zvládá přijímat pouze kašovitou mixovanou stravu. Často se při jídle zakuckává, jídlo jazykem vysunuje ven a někdy se zakousne do lžice, což vyvolá silnou křeč v čelistech, kterou jen těžko po několika minutách povolí. Většinou se proto při dopomoci s jídlem z bezpečnostních důvodů používá u Lukáše gumová lžička. Celý proces přijímání potravy je pro Lukáše natolik vysilující, že neudrží hlavu ve vzpřímené poloze, klesne mu na hrud' a potrava vyteče ven. Proto je vhodné mu hlavu lehce přidržovat rukou. V průběhu jídla využíváme multisenzorické stimulace – při nabírání porce cinkne dospělý lžičkou o talíř, lehce se dotkne Lukášovy ruky, ukáže mu lžici před obličejem, a poté mu ji vloží do úst s lehkým přimáčknutím jazyka k dolnímu patru pro podporu polykacího reflexu. Velice důležité je ponechat dostatek času na zpracování každé jednotlivé porce a nekládat do úst přílišné množství jídla najednou. Při pití se opět využívá reflexního bodu pod bradou u krku. Lukáš dnes již dokáže vypít i celý hrnek, což je oproti minulým létům velký pokrok. Před nástupem do školy byl totiž krmen vleže a pil pouze z kojenecké lahve.

Lukáš potřebuje plnou pomoc také při převlékání, z důvodu jeho silných spasmů je tato činnost celkem fyzicky náročná. Na toaletu není vysazován, neudrží se v sedu ani za pomoci fixačního nástavce. Čištění zubů probíhá rovněž s plnou asistencí a s velkou pozorností, aby neskouzl zubní kartáček. Při mytí rukou a utírání stolu je podporován k aktivitě, procvičuje úchop mýdla, ručníku, hadru apod.

Arteterapie: U Lukáše je velice důležitý přímý kontakt s materiálem z důvodu potřeby hmatové stimulace jako prioritního prvku arteterapie. Jeho ruce jsou po většinu času uzavřeny v pěst, proto je žádoucí nabídka nových hmatových podnětů. K tomuto účelu používáme roztírání barvy prsty, obtisky dlaní, hnětení materiálů, mačkání a tvarování hlíny, modelíny, práce s papírovinou, pískem a různými přírodními materiály.

Muzikoterapie: Hudba zastává u Lukáše významné místo, velice rád naslouchá reprodukováné hudbě. Aktivní tvorba je komplikována nemožností uchopit a udržet hudební nástroje, používají se nástroje připevněné k tělu. Pro Lukáše, který trpí velmi těžkou formou spastické kvadruparézy, a je tím pádem značně omezen v pohybu, je hudba důležitým prostředkem k abreakci. Při prožívání jednotlivých písní nekoordinovaně pohybuje všemi končetinami i celým tělem, výrazně gestikuluje, potí se a dokáže se během několika písní úplně vysílit. Při ukončení muzikoterapie zpravidla dává najevo svou nevoli nespokojeným hučením.

Snoezelen: Pobyt ve snoezelenu je pro Lukáše vždy radostně očekávanou událostí. Má velmi rád poslech jakékoliv hudby, znásobený ještě působením vibračního pultu. Nejvíce ze všeho Lukáše ale těší prohlížet se v zrcadle a pozorovat měnící se barvy bublinkového válce, který se odráží v zrcadlových stěnách.

Vodoléčba: Působením teplé vody a proudu bublinek se Lukášovo tělo velmi výrazně uvolní. Po opuštění bazénu je osušen, zabalen do prostěradla a uložen k odpočinku, aby se udrželo prohřátí celého těla. Zpravidla pak následuje somatická zklidňující masáž či další formy masáží a dotykových terapií, které Lukáš přijímá s velkým povděkem a jejichž pozitivní přínos je v jeho případě zcela očividný.

5.3. FILIP

Filip: 12 let, ročník R4, dg.: DMO – těžká forma spastické infantilní diparesy s kvadru pyramidovou symptomatologií, psychomotorická retardace, epilepsie, mikrocephalie, atrofie papil, strabismus

OA: Filip se narodil v r. 1998 ve 33. týdnu těhotenství s těžkým kombinovaným postižením. Byla mu diagnostikována těžká forma spastické infantilní diparesy s kvadru pyramidovou symptomatologií, psychomotorická retardace, mikrocephalie, oční vada (strabismus, atrofie papil). Nosí brýle. Od narození rehabilituje metodou Vojta i Bobath, v dubnu 2003 absolvoval v Motole operaci dolních končetin. Od října roku 2002 byl v péči rehabilitačního stacionáře střediska Dar, od 1.9.2006 navštěvuje rehabilitační třídu Základní školy speciální.

RA: Matka je podruhé vdaná, rodina žije společně s Filipem a jeho dvouletou sestřičkou. Prošedí je pozitivní všichni příslušníci se radují z Filipových pokroků. Nejvíce času tráví s maminkou, která je s dětmi doma. Rodina spolupracuje, využívá nabídky školy a stacionáře, a to jak konzultací, tak možnosti půjčování hraček, pomůcek či literatury.

Filip je imobilní, dokáže se přesouvat plazením a válením sudů. Sám se přetočí ze zad na břicho i naopak. Vleže na boku je schopen pravou rukou manipulovat s předměty a hrát si. Filip používá při práci pravou ruku, levou rukou si však také pomáhá. Předměty uchopuje dlaňovým úchopem s podporou palce. Filip je velice aktivní až hyperaktivní hoch, s oblibou zkouší nové věci, chce pracovat sám bez pomoci ostatních. Problém mu dělá udržení soustředěné pozornosti, nedokáže se uvolnit a být chvíli bez činnosti. S povděkem tedy přijímá všechny arte a ergoterapeutické techniky, kde může uplatnit svou tvořivost. Filip je velice snaživý, pozitivně naladěný, při komunikaci s druhými lidmi je často iniciátorem kontaktu. Dělá mu potíže být chvíli sám, upozorňuje na sebe, snaží se upoutat pozornost. Filip používá několik naučených slov: „ne, jed, ham, máma, bkbk, ble, au,“ někdy zkouší vokalizovat a experimentovat s hlasem. Při společném „povídání“ se Filip aktivně zapojuje do komunikace, zdraví děti i dospělé ze třídy zamáváním, pohlazením, podáním ruky, na osobu se při tom podívá. Rád pomáhá dětem, když něco nezvládají. Bez problémů pracuje s hlasovým komunikátorem se čtyřmi výstupy. Obrázky dobře rozeznává a na jednotlivá tlačítka se dokáže bezchybně strefit. Souhlas či nesouhlas vyjadřuje adekvátně, vedle gest je podporován k verbálnímu projevu. Umí v různých situacích poprosit gestem o pomoc, poděkovat. Umí si též říci o přebalení. Filip jí speciálně upravenou lžící a vidličkou s širší rukojetí a

páskem pro zafixování příboru k ruce. Potřebuje pomoci s napichováním a nabíráním jídla, často také s dopravením sousta do úst. Při pití potřebuje Filip dopomoc, hrnek si přidržuje. Má pleny, ale je pravidelně vysazován na záchod, kde potřebu většinou vykoná.

Bazální stimulace: Při somatické masáži se Filip nedokáže dostatečně uvolnit kvůli neustálé potřebě aktivity. Při vestibulární stimulaci je zcela nejoblíbenějším nástrojem trampolína, všechny děti jsou na ní spokojené a speciální podněty při pohupování povrchu jim přináší radostné zážitky. Filip jezdí na speciálním skateboardu – dotýká se ho v oblasti hrudníku a břicha a odstrkuje se rukama. Přesun v prostoru je tak pro něj snadnější než při samotném plazení, přitom si však posiluje různé svalové struktury a musí vyvažovat rovnováhu. Vibrační masáž má rád, sám si přikládá strojek k hlavě i dalším částem těla.

Rehabilitace: Filip cvičí každodenně 30 minut Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Rehabilitaci provádí fyzioterapeutka s asistencí další osoby, která pomáhá žáka přidržovat ve správné poloze a to z důvodu Filipova vzrůstu i pokračující zatuhlosti končetin. Též u Filipa je pravidelná rehabilitace nezbytným prvkem, udržuje jeho pohybové možnosti a zároveň je prevencí bolesti.

Filip je, stejně jako Lukáš, pravidelně dvakrát až čtyřikrát do týdne zafixován na 20 minut v bočním polohovadle pro nácvik reflexní polohy pro otáčení a plazení.

Míčkování: Jak jsem již výše zmínila, Filip relaxační techniky přijímá spíše s nevolí. Je sice třeba respektovat jeho značnou aktivitu a chuť vyzkoušet si věci samostatně, dovolit mu, aby se mohl do masáže zapojit a některé prvky provádět sám, zároveň se však musí učit trpělivosti.

Hipoterapie: Jeho velký strach ze zvířat mu neumožňuje využívat léčebných účinků pobytu s nimi – hipoterapie i canisterapie se po nějakou dobu účastnil, jeho strach však nezmizel, naopak se zhoršoval, tudíž bylo nutné obě terapie ukončit.

Ergoterapie: Při stolování u Filipa používáme speciální tvarovaný příbor se širokou rukojetí a fixačním úchyttem na ruku a umělohmotný talíř se zvýšeným okrajem a protiskluzovou podložkou. Zafixovaný příbor na ruce není Filipovi moc příjemný, jeví se však jako nejlepší možnost pro podporu jeho samostatného stravování. Za asistence se Filip také učí krájet si jídlo nožem. Hrnek s pitím si s lehkou dopomocí dokáže držet

sám. S velkou radostí spolupracuje ve všech dalších sebeobslužných činnostech, jako je oblékání a svlékání, čištění zubů, mytí rukou a utírání pracovní plochy po jídle. Přestože potřebuje naší plnou pomoc, rádi mu umožníme pocit co největšího zapojení. Po obědě je Filip vysazován na toaletu se speciálním sedákem pro zafixování trupu a pravidelně zde vykoná potřebu. Ačkoliv všichni žáci používají pleny, je pro ně velmi pozitivní, že mají alespoň ve škole možnost vykonání potřeby na toaletě. Při oblékání a svlékání aktivně spolupracuje – otáčí se na bok, přetahuje si triko přes hlavu, pokrčí končetiny, za pomoci zkouší zapínat či rozepínat zip, vytahuje tepláky či kalhoty, podává oblečení.

Arteterapie: Filipovi přináší velkou radost samostatné tvorbě, dovede uchopit štětec, tukátko, houbičku, válec, rád si volí barvy i pomůcky k tvoření. K jeho oblíbeným činnostem patří též stříhání speciálními nůžkami, trhání, lepení, kaširování, hnětení a válení modelovací hmoty. Filipa potěší výsledný výtvar a jeho ocenění.

Při muzikoterapii upřednostňuje Filip aktivní muzikoterapii před její pasivní formou – vyplývá to z jeho povahy. Velice rád manipuluje s hudebními nástroji což lze využít pro rozvoj jemné motoriky a rytmizace. Problém mu však dělá udržení pozornosti a koncentrace při poslechu hudby.

Pro pobyt ve snoezelenu platí u Filipa totéž, co pro muzikoterapii. Aktivní část ho baví, zkouší hru na různé nástrojky, nejraději by ovládal i světla a CD přehrávač. V případě Filipa by byl vhodnější bílý pokoj, který je zaměřen spíše aktivačně než relaxačně. Klidová relaxační fáze je pro Filipa obtížná a náročná, rozhodně nedojde k uvolnění, spíše ruší ostatní děti svou neustálou aktivitou, což je nevýhoda skupinové terapie.

Při vodoléčbě se Filip také nedokáže nečinně oddávat proudu bublinek, stále vyhledává nějakou aktivitu. Vyžaduje například, aby mohl v ruce držet sprchu a polévat si hlavu. Celkově je pro něj vodoléčba přínosná, jeho spasmy se ve vířivce uvolní. Odpočívání po koupeli v teple pod dekou sice zrovna nevíta, nechá si však provést somatickou zklidňující masáž.

5.4. DAN

Dan: 18 let, ročník R9, dg.: DMO – spastická kvadruparetická forma, psychomotorická retardace, epilepsie, zraková vada (centrální postižení zraku - CVI)

OA: Dan se narodil v roce 1993 ve 36. týdnu normálně probíhajícího těhotenství. Porod spontánní záhlavím, pupečník kolem krčku, forceps, pro krvácení do CNS hospitalizován na novorozeneckém oddělení FN Motol asi 1 měsíc. Diagnostikována DMO, spastická kvadraparéza s pravostrannou převahou, epilepsie, mentální postižení, motoricky na úrovni začátku III. trimestru, psychicky na úrovni IV.-V. trimestru. V roce 1996 oční operace – korekce strabismu, 2002 operace na svalech DK ve třech etážích, 2006 luxace na pravém kyčli. Od roku 1997 v péči denního stacionáře střediska Dar pro potřebu intenzivní rehabilitace v souvislosti s diagnózou těžké smíšené distonicko-diskinetické kvadraparetické formy DMO s atetózou. Od roku 2006 zařazen do rehabilitační třídy ZŠ speciální Rooseveltova.

RA: matka zdráva, až na občasné bolesti zad. Rodiče jsou rozvedeni, otec s rodinou nežije. Matka je v domácnosti, stará se o Dana sama, občas vypomohou prarodiče. Matka je velmi pečlivá, někdy až přehnaně starostlivá. Těžko se smíruje s Danovým dospíváním, čímž vznikají doma problematické situace, protože Dan bývá často podrážděn. Pak dochází k automutilaci či agresi vůči matce.

Dan nejčastěji leží na břiše, na zádech se někdy leká – ztrácí kontrolu rovnováhy. Na břicho i na záda se otočí sám, umí se přemísťovat válením sudů nebo vleže na břicho přitahováním paží. Ve škole se také přesunuje sám pomocí speciálního jezdítka, na kterém leží trupem a odstrkuje se rukama. Sedí v sedačce s trupovou ortézou. Používá levou ruku, kterou umí čmárat po papíře, stavět kostky, držet lžici a vidličku a vkládat si jídlo do úst. Je společenský, má rád své spolužáky i dospělé pracovníky, je ke všem pozorný. Sleduje okolní dění, aktivně navazuje kontakt, vítá nově příchozí, rád se s nimi seznamuje. Učí se používat komunikační knihu, rozumí řeči, na dotazy odpovídá JO a Ne, v Makatonu umí použít gesto prosím a děkuji. Rád se směje, rozumí legraci, používá některé slabiky (táta, máma, bubu, čau) Umí říct své jméno. Má pleny, je vysazován na toaletu kde zpravidla vykoná potřebu. Sám si neřekne. Při oblékání spolupracuje, přetáčí se, rozepíná zip, rozvazuje tkaničky.

U Dana je třeba při všech dotykových terapiích, komunikaci i ošetřovatelských úkonech mít stále na zřeteli, že je to již mladý dospívající muž.

Bazální stimulace

Somatickou zklidňující masáž přijímá Dan pozitivně. Je zde zřetelný i výsledek masáže stimulující dýchání. Dan je alergik, má dýchací potíže a potřebuje se pročistit – po masáži dojde k odkašlání a prodýchání. Dobře reaguje na vibrační stimulaci – ta je

aplikována buď komplexně na procítění celého těla, nebo před činnostmi vyžadujícími jemné pohyby rukou – pak je vibrační přístroj přikládán pouze na klouby rukou a do dlaně.

Vestibulární stimulaci si Dan nejvíce užívá při pohupování na trampolíně. Na trampolíně leží a nechá na sebe působit podněty, které vyvolává dospělá osoba poskoky nebo podupáváním.

Dan rád jezdí na speciálním skateboardu – dotýká se ho v oblasti hrudníku a břicha, odstrkuje se rukama, přitom posiluje různé svalové struktury a musí vyvažovat rovnováhu.

Rehabilitace: Dan cvičí každodenně 30 minut. Protože je většího tělesného vzrůstu, je při cvičení potřeba kromě rehabilitační pracovnice ještě další osoby, která by pomáhala žáka přidržovat ve správné poloze. U Dana je pravidelná rehabilitace se zaměřením na využívání Vojtovy metody reflexní lokomoce velice důležitá. Pravidelná stimulace reflexních impulsů, využívání správných reflexních poloh a další masážní techniky slouží k zachování jeho pohybových možností v udržitelném stavu.

Dan byl donedávna dvakrát až čtyřikrát do týdne zafixován na 20 minut v bočním polohovadle. Nyní však tuto techniku přijímá s nelibostí až zlostí. Je možné, že se zvýšila bolestivost při polohování. Také to může být jeden z projevů jeho dospívání, kdy mu vadí, že je na určitou dobu pevně zafixován, bezmocný a neschopný pohybu. Stále nám dává najevo poplácáváním rukou na matraci či sedačku nebo slovy fuj, že si nepřeje být v polohovadle. Polohování bylo u Dana omezeno na jednou týdně, zvažujeme však v jeho případě nad úplným upuštěním od této stimulace.

Hipoterapie musela být u Dana ukončena z důvodu ochrany jeho bezpečnosti – ani dva asistenti ho nebyli schopni pro jeho velký vzrůst a přibývající hmotnost na koni ve vhodné poloze udržet.

Ergoterapie: Dan si při jídle drží za asistence lžici či vidličku v levé ruce, učí se nabírat pokrm a dávat si jej do úst. Používá speciální přístroje se silnou rukojetí a vhodně nastaveným sklonem a talíř se zvýšeným okrajem a protiskluzovou podložkou. Dan je vysazován na toaletu pomocí fixačního nástavce, asistovaně si čistí zuby, umývá ruce, utírá pracovní stůl. Při převlékání je podporován k co největší aktivitě.

Arteterapie: Dan je schopen alespoň částečně tvořit samostatně, dovede uchopit a na chvíli udržet štětec, ťukátko, houbičku, válec apod., rád si volí jednotlivé barvy i

pomůcky k tvoření. Má rád ocenění svého dílka, zvedá výkres do výšky, upozorňuje slovy „huu“ a všem ho ukazuje.

Muzikoterapie: Dan velice rád naslouchá reprodukované hudbě, důležitá je pro něj možnost bubnování, které je určitým způsobem abreakce. Levou rukou dokáže vydávat na buben velké rány a lze pozorovat výrazné uvolnění.

Snoezalen: Dan návštěvy multismyslové místnosti přijímá s nadšením, má rád poslech reprodukované hudby znásobený vibračním lůžkem, aktivně se zapojuje boucháním do bubnu, relaxační část mu nedělá problémy.

Vodoléčba: Ve vodě se Dan snaží pohybovat celým trupem nahoru a dolů, energicky plácá rukou do vody a radostně jí rozstříkuje. Plácání do vody je pro Dana také určitým způsobem abreakce, musí se však při této činnosti korigovat, aby nevytopil rehabilitační místnost. Při koupeli nastává u Dana, stejně jako u ostatních žáků, patrné uvolnění, které je ještě podpořeno prohřátím těla a následující somatickou zklidňující masáží.

SHRNUTÍ

Na případových studiích je jasně zřetelná variabilita potřeb a přístupů ke každému jednotlivci. Konkrétní příklady reakcí žáků na uplatňované metody ukazují, jak rozdílné jsou účinky jednotlivých forem podpory na chování, prožívání, fyzickou i psychickou stránku osobností dětí. Individualita každého z nich je ovlivňována jejich povahou, temperamentem, předchozími zkušenostmi, závažností postižení, dalšími přidruženými problémy a psychickými zvláštnostmi i aktuálním zdravotním stavem. Aby byl účinek terapií a dalších metod v pravém smyslu léčebný, je nutné zohlednit všechny tyto aspekty a respektovat individuální odlišnosti a potřeby všech žáků.

Všichni žáci jsou kvůli jejich postižení natolik omezeni v pohybu, kognitivních schopnostech a dalších oblastech jejich osobnosti, že nejsou bez pomoci druhé osoby schopni naplnit ani jejich základní lidské potřeby. Je jisté, že bez uspokojení bazálních potřeb není možné očekávat rozvoj osobnosti dětí. Ošetrovatelská a základní zdravotnická péče je důležitou - ne však jedinou - součástí edukace žáků. Využívání

speciálních přístupů a metod ve výuce umožňuje naplňování základních potřeb dětí s využitím jejich vrozeného potenciálu. Různé druhy terapií a podpůrných metod pracují s takovými zážitky, zkušenostmi a sférami lidské psychiky, které jsou vlastní všem jedincům a pro jejichž aplikaci není podmínkou aktivita a přímé zapojení klienta. Koncept bazální stimulace staví například na využívání prenatálních zkušeností, které má každý jedinec, třebaže omezený postižením. Také rehabilitační metody hrají při péči o děti s kombinovaným postižením prioritní roli. U většiny žáků by edukace bez pravidelného rehabilitačního cvičení byla naprosto nemyslitelná.

Při sledování reakcí žáků na poskytované formy podpory lze usoudit, že jejich aplikace v rámci edukačního procesu v rehabilitační třídě přináší zásadní a bazální podněty pro rozvoj osobnosti dětí, slouží k uspokojování jejich základních lidských potřeb a jsou přizpůsobené jejich konkrétním možnostem

ZÁVĚR

Problematice vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením je v poslední době věnována stále větší pozornost. Ještě koncem devadesátých let minulého byly děti se závažnými formami zdravotního postižení běžně osvobozovány od povinné školní docházky - a tím považovány za neschopné učit se. Velkou změnu přinesl vznik rehabilitačních tříd s Rehabilitačním vzdělávacím programem pomocné školy legislativně uznaným v roce 2003, který umožnil poskytování odborné a systematické péče žákům i s nejtěžšími formami mentálního a dalších přidružených postižení. Praktické zkušenosti, které byly doposud v rámci výchovně vzdělávacího procesu v rehabilitačních třídách získány, ukazují na smysluplnost a důležitost podpory těchto dětí, upozorňují však také na mnohá specifika a náročnost edukačních snah vycházejících ze zvláštních potřeb, možností a omezení žáků v různých oblastech. Je však stále třeba mít na zřeteli slova PhDr. Opatřilové „*Při práci s těžce postiženými dětmi je nutné oprostít se od zatížení vlastních norem. To, co nám připadá na chování těžce postižených zvláštní, nevhodné nebo rušivé, je u nich projev, prožitek, záliba. Měli bychom si uvědomovat, že těžce zdravotně postižení se nemají přizpůsobovat životu ve speciálním zařízení, ale my bychom měli vycházet vstříc jejich potřebám, což se nám pomalu začíná dařit.*“⁷¹

⁷¹ Opatřilová, 2005, str. 125

Záměrem bakalářské práce bylo podat vhled do problematiky vzdělávání žáků v rehabilitačních třídách se zaměřením na popis a možnosti využití různých metod a forem podpory při aktivaci dětí a stimulaci jejich vývoje v rámci edukačního procesu. K popisu jednotlivých podpůrných forem bylo využito jak teoretických východisek, tak konkrétních příkladů aplikace metod a přístupů při výuce žáků z Rehabilitační třídy Alžírská na Praze 6. Jsem si jistá, že má smysl každodenně vyvíjet maximální snahu o vzájemné přiblížení a pochopení potřeb našich žáků. Jejich pozitivní reakce a drobné úspěchy a pokroky mně o tom přesvědčují.

Svou práci bych chtěla zakončit optimistickou myšlenkou Lucie Procházkové:: Ještě stále nemáme dostatek informací o tom, co těžce postižení lidé cítí a vnímají, v posledních letech se však stále více zabýváme jejich životem, objevujeme další možnosti a způsoby, jak s těmito lidmi pracovat, komunikovat, jak je podporovat. Objevovat a rozvíjet potenciál, který je v těchto lidech, je náročný proces jak ze strany postižených, tak ze strany jejich okolí. Je třeba mít odvalu a chuť stále zkoušet, motivovat, rozvíjet, hledat, i přesto, že se dlouho nedostavuje úspěch a výsledek. Zkušenosti z praxe dokazují, že toto úsilí má smysl a význam, a k pokrokům i když po malých krůčcích dochází.⁷²

Budu ráda, když tato práce přispěje ke kvalitě péče o děti s těžkým postižením, i kdyby to bylo jen na jednom konkrétním pracovišti. Budu vděčná, když bude moci posloužit lidem se zájmem o tuto problematiku, novým pracovníkům, studentům, praktikantům v hledání způsobů, jak co nejučinněji přispět ke zkvalitnění života dětí s těžkým postižením.

⁷² Procházková in Hájková, 2009

LITERATURA

FAJMONOVÁ, J., CHOVANCOVÁ, M. *Možnosti využití snoezelenu při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha : IPPP, 2008. ISBN 978-80-86856-39-1

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4

HANÁK, P. a kol., *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. 1. vydání. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0

HÁJKOVÁ, V. a kol., *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha, Somatopedická společnost. ISBN 978-80-904464-0-3

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7

ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie – speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8

MATĚJIČKOVÁ, E.: *Možnosti využití orofaciální stimulace při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha: IPPP, 2008. ISBN 978-80-86856-38-4

Možnosti využití alternativních forem výuky v práci se žáky s více vadami. Soubor pracovních materiálů ke vzdělávacímu kurzu. IPPP a ZŠ speciální a MŠ speciální Nový Jičín, 2008.

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

PROCHÁZKA T.: *Setkání s muzikoterapií*. Brožura k semináři: ZŠ Zahradka: Praha, 2009

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.

SEKÁČOVÁ, G., JEŽEK, D.: *Možnosti podpory pohybového vývoje při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha: IPPP, 2008. ISBN 978-80-86856-51-3

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: PARTA, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2

VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. – Metoda bazální stimulace*. Praha : IPPP, 2001

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Informace o Rehabilitačních a autistických třídách Alžírská [online]. Dostupný z www: <http://strom.kbx.cz/Tridy-Alzirska/?c=Nastenka> [cit.1.6.2011]

Rámcový vzdělávací program obor vzdělání základní škola speciální [online]. Dostupný z www: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS_kor-final.pdf [cit.1.6.2011]

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. Dostupný z www: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1> [cit 1.6.2011]

