Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Možnosti vzdělávání dítěte s více vadami ve školním věku

Diplomová práce

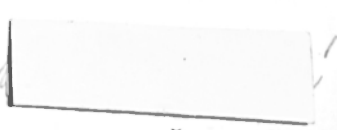
Praha 2006

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Lea Květoňová–Švecová

Vypracovala: Vendula Šukalová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

V Praze 13. dubna 2007



Vendula Šukalová

Děkuji Doc. PhDr. Lee Květoňové– Švecové za odborné vedení mé diplomové práce a cenné připomínky.

Souhlasím s využitím práce ke studijním účelům.

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na možnosti výchovy a vzdělávání dítěte s více vadami ve školním věku.

První kapitola je věnována charakteristice školního věku, vymezení více vad a jejich vlivu na osobnost dítěte. Druhá kapitola pojednává o komunikaci, specifikách diagnostiky dítěte s více vadami a problematice vzdělávání dítěte s více vadami. Třetí kapitola zmiňuje další činitele ve výchovně – vzdělávacím procesu tohoto dítěte. Tvůrčí část obsahuje podrobnou kazuistiku dítěte s více vadami s prognózou nepříznivého vývoje včetně školního hodnocení a individuálního vzdělávacího plánu. Zvýrazněna je problematika dětského umírání a smrti.

Annotation

The Graduation paper is directed on options of education child with multiple disability in school years.

The first chapter is given the characteristic of child in school years, define multiple disability and thein effects on child's individuality. The second chapter deals with communation, specifications with child with multiple disability and options of education. The third chapter mentions other aspects in education. The practical chapter contains detail kasuisticof child with multiple disability with adverse prognose on development. Their is also educational evaluation and individual plan of education. The question of child's death.

Motto: „Jsem dítě s postižením. A jsem Tvůj učitel, pokud mi to dovolíš. Naučím tě, co je v životě skutečně důležité. Dám ti bezpodmínečnou lásku a naučím tě, jak se dává. Daruji ti svou bezmeznou důvěru, závislost na tobě. Učím tě, jak vzácný a drahocenný je život, učím tě, abys věci kolem sebe nebral jako samozřejmost. Učím tě zapomínat na vlastní potřeby a touhy a sny. Učím tě dávat. Ale ze všeho nejvíc tě učím naději a víře. Jsem dítě s postižením.“ http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=716 [cit.15. února 2007]

Obsah

Úvod **7**

1. Charakteristika více vad

1.1 Charakteristika školního věku 8

1.2 Vymezení více vad..... 11

1.3 Vliv více vad na osobnost dítěte 13

2. Možnosti výchovy a vzdělávání dítěte s více vadami

2.1 Komunikace 15

2.2 Speciálně pedagogická diagnostika a její specifika 19

2.3 Školská zařízení a vzdělávací programy 22

3. Dalších činitelé ve výchově a vzdělávání dítěte s více vadami

3.1 Rodina 27

3.2 Denní aktivity s ohledem na sebeobsluhu 32

3.3 Podpůrné přístupy 33

4. Edukace a komplexní péče o dítě s více vadami

4.1 Charakteristika školského zařízen..... 40

4.2 Třída pro děti s více vadami 44

4.3 Případová studie se zaměřením na edukaci – Daniel..... 48

Závěr..... **73**

Seznam literatury **75**

Seznam příloh..... **79**

Úvod

Pro svou práci jsem si vybrala téma dítě s více vadami ve školním věku, protože pracuji ve školském zařízení, kde se tyto děti vzdělávají. V současné době se právě ony stávají zájmem odborné veřejnosti. Velmi často je přítomno mentální postižení jako výrazně determinující faktor při výchovně – vzdělávacím procesu.

Cílem práce je poukázat prostřednictvím kazuistiky na přínos edukace takového dítěte s více vadami s prognózou nepříznivého vývoje. Postoj speciálního pedagoga k prožívání životních událostí, jeho prezentace dítěti, rodině a ostatním ukazuje na rozšíření speciální pedagogiky o další rozměr.

V první kapitole se zabývám charakteristikou školního věku, vymezením více vad a jejich vlivu na osobnost dítěte. Další kapitola rozpracovává speciálně pedagogickou diagnostiku více vad, oblast komunikace a možnosti výchovně vzdělávacího procesu. Na závěr teoretické části doplňuji diplomovou práci částí o činitele, které ve velké míře ovlivňují zapojení dítěte s více vadami do života.

Tvůrčí část obsahuje charakteristiku školského zařízení pracující s takovými dětmi a velmi podrobnou případovou studii dítěte s více vadami s prognózou nepříznivého vývoje. Na jejím podkladě v závěru stanovím možná doporučení pro teoretickou a praktickou rovinu speciální pedagogiky.

Téma diplomové práce je zvoleno s ohledem na fakt, že provázení těchto dětí na jejich životní cestě je mou každodenní náplní, chci se jí i v budoucnu věnovat a provádět co nejlépe. Jsem přesvědčena, že mi tato práce pomůže utřídit současné poznatky a zkušenosti, podnítí mě v další touze po poznání této problematiky a bude i východiskem pro jiné speciální pedagogy, kteří se s takovými dětmi setkávají nebo budou setkávat.

Vycházím z dostupné speciálně pedagogické literatury, z výsledků při speciálně pedagogickém vedení, pozorování, rozhovorech s matkou a pedagogy.

1 Charakteristika více vad

1.1 Charakteristika školního věku

Vágnerová (1996) člení školní věk na:

- raný školní věk, který trvá od nástupu do školy dva roky a je obdobím změny životní situace a adaptace na ni
- střední školní věk, který trvá tři roky a je obdobím přípravy na dospívání
- starší školní věk, nebo-li pubertu

Raný školní věk

Zahájení školní docházky představuje pro dítě významný životní předěl. Dítěti se mění dosavadní způsob života. Nastávají mu nové povinnosti související s rolí školáka včetně vzniku nových sociálních vztahů. Škola na dítě klade požadavky, které se s postupem času zvyšují. V ideálním případě rozvíjejí veškeré složky osobnosti dítěte. Role školáka zahrnuje i poznání, že ve třídě je jen jedním z mnoha dětí a o pozornost autority se s nimi musí dělit. Škola rovněž zajišťuje uspokojování potřeb tohoto dítěte. Vznikají nové sociální vztahy mezi dítětem a učitelem, dítětem a spolužáky. Co se vztahů týká, záleží na předchozích zkušenostech dítěte (přítomnost sourozence, návštěva předškolního zařízení, neobratnost, omezování rodiči v kontaktu s vrstevníky. Dítě zjišťuje fakt, že pílí a snaživostí dosáhne vnitřního uspokojení a kladného hodnocení druhými v případě dobrého výkonu.

Myšlení dítěte se dospívá do stádia konkrétních operací, což znamená, že jeho myšlení sice respektuje zákony logiky, vyžaduje ovšem názornost. Morálka tohoto dítěte se nachází ve stádiu konvenčnosti, chová dle příkazů a zákazů autorit. Dítěti neprospívá rozpor mezi požadavky rodičů a jiných autorit např. učitelem. Hry se v tomto období stávají náročnější a složitější na pravidla. Dítě také navštěvuje zájmové kroužky, které pro něj mají nesporný význam. Do dětského světa taktéž vstupuje vliv širšího společenského prostředí jako televize, film, video, knihy a časopisy.

Střední školní věk

Dochází k prohlubování vědomostí, zdokonalování dovedností, rozvíjení intelektu. Dítě navazuje trvalejší a širší kamarádské vztahy. Učí se na problematiku

dívat očima druhého, vcítit se, respektovat jeho potřeby, pomáhat a spolupracovat. To má na druhou stranu význam pro budoucí partnerské a pracovní vztahy.

Ve středním školním věku se vztah k učiteli proměňuje v neutrální. Vrstevníci nabývají na důležitosti. Identifikace s vrstevnickou skupinou je jedním z mezníků v socializaci dítěte. Dětská skupina vytváří půdu pro učení se novým modelům chování.Dítě potřebuje vytvořit si ideál identity, který jej motivuje k žádoucí aktivitě.

Starší školní věk

Období staršího školního věku patří do období puberty. Období je datováno někde mezi 11. – 12. až 15. rokem, přičemž je třeba počítat s určitou individuální variabilitou, danou v tomto případě především geneticky.

Puberta je popisována jako období pohlavního dospívání a nového začleňování osobnosti do společnosti. Je to také období pronikavých změn ve vývoji jedince a značných problémů v rodině a ve školní výchově.

Toto nelehké období můžeme vymezit dvěma hraničními změnami. Od prvních příznaků pohlavního zrání (objevení se prvních sekundárních pohlavních znaků) s růstem do výšky po dovršení plné pohlavní zralosti (schopnosti reprodukce). Psychický vývoj se též projevuje vysokou individuální , ale i laterindividuální variabilitou. (Čáp, Mareš, 2001)

V organismu nastávají velké biologické změny. Puberta přináší růst postavy, změnu postavy, nástup sekundárních pohlavních znaků, zvýšenou hormonální aktivitu, labilitu, zvýšenou unavitelnost a celkovou podrážděnost. Tyto tělesné změny vnímá každý různě, někdo je na ně pyšný, jiný se za ně stydí. Pokud dojde k rychlejšímu tělesnému zrání, které není infantilní jedinec schopen přijmout, poté se za tuto realitu stydí a popírá ji. Chlapci prožívají dospívání snadněji než dívky. Na rozdíl od dívek se u nich puberta projevuje především k fyzickým růstem a rozvojem svalů. Sekundární pohlavní znaky tak nejsou na první pohled příliš patrné. Zrychlení jejich tělesného růstu bývá okolím přijímáno kladně, zatímco zpomalení tělesného růstu jedinec i okolí vnímá jako problém. U děvčat jsou sekundární pohlavní znaky na první pohled patrnější a okolím chápány jako zásadnější změny.

Myšlení dozrává do etapy formálních operací a stává se abstraktním. Morálně se dítě nadále rozvíjí, počíná chápat odlišné názory a motivy druhých lidí, rozumí

obecným morálním principům a projevům. V nejlepších případech je schopno se chovat podle úrovně postkonvenční morálky, řídí se převzatými vnitřními principy. Ne každé dítě tohoto dosáhne. Taktéž musíme počítat se značnými individuálními rozdíly.

Jedna z vývojových potřeb dospívajícího spočívá v jeho odpoutání se od rodiny. Emancipace od rodiny je základním znakem socializačního vývoje u dospívajících. Mladí doposud vědomě kopírovali chování rodičů. Nyní se od nich musí citově oddělit, aby zjistili, kdo jsou a čím chtějí být. Míru oddělení ovlivňují tyto faktory: velikost jejich závislosti, intenzita vzpoury a tím, jaký svět venku najdou a co od nich bude vyžadovat. Dítě už nechce být jako rodiče, chce se stát samostatnou individualitou. Dítě již rodiče neakceptuje jako dříve, postupně odmítá závislost na rodině a nahrazuje ji vázaností na vrstevníky. V tomto období dochází ze strany pubescenta ke zvýšené kritice rodičů. Za normálních okolností si dospívající přesto podrží pozitivní vztah k rodičům. Neobvykle významné role nabývá i navazování vztahů k vrstevníkům. (Vágnerová, 1996) Významnou součástí identity je budoucí sociálně profesní role. Zde se projeví i míra identifikace s rodinou.

V průběhu puberty se mění role dítěte jako žáka. Součástí žákovské role v tomto období je tendence příliš se nenamáhat. Pubescenti bývají kritičtí nejen k rodičům, ale i ke škole. Od učitelů přijímají jen to, co jim imponuje a čeho si váží. Smysl i cíl role žáka se zaměřuje do budoucnosti, na volbu povolání, která je dosud, alespoň v představách, manipulovatelná. Školní úspěšnost přestává být cílem a stává se prostředkem. (Vágnerová
1996)

Učitel se setkává se značnými individuálními rozdíly mezi dospívajícími. V jedné třídě jsou žáci nadprůměrně i podprůměrně tělesně vyspělí, někteří dosahují etapy formálních operací a abstraktního myšlení, někteří se dobře začleňují do skupiny vrstevníků, jiní jsou skupinou odmítáni, někteří mají určité zájmy a životní cíle, jiní tráví volný čas v hostincích, pijí alkohol, kouří apod. Záleží na interakci mnoha vnitřních a vnějších podmínek, která varianta vývoje nastane. Vývoj je často nerovnoměrný – vyspělost v jednom aspektu nemusí být provázána s vyspělostí v ostatních aspektech.

Shora uvedené odpovídá vývojovému období puberty u psychicky a fyzicky zdravého dítěte. Někdy však dochází souhrou různých okolností ke vzniku zdravotního postižení dítěte.

Specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými jedinci tvoří děti, mládež i dospělí s mentálním postižením, často kombinovaným s jinou vadou. Za jedince s mentální retardací se obvykle považují jedinci, u nichž dochází k zaostávání rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých osobních vlastností a k problémům v adaptačním chování. Věda má dnes velké množství ověřených informací o zákonitostech vývoje zdravých lidských jedinců. A tak je může pokládat jako východisko při sledování zvláštností vývoje mentálně retardovaných. Není možné se zcela zříci zákonitostí tzv. normálního vývoje a hledat odtažité specifické vývojové modely pro mentálně retardované. Je zapotřebí znát jednotlivé vývojové stupně a jejich charakteristiky a vycházet z nich při stanovení odlišností. Rovněž se jeví nezbytným pochopit řídící procesy vývoje. Ty mohou být specifické pro každého jedince, tedy i jedince s mentální retardací. Ve vývoji mentálně retardovaných lze nalézt zvláštnosti, které jsou závislé na charakteru postižení, jeho hloubce i příčinách vzniku. (Švarcová, 2006)

1.2 Vymezení více vad

Problematika více vad se dostává do popředí zájmu až v posledních letech. Konfrontace se závažným faktem, že mezi námi žijí jedinci s více vadami, způsobuje nutnost zabývat se jí. Svůj podíl na této skutečnosti má i lékařská věda. Medicína stále zdokonaluje své poznatky v péči o předčasně narozené děti, které by dříve nepřežili. Jako daň za záchranu života je dítě na startovní čáře své životní cesty znevýhodněno. Naše společnost chce těmto dětem poskytnout komplexní podporu v jejich nelehkém životním údělu a pomoci jim prožít co nejvíce šťastný život.

Současná terminologická vymezení se neshodují ve vymezení více vad. Velmi pokrokové se jeví konstatování Sováka (in Opatřilová, 2005) o neexistenci izolovaných vad v souvislosti s tím, že každé postižení se projikuje přinejmenším do psychické oblasti jedince. Monatová rozděluje více vady na „kombinované neboli sdružené defekty do různých oblastí, které mnohočetné. Nejčastěji se vyčleňuje slepohluchota, defekt pohybový a zrakový, pohybový a sluchový, pohybový a

řečový, duševní a zrakový a dále kombinace různých organických defektů s neurotickými projevy". (in Opatřilová, 2005. s. 10)

Oproti tomu Švarcová používá termín těžké a hluboké postižení (in Opatřilová, 2005, s. 10), ovšem blíže jej nedefinuje. Teplá překládá zahraniční termíny slovním spojením těžké mentální postižení, těžké zdravotní postižení, postižení více vadami a multihandicap (Opatřilová, 2005) a taktéž se nezabývá jejich specifikací. Vítková (in Opatřilová, 2005, s. 10) více vad nazývá těžkým postižením a chápe jej jako „komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech." Je založeno na celistvém chápání osobnosti člověka. Dnes toto představuje jedno z nejvýstižnějších pojetí více vad.

Důvodem vzniku více vad jsou různorodé kombinace z oblasti genetických, chromozomálních, metabolických, neurologických a traumatických příčin. Mohou působit v kterémkoliv věku, nejzávažnější postižení se lokalizují svým vznikem do období před porodem. Více vad se nejvíce vyskytuje při poškození centrální nervové soustavy. Čím závažnější stupeň mentálního postižení bude dítě mít, tím závažnější bude i stupeň dalších postižení a jejich počet a naopak, čím těžší stupeň projevů a příznaků jednotlivých poruch, tím budou závažněji ovlivněny mentální schopnosti dítěte.

1.3 Vliv více vad na osobnost dítěte

Vítková vyzdvihuje vliv více vad na celou osobnost dítěte. Hovoří o postižení v celé jeho celistvosti. (Vítková, 2004) Dítě s více vadami – to znamená dítě s různými druhy, hloubkou a rozsahem postižení, ale vždy zasažené v celé své individualitě.

U dítěte s více vadami se často vyskytuje mentální postižení. Mentální postižení představuje zaostávání vývoje rozumových schopností, odlišný vývoj některých psychických vlastností a poruchy v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je odlišná. Mentální postižení je trvalé organické poškození, které v důsledku vede k trvalému snížení rozumových schopností. Každý takový jedinec je jedinečnou bytostí. Můžeme vypozorovat určité společné znaky a jejich individuální projevy. Závisí na druhu mentálního postižení, na její hloubce, rozsahu a rovněž na rovnoměrnosti či nerovnoměrnosti duševního vývoje.

Jeho vjemy a počitky jsou nedokonalé. Brzdí a zpomalují rozvoj vyšších psychických funkcí jako je myšlení. Nedostatek podnětů mentální postižení prohlubuje. Myšlení dítěte s mentální retardací se vyznačuje omezenou schopností abstrakce a zobecňování, nesoustavností, slabou řídící úlohou, nekritičností, absencí sekvenčního myšlení.

Pozornost je malého rozsahu, nestálá a snadno unavitelná. Záměrnou pozornost udrží 15 – 20 minut, i když je to ovlivněno řadou faktorů

Motivaci ke školní práci formuje postoj autorit, především rodičů. Rodiče mohou brát školní práci jako kompenzaci k postižení či ji bagatelizovat a dítě celkově považovat za neschopné.

Po emoční stránce dítě reaguje na nižší vývojové úrovni, nemají rádi věci nové a neznámé. Jsou motivovatelní bezprostřední odměnou. Požadavky plní pro radost toho druhého, ne z vlastní vůle. City neprojevují adekvátně k situaci, protože jim jejich intelekt nedovoluje je ovládat.

Porucha se objevuje i v oblasti vůle.

Dítě má zpomalené tempo řeči a jeho řeč vykazuje četné odchylky. To mu také ztěžuje kontakt s okolím.

Pochopení norem chování je pomalejší, ale i dítě s postižením si většinou osvojí elementární normy chování.

Na dítě s více vadami (a nejen na něj) velmi působí prostředí. Dítěti chybí spontánní rozvoj, nepostačuje mu běžná stimulace. Mnoho přicházejících podnětů není tak lehce dostupných nebo jsou i méně informačně hodnotné. Z toho vyplývá nutnost speciálně pedagogické podpory k využití zbývajících schopností, aby vývoj dítěte probíhal co nejméně omezeně. Může se stát, že vlivem nepodnětného prostředí dítě není dostatečně stimulováno. Poté vyvstává nutnost vybrat vhodné zařízení s odpovídajícím výchovně vzdělávacím programem a napravovat. Docházka do předškolního zařízení usnadňuje adaptaci na roli školáka.

Toto dítě se vyznačuje častým nerovnoměrným vývojem funkcí ve všech oblastech osobnosti. Málokteré dítě s postižením v šesti letech dozrálo pro školní docházku. Dnešní legislativa umožňuje jeden odklad školní docházky, ale i v tomto případě je nejlepší dítěti zajistit docházku do takového zařízení, kde mu bude poskytnuta komplexní speciálně pedagogická podpora.

Nástup do vzdělávacího zařízení může pro dítě znamenat odchod z rodiny do internátního zařízení. S tím je spojena obrovská změna životního stylu. Dítě v internátním zařízení ztrácí pocit jistoty a bezpečí, které mu poskytovala rodina. Musí se přizpůsobit nejen novému školnímu prostředí, ale i prostředí internátu, přivyknout nejen na autoritu učitele, ale i různé vychovatele a rovněž vrstevníky. Ztrácí zde soukromí a jeho individuální životní rytmus je setřen. Jeho čas je naplánován a aktivitám je potřeba se přizpůsobit. Dítě s jakýmkoliv postižením se celkově obtížněji adaptuje vzhledem k menší zralosti a horším dispozicím.

Veškeré nové věci si osvojuje velmi pomalu, rychle zapomíná, naučené si nedokáže včas vybavit a vhodně použít. Vše se odvíjí od hloubky postižení, proto je nutné dlouhodobé opakování.

2 Možnosti výchovy a vzdělávání dětí s více vadami ve školním věku

2.1 Komunikace

Ludíková (2006) označuje komunikaci za jednu z nejdůležitějších životních potřeb jedince. Komunikace se podílí na rozvoji celé jeho osobnosti a zaujímá nezastupitelné místo při socializaci a výchovně vzdělávacím procesu tohoto jedince. Komunikace znamená nejen sdílet, ale i dávat. Vždyť dítě se při prozkoumávání svého okolí seznamuje s různými věcmi, přitom je pojmenovává a ptá se. Takto mnohostranné využití mluvené i tělesné řeči (mimika, gesta) a jejich kombinace umožňuje zcela osobní přístup při používání řeči a její postupný rozvoj do vlastní individuální potřeby. Lze tedy říci, že řeč je jedním z důležitých prostředků k představení svého vlastního „já".

V projevu každého dítěte se prolínají čtyři jazykové roviny morfologicko – syntaktická, lexikálně – sémantická, foneticko – fonologická a pragmatická. Pokud je alespoň jedna z těchto rovin nějakým způsobem narušena, hovoříme o tzv. narušené komunikační schopnosti. Právě u dítěte s více vadami dochází k omezení až opoždění vlastního rozvoje řeči již na úrovni jednotlivých jazykových rovin s následným promítáním se do samotného aktu řeči. V praxi to znamená narušení až znemožní komunikačního procesu vzhledem k narušení některých složek účastnících se na komunikačním procesu – motoriky, kognice, senzoriky. Ludíková (2006) konstatuje, že takové narušení se může dít jednak při příjmu informací pomocí zraku či sluchu, jednak při zpracování, uchování a znovuvybavení informací (zde je právě limitující faktor mentální postižení) a jednak při expresivním vyjádření sdělení (zde zase významnou úlohu představují poruchy hybnosti).

Dítě s narušenou komunikační schopností užívá, dnes rychle rozvíjející se a stále více uplatňovanou, alternativní a augmentativní komunikaci. Augmentativní komunikace je komunikace doplňková a alternativní komunikace náhradní. Augmentativní komunikace jako doplněk podporuje mluvenou řeč dítěte s narušenou komunikační schopností. Dítě sice mluvenou řeč používá, ovšem řeč není na úrovni, aby dítěti postačovala. Na druhé straně jsou mezi námi i děti s více vadami, jimž více vad neumožňuje ani podporovanou komunikaci. Pro ně se nabízí využití komunikace

alternativní, tedy náhradní. Existují různá hlediska dělení alternativní a augmentativní komunikace.

Při rozhodování o volbě vhodného systému alternativní a augmentativní komunikace zvažujeme hlediska tato: (Ludíková, 2006) stupeň porozumění signálům nonverbální komunikace (gesta, mimika, vizuální kontakt...), stupeň porozumění řeči, současné verbální i neverbální způsoby komunikace a jejich úspěšnost a spontánní využití některých forem alternativní a augmentativní komunikace, schopnost vyjádřit ano – ne, rozumění symbolům a eventuelně čtenářské dovednosti, úroveň hrubé a jemné motoriky, motivace ke komunikaci a schopnost dorozumět se, sociální dovednosti včetně vztahu k vrstevníkům, emoční projevy a chování, kognitivní a senzorické schopnosti, perspektivy školského zařazení, sociální prostředí klienta a způsob trávení času, zhodnocení očekávání klienta a osob v jeho okolí, možnosti podpory.

Jsou známa pozitiva i negativa alternativní a augmentativní komunikace. Pozitiva spatřujeme ve snížení tendence k pasivitě jedince, zapojení dítěte, rodičů, učitelů a vychovatelů do vzdělávacích a volnočasových aktivit, podněcování rozvoje kognitivních a řečových funkcí, samostatné rozhodování, vyjadřování, prezentování se, rozšíření možností komunikace této osoby, aktivní účast uživatele. Jako negativa jsou uváděna menší společenská využitelnost, evokování pozornosti širšího sociálního okolí, limitovaný výběr komunikačních partnerů, zvýšené nároky na sociální okolí na osvojení si systému a časová náročnost na realizaci.

Mezi alternativní a augmentativní komunikaci řadíme obrázkové systémy (jako např. piktogramy), znak do řeči, Makaton, Bliss, globální čtení, sociální čtení, facilitovanou komunikaci, ETRAN – N. Janovcová (2004) zmiňuje také komunikaci pomocí bazální stimulace, dále znakový jazyk a znakovanou čeština, prstovou abeceda, Lormovu abececedu a jiné znakování do ruky, systémy TADOMA, CUED SPEECH, HAND – MUND, Brailleovo písmo.

Alternativní a augmentativní komunikační systémy pomáhají komunikaci obnovit a znovu navázat komunikaci, vyjádřit pocity, přání a aktivně ovlivňovat svůj život.

Následující řádky se zabývají znakem do řeči.

Znak do řeči

Termín znak do řeči označuje podpůrně vizuálně – motorický komunikační systém, který se v České republice počal rozvíjet na přelomu 20./21. století. Základem znaku do řeči jsou velmi jednoduchá, ilustrativní gesta a mimika. Tak je maximální možné míře přizpůsoben snížené úrovni motorických, vizuálních a kognitivních funkcí uživatele, tedy i dítěte s více vadami. V jednotlivých větách se znakují pouze tzv. klíčová slova, pohyb nemusí být zcela přesný.

Úspěšné užití znaku do řeči jsou již v dnešní době stanovují pravidla: (Ludíková, 2006) dospělý doprovází svou řeč gestem, slovo i posunek probíhají současně, dospělý mluví až tehdy, když se na něj dítě podívá, doporučená vzdálenost mezi komunikujícími je 50cm až 2m, obsah posunku je podpořen mimikou, dospělý povzbuzuje dítě k napodobení gesta, nedaří-li se dítěti gesto napodobit – dospělý mu vede ruku, dospělý a dítě zpočátku gestikulují jen v určité situaci, na každé gesto, které dítě provede, dospělý přiměřeně reaguje, znaky sledují rytmus řeči, výběr posunků i jejich adaptace musí být ovlivněna motorickými, senzorickými a mentálními schopnostmi dítěte, jakož i jeho zájmy a individuálními potřebami, dále gesta postupně zařazujeme do všech denních aktivit dítěte, v momentě, kdy dojde k náhradě gesta řečí, není nutné trvat na jeho užití v mluveném aktu. Jestliže dítě umí některé znaky již samo a jinak, ponecháme výběr na něm.

Cílem znaku do řeči je primárně usnadnění a podpora rozvoje verbálního projevu jedince s narušenou komunikační schopností, postupná eliminace gest v řeči a přechod k řeči mluvené. Sekundárně rozvíjí jemnou motoriku, smysl pro rytmus, schopnost imitace a koordinaci pohybů.

„Používáním znaku do řeči tak vlastně záměrně prodlužujeme předverbální vývojové stádium, kdy komunikace dětí zahrnuje používání rukou a oční kontakt. Struktury mozku, které řídí pohyb rukou a mimiky k sobě těsně v precentrálních a postcentrálních závitech přiléhají a nervová regulace pohybů rukou dozrává dříve než nervové řízení motoriky mluvidel. Gesta jsou také z fylogenetického hlediska obecně prvotnějším prostředkem komunikace než mluvené slovo. Znakování tedy může být posilujícím faktorem vývoje řeči." (Janovcová, 2004, s. 26)

Dítě potřebuje vhodně motivovat a chválit. Neméně důležitá je spolupráce s rodinou. Rodina musí komunikační systém používat také, mít k němu pozitivní

přístup, uplatňovat ho v domácím prostředí. Základní pojmový slovník je dnes již rozpracován, záleží jen na výběru pedagoga a preferencích dítěte. Známe okruhy rodina, jídlo, zvířata, oblečení, činnosti, domácnost, škola, barvy, příroda, vlastnosti, doprava, čas, některé předložky, příslovce.

2.2 Speciálně pedagogická diagnostika a její specifika

Diagnostika je proces, který vede ke stanovení komplexní diagnózy.

Stanovení komplexní diagnózy znamená týmovou spolupráci odborníků. Jsou to lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog. Pro diagnostiku se v současné době používá řada diagnostických metod.

Speciálně pedagogická diagnostika slouží k posouzení aktuální úrovně schopností, možnostem vzdělávání a další podpory. Stanovení diagnostických závěrů není nikdy definitivní. Vzhledem k proměnlivému vývoji a možnostem vývoje směrem nahoru i dolů se situace může měnit. Proto je nutné diagnostiku provádět nepřetržitě a závěry neustále korigovat. Velmi důležitá je poznámka, že stejné kombinace se stejnou hloubku postižení znamenají dvě rozdílné jedinečné bytosti se svými osobnostními specifiky. Proto neexistuje konkrétní obraz takového jedince, pouze určité možné společné znaky, které se v rámci tohoto velmi často vyskytují. Jedině dle podrobné a poctivě stanové speciálně pedagogické diagnostiky může pedagog sestavit kvalitní a na míru sedící individuální vzdělávací plán. Individuálně vzdělávací plán respektuje omezené možnosti dítěte, využívá speciálně pedagogických metod ke korekci nedostatků a ke stimulaci jeho potenciálu.

Diagnostika u dětí s více vadami je obzvláště náročná. Aplikují se stávající metody, které se upravují u každého dítěte dle jeho speciálních vzdělávacích potřeb. Při nedodržení této zásady dítě není schopno zadaný úkol splnit a hrozí nebezpečí podcenění mentální kapacity dítěte. Diagnostika musí vykazovat interdisciplinárnost a vyznačovat se vysoce individuálním přístupem ke každému jednotlivci. Pro správnou diagnostiku je nutná dlouhodobost, pozorování průběžného charakteru, individuální přístup a vhodně zvolené metody. Je potřeba znát osobnost dítěte a jeho nejbližší sociální prostředí, čímž je myšlena zejména rodina.

Dosažené výkony v jednotlivých oblastech speciálně pedagogické diagnostiky bývají značně nerovnoměrné.

Přinosilová (2004) uvádí tyto sledované oblasti diagnostiky:

- ***rozumové schopnosti a vědomosti***

Je nutné odlišit snížení rozumových schopností z nedostatku podnětů vlivem kombinace postižení, protože přístup k podnětům má dítě značně ztížený. Rodiče

nevědí, jak se mají o dítě v tomto směru postarat. Nevědí, kde hledat informace, jak s dítětem pracovat a sami se vyrovnávají s náročnou životní situací. Pak se takové postižení rozumových schopností může zdát hlubší, než jaké ve skutečnosti dítěti přísluší.

Reaktivita dětí je snížená či zvýšená, nikdy však přiměřená.

Dítě se rychle unaví a jeho výkonnost klesá.

Bývá i porucha pozornosti a s ní spojené poruchy paměti zejména v části vštípivosti.

Myšlení těchto dětí je dětské, vázané na konkrétní skutečnost, je stereotypního charakteru a nesamostatné. Z tohoto posléze plynou i potíže ve výchovně vzdělávacím procesu. Myšlení se rovněž projevuje nízkou produktivitou a je chudší. Narušena je i orientace v prostředí z důvodu poruchy poznávacích schopností a orientace v čase a prostoru.

Úroveň myšlenkových operací se dle Přinosilové (2004) soustředí na analýzu, syntézu i analyticko – syntetické činnosti. Do analytických činností řadí manipulaci s předměty a třídění dle různých hledisek. Mezi syntetické činností patří skládání půlených předmětů, včetně zrcadlových obrázků i jiné vícetvaré skládačky. Do poslední skupiny dle ní patří tzv. popletené obrázky, hledání rozdílů na obrázku. Vždy postupujeme od jednodušších úkolů po složitější a opět dle zásady vývojovosti, tedy s ohledem na věk dítěte. Dále přihlížíme ke kombinaci postižení a jeho hloubce.

- ***hrubá a jemná motorika***

Přinosilová (in Pipeková, 2006) ji definuje jako celkovou pohybovou schopnost jedince, která se zároveň propojuje s myšlením a řečí. Hrubá motorika zahrnuje pohyby celého těla. Jemná motorika je v literatuře pojímána jako motorika ruky, popř. i dalších malých svalových skupin. Úroveň motorických schopností určuje kombinace postižení, jeho hloubka, délka trvání a kompenzační opatření. Za nejdůležitější momenty Přinosilová (in Pipeková, 2006) považuje posazování se, udržení se v sedu, stoj, kvadrupedální lokomoci a samostatnou chůzi.

Jemnou motoriku můžeme sledovat jako souhrnně označovanou manuální zručnost – tu lze hodnotit při hře (stavba z kostek a jiné skládanky), pracovním vyučování, sebeobslužných a jiných činnostech.

- ***grafomotorika a kresba***

  Bude charakterizována v kapitole 3.3

- ***lateralita***

Lateralita má úzké propojení s diagnostikou motoriky a „je to projev dominance jedné z malých hemisfér a projevuje se jako upřednostňování jednoho z párových orgánů – ruka, noha, ucho, oko."(Přinosilová, in Pipeková, 2006, s. 66)

- ***sebeobslužné činnosti***

Sebeobslužné činnosti zahrnují stravování (přijímání pití, potravy, stolování), hygienu (udržování čistoty, samostatné používání WC, mytí), oblékání a svlékání, obouvání a zouvání, péče o zevnější vzhled. Tyto činnosti jsou u dítěte s více vadami zásadní, proto je snaha o jejich maximální rozvoj. Speciální pedagog uplatňuje dlouhodobý a trpělivý nácvik s dostatkem času a množstvím opakování, vytrvalost, důslednost. Nesmí pociťovat zklamání při počátečních neúspěších. K tomuto přístupu musí vést i rodiče, kteří mají často tendence dělat za své dítě to, co by mohlo samo zvládnout. Dítě sebeobslužnými činnostmi posiluje motoriku, jemnou motoriku, sebevědomí a píli.

- ***vývoj řeči a verbálních schopností***

  Této oblasti se dotýkala kapitola 2.1

- ***diagnostiku sociability a citové oblasti***

  Sociální a citová oblast rovněž vykazuje defektivitu.

(Zařazena je i orientační zkouška funkcí smyslových orgánů.)

U dítěte s více vadami, u něhož pro těžkou kombinaci postižení nelze využít ani jedné z těchto možností, jsou určeny tzv. škály. Jednou ze známých vývojových škál je Gesellova vývojová škála, která sleduje vývoj v hrubé a jemné motorice, adaptivním chování, řeči a sociálním chování.

Mezi základní diagnostické situace patří hra, kresba a vyučování.

Hra „odráží stav vývoje, a to platí pro děti zdravé i děti s handicapem." (Přinosilová, in Pipeková, 2006, s. 77)

„...rozvíjením hry u postižených dětí se rozvíjí i jejich psychomotorická aktivita." (Přinosilová, in Pipeková, 2006, s. 77) Přinosilová (in Pipeková, 2006, s. 77) uvádí Vítkovou a Poláškovou, které říkají: „hrou zkoumáme charakter hry, odraz

skutečnosti, úmyslnou pozornost, úroveň motoriky, úroveň řečového projevu, úroveň společenského chování, citové zaujetí, volní projevy a povahové rysy, zájem dítěte, lateralitu a funkci smyslových orgánů."

Schopnost hraní si odráží myšlení, tvořivost a obrazotvornost. Hru jako diagnostickou situaci lze užít spontánně či záměrně. Existují rozličné typy her.

Další diagnostickou situací je spontánní či záměrná kresba např. kresba lidské postavy. Tato problematika bude nastíněna v kapitole 3.3. Kresba slouží k orientačnímu vyšetření, nelze ji odtrhnout od ostatních souvislostí.

Vyučování, ve kterém se hodnotí projevy dítěte, výkony a chování. Pro správnost posouzení potřebuje pedagog odborné vzdělání, dobré pozorovací schopnosti dobré interpretace výsledků.

2.3 Školská zařízení a vzdělávací programy

Dítětem nebo žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením se rozumí mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy chování nebo učení. Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské poradenské zařízení. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělání, jehož obsah formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Vyžaduje –li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, případně se souhlasem krajského úřadu v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s artismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou –li vzděláváni jinak. Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy může se souhlasem krajského úřadu ve třídě, nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí,

žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.

Výchovně vzdělávací proces se uskutečňuje s ohledem na mentální úroveň dítěte s více vadami. Švarcová podotýká: (2006, s. 13, 14) „Rozdíly v mentální úrovni jednotlivců s mentální retardací jsou ve skutečnosti větší než rozdíly mezi nepostiženou populací. Jako osoby s mentálním postižením jsou označováni lidé s lehkou mentální retardací, z nichž mnozí dokončí školu, vyučí se v učebním oboru, dobře s uplatní v zaměstnání a často si založí i vlastní rodinu. Na druhé straně tohoto spektra jsou lidé s těžkým a hlubokým postižením, kteří jsou prakticky ve všech svých potřebách odkázáni na cizí pomoc. Nejsou schopní se najíst, bývají inkontinentní, nejsou schopni samostatného pohybu ani komunikace s okolím. Mezi těmito dvěma krajními skupinami leží celá řada variant, v nichž každý jednotlivý člověk je v něčem odlišný."

Vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných zajišťuje speciální vzdělávání:

1) Formou individuální integrace, kdy je žák vzděláván v běžné základní škole nebo ve škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.
2) Formou skupinové integrace, kam řadíme třídy pro děti s více vadami
3) Ve škole praktické (dříve zvláštní škole) nebo ve škole speciální (dříve pomocné škole)
4) Kombinací uvedených forem.

Při vzdělávání se využívají speciální formy, metody, postupy a prostředky vzdělávání, rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky, speciální učebnice, didaktické materiály, předměty speciálně pedagogické péče, pedagogicko-psychologické služby.

Dnešní společnost směřuje k uplatňování tzv. pozitivního přístupu k lidem s postižením, což platí zvláště u dětí s více vadami. Pozitivní přístup ve výchovně vzdělávacím procesu se opírá o víru ve schopnosti dítěte, byť se z pohledu ostatní populace zdají velmi elementární. Výchova a vzdělávání jsou těsně spjatými procesy a v současném pojetí výchovy a vzdělávání se neoddělují. Jejich přesné vymezení není pro tyto účely důležité. Podstatným se stává tým odborníků (včetně speciálního

pedagoga), který vynakládá nesmírné úsilí, aby pro celkovému rozvoji dítěte s více vadami.

Děti s více vadami se nejčastěji vzdělávají v rámci „Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy". Pokud nejsou schopni účastnit se předešlého programu, je využíván Rehabilitační vzdělávací plán pomocné školy. Vzdělávání se většinou odehrává v základní škole speciální. Docházka je desetiletá a koncipováná jako ucelené vzdělávání. Programy jsou propustné směrem nahoru i dolů. Nutno připomenout, že rehabilitační vzdělávací program nachází své uplatnění rovněž ve stacionářích a ústavech sociální péče.

Výchovně vzdělávací proces dítěte s více vadami vyžaduje naplánování, jenž podněcuje základní životní dovednosti a umožňuje rozvoj soběstačnosti dítěte. Dítěti se vypracovává individuální vzdělávací plán.

Individuálně vzdělávací plán lze přirovnat ke smlouvě mezi ředitelem školy, pedagogem vedoucím dítě a rodiči. Plán vychází z materiálů třídního učitele, podkladů a doporučení školského poradenského zařízení. Plán podle stávající úrovně dítěte stanoví cíle vzdělávání, jeho obsahovou náplň a jakými způsoby zohledňovat speciální vzdělávací potřeby dítěte.

Učení se v tomto případě vyznačuje nutností dlouhodobého nácviku, řadou opakování, postupování i po zdánlivě neznatelných krocích. Od speciálního pedagoga se kromě odborných znalostí očekává maximální míra empatie, trpělivost, důslednost a láska. Ve výuce je zapotřebí často využívat metody alternativní a augmentativní komunikace, speciální pomůcky a nové edukační přístupy.

Dítě s více vadami je neopakovatelnou bytostí se svými individuálními charakteristikami, pocity a přáními. I ono si zaslouží lásku, porozumění, úctu druhých a vytváření podmínek k maximálnímu všestrannému rozvoji celé své osobnosti.

Škola a domov jsou elementárními vyučujícími partnery, jejichž společným cílem je pomoci dítěti k dosažení optimální nezávislosti a adaptace v prostředí co nejméně omezujícím.

Základní vzdělávání podle Švarcové (2006):

- ***Základní škola praktická***

  Vzdělávají se zde žáci se speciálními vzdělávacími potřebami vyplývajícími z lehkého mentálního postižení, kterým nevyhovuje docházka do běžné základní školy (děti se specifickými poruchami učení, hyperaktivní, s poruchami koncentrace, s poruchami chování, nemocné, s více vadami, romského původu, děti psychicky labilní, nemocné).

  Žákům umožňuje speciálními výchovnými a vzdělávacími prostředky a metodami dosáhnout co nejvyšší úroveň znalostí, dovedností a osobnostních kvalit, přičemž jsou stále respektovány individuální potřeby žáka.

- ***Základní škola speciální***

  Tuto školu navštěvují žáci, kteří se nemohou vzdělávat v běžné škole nebo v základní škole praktické, jsou však schopni si osvojit elementární vzdělání.

  Cílem vzdělání na této škole je rozvíjet fyzické i psychické schopnosti a předpoklady žáků, rozvíjet komunikační a motorické schopnosti a vybavit je takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které jim umožní v maximální míře zapojit do společenského života.

- ***Přípravný stupeň základní školy speciální***

  Poskytuje přípravu na vzdělání dětem s těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami nebo autismem. Lze sem zařadit dítě od věku 5-ti let nebo dítě, kterému byl z důvodu zdravotního postižení povolen odklad školní docházky. Délka přípravy na vzdělávání je 1 – 3 roky.

- ***Rehabilitační vzdělávací program***

  Do těchto tříd jsou zařazováni žáci, kteří absolvovali přípravný stupeň a po jeho ukončení nebyli schopni pokračovat ve školní docházce základní školy speciální a kteří ji nebudou vzhledem k závažnosti svého mentálního postižení schopni zvládat.

V rehabilitační třídě žáci plní povinnou školní docházku, stejně jako v ostatních třídách základní školy speciální.

Další vzdělávání a profesní příprava mládeže s více vadami spočívá ve využití vzdělávacích programů odborného učiliště, praktických škol a tzv. celoživotního vzdělávání. Dítěti s více vadami těžšího charakteru, které se nemůže vzdělávat dle výše uvedených programů, se po ukončení povinné školní docházky naskýtá možnost domácí péče a umístění do stacionáře s denním či týdenním pobytem, popř. do ústavu sociální péče s pobytem celoročním.

V současné době si základní škola praktická vypracovává podle „Rámcového vzdělávacího programu s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením" tzv. školní vzdělávací program" (VÚP Praha, 2005) pro jejich základní vzdělávání. Podobný výchozí program se připravuje i pro základní školu praktickou.

3 Další činitelé ve výchově a vzdělávání dítěte s více vadami

3.1 Rodina

Rodina vytváří pomyslnou základnu budoucího vývoje dítěte, pokládá základní kameny mentálního rozvoje dítěte a jeho schopností v prvních letech života. Proto rodina zaujímá přední místo ve vývoji dítěte, zvláště dítěte s postižením. „Primární sociální skupinou je rodina, ve které jsou jednotliví členové v bezprostředním vzájemném kontaktu, mají svůj osobní význam a zastávají přesně vymezené role" (Opatřilová, 2006, s. 56).

Příchod dítěte s postižením znamená pro rodinu velmi náročnou situaci a ne všichni ji unesou. Nejen dítě s postižením, ale i celá rodina potřebuje komplexní péči pro zvládnutí obtížné situace. V týmu specialistů pracuje psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, dětský lékař nebo neurolog atd. Každý z týmu musí být obeznámen s problematikou více vad. Rodiče by měli mít příležitost konzultovat různé problémy vyvolané postižením dítěte s týmem pracovníků a spolupodílet se na vytváření cílů. Rodiče jsou největší znalci svých dětí a poskytují o dítěti cenné informace.

Reakci rodičů na postižení často ovlivňují i postoje společnosti. Potvrzením diagnózy dítěte nastává krize rodičovské identity. Postoje mohou tvořit v zásadě až dva extrémy, jak přílišnou péči či naopak odmítání. Podle Kerrové (1997) se rodiče v praktické rovině seznamují s novými faktory a zvládnutím problémů dítěte. Při přizpůsobování se novým starostem o své dítě a změně ve svém životě vnitřně prožívají škálu pocitů.

Po sdělení informace, že je jejich dítě postižené, prochází rodič těmito fázemi.

1. ***fáze šoku a popření***

Dochází k popření dané skutečnosti, protože rodiče nemohou a nechtějí závažnou zprávu přijmout. Popření poskytuje obranu proti tomuto sdělení, které přináší stres a obavu z budoucnosti.

2. ***fáze bezmocnosti***

Rodiče jsou bezradní, nevědí, kde hledat pomoc.

Očekávají negativní reakce blízkého okolí a prožívají pocit viny k dítěti.

3. fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem

Tato fáze závisí na získání množství informací, postupném pochopení postižení. Fáze rovněž závisí na vlastnostech rodičů, zdravotním stavu, druhu a příčině postižení, předchozích pozitivních zkušenostech rodičů, věku, počtu dětí v rodině a na kvalitě partnerského vztahu. Vznikají psychické obrany. Pro člověka znamenají krátkodobé uchování si psychické pohody a rovnováhy. Základem obranných reakcí je únik nebo útok. Únikem je např. popření situace, izolace nebo odložení dítěte do péče jiné osoby; přijatelnější interpretace postižení, jiné sebeuspokojení, únik do fantazie, rezignace nebo se stažení se do izolace. Naopak útok je aktivní technika řešení náročné životní situace. Rodiče bojují se situací. Reakce agrese nebo úniku se mohou kombinovat.

4. fáze smlouvání

Jde o přechodné období. Rodiče postižení svého dítěte přijali, avšak chtějí docílit alespoň dalšího zlepšení

5. fáze realistického postoje

Rodiče se smiřují s dítětem s postižením. Podle získaných informací se s dítě učí pochopit, pracovat s ním a rozvíjet jeho schopnosti. Podle Kerrové (1997) jsou potřeby dítěte součástí rytmu každodenního života. Všichni členové se snaží přispět s pomocí o dítě podle svých schopností. Tohoto přijetí ale nejsou schopni všichni rodiče. Někteří rodiče, aby potlačili informace o postižení, zacházejí s dítětem jako se zdravým a kladou na něj takové nároky, které není schopno splnit. U jiných rodičů může odmítání zahrnout i dítě. „Rodina je prostě nepřijímá a svůj postoj nějak racionalizuje" (Vágnerová, Hadj – Moussová, Štěch 1999, s. 83). Projeví-li se postižení dítěte později, neznamená to pro rodiče takovou krizi rodičovské identity, protože si „potvrdili svou vlastní roli a normalitu svého dítěte, a jejich sebepojetí se pod vlivem později vzniklého postižení mění méně" (Vágnerová 1999, s. 105). Možná se rodiče nikdy úplně nesmíří s postižením – spíše se s postižením svého dítěte naučí žít. Někdy je vhodné doporučit rodičům terapeutickou pomoc. Vhodné je seznámit rodiče s možností navštívení svépomocné skupiny, informovat je o aktivitách

občanských sdruženích apod. Zde mohou sdílet své zkušenosti a trápení s podobně postiženými rodinami.

Podle Vágnerové, Hadj – Moussové, Štecha (2001) rodič cítí tyto potřeby a narozením dítěte s postižením dochází ke změnám rodičovských postojů a zásahu do jejich uspokojování:

- potřeba přiměřené stimulace – chování postiženého dítěte stimuluje rodičovskou aktivitu.;bohužel projevy dítěte s více vadami jsou velmi omezené a liší se od rodičovského očekávání; dítě často nemluví, neslyší, nevidí, nechodí
- potřeba smysluplnosti a řádu – rodiče neznají změny ve vývoji dítěte. „Mnohdy se rodičům zdá, že jejich úsilí nemá smysl, protože se nevyvíjí tak, jak by si představovali a očekávali" (Vágnerová 1999, str. 88); informace o vývoji dítěte a jeho prognóze může být na jedné straně traumatizující, na druhé straně pozitivní, dozvědí-li se rodiče, jak s dítětem pracovat a rozumět mu.
- potřeba citové vazby
- potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže – narozením postiženého dítěte bývá porušeno uspokojení této potřeby rodičů; potvrzením diagnózy dochází ke krizi vlastní a rodičovské identity; rodiče se za postižení svého dítěte cítí vinni.
- potřeba životní perspektivy – perspektiva dítěte s více vadami je narušena a pro rodiče stále nejasná; je narušena i budoucnost celé rodiny; péče o dítě s postižením více vadami s prognózou nepříznivého vývoje nemůže toto dítě rodiči poskytnout potřebné uspokojení

Narodí –li se rodičům dítě s postižení, je při plánování dalšího potomka zvažováno genetické vyšetření. I samotný fakt existence tohoto doporučení je pro rodiče velmi stresující. V případě potvrzení dědičné zátěže a dokonce snad i neschopnosti zplodit zdravého potomka, je považováno za náročnou životní situaci se všemi svými projevy a s promítáním se do vztahu nejen k partnerovi, ale i dítěti.

Sdělení takové diagnózy určuje jednoznačného „viníka“ vzniku postižení. Mohou nastat modely:

- oba rodiče jsou přenašeči dané choroby, sami jsou zdraví, ale u jejich potomka vzniká vysoká pravděpodobnost vzniku postižení, s jiným partnerem by pravděpodobně mohli zplodit zdravé dítě
- jeden z rodičů je sám postižen a toto postižení přenáší
- vada je dědičně vázaná na pohlaví dítěte

Všichni členové jsou ohroženi únavou po fyzické, psychické i citové stránce. Pro zlepšení vztahů v rodině jde o to, aby se rodina stresu a únavě uměla účinně bránit, aby předcházela narušení vzájemných vztahů.

„Umět spolu hovořit a vzájemně si naslouchat, podobně jako s dětmi, je základem dobrých partnerských vztahů“ (Kerrová 1997, str. 91). Člověk se nemusí cítit sám. Rodiče by měli nějaký volný čas trávit pouze spolu, aby si odpočinuli od všech starostí, co na nich „leží“ a načerpali další energii ke zvládnutí problémů. Dobré je, když se rodina může stýkat s rodiči stejně postižených dětí a sdílet podobné pocity. Stejně důležité je, aby se rodiče neizolovali od vztahů s lidmi, kteří mají zdravé děti. Internetový zdroj http://www.rodina.cz/clanek942 [cit. 20. ledna 2007] nastiňuje doporučení pro rodiny s dětmi s postižením:

- vědět o svém dítěti co nejvíce
- nebrat postižení jako neštěstí, ale výzvu
- pamatovat na obětavost, ale ne sebeobětovat se
- uchovat si realističnost s výhledem do budoucnosti
- pochopit, že dítě samo postižením netrpí
- uvědomit si nutnost veškeré péče v pravý čas a ve správné míře
- nezapomenout, že v situaci nejsou osamoceni
- vědět, že nejsou ohroženi
- chránit si manželství a rodinu
- orientovat se na budoucnost

Sourozenci pro sebe v rodině bývají stabilní součástí života. Dítě s postižením totiž představuje zátěž nejen pro rodiče, ale i pro sourozence. I ten si

musí osvojit určité metody ve zvládání tohoto vztahu se sourozencem. Zdravý sourozenec většinou přijímá ochranitelkou roli. Tím, že dítě s postižením potřebuje stálou pomoc a podporu, nepovažují ho za rovnocenného partnera, nemohou s ním soupeřit. Na jedné straně se hlásí o svá práva a na druhé straně chápe, že jeho sourozenec s postižením vyžaduje plnou pozornost a péči. Soustředí-li rodiče pozornost a zájem na dítě s postižením, zdravý sourozenec je odsunut do pozadí a není mu věnováno tolik pozornosti. Na druhé straně se od něj vyžaduje vyspělejší chování a do budoucna náhrada péče rodičů o sourozence s postižením. Druhý extrém jednání je zaměření pozornosti na zdravého sourozence, kdy si rodiče kompenzují neuspokojení rodičovské role. Na zdravého sourozence jsou kladeny vysoké nároky a očekávání. Rodiče tak podporují své rodičovské sebevědomí a kompenzují zklamání. Oba přístupy kladou na zdravé dítě velké nároky a požadavky a hrozí přetížení a nezvládnutí.

Dítě s více vadami promění od základu životní perspektivy rodiny. Výchova a péče o toto dítě přináší těžkou emoční zátěž, velké časové nároky a nároky na fyzickou kondici. Rodině se s příchodem dítěte s více vadami mění denní režim, který se obvykle až neúměrně přizpůsobuje dítěti bez ohledu na skutečné potřeby i ostatních členů rodiny.Není neobvyklý i rozpad manželství, kdy muž rodinu opouští. Tuto nadměrnou zátěž totiž celkově neunese a odchod od rodiny se mu zdá nejoptimálnějším řešením. Pokud je dítě vychováváno v rodině, stává se, že matka zůstává doma, pečuje o domácnost a dítě, pobírá sociální dávky. A to vždy pro rodinu představuje sníženou socioekonomickou úroveň.

3.2 Denní aktivity s ohledem na sebeobsluhu

Oblast sebeobsluhy krásně vystihuje Opatřilová (2005, s. 95): „Při realizaci a nácviku všech sebeobslužných činností musíme postupovat od nejjednoduššího ke složitějšímu. Návyky budujeme na osvojených dovednostech, činnosti plánujeme a realizujeme v souvislosti s uspokojováním individuálních potřeb s vazbou na elementární praktické životní situace. Činnosti realizujeme v přirozeném prostředí a v optimálním čase. Současně respektujeme právo na soukromí a neponižující způsob realizace. Cílem je postupný přechod od asistovaných činností k samostatnosti."

Sebeobsluha je schopnost zajistit si sám sebeobslužné činnosti denního života.

Mezi základní sebeobslužné dovednosti patří oblast stravování (jídlo, pití) a stolování, oblékání, umývání a používání WC.

Při stravování se dítě učí sedět u stolu bez odbíhání, samostatně pít a jíst nejprve lžící, postupně celým příborem. Dlouhodobým nácvikem se mnoho dětí s více vadami podle svých možností naučí krájet nožem a namazat si chléb. Velký důraz je kladen na udržení čistoty vyhrazeného jídelního místa i svého oděvu. V oblasti stolování se dítě učí nachystat předměty ke stolování (prostírání, hrnek, talíř...), připravovat nápoj a jednoduchá jídla. Pokud se jedná o dítě krmené, vyhledává se vhodná poloha, podporuje se sání, polykání, kousání a žvýkání.

V oblasti oblékání dítě začíná nejprve cvičit svlékání oděvů (bez rozepínání zipů a knoflíků) a zouvání obuvi. Opět, při dlouhodobém tréninku, je mnoho dětí schopno se samostatně obléknout. Dítě s více vadami má většinou problém se zapínáním zipů a knoflíků. Pro jejich dobrý pocit samostatnosti je výhodnější předkládat mu oděvy a obuv na suchý zip.

V oblasti hygieny jde o umývání a utírání nejen rukou, ale i celého těla. Do tohoto okruhu spadá i čištění zubů a smrkání. Při smrkání mnoho dětí neumí fouknout nosem ven. Důležité je i rozpoznání situace, kdy má danou činnost vykonat.

V oblasti používání WC je v první řadě důležité uvědomění si nutkání vykonat potřebu a umět to říci, u těžších postižení alespoň naznačit. K samostatnému udržování čistoty rovněž náleží samostatné svlékání, oblékání, mytí a utírání si

rukou. Problémem v úplné samostatnosti používání WC představuje otázka mobility a motoriky.

Nácvik sebeobslužných činností se odvíjí od tíže a hloubky postižení. Nelze říci, že všechny děti jsou schopny se tyto činnosti naučit. Zvládnutí sebeobsluhy, nebo alespoň její části, přispívá ke zkvalitnění života dítěte s více vadami a jeho rodiny.

3.3 Podpůrné přístupy

S rozvojem zájmu o složitou otázku výchovně vzdělávacího procesu dětí s více vadami se zároveň rozšiřuje nabídka speciálně pedagogických terapií a ostatních podpůrných metod.

Z mnohých se v následující části podrobněji zmíním o ergoterapii, arteterapii, animoterapii, trampoliningu a podpůrných přístupech určených zvláště pro děti s více vadami těžkého charakteru. To jsou poté metoda bazální stimulace a metoda snoezelenu.

Ergoterapie

Slovo ergoterapie pochází z řeckého slova ergon = práce a therapia = léčba. V současné době je ergoterapie pojímána jako zdravotnická disciplína nabízející pomoc všem lidem s fyzickým, psychickým či intelektovým postižením, jenž omezuje jejich funkční schopnosti a v důsledku pak samostatnost.

Cíl ergoterapeutické činnosti spočívá v dosažení maximální možné míry soběstačnosti a nezávislosti, ale také aktivizaci, odpoutání se od postižení, posílení sebedůvěry. Danému jedinci se touto formou zvyšuje kvalita jeho života.

Cílené ergoterapeutické činnosti předchází vyšetření a na jeho základě se stanovuje konkrétní plán. Plán vychází z aktuálních potřeb jedince, je nutné neopomenout jeho dovednosti a možný potenciál. Samozřejmostí je spolupráce s týmem odborníků a rodinou.

Ergoterapie představuje zejména nácvik soběstačnosti a samostatnosti v aktivitách denního života (anglicky užívaný termín activity of daily living).

Aktivity denního života lze dle Dočkala (in Miller, 2006) rozdělit na dvě skupiny. První skupinu tvoří činnosti označované jako personální. Druhou skupinou

jsou instrumentální činnosti. Personální aktivity se dotýkají lidských potřeb, tedy osobní hygieny, použití toalety, pohybu a stravování. Aktivity instrumentální se zabývají prostředky a sociálními dovednostmi, za což se považuje příprava stravy, praní, telefonování, transport, nakupování a manipulace s penězi, záliby a sociální interakce. Všechny tyto aktivity ovlivňují oblast fyzickou, poznávací, senzorickou, vnímání a psychosociální. Ergoterapeutické aktivity se využívají i v rámci výchovně – vzdělávacího procesu u dětí s více vadami. Při něm je potřeba zaměřit se na soběstačnost v aktivitách denního života, rozvoj grafomotoriky a celkový pohybový vývoj dítěte, nacvičit používání kompenzačních pomůcek, rozvíjet komunikační dovednosti a sociální interakci, podporovat psychomotorický vývoj.

Myslíme- li na fakt, že dítě s více vadami mívá i motorické postižení, je v této souvislosti s nácvikem aktivit denního života zásadní úchopová funkce ruky. proto se ergoterapeutické působení zaobírá zachovanými funkcemi úchopu a jejich nápravou.

Dočkal (in Miller, 2006) uvádí dělení úchopu na primární, sekundární a terciární. Za primární úchop se považuje úchop zdravou ruku, ať prsty či dlaní různými způsoby. Sekundární uchopení znamená uchopení jinou částí těla něž rukou. Terciárním úchopem je uchopení za asistence technické pomůcky. Činnosti nejsou voleny pouze s ohledem na prostý nácvik. Pozornost má být věnována i aspektům jako jsou smysluplnost aktivity, její správné rozvržení, postupné dávkování a co je nesmírně důležité u dětí s více vadami – vhodná motivace. Motivace v těchto případech vychází z důkladné znalosti konkrétního dítěte a jeho sociálního prostředí.

Za zmínku stojí i využití techniky tzv. handlingu. Handling představuje způsob péče a ošetřování dítěte s postižením nejen více vadami v každém prostředí (doma, venku, ve škole...) a v každé situaci (spánek, jídlo, oblékání, svlékání, hra, učení...) principem handlingu je přistupovat k dítěti pozitivně, snažit se tlumit patologické pohybové vzory a zároveň se vyvarovat aktivit, které způsobují dítěti bolest a snažit se zjistit její příčinu. Taková technika znemožňuje dítěti zaujmout polohy, v nichž je schopno rozvíjet se v motorických oblastech a lépe se učit.

Ergoterapie představuje v podpoře dětí s více vadami významnou kapitolu. Účinnými metodami a využitím kompenzačních technik. Lze tak nenásilně docílit celkového rozvoje dítěte i všeobecných dovedností a zájmů.

Arteterapie

Tato speciálně pedagogická terapie se v dnešní době stává velmi aktuálním oborem s hojným využitím a mnoha vymezeními.

Šicková – Fabrici definuje artetrapii takto: „Arteterapie znamená v širším slova smyslu léčbou uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance i výtvarným uměním. V užším slova smyslu se jedná o léčbu výtvarným uměním." (2002, s. 30) Arteterapie se dělí na receptivní a aktivní. Receptivní arteterapie spočívá ve vnímání uměleckého díla, aktivní arteterapie představuje aplikování konkrétních technik. U dětí s více vadami se jeví nosná právě arteterapie aktivní, vždy však záleží na hloubce postižení a individuálních charakteristikách. Zde je podstatné oprostit se od představ laiků, že cíl výtvarné činnosti spočívá v konkrétním výrobku. Vždyť „každý výtvarný prejav, na akejkolvěk úrovni, je třeba považovať za tvorivy prejav." (Šicková – Fabrici in Műller, 2006, s. 50)

Arteterapie představuje proces, jenž dítě aktivizuje, zprostředkovává kontakt, umožňuje komunikaci, podněcuje tvořivost a fantazii, navozuje relaxaci, naplňuje volný čas a v neposlední řadě rozvíjí jemnou a hrubou motoriku.

Arteterapeutické techniky slouží k diagnostickým a terapeutickým účelům. Jednou z takových stěžejních oblastí arteterapie je kresba. Souhrnně diagnostické možnosti kresby uvádí Opatřilová: „Kresba ukáže povšechnou mentální úroveň, schopnost reprodukce členěných celků, jemnou motoriku a zrakovou pohybovou souhru, schopnost, představivost, paměť, abstrakci, lateralitu, analyticko – syntetickou dovednost." (2006, s. 177) pro tyto účely se dětská kresba člení na jednotlivá vývojová stádia.

Šicková – Fabrice (in Műller 2006) se přiklání k rozdělení na sedm stádií:

- První stádium představuje období ve dvou až pěti letech života s charakteristickou čmáranicí. S věkem se mění od nezáměrného přes záměrné, napodobivé k čmárání lokalizovanému.
- Druhá etapa náleží linii, objevuje se okolo věku čtyř let, přítomny jsou i první tvary.
- Třetím obdobím je popisný realismus ve věku pěti až šesti let, kdy se postava prvně jeví jako schéma.

- Ve čtvrtém stádiu nazvaném ve věku sedmi až osmi let, dítě kreslí o předmětu to, co ví a ne jak jej vidí.
- Páté stádium ve věku od devíti do desíti let je značeno za vizuální realismus, dítě kreslí podle předlohy, dítě se pokouší znázornit perspektivu a stínuje.
- V šestém období mezi jedenácti až čtrnácti roky dochází k potlačení tvorby.
- V posledním, sedmém stádiu, zhruba ve věku patnácti let, nastává oživení tvorby.

Jiné dělení přináší Opatřilová (2006):

- První etapa je etapou bezobsažné čáranice. Tvoří základ pro dětský výtvarný projev a lze ji pozorovat již mezi prvním a druhým rokem věku.
- V druhé etapě se bezobsažná čáranice mění v obsažnou, dítě kreslí zvířata a lidi, pojmenovává je.
- Třetí etapa je etapou přechodnou s prvními znaky.
- Ve čtvrté etapě ve věku dva a půl až tři roky dítě prochází etapou hlavonožců, práce ruky se zdokonaluje.
- Pátá etapa v rozmezí tři až šesti let se jmenuje spontánní realismus. V ní dítě kreslí věci, které si představuje. S věkem logicky detailů a barevnosti.
- Šestá, závěrečná etapa se vyznačuje postupným vývojem kresby. Hlavonožec se mění v trupohlavonožce, posléze v montovanou figuru, dvojdimenzionálními znázornění končetin až ke kresbě syntetické.

Eventuální interpretaci obrázku nelze vytrhnout z kontextu znalosti dítěte s jeho sociálním a kulturním zázemím. Nutno podotknout, že dítě s více vadami v některých případech vůbec nedrží tužku, a tak nekreslí nebo se ve svém vývoji často nedostane příliš daleko.

Animoterapie

Animoterapie je označení pro terapii zvířetem – koně (hipoterapie, psa (canisterapie), kočky (felinoterapie), rovněž se často lze setkat s využitím malých hlodavců. V následujícím textu se podrobněji zabývám hipoterapií a canisterapií.

Nejen u dětí s více vadami je zvíře schopno vyvolat velmi silné emoce, stát se kamarádem a zároveň prostředníkem mezi dítětem a terapeutem. Zvíře motivuje dítě s více vadami ke komunikaci – dítě reaguje na setkání se zvířetem zvuky, slovy. Je-li toho schopno, na zvíře se pokouší volat a udělovat mu povely.

Hipoterapie – Léčebné pedagogicko psychologické ježdění na koni

Tato prožitková terapie se většinou používá jako doplňková terapie. Kůň skrze své záchvěvy, sílu, energii, teplo a hebkou srst poskytuje dítěti s více vadami jedinečné taktilní podněty. Trojrozměrným pohybem koně (podobným chůzi zdravého člověka) dochází k zapojování téměř všech svalů, šlach a kloubů. Jízdou se masírují vnitřní orgány, uvolňuje se spasticita. Nastupuje uvědomování si různých poloh částí svého těla, nácviku pohybových stereotypů, zpřesňování pohybů a koordinaci rovnováhy.

Canisterapie

Canisterapie označuje způsob terapie, při němž se využívá pozitivního působení psa na člověka. Jedná se o alternativní a podpůrnou formu práce. Canisterapie může být individuální a skupinová. Pes a psovod tvoří terapeutickou dvojici, která musí mít důvěru dítěte. Pes má být nositelem vhodných povahových vlastností, prochází speciálním výcvikem se zkouškami. Canisterapie se zahajuje úvodní částí. Na ni navazuje relaxační část, která je prožitková a zásadní pro děti s více vadami, jelikož pes umožňuje bezprostřední kontakt a taktilní podněty. Dále následuje aktivní část, v níž jsou činnosti zaměřeny na rozvoj hrubé motoriky včetně polohování psem, jemné motoriky při péči o psa, orientaci a rozvoj komunikačních dovedností. Závěrečná část obsahuje uklidnění, pochválení, krmení psa. Pes poskytuje nepřeberné množství příležitostí k rozvíjení dítěte – chce to jen zapojit kreativitu.

Psychorelaxační místnost – Snoezelen

Psychorelaxační místnost - Snoezelen slouží k relaxaci, uklidnění po náročné speciálně pedagogické výuce, zmírnění a odeznění případných afektů apod. Místnost by měla být se zatemněnými okny a izolována od okolního rušivého prostředí. Bývá zde zabudováno vodní lůžko, vaky, polštářky, deky, masážní koberečky, hmatové desky, plyšové hračky, flakony s vůněmi, misky s jídlem, s přírodninami. Poskytuje možnost uvědomit si vlastní tělo a prožít i hluboké smyslové zážitky, vše je založeno na dobrovolnosti a vlastní vůli.

Důležité je, aby jednotlivé prvky v pokoji mohly ovládat i děti s více vadami různých druhů a stupně, pokud jim to jejich postižní jen trochu dovoluje, tvarovaná tlačítka, plošná tlačítka či v podobě páček. Jak uvádí Švarcová, *„každá návštěva přinese něco nového a ukáže další možnosti využití"* (Švarcová 2006, s. 130).

Toto prostředí lze chápat jako náplň volného času, příležitost k uvolnění, podporu seberealizace, respektování zájmů dětí s více vadami a také jako zázemí pro jiné podpůrné terapie (prenatální terapie, senzomotorická terapie).

Muzikoterapie

Hudba je společná a srozumitelná všem národům a rasám. Může být zdrojem komunikace, a tak ji lze začlenit mezi terapeutické prostředky. Muzikoterapii označujeme též za doplňkovou terapii. Z hlediska účasti dítěte rozlišujeme muzikoterapii aktivní a pasivní. Pro dítě s více vadami se využívá především pasivní formy – tedy poslechu hudby vedoucí k smyslovému vnímání, citovým reakcím a relaxaci. Aktivní muzikoterapie je možná pro tyto děti v závislosti na stupni a druhu jejich postižení.

Bazální stimulace

„Bazální stimulace je pedagogicko – psychologickou aktivitou, která se snaží nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti" (Vítková in Můller 2006, s. 223). Zakladatelem této podpůrné metody je v 70. letech 20 století A. Frohlich. V České republice se o ní dozvídáme zejména z publikací Marie Vítkové. Bazální stimulace je určena pro skupinu dětí, jejichž aktivity se omezují na zajištění základních životních potřeb. Primárním požadavkem je uchopení jedince ve své celistvosti, to znamená, že jeho oblasti jsou si rovnocenné a působí dohromady. Tyto oblasti tvoří vnímání, sociální zkušenost, myšlení, komunikace, pocity, pohyb a tělesná zkušenost. Podněty jsou rozděleny na tělesné, vibrační, polohově - pohybové, ústní, sluchové, zrakové a dotykově hmatové, nabízejí se postupně, střídají se a posléze se propojují. Tělo je zde prostředkem pro přenesení tohoto dítěte do reality. Bazální stimulace se realizuje ve všech aktivitách v průběhu dne.

Trampolining

Trampolining je novým přístupem v péči o děti s postižením, a to v pojetí vnímání vlastní tělesnosti s úzkou vazbou na psychiku. Při cvičení postupujeme od zdánlivě jednoduchého houpání ke složitějším cvikům. Podpůrně stimulační efekt pohupující se plachty trampolíny navazuje pocit blízký prožitkům z období nitroděložního vývoje, což má velký antistresový účinek a navozuje slastný prožitek. Cvičení zlepšuje kardiovaskulární činnost, zvyšuje okysličení mozku, rozvíjí koordinaci, rytmizaci, rovnováhu, senzomotorické dovednosti a orientaci v prostoru. Princip úspěšnosti trampoliningu spočívá nejen ve fyziologii a biomechanice pohybu na trampolíně, ale též v individuálním přístupu s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem a možnostem dítěte, jakož i dosavadním pohybovým zkušenostem, druhu a rozsahu postižení.

4 Edukace a komplexní péče o dítě s více vadami

Cílem tvůrčí části diplomové práce je na základě analýzy případové studie chlapce s více vadami poukázat na možnosti podpory a vzdělávání dětí s více vadami vedoucí k jejich celkovému rozvoji.

Použita byla metoda analýzy osobní dokumentace sledovaného chlapce, analýza výchovných a vzdělávacích metod, dále pak analýza výsledků pozorování chlapce v průběhu dvouletého speciálně pedagogického působení, rozhovory s matkou a pedagogickými pracovníky.

Veškerá fotodokumentace pořízena se souhlasem zákonných zástupců dětí. (viz příloha č. 1)

4.1 Základní škola Poděbrady

Zřizovatelem a provozovatelem Základní školy v Poděbradech je Krajský úřad Praha. Škola slouží nejen dětem z Poděbrad, ale i z jiných míst a vesnic regionu. Rodiče těchto dětí si zajišťují dopravu individuálně. Základní školy v Poděbradech je umístěna v okrajové části Poděbrad. Je bezbariérově řešena se zázemím i pro děti s více vadami.

Obr. č. 1 : Základní škola Poděbrady

Tato škola poskytuje základní vzdělávání formou různých vzdělávacích programů dětem ve věku od 5 do 26 let. Žáky jsou děti, kterým z různých důvodů nevyhovuje docházka do běžné základní školy: děti s mentálním postižením všech stupňů, děti s tělesným postižením, děti se smyslovým postižením, děti autistické a

s autistickými rysy, děti s narušenou komunikací, děti s výchovnými problémy, děti s vývojovými poruchami těžšího stupně (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie), děti trpící hyperkinetickým syndromem projevující se poruchou pozornosti, výraznou impulsivitou, sníženou schopností soustředění, děti zdravotně oslabené, **děti s více vadami**.

V současné době je ve škole 11 tříd s rozdělením z hlediska věku a způsobu vzdělávání. Pracuje zde rehabilitační třída, přípravný stupeň základní školy speciální, dvě třídy základní školy speciální všech ročníků, dvě třídy pro děti s více vadami, čtyři třídy základní školy praktické všech ročníků a dvě třídy pro děti s autismem.

V závislosti na zájmu klientů je na škole možné otevřít také kurzy pro doplnění vzdělání.

Koncepce školy se zaměřuje na všestranný rozvoj výukových a osobnostních předpokladů každého jedince. Nesporný klad školy představuje menší počet dětí ve třídách a individuální péče.

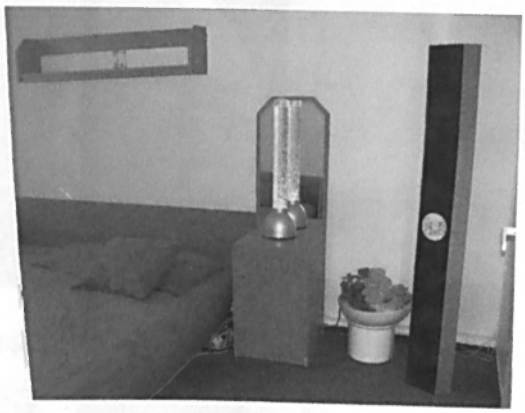
V rámci speciálních vzdělávacích potřeb jednotlivců jsou sestavovány individuální vzdělávací plány. Nabízí se možnost působení asistentů a využití speciálních pomůcek.

Na škole je zajištěna odpolední družina s programem, individuální rehabilitace a zdravotní tělesná výchova s fyzioterapeutkou, logopedická péče ve spolupráci s klinickou logopedkou, , arteterapie, muzikoterapie, hipoterapie – léčebně pedagogické ježdění na koni, plavání v lázeňském bazénu, aromaterapie a barevná terapie, biofeedback a **psychorelaxační místnost.**

Pohádkové prostředí psychorelaxační místnosti - snoezelenu zachytila fotografie v Základní škole Poděbrady, kde tato místnost vznikla díky sponzorskému daru. Nachází se v ní vodní lůžko, vyhřívané pokrývky, prosvícené válce s bublající vodou, barevně nasvícené rozkmitané korálky a třásně. Dále v této místnosti nalezneme videokameru, která promítá kapky barvy, kapka mění odstíny, tvary, pohybuje se, prolévá, a to vše za zvuků šumění moře, zpěvu ptáků, zurčení vody, či jiných, tiché hudby (muzikoterapie) a líbé vůně (aromaterapie). Provádí se zde další podpůrné terapie (např. prenatální terapie, senzomotorická terapie). Pod vedením speciálního pedagoga je zde individuálně orientován pobyt především žáků s těžkým mentálním postižením a s více vadami. Rovněž se podporuje návštěva dítěte spolu

s rodičem (či), kteří v uvedení nevšední atmosféry prožívají pocit sounáležitosti se svým dítětem.

Obr. č. 2 : Psychorelaxační místnost - snoezelen v Základní škole Poděbrady



V základní škole Poděbrady také probíhá canisterapie od listopadu roku 2002. Prozatím jsem mohla sledovat společnou práci klinické logopedky a canisterapeutického psa rasy perulánský naháč v rámci logopedické péče. Fena Agátha je speciálně vycvičena, má dobré povahové vlastnosti a zdravotní testy. Myslím, že i nadále budeme mít možnost pozorovat třeba jen drobné pokroky dětí s více vadami při práci se čtyřnohým kamarádem.

Škola nabízí i bohatou mimoškolní činnost – ve školním roce 2006/2007 keramický kroužek, hru na hudební nástroje, počítačový kroužek, angličtinu, **výtvarný kroužek.** (viz příloha č. 2)

Pořádají se výlety s různou náplní, a každoročně též rehabilitační pobyty se školou v přírodě, navštěvují se kulturní akce.

S dětmi pracuje 23 členný pedagogický sbor.

Při Základní škole Poděbrady vzniklo i občanské sdružení Přístav. Jde o nestátní, neziskovou organizaci zabývající se podporou dětí s postižením a jejich rodičů, dále rovněž integrací mezi většinovou populaci. Občanské sdružení Přístav sdružuje rodiče, učitele, a další jednotlivce, s jejichž pomocí se daří školu vybavovat i méně běžnými, finančně náročnějšími pomůckami – psychorelaxační místnost, motomed, PC s dotykovou obrazovkou, terapi master, rotoped, , schodolez, rehabilitační pomůcky, **velká zahradní trampolína.**

Obr. č. 3.: Trampolining v Základní škole Poděbrady 1

Obr. č. 4.: Trampolining v Základní škole Poděbrady 2

Obr. č. 5.: Trampolining v Základní škole Poděbrady 3

Prostřednictvím tohoto sdružení jsou realizovány i integrační aktivity v rámci projektu „Společná setkání". V projektu se jedná o setkávání a vzájemné poznání dětí ze Základní školy Poděbrady s vrstevníky z běžných základních škol a okolí.

Hlavním cílem tohoto projektu je pomoci dětem respektovat svět dětí s postižením, podpořit jejich vzájemné vztahy, spolupráci a integraci dětí s postižením do kolektivu ostatních dětí. Setkání se konají jednou za měsíc přímo v Základní škole Poděbrady, popř. v Domu dětí a mládeže Poděbrady či v jiném specializovaném zařízení. Setkání je vždy zaměřeno tématicky s konkrétním programem. Setkání probíhají ve všední den, přicházející děti tvoří ucelenou třídní skupinu 6. – 9. ročníku základní školy. Nejprve si za odborného výkladu prohlédnou školu, poté se rozdělí do jednotlivých tříd. První dvě vyučovací hodiny se aktivně účastní průběhu výuky. Následuje společná pracovně – výtvarná činnost, často si domů odvážejí svůj výrobek.

Mnoho dětí z naší školy využívá služeb občanského sdružení Centrum pro všechny. Toto občanské sdružení vzniklo na konci roku 2005 z popudu naší kolegyně. Centrum usiluje o poskytování respitní péče, integračních aktivit, volnočasových aktivit, outdorových aktivit a zážitkové pedagogiky. Působím jako osobní asistent při realizaci těchto aktivit.

4.2 Třída pro děti s více vadami

V Základní škole Poděbrady pracuji třetím rokem s dětmi s více vadami, z toho druhým rokem jako třídní učitelka ve třídě pro děti s více vadami. V souvislosti s tímto využívám v diplomové práci především poznatků získaných v této třídě.

Ve školním roce 2006/2007 se zde vzdělává celkem 6 dětí ve věku 11 – 15 let na úrovni 4., 6. a 8. ročníku, dvě dívky a čtyři chlapci.

Tato třída pro děti s více vadami je složená z dětí, které se vzdělávají v rámci individuálního vzdělávacího plánu dosud platného „Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy". Děti s více vadami, jež se nemohou vzdělávat dle tohoto programu, jsou zařazeny do rehabilitační třídy a v jejich výchovně – vzdělávacím procesu se uplatňuje „Rehabilitační vzdělávací program".

Třída je prostorově poměrně malá. Děti se většinou pohybují s oporou či na vozíku. Používají speciální pracovní stoly se sklopnou deskou, speciální židle a poté pomůcky dle individuálních potřeb.

Z alternativních a augmentativních komunikačních systémů používám znak do řeči a metodu globálního čtení (viz příloha č. 3).

Výuka probíhá blokově – před svačinou – první dvě vyučovací hodiny čtení, psaní, počty, poté výchovy. Výuka je realizována v provázanosti se školním tématickým plánem, ten se prolíná do všech předmětů. Např. při tématu podzimní příroda, je v rámci tématu grafomotorika, dle schopností tématický text. K tématu se vztahují rovněž všechny výchovy. Řada materiálů je vytvořena svépomocí přesně na míru pro konkrétního jedince. Děti v průběhu odchází na individuální rehabilitaci s fyzioterapeutkou, na trampolining s trampoterapeutem a logopedii. Výuka je taktéž rušena přesunem dětí na toaletu, dále sousedstvím s jinou třídou, do níž neexistuje jiný vstup než přes třídu naši.

.Nakumulování dětí s více vadami v jedné třídě, stejně jako ve třídě rehabilitační, přináší svá úskalí. Každé dítě má své speciální vzdělávací potřeby vzhledem k věku, k typu a stupni postižení a i osobnostním charakteristikám. Z tohoto vyplývá požadavek organizovat výuku individuálně. Proto jsou děti vedeny s ohledem na tyto okolnosti k samostatné práci.

Ke zprávám o výsledcích práce dětí, domácím úkolům a dalším informacím děti využívají deníček. Každé dítě vlastní desky na zakládání vypracovaných tématických pracovních listů, provázejí ho po celý školní rok. Velmi úzce spolupracujeme s rodinou, jsme s rodiči v denním kontaktu a v případě potřeby můžeme nutné záležitosti ihned konzultovat.

Ukázka denního programu ve třídě pro děti s více vadami

7:45 – 8:00 přivítání se s dětmi, v tuto dobu rodiče přivádějí své děti do třídy, příprava na vyučování, možnost konzultací pedagoga s rodiči

8:00 – 8:30 komunikační cvičení, při němž sedíme v kruhu na židličkách, pozdravíme se; říkáme báseň a provázíme ji znakem do řeči – „Dobré ráno, dobrý den, tak už tady zase jsem, chci se učit pěkně psát, rychle číst a počítat, práce se mi bude dařit, protože se budu snažit"; poté se ptáme: „Jaký je dnes den? Jaký den byl včera? A jaký den bude zítra? Jaké máme počasí? Jaké je roční období? Kdo dnes chybí ve škole?"; vše ještě vizualizujeme na tzv. okénku nalepováním příslušných kartiček na suché zipy; nacvičujeme vyprávění o tom, „co jsem dělal/a včera"; děti získávají informace o programu v daný den

8:30 – 9:10 grafomotorika, psaní a čtení

9:10 – 9:30 počty

9:30 – 9:40 hygiena

9:40 – 10:10 svačina s přestávkou

10:10 – 11:50 výchovy, odlišné v jednotlivých dnech

11:50 – 12:00 přestávka

12:00 – 12:30 výchovy, odlišné v jednotlivých dnech

12:30 – 12:40 hygiena

12:40 – 13:00 oběd

13:00 - 15:00 družina s odpoledním programe

V průběhu výuky individuálně zařazena rehabilitace s fyzioterapeutkou a trampoterapii, práce s počítačem, pravidelné plavání v lázeňském bazénu, relaxační techniky a vycházky.

Pro mě, jako budoucího speciálního pedagoga není ovšem důležité postižení a zařazení do té či oné kategorie, ale jedinečná osobnost dítěte, kterému se pokouším ve spolupráci s ostatními zainteresovanými poskytnout příležitosti k co největšímu rozvoji ve všech oblastech s důrazem na sebeobslužné činnosti. Zároveň se snažím, aby děti přistupovali k činnosti aktivně, s chutí a prožívali pocity úspěchu, do školy se těšili a hlavně chválím, chválím a ještě jednou chválím.

Obr. č. 6.: Děti ze třídy více vad při výchovně vzdělávacím procesu 1

Obr. č. 7.: Děti ze třídy více vad při výchovně vzdělávacím procesu 2

4.3 Případová studie se změřením na edukaci – Daniel

Případová studie je zpracována se souhlasem zákonných zástupců. (viz příloha č. 1)

Narozen: 1993

Věk: 13 let

Diagnóza:

- Methylmalonová acidurie
- Progredující oční vada
- Těžká diparéza dolních končetin
- Centrální žilní katetr v oblasti klíční kosti
- Lehká až střední mentální retardace

Průběh školní docházky:

- Speciální mateřská škola
- Školní docházku zahájil v Základní škole Poděbrady v základní škole praktické ve třídě pro děti s více vadami, ve druhém ročníku přeřazen v rámci školy do základní školy speciální do třídy s více vadami, kde v současné době navštěvuje šestý ročník, vzděláván dle individuálního vzdělávacího programu v rámci dosud platného „Vzdělávacího programu Pomocná škola a přípravný stupeň pomocné školy".

Rodinná anamnéza

Matka 33 let, vyučena, v současné době je v domácnosti a pobírá příspěvek při péči o osobu blízkou.

Otec 40 let, vyučen, pracuje jako řidič kamionové dopravy, téměř denně je doma přítomen. Rodina je úplná, působí harmonickým dojmem, je zde samozřejmé celkové přijetí Daniela, výchova je protektivního charakteru, dle jejich slov nikdy neřešili otázku zařazení ve výchovně vzdělávacím procesu, chtějí aby si život zde užil a byl šťastný. Na výchově a péči se dále podílí i Danielovi prarodiče z matčiny strany. Daniel má mladší pětiletou sestru, která navštěvuje zařízení předškolní péče. Rodina bydlí v rodinném domě na vesnici. Kolem domu je prostor pro hry dětí. Dům je jednopatrový, vstup i přízemí je zcela bezbariérově řešeno, do prvního patra vedou schody, které Daniel v současnosti zvládne vyjít sám nebo je nošen. Do školy jej

vozí matka automobilem. Vlastní speciální kočárek, jenž Danielovi ne po všech stránkách vyhovuje – rád se pohybuje a překonává překážky sám, proto ve škole využívá chodítko či vozík. Kočárek či vozík je pro něj nutností na delší vycházky. Rodina je úplná. Rodinné prostředí je maximálně podnětné, otec s péčí o Daniela pomáhá. Rodina využívá služeb respitní péče již zmíněného Centra pro všechny. Matka je velice obětavá žena, přesně dodržuje časy léků a krmení, pečuje o sondu. Se sestrou mívá Daniel konflikty. Rodiče se stýkají s rodiči a dětmi se stejnou diagnózou. O sobě se dozvídají od personálu na metabolické jednotce na Karlově v Praze, sdělují si vzájemné poznatky, podporují se ve svém úsilí zajistit svému dítěti dle svých možností tu nejlepší péči, jelikož o tomto onemocnění neexistují v českém jazyce odborné publikace. Volný čas děti většinou tráví s matkou, občas s otcem. Podnikají vycházky a vyjížďky na kole do přírody, navštěvují se s rodinami dětí zdravých i dětí s jiným druhem postižení, hrají různé hry (pexeso...), skládají puzzle, stavebnice, popřípadě dopracovávají zameškané učivo, poslouchají dětské písničky a pohádky, čtou pohádky, za odměnu sleduje Daniel video. Rodina se nevyhýbá společným aktivitám denního života (nákupy, návštěva kina...), přestože to znamená zabalit s sebou sklenice s rozmixovaným jídlem, léky, stříkačky, náhradní oblečení a hlavně – krmit v terénu. Ačkoli Daniel ústy nepřijímá téměř žádnou potravu, rád pomáhá při vaření – škrábání, sypání, míchání... V rodině chovají křečky a morče. Rodina se orientuje především na život v přítomnosti.

Osobní anamnéza

Daniel pochází z prvního rizikového těhotenství, porod v termínu, záhlavím. Porodní hmotnost 2 520 g, míra 46 cm, nekřísený.

Druhý den po porodu došlo u Daniela ke zvracení s rychlým zhoršováním zdravotního stavu a s následným převozem do pražské nemocnice, zde proběhla porucha vědomí s metabolickým rozvratem, po několika dnech byl přeložen na pražskou dětskou specializovanou jednotku na Karlově. Poprvé stanovena diagnóza methylmalonová acidurie (= vzácné metabolické onemocnění, spočívající ve vrozené poruše metabolismu bílkovin, prognóza onemocnění je nepříznivá, od roku 1988 tímto onemocnělo celkem 13 děvčat a chlapců z ČR a SR, v současné době je i s Danielem naživu 5 dětí, Daniel je z nich nejstarší), matka hospitalizaci dítěte přítomna. Do domácí péče propuštěni po šestinedělí, se speciální dietou a lékovou

medikací. Daniel doma neprospíval, odmítal potravu a zvracel, proto byl velmi často pobýval na již dříve zmíněné metabolické jednotce. Pobyt komplikován infekcemi respiračního traktu či močových cest. V devátém měsíci života bylo započato krmení nosní sondou tekutou stravou dle speciální diety. Ve dvou letech nastala další Danielova těžká dekompenzace zdravotního stavu s poruchou vědomí, poté se výrazně zhoršuje neurologický nález a chůze. Prvně je voperován centrální žilní katetr do oblasti klíční kosti. Pro nesnášenlivost nosní sondy se přistupuje k zaškrcení žaludku a vyvedení žaludku sondou na povrch těla. V pátém roce života nastupuje neustále se zhoršující oční vada – atrofie papil zrakového nervu a taktéž se začíná projevovat těžké poškození ledvin. Dle vyšetření v Centru zrakových vad v Praze Motole by měl být téměř slepý – ale Daniel se v prostředí dobře orientuje, zblízka předměty při dodržených určitých podmínek předměty zblízka poznává, vidí obrázky i písmena. – dle lékařů je jeho zrakové vnímání ovlivněno momentálním zdravotním stavem.

Současný stav

V současné době je Danielovi třináct let, měří 128 cm a váží 28 kg.

Daniel je i v době vyučování krmen stříkačkami s rozmixovaným jídlem do stomie, přijímá léky, často odchází na WC, odpočívá na relaxačním vaku či vodním lůžku. Výchovně vzdělávací proces komplikují i časté Danielovi absence z důvodu hospitalizací na metabolické jednotce na Karlově v Praze. Při výuce používá černobílou televizní lupu (v domácím prostředí mají televizní lupu barevnou), příruční čtecí lupu, stolní halogenovou lampu, sklopnou pracovní desku. Veškeré pracovní materiály jsou zvětšené. Pracuje v lavici u okna.

Hrubá motorika

Dan zvládne pohybovat se samostatně s mírným přidržováním se okolního nábytku či zdi. Jde-li naprosto sám, je nakloněn k levé straně, levá horní končetina je v oblasti ruky stočena směrem k tělu, levá dolní končetina je taktéž stočena dovnitř, celkově na levou dolní končetinu napadá. Preferuje chůzi za ruku, s oporou chodítka, speciálního kočárku či vozíku. Na delší cesty využívá speciální kočárek nebo vozík. Na vozíku se umí pohybovat samostatně. Při zhoršení zdravotního stavu pouze leze přisouváním se oběma končetinami současně, popřípadě vyžaduje nošení. Správně leze na trampolíně. Při chůzi do schodů i ze schodů střídá končetiny. Hází, chytá

velký míč z menší vzdálenosti, velký míč oběma rukama nadhazuje. Vyleze na žebřiny, sjede dolů po tyči nebo lanu. Dřep učiní jen s obtížemi. Jezdí na speciální trojkolce.

Jemná motorika

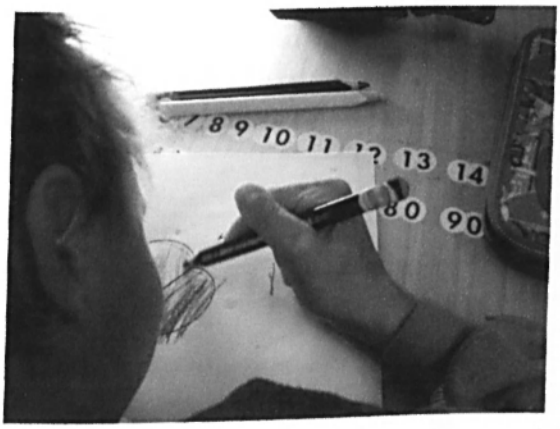
Daniel je pravák, spolupráce obou rukou dobrá. Trhá papíry, spíše na větší kusy. Rád stříhá nůžkami (převážně podle linie) a lepí. Třídí pinzetovým úchopem po jedné, pečlivě. Navléká předměty s větším otvorem, propichuje měkké přírodniny. S oblibou staví stavebnice i z malých dílů, skládá puzzle ze 48 dílků s výraznější konturou – pohádkové motivy.

Grafomotorika a kresba

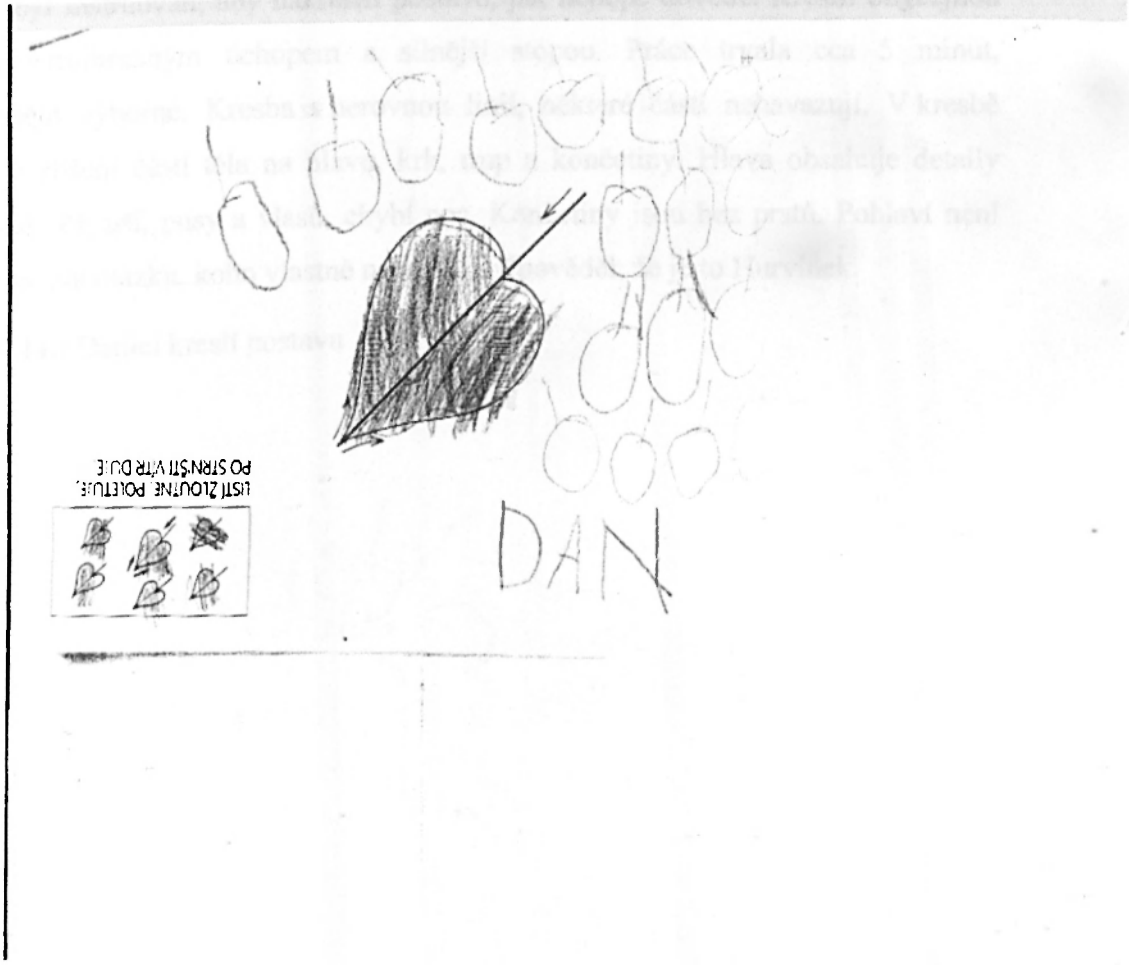
Vytvořeno v říjnu 2006 v době zhoršení zdravotního stavu. Pracoval ve třídě v ranních hodinách, plocha nasvícena halogenovou lampou. Správně připravený grafomotorický materiál si otočil vzhůru nohama. Motivován říkankou: „Listí žloutne poletuje, po strništích vítr duje." Instrukce zněla, aby list obtáhl a poté se pokusil nakreslit podobné. Vybral si tmavě hnědou trojhrannou pastelku. Při práci se soustředil. List neobtahoval, vybarvil jej, činnost trvala cca 5 minut.

Obr. č. 8.: Daniel při grafomotorickém cvičení 1

Obr. č. 9.: Daniel při grafomotorickém cvičení 2



Obr. č. 10.: Danielův výkon z grafomotorického cvičení

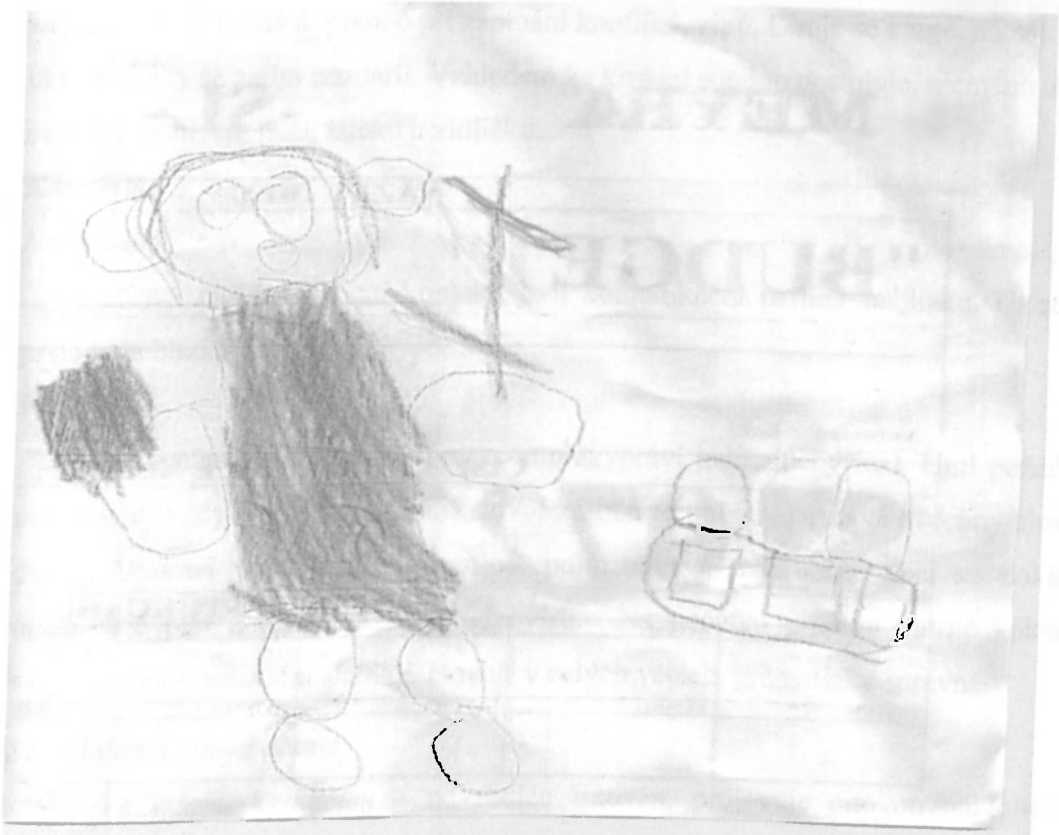


Níže zobrazená kresba pořízena v prvních listopadových dnech roku 2006. Daniel byl instruován, aby nakreslil postavu, jak nejlépe dovede. Kreslil obyčejnou tužkou s trojhranným úchopem a silnější stopou. Práce trvala cca 5 minut, soustředění výborné. Kresba s nerovnou linií, některé části nenavazují. V kresbě patrné rozlišení částí těla na hlavu, krk, trup a končetiny. Hlava obsahuje detaily v podobě očí, uší, pusy a vlasů, chybí nos. Končetiny jsou bez prstů. Pohlaví není rozlišeno. Na otázku, koho vlastně nakreslil, odpověděl, že je to Hurvínek.

Obr. č. 11.: Daniel kreslí postavu

Obr. č. 12.: Danielova spontánní kresba

Toto je výkon ze spontánní kresby v březnu 2007, u Daniela nezvyklé použití barevných pastelek a vybarvení některých částí, dle jeho slov kreslil chlapce s pomlázkou jako dárek pro autorku diplomové práce k velikonocům.



Sebeobslužné činnosti

Hygienické návyky má osvojeny jen částečně a potřebuje pomoc. Daniel je schopen samostatně používat toaletu, občas ovšem nestihne na WC dojít, je pomočený či pokálený. Po WC si zapomíná mýt ruce. Obléká se i svléká samostatně, je nutná dopomoc při zapínání knoflíků, zipů. Obuje se i zuje, nácvik uzlu a kličky se zatím nezdařil. Vzhledem ke krmení sondou nestoluje, nicméně umí se napít, používat lžíci, lžičku a vidličku.

Komunikace

Neverbální

Navazuje dobrý oční kontakt, je-li komunikační partner nablízku. Ukazuje prstem na blízko i do dálky, hypomimie.

Verbální

Pokynům zcela rozumí, omezeně převypráví jednoduchý text. Umí požádat, poděkovat, vždy oslovuje. Aktivní slovní zásoba je bohatá, používá všechny slovní druhy. Vypráví podle otázek i volně, pojmenovává. Na určité věci se dokáže opakovaně ptát a ujišťovat se o odpovědi. Na počátku projevu patrné koktání s opakováním počáteční slabiky. Hovoří v celých větách, gramaticky správně.

Sociabilita a citová oblast

Ve vztahu k rodičům – na rodiče fixován, projevuje citovou náklonnost verbálně i neverbálně, separaci zvládá

Ve vztahu k cizím osobám – nestydí se, aktivní, preferuje dívky a ženy, fixuje se na pečující osobu (tedy osobu, která se s ním učí, krmí ho…), autoritu respektuje, občas si ověřuje hranice

Ve vztahu k vrstevníkům – společnost vrstevníků nevyhledává, preferuje starší děti či dospělé, snad pro schopnost tolerance, někdy provokuje, chce si hrát, nemá rád dotyky dětí, sleduje-li někdo z dětí jeho práci apod.

Ve vztahu k sobě – přiměřené sebevědomí, ve společenském styku je aktivní a zdatný, lidé si ho snadno oblíbí, bez agrese

Motivace – je dobře motivovatelný skládankou, možností pomáhat, hračkou, poslechem kazety či CD

Citové projevy jsou spontánní, emoční ladění pozitivní, celková úroveň citového vývoje je infantilní, ujišťuje se o průběhu situace, k prostředí a rodině projevuje lásku přirozeně, má smysl pro estetické cítění.

Rozumové schopnosti a vědomosti

Pozornost – pozornost koncentruje, velmi ovlivněna zdravotním stavem

Paměť – paměťové schopnosti jsou celkem dobré ve všech oblastech

Myšlení – je infantilního charakteru, ulpívá

Orientace

- *v prostředí* – i přes progredující zrakovou vadu se v prostředí domova, školy a jejího okolí orientuje dobře,
- *v čase* - se orientuje podle režimu dne, začíná dle celých hodin,
- *prostorová orientace* - obtíže při prostorové orientaci v abstraktních pojmech

Percepce – velmi dobře slyší, zrakové vnímání podmíněno progredující zrakovou vadou – přesto zrakovou práci upřednostňuje – rád prohlíží veškeré obrázky, občas věci očichává

Hodnocení za školní rok 2005/2006

Daniel

Hodnocení vypracováno autorkou diplomové práce s ohledem na individuální vzdělávací plán a „Vzdělávací program Pomocná škola přípravný stupeň pomocné školy".

Smyslová výchova

Smyslová výchova je součástí ostatních výchovných a vzdělávacích předmětů.

Daniel třídí podle tří vlastností, řadí předměty dle předlohy, dle svých možností jmenuje předměty na obrázku.

S úspěchem poznává první hlásku ve slově, rozpoznává přírodní zvuky i zvuky zvířat a napodobuje je.

Rád manipuluje se stavebnicí.

Stále je třeba procvičovat pojmy vpravo – vlevo – uprostřed, před – za, nad . po, vpředu – vzadu, první – poslední.

U Daniela jsou kromě cvičení zrakového vnímání posilovány ostatní smysly, zvláště hmat a sluch.

Čtení

Daniel čte přepsané zvětšené texty z Čítanky pro 3. ročník ZvŠ a déle je opakuje, využívá příruční lupy a nasvícení lampičkou, čtecí lupa mu nevyhovuje. Čtenému textu rozumí. Je nepřemožitelný ve skládání tématických skládanek a Lincových tabulkách. Rád si prohlíží obrázky.

Psaní

Používá speciální sešity se širokou zelenou linkou. Řádek se mu výrazně lemuje, píše fixem. Opisuje velkým tiskacím písmem slova a krátké věty dle tématu, někdy s drobnými chybami. Zvládne doplnit chybějící písmena, diktát písmem a jednotlivých slov. Orientuje se na velké PC klávesnici.

Počty

Používá speciální sešity se širokou zelenou linkou, píše fixem, ostatní materiály jsou zvětšené. Dále má k dispozici nasvícení lampičkou a příruční lupu.

S drobnými chybami poté sčítá a odčítá do 20 bez přechodu přes desítku, vždy s názorem.

Tato čísla správně porovnává.

Osvojil si rovněž číselnou řadu po desítkách do 100, její psaní i srozumitelnou výslovnost. Zvládá diktát číslic a příkladů.

Slovní úlohy je nutné interpretovat.

Umí určit čas na celé hodiny i jej zakreslit, určování na půlhodiny se zatím nezdařilo.

Rozpozná mince 1, 2. 5. 10, 20, bez praktické manipulace s nimi.

S radostí používá kalkulátor.

Jednotka délky 1 m, hmotnosti 1 kg nebyla probírána.

Věcné učení

Daniel si v letošním školním roce prohloubil poznatky z předešlých let v rámci tématického měsíčního plánu a programu pomocné školy. Bezpečně ovládá tématické skládanky.

Řečová výchova

Řečová výchova se zaměřovala dle tématického měsíčního plánu. Daniel vytváří hezké věty např. k obrázkům. Přečtenému naprosto rozumí a vyprávění pozorně naslouchá.

Hudební výchova

Daniel si hudební výchovu velmi oblíbil a při hudební výchově se stal spíše pasivním posluchačem. Miluje kazety a CD. Rád využívá Orffovo instrumentarium.

Výtvarná a pracovní výchova

Výtvarná a pracovní výchova je provázána s tématickým měsíčním plánem.

Daniel je aktivní, vzhledem k zrakové vadě je potřeba občas mu dopomoci. Nejraději lepí, stříhá, maluje barvami a vaří. Dokáže dle svých možností uklidit pracovní místo a pomůcky.

Tělesná výchova

Probíhá individuální zdravotní tělesná výchova s fyzioterapeutkou. Pokud mu to zdravotní stav dovolí, pohybuje se s chutí a běhá. Rád leze do výšky, chytí i hodí míč na malou vzdálenost, leze, prolézá. Plavání a trampolína jsou další Danovy oblíbené činnosti.

Individuální vzdělávací plán pro školní rok 2006/2007

Jméno žáka: XX Daniel
Datum narození: X. X. 1993
Škola: Základní škola Poděbrady
Třída: IV.třída pro děti s více vadami 2 6. ročník
Závěry vyšetření: /SPC, PPP.../: Psychomotorická retardace na bázi metabolické poruchy metylmalonová acidurie, těžká diparéza DK, porucha funkce ledvin, oční vada
SPC, PPP..., se kterým škola spolupracuje:
- SPC při Speciálních školách pro zrakově postižené Praha X Mgr. X
Kontrolní vyšetření v SPC, PPP dne: X. X. 2006
Výchozí učební dokumenty: Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy, č.j.24035/97-22
Organizace výuky, hodnocení, speciální péče a pomůcky: vzděláván s využitím tématických měsíčních plánů, výuka rozvržena do 25 hodin týdně, výuka v blocích, slovní hodnocení, vzhledem k oční vadě použití pracovního stolu se zdvižnou deskou, lampy pro nasvícení pracovní plochy, čtecí lupy a příruční lupy, dále vzhledem k tělesnému handicapu použití vozíku na delší cesty

Vypracovala: Vendula Šukalová, DiS.

Datum: 30. září 2006

Podpis rodičů: Podpis ředitelky školy:

Sebeobsluha a sociální rozvoj

Nutnost častějšího přerušení výuky /toaleta, léky, krmení sondou, vysoká unavitelnost vzhledem k metabolické vadě a komplikacím – odpočinek, spánek i v průběhu vyučování/

Problémy s chůzí na delší vzdálenost /použití vozíku/

Častější nemocnost /zameškané učivo, obtížnější znovunavázání školních návyků/

Progredující oční vada /umístění lavice u okna, zvětšené písmo, materiály s ostrou konturou, psaní fixem, lampa, čtecí a přiruční lupa/

- ✓ Prohlubování samostatnosti při oblékání, svlékání + nazouvání a zouvání bot
- ✓ Posilování soustředění na práci a dokončení zadané práce
- ✓ Podporování hry a komunikace s ostatními dětmi

Smyslová výchova

Smyslová výchova je součástí ostatních výchovných a vzdělávacích předmětů

Vzhledem k progredující oční vadě volit pracovní listy zvětšené s výraznější konturou, pomůcky umožnit detailně prohlédnout, osahat

- ➢ ***Zrakové vnímání***
  - Třídění podle tří vlastností
  - Třídění podle tvaru a barvy
  - Třídění na základě vnímání zrakem i hmatem
  - Třídění na základě vnímání hmatem bez zrakové kontroly
  - Jmenování předmětů na obrázku
  - Hledání odlišností a shodných prvků na obrázku
- ➢ ***Sluchové vnímání***
  - Poznávání zdrojů zvuku
  - Rozlišování směru zvuku
  - Rozlišování přírodních zvuků a zvuků zvířat
  - Napodobování přírodních zvuků a zvuků zvířat
  - Poznávání první hlásky ve slově
- ➢ ***Cvičení hmatu***
  - Poznávání předmětů podle hmatu
  - Rozlišování tvrdé – měkké, hranaté – kulaté, hladké – drsné…
  - Práce se stavebnicí

- ***Cvičení čichu a chuti***
  - Rozlišování podle chuti
  - Rozlišování předmětů podle chuti
  - Poznávání předmětů podle vůně
- ***Vizumotorická cvičení***
  - Nápodoba poloh a pohybů předvedených učitelem, popř. ukázaných na figurce se stoupající obtížností
  - Napodobování polohy 2 – 3 předmětů na ploše
  - Stavění kostek podle předlohy
- ***Kinestézie***
  - Vnímání a poznávání částí těla
  - Cvičení rovnováhy
- ***Prostorová orientace***
  - Rozlišování pojmů vpředu vzadu, první – poslední
  - Umisťování předmětů na ploše podle diktátu
  - Řazení předmětů podle předlohy
  - Napodobování směru pohybu předmětů podle šipky
  - Procvičování pojmů vpravo – vlevo – uprostřed, před – za, nad – pod

Čtení

Texty upravovat na velikost odpovídající oční vadě /velikost nejméně 28, tučné, bezpatkové písmo/ pouze velká a malá tiskací písmena, použití pracovního stolu se zdvižnou deskou, nasvícení lampičkou s výkyvným ramenem, využití čtecí lupy a příruční lupy

- Čtení z „Čítanky pro 3. ročník ZvŠ“ s déledobějším opakováním a upevňováním + čtení dalších vhodných textů z dostupných slabikářů
- Čtení jednoduchých textů vzhledem k tématickému měsíčnímu plánu
- Kontrola porozumění čtenému /kresba, kontrolní otázky, přiřazování vět k obrázkům a naopak/
- Diferenciace /b-d-p, h-n/
- Využívání Lincových tabulek a dalších vytvořených materiálů
- Obohacování a zpřesňování slovní zásoby
- Nácvik souvislejšího vypravování

- Poslech vyprávění, četby
- Poslech z MC, CD
- Časopisy pro děti
- Vedení čtenářského deníku

Psaní

Vzhledem k oční vadě používání speciálních sešitů se širokou linkou a barevnou proužkou, možnost olemování řádku výraznějším fixem, psaní tmavým fixem se silnější stopou, tolerance k přetahování

Využití nasvícení lampičkou a sklopné desky lavice

- Rozvoj grafomotorických dovedností
- Opis slov a vět s kontrolou psaného /diakritická znaménka/ velkým tiskacím písmem dle tématického měsíčního plánu
- Doplňování písmen do známých slov
- Kontrola porozumění psaného – nakreslení obrázku, ukázání, jednoduchá odpověď na jednoduše formulovanou otázku
- Diktát písmen
- Diktát jednoduchých slov
- Vypisování slov z textu
- Psaní na velké PC klávesnici

Počty

Použití zvětšených pracovních materiálů a názorných pomůcek, speciální sešity s širokou a barevnou proužkou, možnost olemování řádku vhodným fixem

- Dokončení pojmu čísel 19, 20
- Psaní číslic 19, 20
- Sčítání a odčítání do 20 bez přechodu přes desítku a dle možností automatizace těchto početních úkonů
- Číselná řada do 100
- Psaní číslic do 100
- Sčítání a odčítání desítek do 100
- Diktát číslic
- Diktát příkladů
- Upevňování geometrických tvarů
- Den, hodina

- Určování času na hodiny
- Mince do 20 včetně, manipulace s nimi
- Pojmy drahý – levný, dražší – levnější
- Rýsování podle pravítka
- Základy práce s kalkulátorem
- Jednotka délky – 1 metr
- Jednotka hmotnosti – 1 kilogram
- Jednoduché slovní úlohy
- Řešení praktických úloh

Věcné učení

Zaměření dle Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy a měsíčních témat.

Používání zvětšených pracovních listů a textů

Použití příruční lupy

- Prohlubování poznatků z předešlých let o škole, rodině, kalendáři přírody, přírodě v jednotlivých ročních obdobích, zvířatech, ptácích, lidském těle, péči o zdraví, ekosystémech /les, voda, louka, hory/
- Používání jednotlivých textů
- Procvičování znalostí v rámci čtení, psaní prostřednictvím názorných materiálů /kartičky, obrázky, skládanky…/
- Využití PC programů /Všeználek,…/

Řečová výchova

Vše odvíjeno od tématického měsíčního plánu

- Spolupráce s klinickým logopedem Mgr. I. Bajtlerovou
- Dechová cvičení
- Gymnastika mluvidel
- Hlasová cvičení
- Sluchové vnímání – diferenciace hlásek na začátku slova, syntéza hlásek jednoslabičných a dvojslabičných slov v celek
- Rozvíjení aktivní slovní zásoby
- Tvoření vět
- Otázky a odpovědi
- Nácvik vyprávění podle obrázků

- Dramatizace
- Využití PC programů /Brepta, Altík.../

Hudební výchova

Tématicky vychází z měsíčních plánů

- Vytleskávání rytmu
- Rytmizační cvičení s využitím Orffova instrumentaria
- Zpěv lidových i umělých písní s doprovodem hudebního nástroje, říkanky
- Snaha o lepší výslovnost textů a pravidelné dýchání
- Poslech hudby z MC, CD
- Relaxace při hudbě

Výtvarná a pracovní výchova

Průběh dle jednotlivých měsíčních tématických plánů

- Důraz kladen na sebeobsluhu
- Skládání oděvu, věšení na ramínku
- Péče o osobní věci a pomůcky
- Ukládání pomůcek po skončení práce na své místo, úklid prostředí včetně mytí pomůcek
- Utírání stolu, podlahy
- Zametání podlahy malým smetáčkem
- Vaření – mytí a čištění surovin, škrábání, krájení, vážení, hnětení, vaření čaje + kakaa, mazání chleba + rohlíku, prostírání
- Zdokonalování stolování pro druhé, jelikož on sám nestoluje
- Namotávání vlny do klubka
- Nácvik uzlu a kličky
- Navlékání korálků podle vzoru
- Kresba různými typy křídy a voskovkami
- Nácvik kresby lidské postavy a schématického kreslení zvířat
- Malba vodovými a temperovými barvami
- Koláže
- Mozaiky

- Práce s papírem – mačkání do kuliček, vytrhávání, stříhání, lepení, překládání, vystřihování ubrousků, rozkládání a skládání krabiček, balení dárků
- Práce s modelínou, hlínou či jinou tvarovací hmotou
- Propichování a navlékání různých přírodnin
- Kombinované práce s využitím různých technik
- Sestavování modelů ze stavebnic, jejich demontáž a úklid do krabic, demontáž rozbitých elektrospotřebičů
- Seznámení se s dílenským materiálem
- Práce se dřevem za použití brusného papíru, eventuelně pilníku + zatloukání hřebíků
- Ošetřování pokojových rostlin, zalévání, vymývání misek, kypření půdy
- Setí semen do truhlíku a péče o ně
- Sběr přírodnin
- Sběr léčivých rostlin
- Práce na PC s dotykovou obrazovkou a velkou PC klávesnicí

Tělesná výchova

- Zdravotní tělesná výchova s fyzioterapeutkou
- Cviky na správné držení těla
  - správné dýchání
  - posilování všech svalových skupin
  - cvičení na zvětšování kloubní pohyblivosti
  - relaxační cvičení
- Kondiční cvičení
  - házení a chytání míče /chytání míče koulejícího se po zemi, chytání míče
    hozeného druhým, házení na cíl, nadhazování oběma/
  - hry s míčem včetně využití gymbalónů
  - chůze po čáře, po lavičce
- Koordinační cvičení
  - vnímání těla jako celku i jeho jednotlivých částí
- Základy gymnastických cvičení

- válení sudů

- Sportovní činnosti
  - pohybové hry – lezení vpřed, podlézání, prolézání, překážková dráha z nízkých překážek
- Sezónní činnosti /turistika, hry na sněhu, plavání v jezeře…/
- Plavání v lázeňském bazénu
- Trampoterapie
- Hipoterapie

Dopis rodiče

Miminko jsem si přála už ve dvaceti letech, chtěla jsem být mladá maminka. Když se Daneček narodil, vážil 2500g a měřil 46cm a já byla šťastná, že máme krásného a zdravého chlapečka. Moje štěstí však netrvalo dlouho. Druhý den začal Dáda zvracet a po několika vyšetřeních následoval rychlý převoz do pražské nemocnice na jednotku intenzivní péče. Prodělal poruchu vědomí s metabolickou acidózou. Po týdnu Danečka i se mnou přeložili na metabolockou jednotku na Karlov v Praze. Od té doby je to náš druhý domov. Pan profesor si mě vzal stranou a řekl mi, že Daneček má metabolickou vadu s názvem methylmalonovou acidurii. To mi samo o sobě nic neřeklo, a tak mi pan profesor asi v hodinovém rozhovoru vysvětlil, co všechno tato nemoc obnáší, a rovněž fakt, že jsme s manželem přenašeči této vzácné vrozené metabolické poruchy. Z toho všeho vyplynulo, že je to hodně vážné a pokud Daneček přežije kojenecký věk, bude to zázrak. Byla to pro mě obrovská rána a několik dní jsem probrečela. Řadu dní Daneček strávil v inkubátoru na infuzích, Danečkův stav se podařilo stabilizovat a já ho mohla mít u sebe na pokoji. Domů jsme si Dana poprvé po šesti týdnech s velmi přísnou dietou a měsíčními kontrolními odběry. Neprospíval, nechtěl jíst a zvracel, a proto byly naše pobyty na Karlově stále častější. Pokaždé se opakoval stejný scénář: zavedli infuze, přidaly se teploty, infekce močových cest nebo jiná komplikace. Jestliže začal přibírat a přestal zvracet po několika dnech, týdnech a někdy i měsících, tak nás propustili domů. Přesto vypadal velmi dobře, psychomotorický vývoj pokračoval, pravda, poněkud pomaleji než u zdravých dětí. V domácím prostředí jsme ho něčemu novému naučili (sedět, chodit na nočník, vzdát se dudlíku), ovšem v Praze na Karlově během hospitalizace všechno zapomněl. Od devíti měsíců do dvou let byl krmen nosní sondou.V průběhu horečnatých onemocnění se opakovala porucha vědomí, metabolický rozvrat a rozvoj metabolické acidózy. Ve dvou letech se po těžké akutní dekompenzaci při respiračním infektu výrazně zhoršil neurologický nález a stí i chůze. Pro opakovanou potřebu akutní parenterální terapie byl zaveden centrální žilní katetr. Jelikož krmení sondou snášel Dáda stále hůře, bylo nutno provést gastrostomii a fundoplikaci žaludku. Mnohé se tím vyřešilo a my konečně mohli trávit více času doma. V pěti letech se Danečkovi zhoršil zrak a následně lékaři diagnostikovali

oboustrannou atrofii papil zrakového nervu. V té době se též začalo projevovat onemocnění ledvin provázené otokem v obličeji, vysokými hodnotami urei v krvi. Později se porucha ledvin prohloubila. Když bylo Danečkovi osm let, pořídili jsme mu sestřičku. Natálka je naštěstí zdravá. Dáda navštěvuje už šestým rokem Speciální školu v Poděbradech, kde je o něho po všech směrech výborně postaráno. Už umí všechna písmena, čte samostatně za pomoci lupy, sčítá a odčítá do dvaceti a orientuje se v číselné řadě po desítkách do 100. Pro časté pobyty v nemocnici spoustu učení zameškává, ale s pomocí paní učitelky se snažíme veškeré učivo dohnat. Před dvěmi lety mi pan profesor oznámil, že Daneček musí podstoupit transplantaci ledvin a jater, jinak nemá šanci žít. Děti s touto diagnózou buď zemřou jako miminko nebo později na selhání ledvin. Zemřelo už sedm dětí, z toho jsem tři holčičky spolu s rodiči osobně znala. Danečkovi je dnes 13 let a je nejstarší pacient s touto diagnózou u nás. Transplantace je naše jediná možnost, ale protože se jedná o velmi náročný zákrok, není vůbec zřejmé, jak to dopadne. Daneček je krmen do oné stomie, to znamená všechno jídlo odměřit, výživově napočítat, přimíchat řadu léků, rozmixovat a natáhnout do velkých a malých stříkaček. Pokud je metabolicky v pořádku, krmíme každou hodinu a půl po 300ml. A pokud tomu tak není, což je právě nyní, krmíme každou půl hodinu po 150 ml až 30x za den, stalo se nutností do Dády za den dostat 4000 – 4 500 ml. Teď to musí vypadat, že dítě s tolika komplikacemi jenom leží a nemluví, ale opak je pravdou. Daneček za celý den nezavře pusu, a když je na tom dobře po metabolické stránce, běhá. V současné době ho často bolí nožky, tak raději leze, ale i tak je ho všude plno. Domluva je s ním stejnáasi jako s naší pětiletou Natálkou. Daneček je schopný se na jednu a tu samou věc ptát dokola celý den. Někdy mi to „leze pěkně na nervy", ale vůbec si nedokážu představit, že by tady s námi nebyl. Strašně moc se bojím toho, co přijde, snažím se být statečná, ne vždy se mi to daří. Naštěstí Daneček svou nemoc zvládá mnohem lépe než já a jeho většinou výborná nálada mě drží nad vodou.

Maminka Daniela, říjen 2006

Dítě s více vadami s prognózou nepříznivého vývoje

S ohledem na mentální úroveň mnohých dětí s více vadami je tato problematika vztahována k předškolnímu věku.

Pojetí smrti je soubor kognitivních obsahů vědomí k popisu a vysvětlení umírání a smrti. Dítě předškolního věku rozpoznává živé a mrtvé. Mrtvé je pro něj nehybné a spící, ovšem jen dočasně s možností kdykoliv to změnit. Smrt pro něj představuje ve spojitosti s magickým myšlením např. kostlivce s kosou. O vlastní smrti neuvažuje. Magické myšlení dítěte předškolního věku přináší i další rys. Dítě si někdy přeje smrt blízké osoby, aby ho neomezovala. Jestliže poté dotyčný skutečně zemře, dítě za tento stav pociťuje vinu. Poznatky o smrti si jedinec utváří na podkladě kontaktu s umírajícími a kulturního dědictví. Dítě se prostřednictvím kulturního dědictví setkává s problematikou umírání a smrti v pohádkách a písních, v dnešní době rovněž skrze filmovou tvorbu, mnohdy značně zkreslenou.

Představy o umírání a smrti se v průběhu života jedince mění a odvíjejí se od:

- Věku
- Úrovně identity
- Úrovně mentálních schopností
- Vývojovém i aktuálním emočním stavu
- Zkušeností se smrtí jiných
- Představách okolí o smrti a postoji k ní
- Pojetí smrti v dané společnosti
- Způsobu prezentace smrti sdělovacími prostředky
- Úrovni zdraví, pohody a spokojenosti s vlastním životem

Dítě přistupuje k této problematice v závislosti na skutečnosti:

- Že je zdravé a jeho vývoj probíhá relativně nekomplikovaně a harmonicky
- Že je výrazněji postižené, ale neohrožené na životě
- Že mu zemřela blízká osoba
- Že samo umírá

Tíživá situace dětského umírání se negativně promítá na blízké osoby dítěte a prostřednictvím nich zpět na dítě. Skutečná pomoc a poskytování opory dítěti

vyžaduje smíření se se stavem věcí. Blízcí jsou tak postaveni před nelehké úkoly, k nimž se řadí péče s doprovázením na celé cestě, nalezení smyslu konání v daní situaci, péče o sebe samého a přetvoření vlastního vztahu k vážné diagnóze, umírání a smrti.

Dítě, které je velmi vážně nemocné, je často vystaveno nemocničním pobytům. Hospitalizace s odbornou péčí by ovšem neměla zaujímat absolutní místo v celé problematice péče o toto dítě. Do popředí se staví důležitá oblast – nerušené prožívání lidských vztahů zejména se členy rodiny dítěte. Toto podporuje domácí péče. Domácí péče však musí zajistit veškerou ošetřovatelskou péči, jistotu, že při náhlém zhoršení zdravotního stavu, vzrůstu obtíží či krizi nezůstane osamocen, případně odkázán na bezmocné členy rodiny. Kvalitní domácí péče poté dokáže uspokojit potřeby biologické, sociální, psychologické a spirituální.

Mezi přednosti domácí péče patří zachování známého prostředí se „svými lidmi". Z nevýhod domácí péče lze především zmínit bariérovost prostředí a přetížení až vyhoření blízkých osob. Okolí dítěte s více vadami s nepříznivou prognózou se mnohdy musí připravit na „ běh na dlouhou trať", vždyť takové dítě bude po měsíce nebo léta do velké míry určovat styl života celé rodiny.

Taková domácí péče poskytuje lepší podmínky k zachování důvěry a lidské blízkosti. Rovněž, umožňuje-li to zdravotní stav dítěte, zůstává možnost stýkat se se zdravými lidmi.

U umírajícího dítěte se rodiče mohou rozhodnout mezi hospitalizací či domácí péčí. Na pomyslné hranici mezi nimi stojí hospice. Pro umírající dítě jsou již i v České republice zřízeny dětské hospice, jejichž služeb mohou rodiče využít. Hospitalizace je nutná v případě vzhledem k potřebě speciálních zákroků a techniky.

V teoretické rovině speciální pedagogiky je nutné celkově posílit problematiku více vad. konkrétně tedy oblast diagnostiky, komunikace, možností výchovně – vzdělávacího procesu a ostatních podpůrných přístupů. Nedílnou součástí musí být osvěta u laické veřejnosti.

V praktické rovině speciální pedagogiky je nejpodstatnější orientovat prožívání dítěte

a jeho rodiny na přítomnost. Žít život teď a tady, radovat se z maličkostí a užívat si každého dne, to v tomto případě představuje stěžejní úkol speciálního pedagoga. Rovněž sám speciální pedagog je konfrontován s otázkou konečnosti života a i v jeho životě, pokud chce v této situaci obstát, nutně potřebuje přeformovat svůj postoj a rozšířit své chápání o novou dimenzi. Dítě ho tak obohacuje o nové poznání. Zaměřit své působení musí i na rodinu. I rodina se má orientovat na žití v přítomnosti. Jinak by totiž jejich veškeré snažení ztrácelo smysl, utápěli by s v beznaději. Přitom lze ale s dítětem prožít krásné a neopakovatelné okamžiky.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo poukázat prostřednictvím kazuistiky dítěte s více vadami s prognózou nepříznivého vývoje na přínos pro jeho výchovně – vzdělávací proces. Postoj speciálního pedagoga k prožívání životních událostí, jeho prezentace dítěti, rodině a ostatním ukazuje na rozšíření speciální pedagogiky o další rozměr.

Vycházela jsem z dostupné speciálně pedagogické literatury, z výsledků při speciálně pedagogickém vedení, pozorování, rozhovorech s matkou a pedagogy.

V první kapitola se zabývala charakteristikou školního věku, vymezením více vad a jejich vlivem na osobnost dítěte. Je nepodstatné, jaké označení se pro toto dítě používá. Zůstává jen zásadní poznání, že postižení více vadami zasahuje jedince v celé jeho osobnosti. Úroveň schopností a dovedností ve školním věku se tedy značně odlišují od zdravého dítěte.

Druhá kapitola nejprve přiblížila specifika v diagnostice dětí s více vadami. Komplexní diagnostika závisí na týmové spolupráci odborníků a spolupartnerství rodičů. Rodiče by se měli podílet i na spolupráci se speciálním pedagogem při vytváření individuálního plánu vzdělávání. V další podkapitole jsem rozebrala otázku komunikace a s tím spojené využití prostředků alternativní augmentativní komunikace. V závěrečné podkapitole jsou popisovány možnosti výchovy a vzdělávání. Správně vedený speciálně pedagogický proces, i když je založen na osvojování si pouze základních dovedností, poskytuje dítěti příležitosti k všestrannému rozvoji a. Dominanta edukace tkví v pozitivním přístupu k dítěti, úctě a respektování individuálních potřeb dítěte. Společně s působením rodiny mohou dosáhnout maximálního rozvoje dětské osobnosti.

Třetí kapitola se zaobírala problematikou rodiny. Období po sdělení diagnózy je pro rodinu velmi stresující. Tváří v tvář náročné životní situaci se snaží vyrovnat se se zjištěním, že jejich dítě nikdy nebude odpovídat vysněným představám.

Čtvrtá kapitola charakterizuje Základní školu Poděbrady a v ní třídu pro děti s více vadami. Součástí je obsáhlá kasuistika dítěte s prognózou nepříznivého vývoje vzdělávaného v této třídě. Shrnula jsem současný stav, uvedla školní hodnocení a vypracovala individuální vzdělávací plán. Výchovně - vzdělávací proces dítěte s více

vadami, které zřejmě v blízké budoucnosti zemře, přináší nové podněty pro teoretickou i praktickou rovinu speciální pedagogiky. V teoretické oblasti je důležité i nadále propracovávat problematiku více vad a konat osvětu u široké veřejnosti. Z praktických doporučení vystupuje do popředí nutnost zaměřit výchovně – vzdělávací proces s ohledem na prožívání přítomnosti. Speciální pedagog se zároveň dostává do pozice žáka. Provázení dítěte na jeho strastiplné životní cestě učí speciálního pedagoga novému pohledu na svět a v určitých směrech mu obohacuje život. Je důležité zahrnout do tohoto učení i rodinu dítěte. Společně tak mohou tomuto dítěti dopřát prožití šťastného života.

Seznam literatury

CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie.* Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-204-1

CASEOVÁ, C., DALLEYOVÁ, T. *Arteterapie s dětmi.* Praha: Portál, 1995. ISBN 80 – 7178 – 065 - 0

ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X

DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-449-4

DUDÁKOVÁ, Z. *Specifické přístupy v péči o děti s kombinovaným postižením.* Kurz pro pedagogy. Praha: Pragoversa s. r. o., 2006.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí.* Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7

JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace.* Brno: Masarykova Univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9

JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1

KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami.* Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-147-9

KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí.* Brno: Paido, 2000. ISBN 80-859š1-91-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada, 2002. ISBN 80 – 247 – 0179 - 0

KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávaní těžce zdravotně postižených dětí.* Praha: TECH-MARKET, 1996. ISBN 80-902134-1-3

KUBOVÁ, L. *Znak do řeči.* Praha: TECH-MARKET, 1999. ISBN 80-89114-23-6

KUTÁLKOVÁ, D. *logopedická prevence.* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-667-5

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN

80-244-1154-7

MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program.* Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-033-4

MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí.* Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9

MŰLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3

NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-872-4

NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2000.

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

OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.* Brno: Masarykova Univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů.* Brno: MSD, 2006. ISBN 80 – 86633 – 40 - 3

POSPÍŠILOVÁ, M., MRÁZOVÁ, L., KLEMENT, P., MARTINCOVÁ, O., HRUBÁ, E., CHRASTINA, P., PŘIBYL, D., VOBRUBA, V., HÁLOVÁ, K., ZEMAN, J. Methylmalonová acidémie: klinická, biochemická a molekulárně biologická studie. Česko – slovenská Pediatrie, 2006, roč. 61, č. 4, s. 190 – 198.

PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky.* Brno: Masarykova Univerzita, 2004. ISBN 80-210-3354-1

RŮŽIČKOVÁ, M. *Učíme se českou znakovou řeč.* Praha: septima, 1997. ISBN 80-7216-029-X

ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, D., ŠTURMA, J. *Dětská klinická*

psychologie. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2

Sborník příspěvků z konference „Komplexní péče o žáka s kombinovanou vadou". Praha 2006.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0

ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých.* Praha: Septima, 1994. ISBN 80-85801-27-2

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

ŠVARCOVÁ, I. *Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy.* Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-030-3

TEPLÁ, M. *Náměty pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením.* Praha: TECH-MARKET, 2001. ISBN 80-86114-39-02

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu.* Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie.* Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-317-2

VALENTA, M., MŰLLER, O. *Psychopedie.* Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2

VÍTKOVÁ A KOL. *Integrativní speciální pedagogika.* Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9

VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. – Základní informace, Speciálně pedagogická diagnostika.* Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001

VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie.* Brno:Paido, 1998. ISBN 80-210-1953-0

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty.* Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9

Vyhláška č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Sbírka zákonů č. 73/2005, částka 20, s. 560.

www.dobromysl.cz

www.hospice.cz

www.rodina.cz

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

Seznam příloh

Příloha č. 1

Souhlas s použitím fotodokumentace dětí

Souhlas s anonymním poskytnutím údajů

Příloha č. 2

Výtvarný kroužek s arteterapeutickými prvky v Základní škole Poděbrad

Příloha č. 1

SOUHLAS S POUŽITÍM FOTODOKUMENTACE DĚTÍ

SOUHLASÍM S POŘÍZENÍM FOTODOKUMENTACE MÉHO SYNA/DCERY PRO ÚČELY DIPLOMOVÉ PRÁCE VENDULY ŠUKALOVÉ, BYTEM PODĚBRADSKÁ 179, PODĚBRADY.

V PODĚBRADECH DNE 22. LISTOPADU 2006

NEZLETILÉ DÍTĚ	PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE
[redacted] MILAN	.....
[redacted] DANIEL	.....
[redacted] ZUZANA	.....
[redacted] TEREZA	.....
[redacted] LADISLAV	.....
[redacted] MATĚJ	.....

Příloha č. 2

Výtvarný kroužek s arteterapeutickými prvky v Základní škole Poděbrady

Třetím rokem vedu zájmový kroužek výtvarných technik, který v sobě obsahuje arteterapeutické prvky.

Ve školním roce 2006/2007 je kroužek určen pro všechny děti naší školy. Setkávají se zde tedy děti bez ohledu na druh a stupeň postižení. Činnost se často váže k ročnímu období, svátkům... Používáme přírodniny, papír + kartony, textil, foukací fixy, prstové barvy, vodové a temperové barvy, tuše, pastelky... a taktéž pomůcky novodobých technik (např. slupovací barvy na sklo).

Děti se dle věku a rozvrhu dělí na dvě skupiny. První skupinu tvoří děti s autismem, z přípravného stupně, ze tříd s více vadami a z prvních dvou ročníků základní školy praktické. Druhá skupina je tvořena dětmi z vyšších ročníků základní školy praktické a speciální.

Pracovní činnost trvá šedesát minut. Důraz kladu na úvodní motivaci příběhem a přípravu pomůcek. Poté následuje vlastní činnost, při níž uplatňuji individuální přístup ke každému z dětí. Samozřejmostí je, že každý výrobek považuji za podařený, zaslouží si pochvalu a vystavit na chodbě či se s ním pochlubit doma. Vyžaduji dokončení práce, úklid pomůcek a pracovního místa.

Snažím se vytvořením neformální atmosféry poskytnout prostředí důvěry a bezpečí pro vyjádření fantazie, přání, pocitů... Upřednostňuji radost z tvoření, uvolnění, aktivitu, samostatnost, rozvoj jemné motoriky, smyslovou stimulaci a vytrvalost.

Mým přáním do budoucnosti je přizvat do kroužku výtvarných technik sourozence našich dětí i děti „zvenčí" a dále naši společnou práci prezentovat na veřejných místech Poděbrad.

Obr. č. : Ukázky prací výtvarného kroužku