UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

Socializace dítěte s těžkým (kombinovaným) postižením a možnosti ve vzdělávání

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Lenka Štěpánková Ph.D.

Vypracovala:
Jindřiška Kamenská

Brno 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Socializace dítěte s těžkým kombinovaným postižením a možnosti ve vzdělávání“ zpracovala samostatně a použila jsem jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

……..

Brno 31.3. 2009

Jindřiška Kamenská

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Lence Štěpánkové, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Jindřiška Kamenská

OBSAH

Úvod **1**

1 Dítě s těžkým kombinovaným postižením **2**
Charakteristika diagnóz kombinovaně postižených dětí **3**
1.1 Mentální retardace 3
1.2 Kombinace tělesných a smyslových vad a vad řeči 5
1.3 Autismus a děti s autistickými rysy 11

2 Socializace **14**
2.1 Stupně a fáze socializace 14
2.2 Vliv handicapu na dítě a na jeho rodinu 16
2.3 Rehabilitace a její podmínky 17
2.4 Specifické potřeby dítěte s postižením a jeho rodiny v procesu socializace 19

3 Středisko rané péče **23**
3.1 Podpora rodiny 24
3.2 Podpora vývoje dítěte 25
3.3 Osvěta a vzdělávání, ovlivňování veřejnosti 25
3.4 Podpora svépomocných skupin 26

4 Vzdělávání dětí s těžkým kombinovaným postižením **28**
4.1 Speciální pedagogické centrum 28
4.2 Speciální MŠ 29
4.3 Individuální vzdělávací plán 31
4.4 Přípravný stupeň ZŠ speciální 31
4.5 Další možnosti ve vzdělávání pro děti s těžkým postižením 32

5 Sdělení zprávy o postižení dítěte **33**

6 Případová studie **36**

Závěr **49**
Resumé **51**
Anotace **52**
Seznam použité literatury **53**
Seznam příloh **55**

ÚVOD

Problematika zdravotního postižení a handicapu všeobecně nabývá v současné době stále více na významu, a to právě v souvislosti se současným trendem integrace takto znevýhodněných jedinců do společnosti. Cílem této integrace je tedy snaha o plné začlenění a splynutí těchto jedinců se společností.

Aktuální stav naší vyspělé společnosti vypovídá o celkovém pokroku ve všech oblastech lidské činnosti, avšak většinou na úkor špatného životního prostředí a nezdravého životního stylu, na jejichž podkladě se pak často rodí stále více handicapovaných dětí. Současnými tendencemi v této oblasti jsou tedy depistáž a vyhledávání jedinců s postižením a zvláště pak včasná a vhodná intervence, pokud možno již v raném období života dítěte. Cílem je eliminovat následky postižení, případně již vzniklé následky postižení zmírnit. Pomoc, péče a podpora zdravotnických, pedagogických a sociálních institucí se začíná orientovat v prvé řadě na primární prostředí dítěte, jímž bývá zpravidla jeho rodina.

Proto jsem si zvolila tuto aktuální problematiku zdravotního postižení a handicapu, konkrétně postižení kombinované vztahující se k ranému, předškolnímu a školnímu věku dítěte jako téma své bakalářské práce. K volbě daného tématu mě motivovala především vlastní zkušenost získaná při výchově a vzdělávání své těžce postižené dcery a také spolupráce se Střediskem rané péče v Brně, podílející se svou činností na rehabilitaci takto handicapovaných dětí a jejich rodin.

V této práci se budu konkrétně věnovat především otázce socializace dítěte s těžkým kombinovaným postiženým a možnosti jeho vzdělávání. Práce je členěna na oblast teoretických poznatků a případovou studii, která popisuje proces socializace v kontextu vlivu dceřina postižení na celý rodinný systém a možnosti ve vzdělávání mé dcery. V teoretické části se budu zabývat obecnou charakteristikou příčin a průvodních znaků kombinovaného postižení u dětí, dopady postižení dítěte na jeho rodinu a vlivem handicapu na možnosti začlenění dítěte do běžné společnosti. Zaměřím se také na oblast speciálního poradenství coby jednoho z rozhodujících faktorů rehabilitace značně ovlivňující její efektivitu.

1 Dítě s těžkým kombinovaným postižením

Dítě s kombinovaným postižením je dítě, u kterého došlo ke sdružení několika postižení. Pro potřeby Ministerstva práce, mládeže a tělovýchovy vyšla ve věstníku MŠMT ČR č. 8/1997 (č.j. 25602/97-22) tato charakteristika: „Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více vadami na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.“ Kombinované postižení se dále pro potřeby MŠMT rozděluje do třech základních skupin, kdy v každé skupině je dominantní jeden faktor – společný znak.

1. skupina – v této skupině je dominantním faktorem **mentální retardace**, kombinující se s dalšími druhy postižení. Mentální retardace je v této skupině determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy.
2. skupina – dominantním faktorem je **tělesné postižení, smyslové postižení** nebo **vada řeči,** které se navzájem kombinují. Speciální skupinu zde tvoří děti **hluchoslepé**.
3. skupina – v této skupině je dominantním faktorem **autismus nebo autistické rysy**.

Ve Školském zákoně (č. 561/2004 Sb.o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) je také pamatováno na žáky souběžné postižené více vadami, kteří jsou zařazení mezi ostatní žáky se speciálními potřebami. Vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami dále řeší Vyhláška č 73/2005 Sb., kde se v § 1 říká: „Za žáky s těžkým postižením se pro účely této vyhlášky považují žáci s těžkým zrakovým postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s artismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření.“

Charakteristika diagnóz kombinovaně postižených dětí

V této kapitole budu pokračovat charakteristikou jednotlivých postižení dle výše zmíněných tří skupin.

1.1 Mentální retardace

Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Projevuje se sníženou schopností orientovat se v životním prostředí, omezenými možnostmi ve vzdělávání a sníženou sociální přizpůsobivostí. Jde o stav trvalý. (Dolejší , 1978)

Stupně mentální retardace:

Lehká mentální retardace

Do 3 let opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, mezi třetím a šestým rokem nápadnější problémy: malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvídavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Nejvýraznější problémy v období školní docházky: konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vázne analýza a syntéza, jemná a hrubá motorika lehce opožděna, porucha pohybové koordinace. Rozvoj sociálních dovedností zpomalen, v oblasti emocionální se projevuje afektivní labilita, impulsivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. Výchovné působení a rodinné zázemí mají velký význam pro socializaci. Mnoho dospělých schopno práce a úspěšného udržování sociálních vztahů.

Středně těžká mentální retardace

Rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn, opoždění přetrvává do dospělosti. Častý výskyt epilepsie, autismu a dalších neurologických a tělesných potíží. Řeč je velmi jednoduchá, tvoří jednoduché věty nebo slovní spojení. Slabá schopnost kombinace a usuzování. Vývoj jemné a hrubé motoriky zpomalen, trvale celková neobratnost. Emocionální labilita, neschopnost většinou řešit samostatně náročnější životní situace. Jednoduché pracovní zařazení, nejčastěji pod dohledem nebo v chráněném prostředí.

Těžká mentální retardace

Psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v předškolním věku. Značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů. Často somatické vady a příznaky celkového poškození CNS. Možnost osvojení základních hygienických

návyků a prvků sebeobsluhy, někteří však neschopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Značné omezení psychických procesů, poruchy pozornosti. Minimální rozvoj komunikačních dovedností, řeč jednoduchá, omezena na jednoduchá slova. Výrazné narušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita. Poznává blízké osoby. Potřeba celoživotní péče.

Hluboká mentální retardace

Těžké omezení motoriky, stereotypní automatické pohyby, kombinace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami, poškození sluchového a zrakového vnímání. Ve většině případů neschopnost sebeobsluhy. Nonverbální komunikace bez smyslu – výkřiky, grimasy. Lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům. Okolí nepoznává, totální porušení afektivní sféry.

Demence

Demence je proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje po 2. roce života. Demence má v porovnání s mentální retardací většinou charakter postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Demence nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, jak je tomu o oligofrenie, ale postupně, některé mechanismy mentálních funkcí jsou poškozeny, jiné zachovány. Nejčastějším projevem demence je porucha paměti, orientace, úsudku, schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti, motivace, emotivity, chování, komunikace a dochází k celkové degradaci osobnosti

Pseudooligofrenie

Pseudooligofrenie je nazývána termínem zdánlivá mentální retardace, protože se ve skutečnosti o mentální retardaci nejedná. Pseudooligofrenie je způsobena vlivem vnějšího prostředí, nikoliv poškozením centrální nervové soustavy. Dítěti se nedostává potřebné stimulace, je výchovně zanedbané, může trpět psychickou deprivací nebo pocházet ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Nejčastějšími projevy jsou opožděný vývoj řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace, apatie. Děti neumějí zobecňovat, jsou vázané na konkrétní realitu, potřebují názorný příklad. Preferují mechanickou práci. Motorika nebývá porušena. Nejedná se o stav trvalý, při změně nepodnětného prostředí a vlivem výchovného působení může dojít ke zlepšení stavu.

Downův syndrom

Downův syndrom je nejrozšířenější formou mentální retardace. Jedná se o chromozomální onemocnění – trizomii 21. chromozomu. Lidé s tímto syndromem mají určité fyziognomické zvláštnosti. Hlava dítěte s Downovým syndromem je ve srovnání s ostatními dětmi menší, její zadní část je zpravidla plošší, což způsobuje její kulatý vzhled. Obličej mívá ploché rysy, oční víčka jsou úzká a šikmá, ve vnitřním koutku oka je výrazná kolmá kožní řasa. Uši bývají menší, ústa malá a pootevřená, takže z nich vyčnívá relativně velký jazyk. Uši bývají menší. Krk těchto dětí bývá mohutnější. Děti trpí celkovou hypotonií (snížený svalový tonus). Vzrůst jedinců s Downovým syndromem je malý, většinou trpí obezitou. Časté jsou smyslové a srdeční vady, intelektově se nacházejí v pásmu středně těžké mentální retardace. Jejich schopnost socializace bývá dobrá.

1.2 Kombinace tělesných a smyslových vad a vad řeči

Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále DMO) se vyskytuje ve spastických a nespastických formách (spasmus = křečovité stažení). Mezi **spastické** formy patří diparéza, hemiparéza a kvadruparéza, mezi **nespastické** pak dyskinetický a hypotonický typ DMO. Je nutno poznamenat, že **diagnostikovat DMO v období těsně po narození dítěte je obtížné**. Pouze u nejtěžších forem poškození mozkové kůry jsou příznaky - spasticita trupu s nápadným záklonem hlavy, flexe horních končetin a natažení dolních končetin - patrné již od nejútlejšího věku. Při menším stupni poškození se často DMO projeví teprve s dalším vývojem hybnosti dítěte, často až kolem 5. měsíce jeho věku. Z tohoto důvodu bývají všechny děti, řadící se do skupiny tzv. rizikových novorozenců (děti se zátěží v období prenatálním či perinatálním, děti předčasně narozené atd.), pravidelně sledovány neurologem i odborníkem pro rehabilitaci.

Diparéza

Charakteristickým projevem je spasticita obou dolních končetin, natažení v kolenou, ohnutí chodidel dolů (tzv. plantární flexe), většinou i semknutí končetin k sobě. Původcem bývá nejčastěji krvácení do mozkového kmene - obvykle u nedonošených dětí. Příznaky závisí na stupni poškození. U dětí s těžkým postižením

jsou příznaky patrné již v novorozeneckém věku, zvláště zřetelně se projevují v období, kdy se má dítě začít přetáčet, popřípadě posazovat se. U většiny dětí s diparetickou formou DMO je zachován intelekt. Díky této skutečnosti, stejně jako díky rehabilitační a neurologické péči se daří zmírnit projevy tohoto postižení natolik, že zpravidla nebývá problém se zařazením dítěte do běžného života.

Hemiparéza

Bývá způsobena poškozením jedné z mozkových hemisfér - defekt v oblasti levé hemisféry způsobí obrnu pravé strany těla a naopak. Příčinou bývá například ucpání tepny zásobující část mozkové hemisféry krví, nebo zánětlivý proces v mozkové tkáni, způsobující odumření buněk. Vnějším projevem je natažení dolní končetiny, zvýšený svalový tonus (napětí), plantární flexe se stočením špičky dovnitř. Horní končetina bývá postižena více než dolní. Bývá slabší, lehce ohnutá v lokti a přetočená dlaní dolů. Duševní vývoj dítěte postiženého hemiparézou závisí na rozsahu poškození mozku. Setkáváme se s dětmi s vysokým intelektem, stejně jako s dětmi s velmi nízkou úrovní duševních schopností. Poměrně častou zdravotní komplikací hemiparézy bývá epilepsie.

Kvadruparéza

Vzniká poškozením mozkového kmene, nebo obou hemisfér. Postiženy jsou všechny čtyři končetiny, horní více než dolní. S epilepsií se setkáváme u naprosté většiny takto postižených dětí. Je-li původcem kvadruparézy rozsáhlé poškození obou mozkových polokoulí, bývá současně značně narušen i duševní vývoj dítěte.

Dyskinetický typ DMO

Řadí se mezi nespastické formy dětské mozkové obrny. Příčinou je postižení šedé hmoty v mozkovém kmeni - takzvaných bazálních ganglií - centra řízení hybnosti, způsobené nejčastěji silnou novorozeneckou žloutenkou. Projevuje se určitými neúčelnými a nekoordinovanými pohyby, které jedinec není schopen vůlí potlačit či ovlivnit. Tyto pohyby mohou být pomalé, jakoby červovité (atetotické) nebo rychlé (choreatické). Nejde-li současně o poškození mozkových hemisfér, bývá u takto postižených dětí intelekt zachován.

Hypotonický typ DMO

Základním projevem je snížení svalového tonu (napětí). Hypotonie bývá nejčastějším příznakem centrální poruchy hybnosti v raném věku. Dítě působí dojmem bezvládného, přestože je u něj možno vyvolat normální pohybové reakce. Jde zde

o poruchu řízení svalového napětí, která může být způsobena poškozením různých částí nervového systému, mozkové kůry, podkorové hmoty či mozečku, nebo jejich kombinací. Další vývoj dítěte závisí právě na tom, která oblast mozku je postižena. Málokdy je hypotonie formou konečnou - většinou postupně **přechází do jiných forem DMO** - především mozečkové nebo spastické. V případě, že hypotonie přetrvává, bývá obvykle způsobena rozsáhlým poškozením mozkové kůry, což s sebou přináší i hluboké postižení psychiky.

Epilepsie

Epilepsie je chronické onemocnění, které se projevuje opakovanými nervovými záchvaty. Epilepsie má celou škálu podob - od málo patrných výpadků vědomí, které mají podobu pouze krátkodobého zahledění se (tzv. absence), po generalizované „velké“ záchvaty (tzv. grand mal) spojené s bezvědomím a křečemi celého těla. Podstatou tohoto onemocnění jsou určité výboje v mozkové kůře, které naruší soulad činnosti nervových buněk. Charakter záchvatu závisí jednak na tom, zda výboj vychází z určitého ložiska (ohniska), nebo vzniká současně v celém mozku.

Hydrocefalus

Jedná se o postižení, vznikající nejčastěji odchylkou ve vývoji mozku. V postranních mozkových komorách se tvoří mozkomíšní mok (likvor), který proudí prostřednictvím úzkých kanálků mezi mozkovými komorami, odtud se dostává mezi měkké mozkové pleny a do míšního kanálu. Jeho hlavním posláním je vytvářet "vodní polštář", který chrání mozek a míchu před otřesy. Jestliže dojde k nadměrné produkci likvoru, k jeho nedostatečnému vstřebávání, případně k uzavření kanálku, hromadí se v dutinách (vnitřní hydrocefalus) nebo mezi mozkovými plenami (vnější hydrocefalus). Tlak tekutiny způsobuje rozšiřování komor, následně i zvětšování objemu lebky. Je-li to nutné, provádí se chirurgický zákrok. Zavedením umělé cévky (shuntu) je umožněno odvádění přebytečné tekutiny z mozkovny.

<u>Nejčastější zrakové vady</u> (Kudelová 1996)

Některá těžká zraková postižení vznikají dříve než se dítě narodí – vlivem dědičnosti nebo následkem infekčního onemocnění matky v průběhu těhotenství. Dalším výrazným rizikovým faktorem bývá předčasný porod. Pokud je dítě nezralé, s nízkou porodní hmotností bývá umístěno do inkubátoru. Přístroje umožní udržovat stálou tělesnou teplotu, stejně jako dodávat nezralým plícím vzduch sycený kyslíkem.

Tato tzv. oxygenterapie může přinést i nežádoucí vedlejší účinky. V některých případech dochází k různému stupni poškození sítnice – vzniku **retinopatie nedonošených**. Podle závažnosti a rozsahu se dělí do 5 stupňů: 1. stupeň je spojen s nejlehčí formou postižení, s nejmenšími následky v oblasti vidění, 5. stupeň přináší velmi těžké postižení, jehož následkem bývá pouhý světlocit – tedy schopnost rozeznat světlo a tmu. Zpravidla nebývá na obou očích stupeň retinopatie stejný.

Glaukom (zelený zákal). Při tomto onemocnění dochází k nadměrnému zvyšování tlaku nitrooční tekutiny. Oko je viditelně větší, hmatatelně tvrdší, dochází k jeho zarudnutí, pacient pociťuje bolest. Vysoký nitrooční tlak pak může přivodit poškození sítnice, její odchlípení a tedy závažné poruchy až ztrátu zraku.
Zánětlivé onemocnění může zachvátit prakticky kteroukoliv část bulbu. Zda zánět po léčbě odezní bez následků, nebo přivodí trvalé následky různého stupně, záleží nejen na tom, která oblast oka je zánětem stižena, ale i na řadě dalších faktorů.

Poměrně často se vyskytuje zákal čočky - **katarakta.** Může být vrozený, nebo získaný - například po úrazu, nebo nitroočním zánětu. Zkalená čočka brání přenesení obrazu na sítnici, proto se často přistupuje k jejímu odstranění, i když se tímto zákrokem oko zbaví schopnosti zaostřovat. V současné době již existuje možnost za určitých okolností implantovat čočku umělou.

Prakticky nejméně závažnou poruchou vidění jsou takzvané **refrakční vady**. Jsou způsobeny nesprávným poměrem mezi lomivostí optických prostředí oka a jeho délkou. Při myopii - krátkozrakosti - má oko relativně dlouhou předozadní osu, následkem čehož dochází k protnutí optických paprsků ne na sítnici, ale před ní. Refrakční vady se většinou korigují brýlemi.

Stejně jako jiné orgány, také oči mohou být postiženy nádorovým onemocněním, a to i u zcela malých dětí. Pokud jde o zhoubný (maligní) novotvar, například **retinoblastom**, je nutné přistoupit co nejdříve k chirurgickému vynětí bulbu - takzvané enukleaci, aby se předešlo dalšímu šíření nádoru a případně i ohrožení života.

Atrofie zrakového nervu může mít různé příčiny - dědičnou zátěž, úraz, zánětlivé onemocnění, intoxikaci organismu, atd. Bývá popisována jako odumírání nervu, při němž dochází k úbytku vidění různého stupně.

Jiný typ postižení zrakového vnímání je způsoben poškozením mozkové kůry v oblasti zrakového centra. Dochází k němu např. při krvácení do mozku, při zamezení přívodu okysličené krve k mozkovým buňkám atd. U této vady je typické, že ačkoliv oko i zrakový nerv jsou v pořádku - tedy oko vidí a zrakový nerv přenáší informace - zrakové centrum nemá schopnost informace zpracovat. Tento stav bývá též nazýván **centrální nebo korovou slepotou.**

Sluchové vady

Sluchové vady dělíme podle místa vzniku – vady periferní a vady centrální, podle období, kdy k nim došlo a podle stupně postižení.

Vady periferní

Převodní vady - sluchové buňky nejsou porušeny, vada je na trase mezi zevním zvukovodem a vnějším uchem

Percepční vady – jsou narušeny sluchové buňky nebo sluchový nerv

Smíšené vady – kombinace převodních a percepčích vad.

Centrální vady – komplikované defekty, které postihují korová a podkorová centra

Sluchové vady podle období, kdy k nim došlo:

Vrozené – na základě dědičnosti, vlivem nepříznivých faktorů, významné nemoci matky (zarděnky, toxoplasmóza, spalničky).

Období kolem porodu- protrahovaný porod, krvácení do ucha, mozku, nezralé děti, Rh inkompatibilita

Postnatální vady – při vzniku od 0 do 6 let – tzv. prelingvální období.

Pokud v tomto období dítě ztratí sluch, nemá zpětnou vazbu, řeč se deformuje, při nepéči se řeč vytratí.

Při vzniku po 6. roce věku – tzv. postlingvální období – řeč se neztrácí, je zafixovaná, rodiče musí dbát na správnou artikulaci a melodii řeči.

Podle stupně postižení dělíme sluchové vady na lehkou, střední a těžkou nedoslýchavost, praktickou hluchotu, úplnou hluchotu a ohluchlost (v průběhu života).

Vady řeči

Vývojová dysfázie

Patří mezi centrální poruchy, toto narušení komunikační schopnosti je nazýváno jako specificky narušený vývoj řeči. Sociální prostředí je stimulující, inteligence dítěte na úrovni. Dítě je snadno unavitelné a má sníženou toleranci k zátěži. Vývojová dysfázie postihuje výslovnost, gramatickou strukturu i slovní zásobu. Ve školním věku se u těchto dětí projevují specifické poruchy učení.

Afázie

Jde o získanou orgánovou nemluvnost. Řeč u těchto osob byla vyvinuta, ale následkem úrazu, nádoru, degenerativního onemocnění apod. došlo ke ztrátě již nabyté schopnosti komunikovat. Rozlišujeme afázii senzorickou (slyší, ale nerozumí, co se mu říká) a afázii motorickou (rozumí, co se mu říká, ale nemůže mluvit).

Mutismus

Mutismus (oněmění) je narušení komunikační schopnosti, kdy dochází ke ztrátě artikulované řeči. Rozlišujeme totální mutismus, který vzniká z psychologických příčin (úlek, šok, stres) – dítě vůbec nemluví, pokud umělo psát, zůstává tato schopnost zachována a elektivní mutismus, který je vázán na určitou situaci, určité prostředí nebo určitou osobu. Setkáváme se s ním u dětí např. v období prvního vstupu do mateřské školy, kdy dítě nemluví s učitelkou, ale doma a při kontaktu s kamarády komunikuje bez potíží.

Poruchy plynulosti řeči – koktavost a breptavost

U koktavosti se jedná o komplexní narušení koordinace orgánů, které se podílejí na mluvení. U koktavého se mění postoj k verbální komunikaci, má strach z mluvení. Objevují se různé grimasy, tiky, žvýkání a celkový psychomotorický neklid. Střídají se lepší období s horšími.

Breptavost je narušení komunikační schopnosti, při kterém dochází k poruše tempa mluvy. Charakteristické je zrychlené tempo řeči, polykání koncovek, vynechávání slabik, často je řeč úplně nesrozumitelná. Je narušeno dýchání, dochází k hlasovým poruchám, artikulace je narušená a nepřesná.

Někdy dochází ke kombinaci koktavosti a breptavosti.

Poruchy zvuku řeči – rinolalie a palatolalie

Rinolálie (huhňavost) je porucha zvuku řeči, je to patologicky změněná nosovost. Jedná se o sníženou nebo zvýšenou nosovost v mluvené řeči, poruchu jednotlivých hlásek při artikulaci, která souvisí s činností patrohltanového uzávěru. Příčinou vzniku

může být zduřelá sliznice v dutině nosní a nosohltanové, polypy, vrozené anatomické změny apod.

Palatolalie je narušení komunikační schopnosti, ke kterému dochází na základě rozštěpu v obličejové oblasti, tzv. orofaciálního rozštěpu a narušené funkce patrohltanového mechanizmu. Pro palatolalii je charakteristické změna rezonance, porušená artikulace, narušené nonverbální chování. U palatolalických dětí se setkáváme s opožděným vývojem řeči, časté jsou poruchy sluchu, může být deformován i hlas.

Poruchy artikulace – dyslalia a dysartrie

Dyslalie (patlavost) je neschopnost nebo porucha používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v procesu komunikace podle norem příslušného jazyka. Dyslalii rozlišujeme hláskovou, slabikovou a slovní (např. nesprávná výslovnost sykavek, hlásky L, R a Ř).

Dysartrie je porucha procesu artikulace jako celku při organickém poškození centrálního nervového systému. Kromě poruchy v hláskování je narušen v různé míře i proces respirace (dýchání), fonace (tvorba hlasu), zvuk řeči, vyskytuje se i narušení melodie, tempa, rytmu a přízvuku. S dysartrií se setkáváme nejčastěji u vývojových postižení (např. DMO), může jít o obtíže získané v průběhu života.

Poruchy hlasu

Poruchy hlasu definujeme jako patologickou změnu individuální struktury hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, v hlase se mohou vyskytnout také různé vedlejší zvuky. Poruchy hlasu je možné dělit na organicky podmíněné (úrazy, obrny, nádory, uzlíky na hlasivkách), funkční (přemáhání, nesprávné užívání hlasu) a psychogenní (hlasové neurózy).

Symptomatické poruchy řeči

Symptomatické poruchy řeči jsou symptomem (příznakem) jiného dominantního postižení, nemoci nebo poruchy. K nejčastějším patří narušená komunikační schopnost u dětí s DMO a u jedinců mentálně retardovaných.

1.3 Autismus a děti s autistickými rysy

Chování autistických jedinců je do jisté míry jedinečné a vzbuzuje ve svém okolí pozornosti, údiv, někdy i úzkost či strach. Projevy autistů často brání ve styku s ostatní populací a vyřazují je ze života společnosti. Tito jedinci jsou handicapovány jak ve

vztahu k sobě, tak i k druhým.(Opatřilová in Vítková 2003) Charakteristická je triáda příznaků:

- Neschopnost vzájemné společenské interakce: brání postiženým adaptovat se na prostředí, ve kterém žijí. Život je pro ně chaos bez pravidel, a tak si sami vytvářejí pravidla, jejichž logice rozumí jen oni.
- Neschopnost komunikace: kvalita komunikace je silně narušena, často dítě vůbec nemluví, pokud ano, není schopno konverzovat, často opakuje slova či věty. Chybí přátelské emoční reakce, pohledy do očí. Dítě není spontánní, chybí tvořivost při hře, bývá extrémně uzavřené do sebe, neprojevuje zájem o okolí, děti ani o dospělé, nemazlí se.
- Omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit: dítě nesnáší změny, mívá specifickou příchylnost k neobvyklým předmětům, trvá na vykonávání zvláštních rutinních činností nefunkčního charakteru.

U autismu se vyskytují abnormální smyslové reakce: čichové, sluchové, zrakové a chuťové. Autismus je provázen problémovým chováním jako jsou výbuchy vzteku, agrese, sebezraňování, které jsou snahou zajistit si bezpečí ve zmatku okolního světa, je to obrana a únik z nesnesitelné tísně, kterou jim může způsobit jakákoliv změna. Jedinci s autismem nedokáží správným způsobem vyhodnocovat informace senzorické a jazykové, mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti.

Zhruba u poloviny případů s diagnózou autismu byly zjištěny různé nespecifické projevy mozkového poškození – abnormní EEG nález, abnormity mozečkové, abnormity mozkové kůry, abnormity v čelních a spánkových lalocích.

Spektrum některých autistických poruch

- **Kannerův dětský autismus** se řadí mezi vývojové poruchy.
- **Dezintegrační porucha** - jedná se o typ pervazivní vývojové poruchy, při které předchází období normálního vývoje přibližně do dvou let. V několika málo měsících dochází ke ztrátě dovednosti, ochuzení nebo ztrátě jazyka, změny chování, celkové ztrátě zájmů o okolí. Většina zůstává těžce mentálně postižena.
- **Rettův syndrom** je popisován pouze u dívek. Časný vývoj je zřejmě normální, ale v době mezi 7. a 24. měsícem věku dochází k částečné nebo úplné ztrátě získaných manuálních a verbálních dovedností, společně se zpomalením růstu hlavy. Zvláště charakteristická je ztráta funkčních pohybů ruky, stereotypní kroutivé svírání ruky,

nedostatečné žvýkání, časté nadměrné slinění s vyplazováním jazyka. Objevují se i epileptické záchvaty. Téměř všechny případy provází hluboká mentální retardace.

- **Klinefelterův syndrom** představuje genetickou poruchu vyskytující se u mužů. Je zde vždy nápadné zvláštní chování „odvrácení se při pozdravu“ a zvláštní typ „vyhýbavého pohledu“. Plácání rukama, vrzání kloubů na prstech či zápěstích, směs rychlého dýchání a vzdychání, nervózní „pochechtávání“ jsou typické projevy syndromu. Stupeň mentální retardace je mírný, až středně těžký.
- **Landau-Kleffnerův syndrom** je charakteristický ztrátou řeči, která byla před tím dobře vyvinutá. Dítě nevykazuje autistické rysy, tj. ztrátu poznávacích schopností, sociability. Děti s tímto syndromem jsou velice hyperaktivní, často neklidné až agresivní. Téměř vždy se objevují epileptické záchvaty, a to v korelaci se ztrátou řeči.
- **Atypický autismus** je pervazivní vývojová poruch, která se liší od autismu buď dobou vzniku, nebo naplněním všech tří sad diagnostických kritérií. Chybějí poruchy jedné či dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu autismu. K narušení dochází až po dosažní tří let.
- **Aspergerův syndrom** – jeho základní znakem je egocentrismus, provázený malou nebo nulovou schopností či snahou po kontaktu s vrstevníky. Sociální naivita, důsledná pravdomluvnost, šokující poznámky patří k charakteristickým projevům. Postižení jsou často motoricky neobratní. Jsou dostatečně inteligentní v abstraktním smyslu, ale ne ve smyslu praktickém. Vyskytuje se převážně u chlapců.

2 Socializace

„Socializace je velmi složitý a mnohostranný proces, a z tohoto důvodu jej také zahrnuje do své pozornosti více vědních disciplín.. Zatímco psychologie se zaměřuje především na utváření lidské osobnosti a psychiky, sociologie zdůrazňuje, že člověk se nerodí jako sociální bytost, ale stává se jí. Pedagogika vychází z analýzy výchovy jako cílevědomého a záměrného působení na člověka, které je nemyslitelné bez celostního pohledu na jeho začleňování do společnosti. Problematika socializace a výchovné pomoci pro zvládání života mají zasádní význam pro sociální pedagogiku.“ (Kraus, Poláčková, 2001)

2.1 Stupně a fáze socializace

Narození postiženého dítěte představuje podle Vágnerové (1999) pro širokou rodinu, zejména pak pro samotné rodiče dítěte hluboké trauma, které pramení z pocitu vlastního selhání v již zmíněné rodičovské roli. Matoušek (1997) poukazuje na fakt, že nejvíce je touto skutečností traumatizována především jeho matka, neboť své dítě vnímá jako součást sebe sama a posuzuje se tedy podle jeho „kvality“.

Reakce rodičů na narození dítěte s postižením lze rozdělit do několika fází. Tyto fáze v podstatě charakterizují sled jednotlivých reakcí na tuto skutečnost, které popsala Küblerová-Rossová (in Vágnerová, 1999: 63 - 64) jako fázi šoku a popření, fázi postupného přijetí skutečnosti (akceptace reality nebo-li vyrovnání se s problémem) a následně fázi realistického postoje čili smíření. Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech (1993) jednotlivé fáze specifikují blíže takto:

a) Fáze šoku a popření

První reakcí na traumatizující konstatování, že je dítě postižené, bývá vždy šok a popření pro jedince subjektivně nepřijatelného faktu. Taková informace je pro rodiče natolik stresující, že se prostřednictvím různých obranných mechanismů snaží chránit svou psychickou rovnováhu. Rodiče se v dané chvíli musí vyrovnávat s nečekanou zátěží, neboť je narození zdravého dítěte ve společnosti téměř se samozřejmostí očekáváno. V této fázi oba partneři procházejí tzv. krizí rodičovské identity.

Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech (1993) se zmiňují také o tom, že poněkud odlišná situace nastává, jsou-li rodiče sami postiženi nebo pokud již o jedno či více

handicapovaných dětí pečují. Tito lidé totiž zvážili předem riziko narození taktéž postiženého dítěte a tuto variantu reality pak snadněji akceptují. Narození dítěte s postižením pro ně sice představuje náročnou životní situaci, ale nestává se natolik traumatizující událostí jako v případě rodičů zcela zdravých či postižených rodičů, kteří plně doufali v narození zdravého potomka. Pro tyto rodiče bývá situace obvykle natolik tíživá, že ji dlouho nebývají schopni přijmout.

b) Fáze postupné akceptace reality a vyrovnání se s problémem

Tato fáze je velmi ovlivněna emocionálními faktory. Racionalita bývá často potlačována na úkor emocionálních projevů hněvu či zoufalství, které mohou mít různou intenzitu a také délku trvání. Pokud v této fázi nedojde k přijetí faktu postižení dítěte, dochází ke vzniku obranných psychických mechanismů aktivní nebo pasivní povahy. Varianta aktivní představuje z psychologického hlediska **útok**, varianta pasivní **únik**. Vše samozřejmě závisí na zkušenostech s předchozími zátěžovými situacemi a osobnostních dispozicích jedince. Aktivní forma obrany je specifická v tom, že se rodiče, nejčastěji však matka dítěte, zoufale soustřeďuje na vyhledávání lékařů a léčitelů nebo na odreagování vnitřního napětí formou přehnané péče o dítě (nadměrnou stimulací, popřípadě rehabilitací).

Naopak pasivní forma obrany zahrnuje všechny mechanismy, které směřují k úniku z dané situace. Z těchto mechanismů lze jmenovat například přetrvávající *popření skutečnosti*, kdy vnímají rodiče postižení svého dítěte pouze jako dočasné, dále je to *únik do fantazie* a v neposlední řadě nahrazení uspokojení jednoho zdroje jiným, nebo-li *substituce*. Vhodnou substitucí je například angažovanost v některém z občanských sdružení, které se zabývá problematikou postižených dětí. Za méně vhodnou substituci lze považovat výlučnou orientaci na profesní dráhu rodičů a za zcela nevhodnou pak únik k návykovým látkám – nejčastěji k medikamentům a alkoholu. Další formou obrany je *regrese*, jež vyjadřuje zvýšenou potřebou závislosti na podpoře a bývá provázena depresemi a celkovou apatií. Člověk jedná méně samostatně, což se projevuje snahou vyhledávat někoho,kdo by za další průběh situace převzal odpovědnost. Takovou autoritou bývá nejčastěji lékař, pedagog nebo například církev, která se v sociální oblasti v posledních letech stále více angažuje. Přimknutí člověka k víře jako forma úniku do duchovních sfér ovšem může dle Vágnerové (1999) pomoci zvládat vzniklé obtíže při nadměrné psychické zátěži. Ojedinělou variantou nebývá ani *únik do izolace*, kdy se rodiče s postiženým dítětem uzavírají před vnějším světem,

který je zraňuje, ve svém domově. Nejkrajnějším řešením celé této zátěžové situace bývá odložení dítěte do ústavní péče nebo opuštění rodiny jedním z partnerů.

Fáze akceptace reality zahrnuje poměrně dlouhé časové období závisející na mnoha faktorech. Typické zde bývá tzv. *smlouvání*, kdy se rodiče soustřeďují přinejmenším na dosažení určité změny ve stavu dítěte. Bývá vyjádřením naděje, znakem určitého kompromisu. Podle mého názoru je období „smlouvání" vhodným obdobím pro motivaci rodičů k jejich aktivnímu zapojení se do procesu rehabilitace dítěte.

c) Fáze realistického postoje

Rodiče bývají dříve nebo později nuceni akceptovat své dítě s postižením takové, jaké je. Ve většině případů bývají ochotni podílet se na maximálním možném rozvoji osobnosti dítěte. Vyskytují se ovšem i takové případy, kdy rodiče buď neměnná omezení dítěte s postižením nerespektují a kladou na něj nepřiměřené nároky nebo u nich převládnou neadekvátní ochranitelské postoje, které dítěti pak neumožní řádný rozvoj.. Zmiňované přístupy k celkové akceptaci, respektive nonakceptaci (nepřijetí) dítěte s postižením lze považovat ve vztahu k úspěšnosti rehabilitace za značně škodlivé. Proto by měli být rodiče na tuto skutečnost zavčas upozorněni erudovanými pracovníky v oblasti poradenství.

2.2 Vliv handicapu na dítě a na jeho rodinu

Rodina je definována jako malá sociální skupina, která je charakteristická součinností jednotlivých členů a jejich vzájemnými citovými vztahy. (Matějček, 1987). Na základě této charakteristiky lze rodinu označit jako *skupinu primární*, neboť spojení všech jejích členů je intimní povahy a také jako *skupinu referenční*, poněvadž se člen s touto skupinou silně identifikuje a přijímá její normy a hodnoty. Každá rodina, která je svým způsobem jedinečná a originální, plní v dané společnosti určité **funkce**. Ty lze shrnout do čtyř kategorií – jde o funkci reprodukční, ekonomickou, socializační a emocionální (Matějček, Dytrych, 1997). Rodičovství je pak vnímáno jako určitá sociální norma, kdy se od rodičů obecně očekává přijetí zodpovědnosti za své dítě a celkovou angažovanost na jeho péči a výchově. Stává se závazkem na celý život.

Dle Vágnerové, Hadj-Moussové, Štecha (1993) představuje samotné narození dítěte významný mezník v transformaci partnerských vztahů, v rozvoji rodičovských postojů, v celkovém vztahu k dítěti a změnou způsobu života. Matějček a Dytrych

(1997) podotýkají, že narození dítěte je výrazným zásahem do života také širší rodiny, neboť rodiče obou partnerů se dostávají do nové životní role – stávají se prarodiči mající participaci na výchově narozeného dítěte.

Matějček (1987) konstatuje, že se obecná charakteristika rodiny a jejího klimatu zdravé populace vztahuje současně i na rodinu s dítětem zdravotně postiženým. Výjimku tvoří pouze ta skutečnost, že je situace rodin s handicapovaným dítětem specificky ovlivňována některými dalšími, zejména sociálními faktory. Rodina, ve které se narodí dítě s postižením, se ocitá ve velmi obtížné životní situaci. Dítě s postižením nebývá totiž obvykle schopno naplnit očekávání svých rodičů, proto se pro své rodiče stává psychickou zátěží. Tím se také mění celkové klima rodiny, dochází ke změnám rolí, hodnot a potřeb jednotlivých členů. Tyto změny mohou ve svém důsledku narušit stabilitu vztahů v rodině a její soudržnost.

2.3 Rehabilitace a její podmínky

Jesenský (1995: 24) rehabilitaci popisuje takto: „Rehabilitace představuje procesy znovuuschopňování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka.“ V současnosti je tento pojem užíván již v širším kontextu, předmětem rehabilitace není pouze člověk jako takový, ale i jeho vztahy, zejména k sociálnímu prostředí. Rehabilitace se obecně soustřeďuje na možnosti jedince s postižením, vychází z pozitivních vlastností a hodnot jeho prostředí, stává se nejvýznamnějším prostředkem integrace[1]. Na rehabilitaci se podílejí nejrůznější typy zařízení. V této souvislosti se hovoří o tzv. rehabilitaci ucelené, nebo-li komprehensivní.Chtěla bych zde zdůraznit, že nezbytnou součást ucelené (komprehensivní) rehabilitace tvoří také poradenská podpora určená jedincům se zdravotním znevýhodnění a jejich rodinným příslušníkům.

Novosad (2000) uvádí, že ucelená rehabilitace vychází z podstaty celistvosti člověka coby bio-psycho-sociální bytosti, a proto se dotýká týmové práce odborníků v oblasti lékařství, sociální práce, výchovy a vzdělávání. Jesenský (in Jankovský, 2001: 16) ucelenou rehabilitaci člení podle zaměření, institucí a aplikovaných prostředků na čtyři hlavní složky – **rehabilitaci léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální**. Nepovažuji za nutné z tohoto výčtu rozvádět pracovní rehabilitaci, neboť není předmětem mého zájmu, ostatní složky rozvedu blíže.

[1] Pojem integrace v užším pojetí této mé kapitoly vyjadřuje začlenění dětí se specifickými vzdělávacími potřebami do kolektivu ostatních dětí, v širším pojetí pak začlenění rodin dětí s postižením do komunity.

Jankovský (2001) jednotlivé složky charakterizuje následovně:

Zdravotní (léčebná) rehabilitace je zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch, přičemž využívá léčebných metod pro obnovení ztracených schopností, příp. utváření schopností nerozvinutých. Zahrnuje např. *reparaci* (radikální nápravu), *medikaci* (farmakoterapii), *fyzioterapii* (rehabilitační cvičení) a *ergoterapii* (nácvik sebeobsluhy).

Psychologická rehabilitace obvykle zahrnuje *individuální a skupinovou psychoterapii, aplikovanou psychoterapii*, *trénink psychosociálních dovedností* aj. Zásadní roli v psychické rehabilitaci má při práci s klientem především psychoterapie. Právě psychoterapie představuje jeden ze základních cílů poradenské pomoci jedincům s postižením, kdy je u jedince podstatou *zabránit nebo eliminovat vznik sekundárního handicapu* (např. ohrožení duševní stability a mezilidských vztahů).

Pedagogická rehabilitace se soustřeďuje na oblast *výchovy, vzdělávání a povolání, rozvoj samostatnosti a soběstačnosti*, neboť právě výchova (edukace) v socializaci člověka zaujímá významnou roli. Mezi prostředky pedagogické rehabilitace se řadí *reedukace*, *kompenzace*, *vytváření individuálních vzdělávacích plánů a jejich realizace*. Jde o působení pedagogicko psychologickými prostředky ve smyslu reedukace (obnovy normálního stavu). V raném věku dítěte se zrakovým postižením se jedná zvláště o *zrakovou stimulaci* a podporu schopnosti naučit se využívat zachované zbytky zraku. Neboť zvláště jedinci s postižením od narození mohou v dílčích nebo celkových schopnostech oproti zdravé populaci zaostávat. Tuto oblast zajišťuje široká *působnost speciální pedagogiky* využívající zde speciální metody, prostředky a postupy podle jednotlivých druhů a stupňů postižení, přičemž je brán zřetel na postižení kombinovaná s cílem zajistit optimální rozvoj osobnosti zdravotně postižených a jejich sociální, pracovní a kulturní integraci. V návaznosti na speciální pedagogiku pak jde především o ranou péči (včasná intervence) a školní edukaci.

Sociální rehabilitace se zaměřuje na vytvoření *existenčního,* resp. *materiálního zabezpečení a legislativní ochrany* pro samostatný život jedinců se zdravotním postižením s ohledem na druh a stupeň jejich postižení. Úkolem sociální rehabilitace je, aby se jedinec s postižením maximálně možně *integroval do společnosti*, čímž zůstává zachována optimální kvalita jeho života. Rehabilitace usiluje o prevenci defektivity, kdy dochází k tomu, že je jedinec s postižením v důsledku svého handicapu zcela závislý na společnosti nebo se jí stává dokonce na obtíž. Součástí této rehabilitace je také

komunitní podpora, sociální služby a úprava místních podmínek. Probíhá formou *socioterapie* (náprava a usměrňování vzájemných vztahů jedinec – společnost, posílení sociálního statusu jedince, rodiny).

V sociální dimenzi je potřeba zajistit relativní stabilitu rodiny, aby jako systém fungovala a zajistila tak úspěšnou socializaci dítěte. V rodinách, kde se narodilo dítě s postižením je nutné zaměřit se na zvládnutí této zátěže, vyrovnání se s danou situací a *přijetí této skutečnosti jako úkolu se o dítě postarat*. Podle všeho je totiž právě rodina jedním z rozhodujících faktorů, které budou společně s faktorem poradenství pravděpodobně zásadně ovlivňovat úspěšnost, resp. neúspěšnost celkového procesu rehabilitace dítěte s postižením.

2.4 Specifické potřeby dítěte s postižením a jeho rodiny v procesu socializace

V dnešní době již není pochyb o tom, že získané zkušenosti a proces učení z nejranějšího období života člověka tvoří základ pro následný vývoj osobnosti každého jedince – pro rozvoj různých vlastností, schopností a dovedností. Nezbytným předpokladem pro harmonický rozvoj osobnosti zde ovšem bývá míra uspokojení základních životních potřeb dítěte. Mezi tyto základní potřeby dítěte, bez ohledu na skutečnost, zda se jedná o dítě zdravé nebo s postižením, řadí Dunovký a kol. (1999) potřeby biologické, psychické, sociální a vývojové..

1. Potřeby biologické – zasahují jistým způsobem jak do oblasti potřeb psychických, tak do potřeb sociálních. Mezi tyto potřeby patří: *řádná výživa* (forma kojení je důležitá nejen z důvodu výživy), *dostatek tepla*, *čistoty i ochrany před nepříznivým životním prostředím* a v neposlední řadě *stimulace*[2]. Důležité hledisko představuje i komplexní péče o dítě, zejména primární rodinou, neboť se touto péčí uspokojuje potřeba zdravého vývoje dítěte.

2. Potřeby psychické – patří k nejdůležitějším potřebám. Tyto potřeby zahrnují: *potřebu jistoty*, která je uspokojována prostřednictvím citových vazeb (především vazbou matka – dítě), *potřebu dostatku stimulů* (stimulace ve vhodnou dobu, v dostatečné kvantitě i kvalitě), dále *potřebu smysluplnosti světa* (na základě přijímaných podnětů), *vědomí vlastní identity*, kdy si dítě formuje své „já“ na základě

[2] Stimulací se rozumí přiměřený přísun podnětů ve smyslu aktivace organismu.

toho, jak je přijímáno v primární rodině a *potřebu otevřené budoucnosti*, která udržuje životní aktivitu (uzavřená budoucnost vede k apatii, zoufalství a celkové rezignaci).

3. Potřeby sociální – jsou úzce propojeny s již zmíněnými psychickými potřebami. K těmto potřebám se řadí: *potřeba lásky a bezpečí* (souvisí s přijetím dítěte takového, jaké je jeho bezprostředním okolím) a *potřeba identifikace rodičů s dítětem*, za účelem zabezpečení rozvoje všech jeho sil a schopností a také překonání všech obtíží a poruch jak v životě dítěte, tak v jeho rodině.
4. Potřeby vývojové – se mění v závislosti na vývoji dítěte a jeho zvláštnostech. Nutností je však udržovat již dosaženou úroveň vývoje.

Handicapovanému dítěti však může být v důsledku jeho postižení uspokojování jeho nejzákladnějších potřeb ztíženo, případně zcela znemožněno, čímž je dítě značně frustrováno. Dochází tak často ke změnám a odchylkám ve vývoji po stránce fyzické, psychické i sociální.

Podpora rodin pečujících o dítě s kombinovaným postižením

Rodina, která pečuje o dítě s kombinovaným postižením může žít plnohodnotný život a začlenit se do společnosti, avšak za předpokladu, že jí bude nabídnuta kvalitní pomoc. Zlepšení postavení pečujících rodin spočívá mimo jiné v odlehčení pečujícím rozložením péče na více subjektů – respitní péče, osobní asistence, domácí pečovatelská služba – a dále v psychosociální podpoře rodiny i v účinném spojení péče o rodinu s diferencovaným uplatněním pečujících na pracovním trhu. Sociální politika má ve vztahu k rodinám s dětmi i pečujícím rodinám podporovat rovný podíl angažovanosti muže a ženy při péči o děti.

Určité zlepšení přinesl **zákon o sociálních službách** (č. 108/2006 Sb.), ze kterého vybírám některé sociální služby, které mohou usnadnit péči o jedince s postižením, jejich rodinám a blízkým.

Sociální služby

Prostřednictvím sociální služby je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé životní situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí

všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci o osobami nepřizpůsobivými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

Sociálně zdravotní služby

Sociálně zdravotní služby jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo ve zdravotnických zařízeních.

Sociální rehabilitace

Jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujícím k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb.

Osobní asistence

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém termínu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních.

Služby rané péče

Charakteristikou služby rané péče se podrobněji zabývám ve 3. kapitole

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejich situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

Denní a týdenní stacionáře

Denní a týdenní stacionáře poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užívání návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby.

Kvalitní pomoc pro rodiny s postiženým dítětem spočívá dle mého názoru v poskytnutí kvalitních informací a s pomocí nabídnutých sociálních služeb umožnit začlenění těchto dětí do společnosti. Situace rodin s postiženým dítětem je značně komplikovaná, zejména výkyvy ve zdravotním stavu postiženého dítěte, ale také malým výběrem zařízení. Dalším problémem je služba, která je sice garantovaná státem (příkladem jsou odlehčovací služby), prakticky je ale nedostupná, neboť všechna zařízení (ve městě Brně) mají naplněnou kapacitu a nové klienty nepřijímají.

Určitou nadějí je vytvoření 2. komunitního plánu sociálních služeb města Brna pro období 2010 – 2013, který je toho času v připomínkovém řízení široké veřejnosti. Posláním komunitního plánu je stanovit, které sociální služby ve městě Brně chybí nebo jsou nedostatečné. Plán by měl zajistit, aby sociální služby fungovaly a rozvíjely se podle potřeb těch, kdo je využívají a zajišťují.

3 Středisko rané péče

Středisko rané péče (dále jen SRP), občanské sdružení, je zřízeno celorepublikově Společností pro ranou péči jako centrum s regionální působností pro podporu a provázení rodin dětí se zrakovým a kombinovaným postižením. Středisko nabízí pomoc s výchovou handicapovaného dítěte a s tím související *psychologické*, *pedagogické* a také *sociální poradenství*. Cílem péče tohoto střediska je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout jak rodině a dítěti, tak společnosti předpoklady pro sociální integraci.

Raná péče je zákonem č. 108/2006 Sb. zařazena mezi služby sociální prevence, § 54 tohoto zákona uvádí, že

(1) Raná péče je terenní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

c) sociálně terapeutické činnosti,

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V užším pojetí pak raná péče definovaná jako spektrum služeb a programů poskytovaných dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám za účelem předcházení, popřípadě zmírnění důsledků postižení s cílem poskytnout dítěti, jeho rodině a společnosti předpoklady sociálního začlenění.

V nabídce SRP jsou zahrnuty: návštěvy poradců a konzultantů v rodinách (jedenkrát za jeden až tři měsíce) dle aktuálních potřeb rodiny, pobytové kurzy pro celé rodiny, semináře pro rodiče, ambulantní zraková stimulace, setkání rodičů – tzv. klub rodičů, půjčování speciálních hraček, pomůcek a literatury, možnosti konzultace s rehabilitační pracovnicí, psychologem, pomoc při výběru předškolního zařízení a základní sociálně-právní poradenství. Nyní uvedu některé bližší informace k tomuto zařízení:

- **Klienti rané péče** - jsou rodiny, jejímž členem je dítě se specifickými potřebami (do čtyř let věku při zrakovém postižení, do šesti let věku při kombinovaném postižení).
- **Služby rané péče** - zahrnují celou rodinu, jsou poskytovány převážně v rodinách (nejpřirozenějším prostředím pro dítě raného věku je totiž jeho domov, a proto také zde nejsnáze přijímá nové věci i osoby, lépe se učí novým dovednostem) a jsou sestavovány na základě individuálních potřeb a očekávání rodiny. Účelem těchto služeb je podpora schopnosti rodiny řešit nastolenou situaci vlastními silami a tím také eliminovat závislost klientů na institucích poskytujících pomoc. Hradílková (in Květoňová – Švecová, 2000: 39) dále uvádí, že tyto služby mají být poskytovány již od okamžiku zjištění postižení až po nastoupení dítěte do instituce, aby zvyšovaly jeho vývojovou úroveň. Proto jsou také základními pilíři rané péče **podpora rodiny** a **podpora vývoje dítěte**. V souvislosti se službami rané péče bych chtěla podotknout, že záleží pouze na konkrétní rodině, zda nabízených služeb využije či nikoliv.

Hradílková (in Jesenský, 2002: 86) uvádí konkrétní principy, na základě kterých tyto služby rané péče fungují za předpokladu, že je rodina přijme: „Pracoviště rané intervence musí při poskytování služeb rané intervence naplňovat tyto principy:

- *princip důstojnosti* – respekt individuality dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti dané rodiny,
- *princip ochrany soukromí klienta*,
- *princip zplnomocnění* – zodpovědnost klientů o sobě rozhodovat,
- *princip nezávislosti* – u rodičů a dítěte se podporuje nalézání a využívání vlastních zdrojů a schopností při zvládání obtížné situace, v níž se nacházejí,
- *princip práva volby* – klient se rozhodne, zda přijme nebo nepřijme nabízené služby,
- *princip týmového přístupu a komplexnosti služeb*,
- *princip přirozenosti prostředí* – převážná část služeb je poskytována v rodině,
- *princip kontinuity péče* – informace o návazných službách, podpora sociální integrace dítěte a rodiny.“

3.1 Podpora rodiny

Programy rané péče – obecně zohledňují dítě, rodinu a společnost. Současný *model rané péče* pro rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením „**Provázení**“

zahrnuje konkrétně tři programy, které se vzájemně prolínají a ovlivňují. Hradílková (in Jesenský, 2002: 86) je charakterizuje takto:

Program podpory rodiny – se zaměřuje na pomoc rodičům v odpovědnosti a nezávislosti při výchově dětí se specifickými potřebami. Úkolem programu je poskytovat rodičům handicapovaného dítěte takové množství informací, které jim umožní formulovat své potřeby (tzv. zakázku) a stát se plnohodnotnými partnery odborníků. Na počátku tohoto programu je včasná nabídka pomoci, která se též vztahuje na pomoc s akceptací dítěte s postižením a na udržení, popřípadě navázání vztahů v komunitě. Program zahrnuje: *metody krizové intervence, prvky rodinné terapie, sociálně právní poradenství, svépomoc a komunitní práci, podporu rodinných příslušníků, přenos zkušeností a umožnění vzájemné podpory rodin.*

3.2 Podpora vývoje dítěte

Program podpory vývoje dítěte – je souhrn různých metodik a terapií, které jsou zaměřeny na zjištění, předcházení a eliminaci důsledků postižení za účelem minimalizace vzniklých nebo možných vývojových opoždění a zvyšování dosažitelné úrovně handicapovaného dítěte. Pomáhá dítěti vytvořit si kompenzační mechanismy a pomáhá posilovat funkce, které jsou ohrožené. Tento program zahrnuje: *zrakovou stimulaci, kompenzaci, fyzioterapii a další podpůrné terapie.*

3.3 Osvěta a vzdělávání, ovlivňování veřejnosti

Program působení na společnost (tzv. osvěta) – vychází z teze, že dopad služeb rané péče je závislý na společenském a sociokulturním prostředí, v němž jsou poskytovány. Program obsahuje: *přednášky, semináře o rané péči pro pracovníky státní správy a samosprávy, odborné semináře pro pediatry, odborné konzultace pro studenty, publikační činnost, mezioborovou spolupráci, vzdělávací programy a legislativní iniciativy.*

Formy rané péče jsou Hradílkovou (in Květoňová – Švecová, 2000: 39)definovány takto:

1. Návštěvy poradce rané péče v rodině.

Průběh návštěvy v rodině autorka popisuje jako sled standardních úkonů, které jsou ustálené. Specifická je pouze první návštěva. Při dalších návštěvách se v úvodu poradce seznámí se změnami u dítěte, dále se změnami v životě ostatních členů rodiny. Další dotazy poradce jsou směřovány na návštěvy různých odborných lékařů. Následuje samotná práce s dítětem. Při návštěvě je důležité od rodičů vyslechnout problémy, se kterými se potýkají a poskytnout návrh řešení konkrétního problému. V závěru návštěvy se dohodne další termín návštěvy vyhovující oběma stranám.

2. Rehabilitační pobyty.

Podle výše uvedené autorky má rehabilitační pobyt předně zajistit kontakt rodičů se stejnými problémy a zabezpečit intenzivní práci s dětmi a jejich rodiči prostřednictvím edukačních a kompenzačních metod.

3. Ambulantní zraková stimulace (též péče pro edukaci zraku).

Ambulantní péče představuje dle Květoňové Švecové (2000) především zrakovou stimulaci, která se většinou provádí přímo ve středisku, dále pak pozorování adaptace dítěte na nové prostředí a jeho celkové sociální vyzrálosti

4. Odborné semináře pro rodiče.

Poslední z uvedených forem rané péče, odborné semináře, jsou určeny nejen samotným rodičům handicapovaných dětí, ale zároveň i odborné veřejnosti v rámci interdisciplinarity. Na těchto seminářích je určen prostor k přednášce na dané téma a také k dotazům rodičů dítěte s postižením.

3.4 Podpora svépomocných skupin

Kluby rodičů

Kluby rodičů jsou organizovaná pravidelná setkání dětí a rodičů v prostorách Střediska rané péče. Setkávání může mí např. za cíl sdělování a získávání informací – tematicky zaměřené kluby rodičů, kde odborník (externista nebo z řad poradců SRP) vede přednášku nebo diskuzi na konkrétní téma, nebo sdílení problémů a výměnu zkušeností – takový klub rodičů mívá volnější formu, povídání rodičů bývá spojeno např. s výrobou jednoduchých pomůcek pro děti atd. Hlídání dětí v době přednášky zajišťují studentky pedagogické fakulty.

Týdenní pobytové kurzy pro rodiny

Pobytové kurzy jsou pravidelné každoroční setkání rodin dětí s kombinovaným a zrakovým postižením. Většinou se koná v bezbariérovém objektu uprostřed přírody. Rodiče se svými dětmi absolvují dopolední program ve skupinkách čtyř až pěti dětí. Spolu se dvěma až třemi poradci pracují s dítětem, dozvídají se mnoho nových informací, vyzkouší si nové pomůcky. Zdraví sourozenci mají svůj vlastní program v samostatné skupince.

Odpolední programy se věnují zážitkovým terapiím, např. relaxaci, návštěvě bazénu, lázní, dále potom různým výtvarným činnostem, muzikoterapii nebo canisterapii. Každý večer mohou rodiče zajít na zajímavou přednášku z oblasti psychologie, sociálních dávek apod. Pozvaný host zodpoví případné dotazy. Poslední večer bývá zakončen táborákem a společným povídáním.

4 Vzdělávání dětí s těžkým kombinovaným postižením

V této kapitole se budu zabývat charakteristikou činnosti speciálně pedagogického centra, který jako poradenské zařízení doporučuje rodičům vhodné umístění dítěte do vzdělávacího procesu vzhledem k jeho možnostem a schopnostem. Další část kapitoly věnuji speciální MŠ, přípravnému stupni ZŠ speciální a dalším možnostem ve vzdělávání pro děti s těžkým kombinovaným postižením.

4.1 Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogické centrum patří ke speciálním školským zařízením, která se dle Novosada (2000) orientují na určitý typ zdravotního postižení a funguje jako poradenské pracoviště. SPC jsou obecně zřizována při speciálních státních nebo i nestátních školách.

- **Klienti SPC -** jsou děti s postižením předškolního věku, děti školou povinné a středoškolskou mládež.
- **Služby SPC** - jsou poskytovány zejména školským zařízením, ústavům, rodinám postižených dětí, orgánům státní správy i dalším organizacím. Činnost SPC Novosad (2000) shrnuje následovně: zpracovávání kompletních podkladů k rozhodnutí o zařazení dítěte do integrovaného nebo speciálního zařízení, včetně průběžného sledování a vyhodnocování vhodnosti zařazení sledovaného jedince, vypracování návrhu adekvátního způsobu vzdělávání a výchovy dětí s postižením a poskytování metodiky i konzultací, provádění depistáže zdravotně postižených v daném regionu ve spolupráci s dalšími odborníky (lékaři, sociálními pracovníky, pedagogy), vedení ucelené evidence klientů zařazených do péče SPC, komplexní diagnostika (definování aktuálního stavu, stupně postižení a z toho vyplývajících možností i omezení), poskytování pomoci obtížně zařaditelným dětem, poskytování pomoci v oblasti profesního poradenství, pomoc při řešení problémů rodin se zdravotně postiženými dětmi. Jde o podněcování aktivity rodinných příslušníků na celkovém preventivním, sociálně rehabilitačním a terapeutickém působení a také organizaci osvětové činnosti v souvislosti s problematikou výchovy, vzdělávání a integrace handicapovaných.

SPC také pořádá diagnostické pobyty pro děti předškolního věku, pro učitele integrovaných žáků pak zajišťuje konzultace s příslušnými učiteli speciální školy a nabízí vzdělávací kurzy akreditované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy

ČR. Dále v rámci svých možností zapůjčuje klientům kompenzační pomůcky. SPC také vydává školám tzv. „Vyjádření k integraci“, podílí se na vypracování individuálních plánů, provádí zrakovou stimulaci a zpracovává metodické materiály. Spolupracuje se společenskými organizacemi a občanskými sdruženími (zejména se SRP). Z výše uvedeného výčtu popisu náplně práce SPC vyplývá, že poradenství tohoto druhu na rozdíl od střediska rané péče nesměřuje k podpoře rodiny, ale soustřeďuje se na zprostředkovávání informací týkající se konkrétního postižení dítěte v souvislosti s rozvojem osobnosti dítěte ve výchovně vzdělávacím procesu.

4.2 Speciální MŠ

Speciální mateřská škola je předškolním zařízením, do kterého dítě přichází, aby rozšířilo dosavadní poznatky a získalo nové dovednosti a zkušenosti potřebné ke svému tělesnému, duševnímu, mravnímu a sociálnímu rozvoji.

Speciální mateřská škola je výchovně vzdělávacím zařízením pro děti nevidomé, se zbytky zraku a děti slabozraké a pro děti s kombinovaným postižením. Nejčastěji se jedná o kombinaci zrakového , tělesného a mentálního postižení.

Speciální mateřská škola je prostorem, kde děti předškolního věku formou hry prožívají nové zážitky společně s ostatnímu dětmi. Je místem intenzivního osobního styku, a to nejen dětí mezi sebou, ale také dětí a dospělých. Děti se postupně učí pohybovat v této síti nových komplexních sociálních vztahů.

Hlavním pedagogickým záměrem speciální mateřské školy je cílevědomě vést, vychovávat a vzdělávat děti s těžkým poškozením zraku, eventuelně s těžkým kombinovaným postižením, a tak jim poskytovat dobré základy do života i vzdělávání.

Objektem speciální péče je těžce zrakově postižené dítě jako jedinečná osobnost se svými vrozenými i získanými osobními dispozicemi. Individuální přístup ke každému dítěti zde není jen frází, ale nezbytností každodenního vzájemného kontaktu speciálního pedagoga a těžce zrakově postiženého dítěte.

Podpora zdravého sebevědomí, možné míry samostatnosti a nezávislosti v prostředí vzájemné úcty, tolerance a důvěry vede od počáteční pasivity způsobené senzorickou deprivací k postupnému utváření aktivního postoje k okolí, ve kterém se dítě pohybuje. Je velmi důležité umožnit těžce zrakově postiženým dětem prožít pocit

radosti z úspěchu a vlastní důležitosti. Jen tak se podaří vzbudit jejich zájem o hru, experimentování a poznávání okolního světa.

Aby mohl speciální pedagog těžce zrakově postižené dítě záměrně stimulovat a rozvíjet, je nutné provést speciálně pedagogickou diagnostiku. **Výsledky speciálně pedagogické diagnostiky jsou důležité pro stanovení prognózy dalšího vývoje dítěte a k výběru vhodných speciálně pedagogických výchovně vzdělávacích metod:**

1. reedukace – souhrn speciálně pedagogických postupů, kterým se zmírňuje nebo odstraňuje vada či porucha
2. kompenzace – nahrazování porušené, ztracené, nevyvinuté nebo zaniklé funkce jinou funkcí
3. rehabilitace – souhrn speciálně pedagogických postupů, jimiž se upravují společenské vztahy

Těchto metod se využívá v průběhu všech činností těžce zrakově postižených dětí ve speciální mateřské škole. Nejvýraznější uplatnění mají zejména při realizaci specifických aktivit, ke kterým patří záměrné rozvíjení smyslového vnímání, zraková stimulace a podporování samostatného pohybu a prostorové orientace. Tyto činnosti jsou realizovány především individuálně, podle schopností a potřeb jednotlivých dětí.

Těžiště veškeré výchovně vzdělávací práce ve speciální mateřské škole pro těžce zrakově postižené děti je v multisenzoriálním přístupu k získávání zkušeností, dovedností a návyků, tedy k osvojování si potřebných kompetencí. Pouze přímou manipulací s konkrétními předměty při zapojení všech dostupných smyslových informací si mohou děti utvářet reálné představy o věcech, které je obklopují.

Na rozvíjení smyslového vnímání je založen koncept bazální stimulace – základ výchovně vzdělávací péče zaměřené na děti s kombinovaným postižením.Bazální stimulace vychází z neuropsychologického vývoje se zaměřením na prenatální vývoj a na rané dětství. Opírá se o skutečnost, že každá lidská bytost, tedy i jedinec s velmi poškozeným mozkem, má potenciál se rozvíjet, dostává-li se mu nabídky podnětů a stimulů na takové úrovni, za které dokáže profitovat. Bazální stimulace zprostředkovává postiženému smyslovou zkušenost, umožňuje požitky z pohybu a navozuje komunikaci. Prostřednictvím somatických, vibračních a vestibulárních podnětů získávají děti pozitivní zkušenost s uvědomováním si vlastního těla, informace o poloze vlastního těla a pohybu v prostoru. Při všech těchto aktivitách dochází k úzké interakci mezi postiženým a pedagogem. Prakticky je bazální stimulace integrovaná do všech každodenních činností nebo je samostatnou aktivitou. (www.sss-ou.cz)

4.3 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán (IVP) pro žáka/žákyni se zdravotním postižením se vypracovává ve spolupráci se školským poradenským zařízením, nejčastěji se speciálním pedagogickým centrem, které diagnostikuje speciální vzdělávací potřeby žáka a navrhuje míru podpůrných opatření. Při zpracování IVP spolupracují s třídním učitelem a ostatními vyučujícími zákonní zástupci žáka/žákyně. Hlavními garanty v poskytování individuální speciálně pedagogické péče jsou speciální pedagogové příslušného speciálně pedagogického centra.

Za zpracování IVP odpovídá ředitel školy, který na základě povolení vzdělávání podle IVP vydá „Rozhodnutí o povolení vzdělávání žáka/žákyně podle individuálního vzdělávacího plánu". Vzdělávání na základě IVP se týká širokého spektra žáků, a proto je nezbytné respektovat při vzdělávání vždy individuální rozvoj osobnosti žáka a zohlednit jeho potřeby a možnosti. (www.rvp.cz)

4.4 Přípravný stupeň ZŠ speciální

K základní škole speciální může být přiřazeno školské zařízení přípravný stupeň základní školy speciální, které je samostatnou jednotkou. Jeho účelem je umožnit vzdělávání žákům, kteří vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace nejsou schopni prospívat na nižším stupni základní školy speciální, ale jsou u nich určité rozumové předpoklady. Je zřizován pro žáky s těžkým mentálním postižením, s více vadami nebo autismem. Délka přípravného stupně může být 3 roky, v jehož průběhu může žák přejít do nižšího stupně základní školy speciální či jiné formy vzdělávání odpovídající jeho schopnostem.

V přípravném stupni se žáci vzdělávají podle Vzdělávacího programu základní školy speciální. Těžištěm práce je rozumová výchova, smyslová výchova, pracovní a výtvarná výchova, tělesná výchova a hudební výchova. Ve třídě přípravného stupně zabezpečují výchovně-vzdělávací činnost současně dva pedagogičtí pracovníci. Mimo třídy mají k dispozici i další místnosti pro individuální práci se žáky, ke cvičení, relaxaci a odpočinku. Třídy jsou 4 až 6ti členné. Hodnocení žáků se provádí slovním hodnocením.

Dalším alternativním programem je **Rehabilitační vzdělávací program** základní školy speciální. Je určen žákům s těžkým a hlubokým mentálním postižením,

a autismem a s více vadami. Podle tohoto programu se vzdělávají žáci z přípravného stupně základní školy speciální nebo žáci, u kterých je od samého počátku školní docházky zřejmé, že s velkou pravděpodobností nebudou vzhledem k závažnosti svého mentálního postižení schopni zvládat Vzdělávací program základní školy speciální.

4.5 Další možnosti ve vzdělávání pro děti s těžkým postižením

Vzdělávání dětí s těžkým kombinovaným postižením, které nemohou z nejrůznějších důvodů vyrůstat v rodině je zajištěno v rámci systému ústavní péče, které spadá do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí. V ústavech sociální péče se zřizují třídy základní školy speciální.

Další možností vzdělávání je umístění dítěte do dětského rehabilitačního stacionáře. Jedná se o pobytové zařízení pro tělesně handicapované děti od 1 do 7 let, v odůvodněných případech do 10 let, které potřebují pravidelnou zdravotní péči, především péči rehabilitační. Tato péče není zaměřena pouze na zlepšení zdravotního stavu, ale je komplexní, zaměřená na celkový rozvoj dítěte a zahrnuje i péči výchovně vzdělávací a péči sociální. Zřizují se zde třídy mateřské školy speciální a základní školy speciální. Jedním z typických rysů je spolupráce s celou rodinou handicapovaného dítěte. (www.cdozs.cz)

5 Sdělení zprávy o postižení dítěte

Všichni rodiče mají o svém dítěti a jeho životě určité představy, očekávání a přání. I když tato očekávání a představy jsou časem měněny jedinečností osobnosti a schopnostmi dítěte, nikdo není zcela připraven na to být rodičem dítěte s postižením. Narození každého dítěte přináší pro každého v rodině mnoho změn v životním stylu a denním rozvrhu. V případě narození dítěte s postižením jsou tyto změny samy o sobě velmi náročné. Okamžik prvního sdělení o postižení dítěte je pro rodiče **zkušenost, kterou nikdy nezapomenou** a která se jim ve vzpomínkách vždy bolestně vrací. Toto první setkání má často vliv na utvářejí postoje k profesionálům, který si rodiče s sebou nesou do budoucna. Nevhodné sdělení o postižení je velkým zdrojem emoční bolesti rodiny. To se týká nejen rodičů, ale i ostatních členů rodiny, sourozenců a také blízkých a rodinných přátel.

Zpráva o postižení dítěte je pro rodiče **zprávou o ztrátě „perfektního dítěte“** . V současnosti, kdy ve společnosti sílí trend tělesné a duševní dokonalosti, je tato zpráva ještě bolestnější.

„Reakce rodičů a ostatních členů rodiny na sdělení je zcela přirozená a proto profesionálové, kteří toto sdělení realizují, musí reakce rodičů očekávat a akceptovat. Jejich pomoc rodičům je v tomto okamžiku velmi důležitá i pro další vývoj vztahu mezi nimi a rodiči.“ (Macková, 2001)

Autorka dále uvádí optimální model sdělení zprávy o postižení dítěte rodičům.

1. **Včasné podání zprávy**

   Rodiče je nutné informovat ihned po zjištění, že je dítě postiženo. Rodiče velmi dobře poznají a vycítí, že s dítětem není vše zcela v pořádku, všimnou si zvýšeného zájmu odborníků, neobvyklosti různých vyšetření. Otálení se sdělením či přímo zatajování informací rodičům je pro ně velmi stresující a často vede ke ztrátě důvěry v profesionály.Rodiče by měly být od počátku aktivně zapojení do celého procesu.

2. **Dostatek času na podání zprávy**

   Reakce rodičů na zprávu o postižení jejich dítěte jsou přirozené a jsou vždy. Jejich široká paleta neumožňuje přesné časové vymezení.. Záleží na citlivosti profesionálů, aby poskytli dostatečné množství času, aby s tímto časem počítali ve svém pracovním rozvrhu.

3. **Přítomnost dalšího člena či členů rodiny při sdělení zprávy**

   Zpráva o postižení dítěte je pro rodiče šokující, zraňující. Profesionálové by měli využít přirozené, neformální podpory, kterou si sobě blízcí lidé poskytují, a sdělit zprávu oběma rodičům najednou či respektovat jejich přání a přizvat i další členy rodiny nebo blízké přátele.

4. **Citlivý a podporující způsob sdělování**

   Celkový způsob sdělování musí respektovat významnost tohoto procesu, bolestivost zraňujícího obsahu zprávy a důležitý moment podání ruky pro budoucí spolupráci rodičů a profesionálů. Citlivý a podporující přístup vyžaduje čas a ochotu profesionála, neboť je nejdůležitější součástí naslouchání rodičům, jejich obavám a strachům, poskytnutí času a prostoru pro jejich emocionální reakce, dodání odvahy k vyjádření. Pochopení reakcí rodičů bez hodnotícího a soudícího postoje je skutečnou potřebou rodičů v této situaci.

5. **Srozumitelnost sdělení**

   Profesionálové by při rozhovoru s rodiči a ostatními členy rodiny neměli používat odborný jazyk a jestliže se nelze některému odbornému termínu vyhnout, je třeba jej okamžitě vysvětlit, nečekat na dotaz rodičů, protože někteří se mohou ostýchat zeptat. Cílem zprávy o postižení je porozumění tomuto postižení.

6. **Opakované nebo dávkované sdělení**

   Při sdělování zprávy rodičům profesionálové musí brát v úvahu emoční rozrušení rodičů, které brání plnému soustředění na obsah sdělení. Záleží na rodičích a složitosti postižení a podle toho by měl profesionál sdělení několikrát opakovat či dávkovat. Velmi užitečná je písemná zpráva pro rodiče, ve srozumitelném jazyku, která shrnuje celý obsah.

7. **Sdělení diagnózy**

   Rodiče se často obávají diagnózy u svého dítěte jako čehosi definitivního, co dítě označí pro celý jeho další život. Často i profesionálové, v dobrém úmyslu rodiče ochránit, se přímému sdělení diagnózy vyhýbají. To má však opačný účinek, ponechává to rodiče v obavách a nejistotách. Znalost přesné diagnózy rodičům uleví.Rodiče mohou otevřeně o diagnóze, možných budoucích problémech a různých prostředcích péče hovořit s profesionály. Znalost diagnózy a speciálních termínů jim zpřístupňuje různé vzdělávací materiály. Většina institucí, služeb a sdružení je uspořádána podle jednotlivých diagnóz

a znalost diagnózy pak rodičům umožňuje dostupnost a prospěch z jejich prostředků. Znalost diagnózy také umožňuje vysvětlit obtíže svého dítěte ostatním ve svém sociálním prostředí. Profesionálové nesmějí zapomenout na přesné a pokud možno vyčerpávající vysvětlení rodičům.

8. **Profesionál nemůže znát na vše odpověď**

   Přiznání nejistoty nebo neznalosti není chybou profesionálů, chybou by byla nesprávná, zavádějící odpověď. Rodičů upřímné vyjádření o neznalosti v určité oblasti přijímají naprosto přirozeně a konstruktivní je společné nalézání, kde by dotazy mohly být zodpovězeny.

9. **Rovnováha mezi pesimismem a nerealistickým optimismem**

   Pesimismus a nerealistický optimismus škodí rodičům i samotnému dítěte s postižením. Vhodné rodinné prostředí, vhodné výchovné vedení a vzdělávání, vhodné prostředky odborné péče, toto vše závisí na realistickém přijetí postižení dítěte, s pozitivními a aktivními postoji rodičů.

10. **Plán**

    Sdělení zprávy je počátek další spolupráce rodičů a profesionálů ve prospěch dítěte s postižením. Tato návaznost, načrtnutí perspektiv další péče, již musí být obsažena v tomto kroku. Profesionálové by rodičům měli nabídnout počáteční plán a pomoci vytvořit síť vhodných služeb a odborné budoucí péče. Rodiče většinou nemají předchozí zkušenost s postižením, a tím možnosti a potřebné kontakty neznají. Někdy je cesta vlastního hledání rodičů příliš dlouhá, komplikovaná a ztrácí se významný čas rané intervence.

6 Případová studie

V případově studii se budu zabývat procesem socializace své kombinovaně postižené dcery Lucie, také v souvislosti s vlivem jejího handicapu na rodinný systém – na všechny členy rodiny. V této studii použiji části dokumentace, v níž si zaznamenávala průběh konzultačních návštěv naše poradkyně rané péče v době od 6 měsíců do 3 let věku dcery. Citace oddělím od ostatního textu kurzívou. Dále využiji deníkové záznamy, které jsem si vedla při pobytech v porodnici a následně při hospitalizacích v dětské nemocnici.

Moje dcera Lucie se narodila v srpnu 1997 jako druhé dítě v rodině, oba jsme s manželem zdraví, stejně jako Luciin starší bratr, který se narodil v roce 1996. Obě děti od sebe dělí 16 měsíců. Lucie se narodila jako plánované dítě, těhotenství probíhalo bez komplikací. V 35. týdnu byla zjištěna tachykardie plodu, kdy jsem absolvovala spoustu různých vyšetření bez zjištění závažného nálezu. Tyto vyšetření probíhaly za mé hospitalizace v porodnici. V 36. týdnu došlo k zástavě pohybů dítěte, poté byl indikován porod za pomocí oxytocinu, ten byl později označen za překotný. Lucie se narodila s porodní váhou 2500 g a délkou 46 cm, byla křišena, asystolie, cyanóza, apnoe (Apgar skóre 4-6-7). Lucie byla umístěna na jednotku intenzivní péče, probíhala fototerapie. Po ultrazvukovém vyšetření mozku bylo zjištěno prokrvácení do levé postranní komory a diagnostikován hemocefalus a hydrocefalus.

Zde je třeba zmínit, jakým způsobem jsme byli informování dětskou lékařkou o diagnóze naší dcery. Já jsem dostala informaci, že budou dceru operovat v dětské nemocnici, mozkomíšní mok se odvede do břicha speciální trubičkou a že budeme muset cvičit vývojovou rehabilitaci. Tehdy jsem neměla tolik informací, nebyla jsem si vědoma závažnosti této diagnózy a tak jsem si myslela, že proběhne operace a budeme navíc jen cvičit a podporovat dceru ve vývoji. Manžel přišel do porodnice ten stejný den odpoledne a dostal informaci o diagnóze, pravděpodobně stejnou jako já, ale při bližším dotazu s ohledem na budoucnost, navíc dostal informaci, že z tohoto dítěte nikdy nic nebude. Bohužel toto sdělení mělo na manžela velmi negativní vliv, jednak s ohledem k němu samotnému, protože to nikomu neřekl (2 roky) a po svém se s tím snažil vyrovnat a také s ohledem ke mně. Jsem optimistické povahy a všemu, co jsem se svou dcerou dělala (myslím především rehabilitační cvičení i různé alternativní

aktivity), jsem i věřila. Od manžela jsem čekala, že mě bude podporovat a sdílet se mnou má pozitivní očekávání. To se však nestalo.

Týden po porodu byla Lucie přeložena do dětské nemocnice a já jsem odcházela z porodnice sama. Bylo to pro mě velmi traumatizující, doma mě čekal můj malý syn, který mé rozpoložení alespoň trochu rozptýlil. Následovala série návštěv v dětské nemocnici, kde jsme se dozvěděli podrobnosti o plánované operaci. Ta nakonec proběhla v jednom měsíci věku dcery. Zdravotní stav po operaci komplikoval hematom v mozkomíšních komorách, proto musela být dcera po měsíci opět operována. Z nemocnice byla propuštěna až ve 3 měsících věku. V tomto období probíhala instruktáž reflexního cvičení Vojtovou metodou, kterou jsem se celkem rychle naučila. Náš největší problém spočíval v příjmu mléka. Jak jsme později zjistili, **byla** Lucie **celou dobu pobytu v nemocnici sondovaná**, když jsme ji dostali domů **neuměla vůbec sát ani polykat**. Zde musím ocenit přístup mého manžela, který se pohotově ujal úkolu a postupně dceru mléko pít naučil, což se zpočátku jevilo jako nemožné.

Postupem času, kdy jsme navštěvovali odborné lékaře, začalo přibývat diagnóz, které se přidružovaly k základnímu onemocnění – atrofie zrakového nervu, nález na EEG – diagnostikována epilepsie, neurologický nález byl přehodnocen jako kvadruspastická DMO, opoždění psychomotorického vývoje. Kontrol u lékaře jsem se účastnila sama s dcerou, manžel většinou hlídal našeho malého syna. Tak jsem byla nositelkou špatných zpráv pro manžela já, prognózy vývoje nebyly příznivé. To pochopitelně nepřispělo k dobrému klimatu uvnitř rodiny, toužili jsme po naději.

1. osobní kontakt (návštěva poradkyně v rodině) *se odehrál* ***3.3.1998*** *v družstevním v bytě 3+1 v panelové zástavbě na sídlišti, za přítomnosti všech členů rodiny (tatínek si na tento den zařídil odpolední směnu v práci). Aktuální věk dítěte dle gestace 6měsíců. Předem byl vymezený přesný čas návštěvy, maminka pak odjížděla s dítětem na rehabilitaci.*

V průběhu tohoto setkání došlo k upřesnění nabídky služeb, poskytovaných Střediskem rané péče i k formulaci momentálních potřeb a očekávání Lucinčiných rodičů. Současně měla poradkyně možnost pozorovat v rámci interakce chování dítěte, stejně jako vzájemnou komunikaci členů rodiny. Bylo patrné, že oba rodiče se snaží dávat dostatečný prostor a pozornost nejen Lucince, ale i staršímu bratříčkovi. Po rozpuštění počáteční nejistoty začalo být z hovoru rodičů zřejmé, že se ještě nevyrovnali s realitou, oba jsou hodně „zranění“, vnitřně vnímají jako viníka Lucinčina

postižení lékaře – porodníka, podali dokonce podnět k vyšetření správnosti jeho postupu.

***Práce s dítětem**: vyzkoušeny činnosti, které by mohly vést k aktivizaci dítěte a k postupnému uvědomování si světa, který je obklopuje. Výrazná pozitivní reakce na šňůru lehkých korálků o průměru cca 7 mm, která Lucinku zaujala při doteku, stejně jako sluchově (jemný chrastivý zvuk). Došlo k uvolnění spasticity levé ruky a zpozornění dítěte.*

***Doporučení rodičům**: používat hrazdičku se zavěšenými předměty – obměňovat závěsky s různým zvukem; nabízet kontakt těla s různými povrchy a materiály, zkoušet dětské masáže k podpoře uvědomování si těla, vše co se děje kolem komentovat, upozorňovat na zdroje zvuků v okolí, pozorovat reakce dítěte na světelnou stimulaci. Snažit se zjistit, co se Lucince líbí, co je jí příjemné a co ne, i jakým způsobem to dává najevo.*

Předáno: nafukovací ozvučený míč, základní odborná literatura, zapůjčena šňůra korálků. Poskytnuta informace o možnosti zúčastnit se týdenního rehabilitačního pobytu pro rodiny dětí s kombinovaným postižením, který se uskuteční ve druhé polovině května. Domluvena návštěva za 3 týdny.

Současně s velmi vyčerpávajícími návštěvami odborných lékařů jsme stále hledali příčinu, proč se nám narodila dcera takto postižená. Protože jsme byli přesvědčeni o naší pravdě, tj. že na zdravotním stavu naší dcery se významně podíleli lékaři svými chybnými rozhodnutími, podali jsme trestní oznámení na Fakultní nemocnici Brno. Domnívali jsme se, že lékaři měli v mém případě zvolit porod císařským řezem, oproti porodu klasickému. Všechna moje vyšetření v průběhu těhotenství byla zcela v normě. Můj porod byl vyvolávaný v 8. měsíci těhotenství medikačně, tzn. zcela v režii lékařů. Po mém výslechu na Policii ČR následoval výslech přednosty gynekologické kliniky s výsledkem že vše je lege artis. Nechtěla jsem se jen tak lehce vzdát a podala jsem stížnost na Státní zastupitelství. Postupně vyšetřovatel přibral soudního znalce z oboru porodnictví a gynekologie a dále ještě z oboru neonatologie, aby posoudili souvislost mezi vedením porodu a zdravotním stavem naši dcery. Po roce a půl bylo výsledkem rčení, že dceřino hlavní onemocnění vzniklo v průběhu těhotenství a tedy, že způsob vedení porodu již neměl na zdravotní stav žádný vliv. Spis byl odložen.

Když se dnes dívám na stížnosti, které jsme podávali, cítím z nich velké odhodlání dosáhnout spravedlnosti v náš prospěch. Dnes vím, že nikdo, vyšetřovatel ani soudce nerozhodují na základě spravedlnosti, ale na základě zákonů. Tak to bylo

i v našem případě. Po roce a půl odkládání spisu a podáváním mých stížností jsem byla už velmi unavena a potřebovala jsem svoji energii věnovat dětem, které to velmi potřebovaly. Dnes se mohu jen domnívat, co se dělo s mojí dokumentací v nemocnici, než se dostala k vyšetřovateli.

Na první návštěvu poradkyně ze Střediska rané péče vzpomínám velmi ráda. Nejdříve jsem vůbec nevěděla, co je to za organizaci, a tak jsem měla obavy. Postupně jsem získávala důvěru, poradkyně mi byla sympatická a hlavně znala odpovědi na všechny mé otázky. Důležité bylo, i když jsme se poprvé viděli až v 6 měsících věku dcery, že jsem dostala spoustu informací a mohla se tak lépe zorientovat ve své situaci.

***2. návštěva v rodině**: vzhledem k tomu, že v termínu předem dohodnuté návštěvy onemocnělo dítě neštovicemi, došlo k druhé návštěvě až 17.4.1998. Tentokrát nebyl přítomen tatínek. Lucinka byla dobře naladěná, aktivní. Zvukově se projevuje broukáním. Na silný světelný podnět reaguje zpozorněním. Bylo zřejmé, že rodiče se snažili v mezidobí realizovat doporučení poradkyně. Hrazdičku nesehnali, nahradili ji upraveným mobilním závěsem. Maminka si přečetla odbornou literaturu a měla připravené dotazy k upřesnění nejasností.*

***Práce s dítětem**: předvedeny základní techniky zrakové stimulace, vyzkoušena masáž jemným vibračním kartáčkem, reakce na nové drobné hračky. Zapůjčena hrazdička s manipulační závěsnou hračkou (Lucinka na ni velmi dobře reagovala - zatímco „horší" pravá ruka byla sevřená v pěst a pasivní, otevřenou levou rukou bouchala do závěsků). Maminka projevila zájem o účast rodiny na rehabilitačním pobytu, který pořádá Středisko rané péče v polovině května a předala vyplněnou přihlášku na tuto akci.*

Vzhledem k tomu, že dítě se aktivní činností brzy unavilo, měla maminka potřebu zbytek návštěvy věnovat sdělování informací pro ni důležitých. Konstatovala, že tatínek dítěte se vnitřně hodně trápí handicapem dcery. Připadá si bezmocný, velmi těžce nese, když Lucinka reaguje křikem na reflexní cvičení. Maminka projevila také obavu, že nezvládne najít rovnováhu v péči o obě děti – nechce zanedbávat ani jedno z nich, je však sama hodně vyčerpaná. Jak bylo zřejmé v průběhu návštěvy, snaží se citlivě a moudře poskytovat i synovi pozornost, kterou vyžaduje. Vzhledem k tomu, že jako jeden z největších problémů v péči o Lucinku vnímá problémy s přijímáním potravy (potíže s polykáním, kousáním…) a tekutin (dítě odmítá jakékoliv tekutiny kromě mléka), poskytla poradkyně několik základních rad, které by mohly vést ke zmírnění potíží a přislíbila na příští návštěvu donést odborný materiál od J.Waren, zaměřený na tuto oblast.

V tomto období jsem se velmi zabývala otázkou, jak spravedlivě rozdělit svůj čas mezi obě své děti. Lucie mou péči potřebovala, absolvovali jsme každodenní cvičení a stále jsme řešili problémy s krmením. Na druhé straně jsem měla zdravého syna, který péči a pozornost také vyžadoval. Snažila jsem se mu pečlivě vysvětlovat, že právě teď musím být s Lucií a následně jsem mu slíbila nějakou aktivitu, kterou měl rád. Můj syn je velmi živé dítě, a tak jsme chodili hodně na procházky a spolu absolvovali různé sportovní aktivity, zatímco Lucie odpočívala nebo spala v kočárku.

Pobytový kurz pro rodiny dětí raného věku s více vadami 17. – 23.5.1998

V den nástupu na pobytovou akci (v neděli) se maminka ozvala telefonicky – Lucie má zdravotní problémy (při horečce došlo k manifestaci epilepsie), proto museli příjezd o dva dny odložit, upravit antiepileptickou medikaci a vyčkat vyjádření neurologa a pediatra k vhodnosti účasti na pobytu. Se souhlasem lékaře přijela maminka s Lucií a jejím bratrem v úterý vpodvečer, místo tatínka je doprovázela teta dětí – sestra maminky, která se má věnovat Adamovi v době odborných programů. Lucie už nejeví známky infektu, po upravené antiepileptické léčbě je však spavější. V novém prostředí se zadaptovala bez problémů, v blízkosti matky se cítí bezpečně. Po zbytek pobytu absolvovala maminka s Lucií všechny dopolední programy ve skupince čtyř nejmenších dětí a jejich rodičů. Poradkyně při přípravě jednotlivých programů věnovaly pozornost komunikaci, rozvoji uvědomování si těla a jeho polohy v prostoru, podpoře pohybové aktivity u dětí se zaměřením na hrubou i jemnou motoriku, rozvíjení kompenzačních smyslů – zejména sluchu, chuti a čichu, stejně jako maximálnímu využívání zachovaných zrakových funkcí. Z další nabídky přivítala maminka možnost konzultace s psycholožkou, přednášky o canisterapii a komunikaci, společnou návštěvu hipoterapie a bazénu. Bezprostředně navázala kontakt s několika dalšími rodinami, měla potřebu hodně mluvit o Lucii a jejím postižení, o problémech, které z tohoto stavu vyplývají, o sourozeneckých i partnerských vztazích, o postoji prarodičů. Lucinčin bráška zpočátku těžce snášel i krátkodobé odloučení od maminky, byla u něj zřejmá velmi silná vazba na matku, postupně se však zklidňoval. V závěru pobytu maminka zhodnotila přínos jejich přítomnosti na této akci střediska jako výrazně pozitivní. Nejcennější pro ni bylo utvrzení se v pocitu, že se stejnými nebo podobnými problémy se potýká řada dalších rodin.

Účast na rehabilitačním pobytu byla pro mě velmi důležitá. Setkala jsem se zde s rodinami, které měly podobně postižené děti, a které byly na své cestě déle než já. Získala jsem tam cenné rady také ohledně vyřizování různých příspěvků a průkazky mimořádných výhod, na kterou měla Lucie nárok od l roku věku. Také tyto ostatní postižené děti měli zdravé sourozence a tak jsme si s rodiči povídali o jejich životě, jak tuto situaci zvládají, jak jim to rodiče vysvětlují.

Práce v dopoledních skupinkách mě velmi bavila, bylo pro nás nachystáno spoustu aktivit, které jsem všechny využívala. Vzpomínám si, že vše bylo perfektně zařízené a různé problémy, které rodiče měli, byly hned vyřešené. Vzniklo tak souznění, které nelze popsat slovy. Když jsem po pobytu chtěla manželovi tuto atmosféru přiblížit, bohužel se mi to nepodařilo tak, jak bych sama chtěla.

Následovaly první prázdniny s oběma dětmi. Nikdy jsme se jako rodina nevzdali společných dovolených, byla to pro nás priorita, kterou dodržujeme každý rok. Tehdy jsme navštívili naše slovenské přátele a pobývali jsme v oblasti okolo Piešťan. Musím přiznat, že jsme měli v době před narozením dcery spoustu různých přátel a známých. Když jsme je seznamovali s naší situací, na začátku se trochu stáhli do pozadí, možná čekali jak se to u nás vyvine. Postupem času, jsme ale všechny původní kontakty znovu obnovili a naši přátelé a známí pro nás jsou oporou. Většinou nás obdivují a povzbuzují, což nám dodává pozitivní energii.

***Návštěva v rodině 2.12.1998** – krátce byl přítomen i tatínek, pak pouze maminka a obě děti.*

U Lucie doznívá infekt HCD, je únavnější, hůře naložená. Vzhledem k nemoci dítěte došlo v posledních dvou týdnech k přestávce v rehabilitaci reflexní metodou i v činnostech zaměřených na stimulaci psychomotorického vývoje.

***Práce s dítětem**: maminka vyrábí pomůcky podle návodu, velice aktivně vyhledává, co by ještě mohli pro Lucku a s Luckou dělat. Je to však zřejmě aktivita jako sebeobrana před zhroucením. Lucka začala výrazně rozlišovat mezi maminkou a „těmi ostatními" – vyžaduje pouze její péči, jinak pláče. Další zlepšení v přijímání potravy, snese i menší kousky, vyhovují jí pikantnější chuti (nevadí jí ani česnek). Nezvládá však žvýkací pohyby. Pohyby jazyka pouze v předozadním směru. Stále pije z lahve.*

***Zrakové vnímání**: reakce pouze na světlo, na kontrastní plochy ne, ale zaregistruje světelný podnět i za denního světla, je schopna krátkodobě světelný zdroj sledovat v pohybu. **Motorika**: leží na zádech, častější snaha o přetočení na bok. Na bříšku stále ruce v pěsti, při kontaktu se zajímavým materiálem uvolní levou ruku, využívá ji*

k jednoduché manipulaci. V poloze na zádech sahá do střední roviny těla, mírné zlepšení úchopu – levou rukou aktivně, v pravé udrží vloženou hračku vhodného tvaru. Občas bouchá předměty o sebe, z ruky do ruky nepřendává.

***Doporučení rodičům**: Zkusit při společné koupeli ve vaně polévání plastovým hrníčkem s ouškem (stabilizovaná poloha jištěná rodičem, malé množství vody do hrníčku, lehká vedená rotace ruky). Při rehabilitaci používat protiskluzovou podložku. Poskytovat dítěti jasné signály o nadcházejících činnostech včetně vymezení stabilního prostoru ke hraní. Vyzkoušet relaxační hudbu ke zklidnění před spaním. Krátkodobě umožňovat dítěti (při činnosti, při krmení) dobře zajištěnou polohu v polosedu s oporou zad.*

***S maminkou**: Hlavním zdrojem problémů v rodině je neschopnost otce přijmout realitu, vyrovnat se s handicapem dítěte. Nedokáže zhodnotit náročnost péče o postižené dítě. Krize ve vztazích mezi rodiči. Maminka začala navštěvovat na doporučení psycholožky manželskou poradnu, manžel podobnou intervenci odmítá*.

Na základě doporučení psycholožky, kterou jsem znala z pobytu jsem začala navštěvovat manželskou a rodinnou poradnu. V té době jsem hodně zhubla, všimlo si toho mé okolí, a tak jsem se rozhodla naši rodinnou situaci řešit. S panem doktorem jsme zhodnotili celkovou situaci v rodině. Doporučil nám, abychom získali nějaký společný čas jen pro sebe bez dětí a vytvořili si tak prostor pro věcnou diskusi o naší situaci a jejím řešení. Požádali jsme babičky a naše sourozence a podařilo se nám získat čas jen pro sebe. Ve společném čase jsme se odreagovali společnou sportovní aktivitou nebo návštěvou kina. Postupem času se nám podařilo domluvit se na společných aktivitách a také na čas, který budu mít já jen sama pro sebe. Využila jsem nabídku manželské a rodinné poradny a začala navštěvovat kurz asertivity, který trval 10 týdnů. Tím jsem získala každý týden čas jen pro sebe. Po ukončení kurzu asertivity jsem pokračovala v zavedeném rytmu a odcházela jsem každý čtvrtek mimo svůj domov. Tento čas jsem věnovala návštěvě rodičů, přátel nebo jsem provozovala nějakou sportovní aktivitu se svými sourozenci. To mi velmi pomohlo, alespoň na chvíli se odpoutat od rodinných starostí a načerpat novou energii.

***Návštěva v rodině 4.3.1999** – přítomna maminka, obě děti, tatínek jen krátce.*
Lucku trápí prořezávající se stoličky, je mrzutější. Bráškova přítomnost často narušovala práci s Luckou, dal se však lépe zvládnout.

***Práce s dítětem**: Lucka má pro období bdělosti speciální „denní“ postýlku s nainstalovanými hračkami a zrakově stimulačními prvky v obývacím pokoji, ke spánku bývá ukládána do ložnice. K činnosti a krmení bývá krátkodobě umisťována do polohovatelné autosedačky s fixačními pásy. Do výroby pomůcek se zapojil i tatínek. Maminka si pochvaluje, jak je Lucie spokojená při společném koupání – je uvolněná, naučila se plácat do kolínek… Dnes ji zaujala miska s čočkou – krásně v ní uvolnila ruce (i pravou), byla velmi aktivní. Líbila se jí i vibrující textilní hračka při kontaktu s ručkami, hrudníkem i obličejem, měla tendenci mačkat velmi měkkou plastelínu. **Zrakové vnímání**: reakce na lesklou plochu s odrazem denního světla, krátkodobě i na výrazný černobílý kontrast v pohybu. **Komunikace**: žvatlání zabarvené podle nálady, pláč, smích, úsměv. Maminka není schopna určit, kterým pokynům Lucka evidentně rozumí – pouze „ham“ má pro ni jednoznačný význam.*
***Doporučení rodičům**: čočku i jiné luštěniny dávat do misky s větším průměrem, ale nižším okrajem, vyrobit podložku na zem podle předvedené předlohy, umožňovat Lucii při činnosti i pobyt na zemi. Využívat její pozitivní vztah k písničkám v maminčině podání – spojovat s různými hrami na tělo se zdůrazněním pohybů a zvuků. Zapůjčeno: manipulační kbelíček, měkká plastelína, textilní pejsek vibrující.*
***Sdělení rodičů**: maminka uvažuje o studiu speciální pedagogiky, je teď v pohodě, přestože lékařské prognózy Lucčina vývoje jsou velmi pesimistické. Tatínek dává najevo, že se těší na společnou účast na rehabilitačním pobytu. Podle maminky si začal víc hledat vztah k Lucii. Bráška začne od dubna na zkoušku docházet do MŠ.*

Na jaře 1999 syn Adam začíná navštěvovat mateřskou školu. Při první prohlídce školky se mu tam velmi líbilo, ale byli jsme tam také my – rodiče. Druhý den při ostrém nástupu do školky už to tak pohodové nebylo. Syn byl na mě velmi vázaný, nechtěl se ode mne odpoutat. Toto období zvykání si na školku bylo opravdu velmi náročné, ale s pomocí zkušených učitelek, jsme si stanovili postup předávání dítěte. Tzn. převlékli jsme se, krátce rozloučili, ujistila jsem syna, že pro něj po obědě přijdu a učitelka si ho přebírala do třídy. Asi 14 dní probíhalo vše s pláčem, potom si syn zvykl. Tím jsem získala dopolední čas pro sebe a dceru, kdy jsem se jí snažila maximálně věnovat, vyřídit všechny návštěvy lékařů, zkonzultovat správnost cvičení. Dopoledne jsem se snažila obstarat vše potřebné v domácnosti, tak abych se synovi mohla naplno věnovat, když přijde ze školky. V té době ještě Lucie spala po obědě, a tak jsme měli dostatek času na společné aktivity se synem. Po návratu z práce se věnoval synovi manžel, ale chyběly nám společné zážitky, kdy bychom byli spolu bez dcery.

Uvažovala jsem o studiu speciální pedagogiky, protože jsem chtěla své dceři více porozumět. 2x jsem se připravovala na přijímací zkoušky, ale nebyla jsem přijata pro velký počet uchazečů. K mé prioritě trávit společné dovolené přibyl cíl studovat vysokou školu. To se mi však splnilo až mnohem později v roce 2006, kdy jsem byla přijata na Univerzitu Tomáše Bati, obor sociální pedagogika.

Návštěva v rodině 20.10.2000 *přítomny Lucie, maminka*
Při příchodu poradkyně Lucinka zaznamenala, že přišel někdo cizí, ale nebála se.

Maminka byla plná dojmů z funkčního vyšetření zraku, které Lucka prodělala v Praze. Lékařka doporučila předpis brýlí pro myopii +3,5D. Základní diagnózou zrakové vady je atrofie nervi optici.

Práce s dítětem*: Pokračují v hiporehabilitaci, začali chodit do plavání, hrazeného zdravotní pojišťovnou. Cvičí 4x denně Vojtovou metodou. Absolvovali týdenní pobyt na rehabilitačním oddělení dětské neurologie v Novém Městě na Moravě. Maminka se snaží věnovat i zrakové stimulaci, v poslední době jí to moc časově nevychází. Dnes u Lucinky nejživější reakce na hmatové sáčky s různými materiály – mačkání, snaha o manipulaci, zkoumání ústy… , zaujal ji polštářek s bylinkami – položila si na něj hlavu a zklidnila se.* ***Komunikace****: začala výrazně dávat najevo co chce a co nechce, „vztekat se“.* ***Motorika****: spontánně se nakulí na bok, umí i na bříško, ale nechce se jí. Lépe drží hlavu, ale je nutné ji neustále motivovat. Z polosedu s oporou zad má tendenci zvedat se do sedu, ale bez opory o ruku – pouze zapnutím břišního svalstva. Vleže na zádech vysvlečená před koupáním si sahá na tělo, na stehna.* ***Zrakové vnímání****: dnes minimální reakce s výjimkou velké barevné lesklé plochy nasvícené baterkou.* ***Přijímání potravy****: pomalu se zlepšuje, požvýká chleba, když jí ho maminka dá dozadu na stoličky. Pije z Chicco hrníčku s násoskou.*
Situace v rodině*: Stále panuje příměří. Tatínek by byl rád, kdyby maminka začala chodit do práce, ale lékařka jí pobyt Lucky ve stacionáři zatím nedoporučuje. Maminka má pocit, že jí hodně pomohl kurz asertivity – je teď víc „nad věcí“, přestože ví, že vše je jinak, než si to kdysi představovala. Intenzivně se věnuje i staršímu synovi, nechce ho zanedbávat, hodně přemýšlí o výchově. Bráška má Lucku moc rád, ale nejde mu do hlavy, proč nechodí a nehraje si s ním jako ostatní děti. Je velice citlivý, emocionálně labilní. Poté, co se u Lucinky objevily velké záchvaty epilepsie, nechce ji nikdo z rodiny hlídat – bojí se, že by v případě záchvatu nezvládli situaci.*

Pracně vybudovaný systém hlídání od babiček a sourozenců se zhroutil, když dcera opakovaně dostala epileptické záchvaty typu grand mal. Čekalo nás poměrně bolestné období hledání správné kombinace léků na kompenzaci epilepsie. V tomto období došlo i ke zhoršení psychomotorického vývoje a regrese ve všech oblastech. Pomalu jsme se propracovávali k dovednostem, které už dcera uměla a vraceli se k zavedenému dennímu režimu.

Potřebovali jsme získat zpět společný čas, a tak jsme si přes agenturu na hlídání dětí, obstarali zdravotní sestru, která se nebála epileptických záchvatů a dceru Lucii nám pohlídala u nás doma. To bylo zvlášť výhodné, protože Lucie zůstávala v domácím prostředí, na které byla zvyklá a celkem bez problémů přijala další pečovatelku.

Ráda bych se zmínila o mé další činnosti a tou bylo podávání žádostí do různých nadací. Pro dceru jsem měla všechny dávky sociálního zabezpečení, které jsme mohli mít a také všechny pomůcky garantované státem, např. speciální kočárek, stůl na cvičení, autosedačku. Pro dceru jsem chtěla navíc určité pomůcky, na které stát nepřispíval. Postupně jsem získala od různých nadací příspěvek na počítač, na kterém jsme prováděli zrakovou stimulaci, vozítko za jízdní kolo tzv. „rikšu“ a také příspěvek na odlehčovací služby, kterým jsme zaplatili zdravotní sestru. Byla jsem v této činnosti celkem dost úspěšná, ale osamocená. Když jsem povzbuzovala ostatní maminky, nechtěly se v této činnosti angažovat, i když by rády podobné pomůcky měly. Já jsem přesvědčená, že tyto nadace tady jsou pro postižené děti, jako je naše dcera, a tak mi nedělalo problém vyplnit žádost a sdělit naše příjmy.

Přibližně ve 4,5 letech věku Lucie jsme začali spolupracovat se Speciálně pedagogickým centrem při ZŠ pro nevidomé a slabozraké v Brně na Hlinkách. Protože dcera byla při změně prostředí velmi nespokojená a nebyla zvyklá pobývat v jiném prostředí než doma, domluvili jsme se na diagnostický pobyt v MŠ speciální. Začali jsme velmi pomalu, 1x týdně na 2 hod s tím, že jsem byla přítomna ve třídě, ale nemluvila jsem. Musím ještě zmínit, že dcera je prakticky nevidomá, rozezná pouze světlo a tmu, a ani po několikaleté zrakové stimulaci se nám nepodařilo zrak nastimulovat. Proto se Lucie orientuje hlavně sluchem, je schopna vnímat tón a zabarvení hlasu a rozezná velmi dobře atmosféru. I když byla zvyklá pracovat nebo hrát si pod vedením poradkyně Střediska rané péče doma, v jiném prostředí to tak lehce nešlo. Vzpomínám si, že paní učitelka s ní pracovala, měnila činnosti, aby Lucku zaujala, což se dařilo, ale po 20 minutách už byla dcera na pokraji pláče a museli jsme ji uklidňovat. Tak jsme postupovali týden za týdnem, doba stimulace a hraní pod vedením

učitelky se prodlužovala. Asi po třech měsících, kdy paní učitelka už Lucku více znala, jsem se domluvila a na určené 2 hodiny odcházela z MŠ pryč.

Když se dcera více zadaptovala, chodili jsme do MŠ 2x týdně a dobu jsme postupně prodlužovali. V této době jsme usilovali, aby byla dcera přijata do MŠ speciální. Tehdy byla v této MŠ zřízena pouze jedna třída a to pro děti nevidomé nebo se zbytky zraku, ale chodící. Nebylo možné dceru mezi tyto děti zařadit, žádali jsme, aby byla zřízena ještě jedna třída – a to pro děti kombinovaně postižené se zrakovým handicapem. To se nakonec ve spolupráci s ostatními rodiči podařilo a Lucie začala ve svých 6 letech navštěvovat MŠ speciální na 4 hodiny denně.

Po 6 letech péče o dceru jsem byla velmi vyčerpaná a tak jsem byla ráda, že si můžu od své každodenní péče 4 hodiny odpočinout. Myslím, že to prospělo mně i dceři, která tím udělala další malý krok ke své integraci.

Ve svém volnu jsem se věnovala svým koníčkům, na které jsem dříve neměla čas, především četbě a sportu. Také jsem ale odpočívala tak, že jsem nedělala vůbec nic. Měla jsem tak i více času přemýšlet, jak to zařídit, abych mohla nastoupit do zaměstnání. Velmi jsem toužila po lidech. Shodou šťastných náhod se mi podařilo získat místo na úřadě v městské části, kde bydlíme. Lucii bylo v té době 7 let a pobyt v MŠ dobře snášela. Na konci prázdnin jsme si domluvili i odpolední družinu, takže jsem od nového školního roku mohla začít pracovat. Vrátila jsem se ke své původní profesi, což je práce ve finanční účtárně, která mě velmi baví. Abych mohla nastoupit do zaměstnání, muselo být splněno několik podmínek:

- dobrý zdravotní stav dcery Lucie, plně kompenzovaná epilepsie, dobrá adaptace v prostředí MŠ,
- manžel má volnou pracovní dobu, může dceru do MŠ vozit, ve vyzvedávání odpoledne se střídáme,
- syn Adam navštěvuje 1. stupeň ZŠ v místě bydliště a dobře ji zvládá,
- moje pracoviště se nachází asi 5 minut od mého bydliště, takže nedochází k časovým ztrátám.

V současné době je dcera zařazena v přípravném stupni ZŠ speciální – v rehabilitační třídě. Její individuální vzdělávací plán je zaměřen na orientaci v denním režimu pomocí symbolů.

Komunikace s lékaři

Naši rodinnou situaci velmi negativně ovlivnilo sdělení o postižení naší dcery lékařkou v porodnici, jak jsem již zmínila na začátku případové studie. Komunikaci s ostatními lékaři, se kterými jsme se setkali popíšu podle jednotlivých odborností.

Neurochirurgie

Lékař z dětské nemocnice si pozval mě i mého manžela společně, vysvětlil nám podrobně diagnózu (hydrocefalus), způsob provedení operace, ukázal nám snímky z vyšetření CT mozku. Prognózu vývoje nám nesdělil, ale ujistil nás, že některé děti s touto diagnózou mohou v rámci možností normálně žít.

Neurologie

Lékařka z dětské nemocnice mi na můj dotaz, jak to s dcerou vypadá do budoucna několikrát odpověděla, že je vážně postižená. Více to nespecifikovala, pak už jsem se dále neptala. Nesdělila mi jak může vypadat epileptický záchvat grand mal (dcera měla od 6 měsíců věku záznam na EEG), proto mě tato situace zaskočila. Když tento záchvat ve 2 letech věku dcera dostala, jeli jsme okamžitě do nemocnice. Přibližně ve 2,5 letech věku dcery jsem změnila lékaře a navštěvovali jsme neurologii v Novém Městě na Moravě. Tam jsem našla odborný i lidský přístup a komunikaci, které mi vyhovovaly.

Rehabilitace

Zpočátku jsme rehabilitační lékařku nenavštěvovali, docházeli jsme na rehabilitační cvičení. K fyzioterapeutce jsem si nosila odborné zprávy, a ta mi odborné termíny trpělivě vysvětlovala. Měla ke mně velmi osobní přístup a povzbuzovala mě.

V 1,5 roce věku dcery jsme začali navštěvovat rehabilitační lékařku. Ta nám poprvé sdělila dlouhodobější prognózu vývoje. Tato prognóza nebyla příznivá, avšak způsob jakým nám to lékařka sdělila, byl velmi citlivý a osobní. U tohoto sdělení jsme byli přítomni oba rodiče.

Oftalmologie

Lékařka nám vysvětlila diagnózu (atrofie zrakového nervu), mysleli jsme si, že dcera vidí, když se jí na světle rozšiřují zorničky. Dcera má obě oči v pořádku, ale zrakový nerv nevede žádné podněty do mozku. Rozezná pouze světlo a tmu. Tato lékařka nás nasměrovala na Středisko rané péče v 6 měsících věku dcery.

Ortopedie

Lékař z brněnské dětské nemocnice doporučil ve 4 letech věku dcery operovat kyčle. Udělali jsme konzultaci v pražské nemocnici Motol, kde jsme se zúčastnili

ortopedického semináře. Výsledkem bylo, že lékaři doporučili udržet stávající stav kyčlí, aby dcera nemusela na operaci. To se nám daří dodnes.

Dětská praktická lékařka

S dětskou lékařkou jsem konzultovala a konzultuji všechny výsledky z návštěv odborných lékařů. Vždy mi dovedla poradit a povzbudit mě. Je velmi empatická, má k nám osobní přístup.

Komunikace s úřady

Při komunikaci na úřadech jsem neměla problémy, vždy jsem se setkávala s úředníky na „svých místech" a naši situaci se nám snažili spíše ulehčit. Myslím si, že by rodiče mohli dostat celkovou informaci o tom, kde se jaký příspěvek dá získat. Tímto místem by se mohl stát odbor sociální péče, kde se podává žádost o průkazku mimořádných výhod. Tento úřad je první, kam musí rodiče podat žádost, když chtějí tyto mimořádné výhody mít. O průkazku se může žádat od jednoho roku věku postiženého dítěte.

Shrnutí případové studie

Dcera Lucie je dnes ve svých 11 letech většinu času pohodová a usměvavá dívka, která je dobře adaptovaná v prostředí školy. Dobře se orientuje v denním režimu, pozná celou naši rodinu, radostně vítá svého tátu a staršího bratra, když ji přijedou vyzvednout ze školy. Je ráda doma, nemá rády změny a přesuny na jiné místo.

S Lucií jsme si prošli obdobím, kdy nechtěla pít mléko, přes období, kdy jsme ji s velkými problémy převáděli na tuhou stravu. Mezi druhým a třetím rokem věku měla několik epileptických záchvatů grand mal. Následující období bylo někdy bolestné hledání správné kombinace léků na kompenzaci epilepsie.

V raném období byla ochotna akceptovat návštěvu poradkyně rané péče a pokud nebyla unavená, dobře nabízené činnosti zvládala. Pokud jsme se přesunuli na neznámé místo, těžce se adaptovala. V prostředí MŠ speciální jsme začínali krátkým časovým úsekem – pouze 10 až 15 minut, později až 2 hodiny, ale vždy to vyžadovalo velkou trpělivost ze strany odborného personálu.

Myslím, že jsme na své cestě potkali ty správné odborníky, dostali jsme kvalitní informace a dobrou podporu. To vše přispělo k úspěšnému začlenění naši dcery Lucie do společnosti.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce je zaměřena na problematiku socializace kombinovaně postižených dětí a jejich možností ve výchově a vzdělávání.

V první kapitole jsem charakterizovala diagnózy kombinovaně postižených dětí – mentální retardaci, kombinaci tělesných a smyslových vad a vad řeči a autismus a děti s autistickými rysy.

V druhé kapitole se zabývám fázemi socializace rodiny a jejich dítěte. Popisuji vliv handicapu na rodinu a specifické potřeby dítěte s postižením. Část této kapitoly jsem věnovala postavení pečujících rodin.

Další kapitola je zaměřena na činnost Střediska rané péče a možnosti, které poskytuje kombinovaně postiženým dětem a jejich rodinám, které se ocitly v obtížné životní situaci.. Je to zejména podpora vývoje dítěte a podpora rodiny. Zvláštní význam je zde přikládán období raného věku dítěte jako období nejdynamičtějšího psychomotorického vývoje a vytváření nových nervových spojení, které mohou dítěti do určité míry pomoci handicap kompenzovat. Stejně důležitou roli hraje toto období v kontextu sociálním, jako čas, kdy se rodina vyrovnává s postižením dítěte.

Poradce rané péče, který přichází do rodiny, představuje jistotu, že rodiny nezůstávají se svým problémem sami, což jim následně dodává sílu tento nelehký úkol výchovy handicapovaného dítěte přijmout. Často zde stačí osobní přístup poradce, který rodinu vyslechne, poskytne jim dávku empatie, prokáže vstřícnost a vyjádří povzbuzení, dokáže ocenit i nepatrnou snahu. Fyzická přítomnost poradce je zároveň jistým podnětem k definováním problémů a jejich následnému řešení. Významné místo v činnosti Střediska rané péče zaujímají tzv. svépomocné skupiny, zejména kluby rodičů a organizovaný rehabilitační pobyt pro celé rodiny.

Ve čtvrté kapitole se věnuji speciálně pedagogickému centrum, který jako poradenské zařízení doporučuje rodičům vhodné umístění dítěte do vzdělávacího procesu vzhledem k jeho možnostem a schopnostem. Dále se zabývám speciální MŠ, přípravným stupněm ZŠ speciální a dalšími možnostmi ve vzdělávání pro děti s těžkým postižením.

V další kapitole se podrobněji zabývám způsobem sdělování nepříznivé zprávy o postižení dítěte. Sdělení nepříznivé zprávy si rodiče pamatují na celý život, a tak je

důležité, aby profesionálové tuto situaci předem promysleli a počítali s reakcí rodičů. V kapitole uvádím optimální model sdělení zprávy o postižení dítěte.

Součástí mé práce je případová studie, kde popisuji vlastní zkušenosti získané při výchově a vzdělávání mé těžce postižené dcery. Popisuje její socializaci, která je v různých obdobích jejího života komplikovaná zhoršením zdravotního stavu a zařazení do vzdělávacího systému – přes diagnostický pobyt v MŠ speciální, později zařazení do MŠ speciální na 4 hodiny denně, nyní přípravný stupeň ZŠ speciální.

Cílem případové studie je komplexní sledování všech oblastí vývoje dítěte se závažným kombinovaným postižením v prostředí jeho rodiny. Handicap dítěte výrazně ovlivňuje život všech členů rodiny – rodičů, sourozenců, prarodičů. Výpisy z dokumentace i deníkové záznamy dokumentují proces postupné adaptace členů rodiny na extrémně zátěžovou situaci. Přístup rodičů se v průběhu času postupně mění – přiměřená podpora a srozumitelně podávané informace umožňují posilování jejich kompetencí a lepší pochopení potřeb handicapovaného dítěte i zdravého sourozence. Zatímco v počáteční fázi rodiče hledají a očekávají pomoc, postupně se učí formulovat své potřeby a dotazy, později se mění z pasivních příjemců služeb na aktivní členy.

RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývá problematikou socializace a vzdělávání kombinovaně postižených dětí. Je členěna do 6 kapitol.

V první kapitole charakterizuji diagnózy kombinovaně postižených dětí – mentální retardaci, kombinaci smyslových a tělesných vad a vad řeči a autismus a děti s autistickými rysy.

Ve druhé kapitole se zabývám fázemi socializace rodiny a jejich dítěte. Popisuji vliv handicapu na rodinu a specifické potřeby dítěte s postižením. Část kapitoly věnuji postavení pečujících rodin.

Další kapitola je zaměřena na činnost Střediska rané péče a možnosti, které poskytuje kombinovaně postiženým dětem a jejich rodinám.

Ve čtvrté kapitole se věnuji speciálně pedagogickému centru, které doporučuje vhodné umístění postiženého dítěte. Dále se zabývám speciální MŠ, přípravným stupněm ZŠ speciální a dalšími možnostmi ve vzdělávání postižených dětí.

V další kapitole se zabývám způsobem sdělování nepříznivé zprávy o postižení dítěte a uvádím optimální model sdělování.

Součástí mé práce je případová studie, kde popisuji vlastní zkušenosti s výchovou a vzděláváním mé těžce postižené dcery.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou socializace a vzdělávání těžce kombinovaně postižených dětí. Podává informace o diagnózách kombinovaně postižených dětí a o systému poradenských zařízení. Dále je práce zaměřena na možnosti ve vzdělávání. Součástí práce je případová studie dítěte s těžkým kombinovaným postižením.

Klíčová slova

Diagnóza, mentální retardace, dítě s kombinovaným postižením, integrace, socializace, výchova, vzdělávání, ucelená rehabilitace, poradenský systém

Annotation

Bachelors thesis deals in acculturation problems and combined handicap children education. Infomation about combined handicap diagnosis as well as on consultancy organization system is provided. Dedicated chapter is focused on family acculturation and its social status, when carrying of handicapped children. Education possibilities are eloborated as well. The presented thesis is a case study of a child with sever combined handicap.

Keywords

Diagnosis, mental retardation, combined handicapped child, integration, acculturation, raise, education, integral rehabilitation, consultancy system

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. dopln. a uprav.vyd. Praha:Avicenum, 1978
2. DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 1999, 279 s. ISBN 80-7169-254-9
3. HRADÍLKOVÁ, T. *Deset let péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením v ČR* In *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Ed by JESENSKÝ J. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, 310 s. ISBN 80-7041-041-8
4. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001, 173s. ISBN 80-7254-730-5
5. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-7066-941-1
6. Kolektiv autorů *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: IMS, 2008, 225 s.
7. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ V. *Člověk prostředí výchova.* Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2
8. KUDELOVÁ, I. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku.* 1. vyd. Brno: Paido, 1996, 41 s. ISBN 80-85931-24-9
9. KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie.* Brno: Paido, 2000, 70 s. ISBN 80-85931-84-2
10. MATĚJČEK, Z. *Rodičovství a zdravotně postižené dítě. Metodické listy*. 1. vyd. Praha:: Horizont, 1987, 49 s.
11. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Radosti a strasti prarodičů aneb když máme vnoučata.* 1. vyd. Praha: Grada publishing, 1997, 141 s. ISBN 80-7169-455-X
12. MACKOVÁ, I. Zpráva o ztrátě perfektního dítěte. Praha: Děti a my, 1/2001, s.4-5, ISSN 0323-1879
13. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť.* 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Slon, 1997, 144 s. ISBN 80-85850-24-9
14. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství:struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 159 s. ISBN 80-7178-197-5

15. OPATŘILOVÁ, D. *Edukace žáků s autismem.* In. VÍTKOVÁ M. Ed *Integrativní speciální pedagogika.* 1. vyd. Brno: MSD, 2003, 248 s. ISBN 80-86633-07-01
16. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 1998, 234 s. ISBN 80-85931-65-6
17. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. Vybrané příspěvky z kurzu Poradce rané péče.* Praha: Středisko rané péče, 1998, 113 s.
18. *Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.* Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 1997, 52 s.
19. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu.* dotisk 1.vyd. Praha: Karolinum, 1993. 115 s. ISBN 80-7066-582-3
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky.* 1.vyd. Praha:Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9
21. *Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*
22. *Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*
23. *Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*
24. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*
25. http://www.cdozc.cz
26. http://www.ranapece.cz
27. http://www.rvp.cz
28. http://www.sss-ou.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Individuální vzdělávací plán – MŠ speciální

Příloha č. 2 Vysvědčení se slovním hodnocením – ZŠ speciální

Příloha č. 1

Individuální vzdělávací plán – MŠ speciální

LUCIE KAMENSKÁ

Narozena: 14. 8. 1997
Diagnóza: DMO - spastická tetraparéza, sek. epilepsie, zraková vada - praktická slepota, MR

Individuální vzdělávací plán práce
pro školní rok 2004 - 2005

Vypracovala: Alena Dubjaková

Alena Dubjaková

Schválila: Mgr. Dagmar Pelikánová

Dagmar Pelikánová

ROZVOJ VNÍMÁNÍ METODOU BAZÁLNÍ STIMULACE

Za prvotní zásadu bazální stimulace se považuje zjištění, že pomocí těla můžeme dítě uvést do skutečného života zprostředkováním zkušeností a vjemů.

Touto metodou stimulace usilujeme o vytvoření balíčku základních zkušeností u dětí s více vadami, které u zdravého kojence probíhá pomocí jeho psychického, citového a intelektového vývoje.

Bazální stimulace vychází z celistvosti vnímání. Vše, co dítě zachytí smysly, se stává pocitem a co pociťuje, se stává vnitřním prožitkem. Dítě se směje celým tělem a zlobí celým tělem. Požadavek celistvosti vnímání je tedy nezbytný, současně s kombinací a vyváženosti všech skupin vjemů. Důležité je také jejich propojení na běžné činnosti a každodenní rituály.

Základní a zároveň nejdůležitější jsou podněty somatické (tělesné), vibrační (chvění) a vestibulární (zkušenost o pohybu v prostoru). Tyto tři oblasti podnětů se vztahují k nejranějším a nejzákladnějším formám vnímání – dodávají klid, jistotu a bezpečí a vedou k psycho-fyzickému vyrovnání.

SOMATICKÉ PODNĚTY

Primární tělesné zkušenosti se vyvíjí dotekem. Doteky vychází ze středu těla, od trupu přes končetiny až aktivace dojde k prstům rukou a nohou. Somatické vnímání má vytvořit obraz o vlastním těle, zesílit pocity vlastního těla. Dotek na kůži působí povzbudivě, stabilizačně a navozuje vztah.

VIBRAČNÍ PODNĚTY

Mají navodit intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech. Vibrační vnímání podporuje rytmus. Vibrace rozvádí do těla kosterní aparát.

VESTIBULARNÍ PODNĚTY

Zprostředkovávají informace o poloze a pohybu celého těla v prostoru. Dovolují vnímat různé směry – nahoru, dolů, dokola. Umožňují reálný pohled na svět ve svislé poloze. Navazují na rehabilitaci a polohování.

ČICHOVÉ A CHUŤOVÉ PODNĚTY

Vývojově souvisí s integrací s matkou – chuť a vůně matky. Navązují na logopedii a využívá se zde činnosti při příjmu potravy a krmení.

SLUCHOVÉ A ZRAKOVÉ PODNĚTY

Slyšení a vidění jsou dálkovými smysly, jsou v protikladu se smysly blízkými k tělu. Děti většinou mohou vnímat pouze zřetelné obrazy a výrazné zvuky a rytmy. Je vhodné kombinovat zvukové nabídky s pohybem, nebo s dotykem (jednoduché rytmické hry).

KOMUNIKAČNÍ A SOCIÁLNĚ EMOCIONÁLNÍ PODNĚTY

Rané formy komunikace mají pravděpodobně charakter stimulace. Lidský hlas, obličej, doteky, pohyb jsou součástí celkového společenského jednání a nemohou se oddělit od ostatních aktivit.

CELKOVÝ PŘEHLED PODNĚTŮ

Podněty	Cíle	Metoda, způsob	Vztah, význam	Pomůcky
Somatické	Cítit vlastní tělo	Hlazení, doteky	Na kůži, svalstvo, nejintenzivnější forma komunikace	Ruka – přímý kontakt, froté ručníky, žínky, fén houby, plyšové hračky
Vibrační	Navodit intenzivní pocit v nosných částech těla	Chvění	Na kosterní aparát	Vibrační kostky, masážní polštářky,
Vestibulární	Získat informaci o poloze a pohybu celého těla v prostoru	Kolébání, houpání, polohování, otáčení	Na stabilitu těla, normalizuje svalový tonus	Válec, míč, houpačka
Chuťové, čichové	Lepší citlivost v ústní dutině	Masáž úst, orální hry	Orální komunikace koordinace ruka - ústa	Voňavé lahvičky, chuťově oddělená strava
Sluchové	Reagovat na podněty, které se bezprostředně nevztahují k tělu	Zvuková nabídka	Nejzákladnější schopnosti	Ozvučené hračky, hudební nástroje, lidský hlas
Zrakové	Fixace na jednoduché podněty	Zraková nabídka	Nejzákladnější schopnosti	Nasvěcování předmětů v temné komoře
Taktilní, haptické	Cítit předměty rukama, vědomě je uchopit, držet a upustit	Nabídka předmětů	Nejzákladnější schopnosti	Nádoby s různými materiály, předměty s různým povrchem
Komunikační a sociálně emocionální	Sociální dovednosti	Jednoduchá, vstřícná a zřetelná komunikace, láskyplný přístup	K okolnímu světu	Lidský hlas, mimika obličeje, doteky, pohyby

Režim dne

PONDĚLÍ

8:00 – 8:30		**Rehabilitace**
8:30 – 9:30		**Sestava bazální stimulace + relaxace**
9:30 – 10:00		masáž mluvidel – přesnídávka
10:00 – 11:30		**Pobyt venku**
11:30 – 12:00		masáž mluvidel – oběd
12:00 – 14:30		**Polední odpočinek**
14:30 – 15:00		masáž mluvidel – svačina
15:00 – 15:30		**Spontánní hry a činnosti**

ÚTERÝ

8:00 – 8:30		**Rehabilitace**
8:30 – 9:30		**Sestava bazální stimulace + relaxace**
9:30 – 10:00		masáž mluvidel – přesnídávka
10:00 – 11:30		**Zraková a komunikační stimulace + pobyt venku**
11:30 – 12:00		masáž mluvidel – oběd
12:00 – 14:30		**Polední odpočinek**
14:30 – 15:00		masáž mluvidel – svačina
15:00 – 15:30		**Spontánní hry a činnosti**

STŘEDA

8:00 – 8:30		**Rehabilitace**
8:30 – 9:30		**Sestava bazální stimulace + relaxace**
9:30 – 10:00		masáž mluvidel – přesnídávka
10:00 – 11:30		**Pobyt venku**
11:30 – 12:00		masáž mluvidel – oběd
12:00 – 14:30		**Polední odpočinek**
14:30 – 15:00		masáž mluvidel – svačina
15:00 – 15:30		**Spontánní hry a činnosti**

ČTVRTEK

8:00 – 8:30		**Spontánní hry a činnosti**
8:30 – 9:30		**Sestava bazální stimulace + relaxace**
9:30 – 10:00		masáž mluvidel – přesnídávka
10:00 – 11:30		**Pobyt venku**
11:30 – 12:00		masáž mluvidel – oběd
12:00 – 14:30		**Polední odpočinek**
14:30 – 15:00		masáž mluvidel – svačina
15:00 – 15:30		**Spontánní hry a činnosti**

PÁTEK

8:00 – 8:30		**Spontánní hry a činnosti**
8:30 – 9:30		**Sestava bazální stimulace + relaxace**
9:30 – 10:00		masáž mluvidel – přesnídávka
10:00 – 11:30		**Zraková a komunikační stimulace + perličková koupel**
11:30 – 12:00		masáž mluvidel – oběd

Individuální plán práce (konkrétní úkoly)

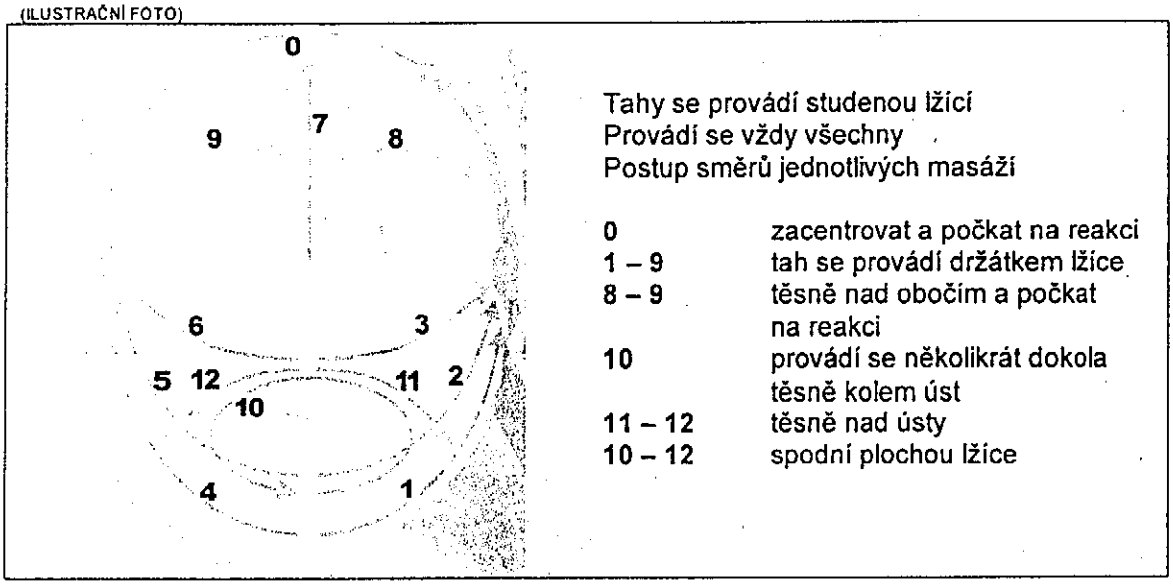
HLAVNÍ CÍL:

Vhodně upraveným denním režimem, pravidelným střídáním stimulačních a relaxačních činností podporovat u Lucky celkové pozitivní osobnostní ladění a nadále rozvíjet kladné emoce.

DÍLČÍ CÍL:

Nadále posilovat stravovací návyky – pití z papírového kelímku
Dbát stále na správnou polohu těla při jídle – válečky do rukou
Před každým jídlem protahovat horní ret přes spodní směrem dopředu a dolů
Stimulovat kořeny dlaní
Provádět masáž obličeje

(ILUSTRAČNÍ FOTO)



Tahy se provádí studenou lžící
Provádí se vždy všechny
Postup směrů jednotlivých masáží

0	zacentrovat a počkat na reakci
1 – 9	tah se provádí držátkem lžíce
8 – 9	těsně nad obočím a počkat na reakci
10	provádí se několikrát dokola těsně kolem úst
11 – 12	těsně nad ústy
10 – 12	spodní plochou lžíce

Provádět masáž šíje
Provádět masáž ústní dutiny krouživými, vějířovitými pohyby

Pokračovat v rozšířené sestavě stimulací – říkadla, masáže a podporovat částečné naznačení pohybů spojeného s říkadly

SOMATICKÉ, VESTIBULÁRNÍ A VIBRAČNÍ, SOCIÁLNÍ A KOMUNIKAČNÍ PODNĚTY

PŘIVÍTÁNÍ Dobré ráno, dobrý den, ve školce si pohrajem. Ručky máme na tleskáni a pusinku na zpívání. Dobrý den, s Lucinkou si pohrajem.	(cit) Vždy při příchodu do školky, Lucku pohladím a přivinu k sobě

HROUDA ZLATA Koulím koulím do kulata, až vykoulím hroudu zlata. Když to nejde do kulata, koulím koulím do šišata.	(trup – středně velký ježek) Míčem kroužit po celém trupu, nejprve dokola, potom válet nahoru a dolů
DEŠTNÍK Ťuká ťuká deštíček, na barevný deštníček. Ťuká ťuká prstíkem, kdo je pod tím deštníkem?	(hrudník – látkový ozvučený míč) Klepat míčkem po hrudníku
KOLO KOLO Kolo, kolo, mlýnský, za čtyři rýnský. Kolo se nám polámalo, co se na něm sedávalo, udělalo bác! Vezmeme si hoblík pilku, zahrajem si ještě chvilku. Až to kolo spravíme, tááák se zatočíme.	(pánev – balanční míč) Přitáhnout nohy k bříšku a kroužit dokola Na slovo „bác"několikrát nadzvednout zadeček od podložky Rukama napodobovat řezání dřeva Rychle zakroužit nohama
PEKAŘ Pekař peče housky, uštipuje kousky. Pekařka mu pomáhá, uštipují oba dva.	(nohy) Přitáhnout nohy k bříšku a pokládat ze strany na stranu
HONZA Honza jede z kopečka, vrzají mu kolečka. Jakpak by mu nevrzaly, když je nemá namazaný. Až pojede zítra ven, namaže je olejem.	(nohy) Střídavě protahovat nohy
ŘÍZY, ŘÍZY Řežu, řežu dříví, Už jsem z toho křivý. Řežu dříví pro maminku, Vaří kaši pro koho? Pro Lucinku.	(nohy) Střídavě kopat nohama Na slovo „ pro koho" pohladit Lucku po bříšku

KOVEJ KOVEJ Kovej kovej kovaříčku, Okovej mi mou nožičku Okovej mi obě, Zaplatím já tobě.	(chodidla – kámen) Masírovat chodidla
BLECHA Blecha skáče po písku, hledá kdo je nablízku. Alík leží na bříšku, už má blechu v kožíšku.	(celé tělo) Jemně štípat po celém těle Na slovo „na bříšku" hladit po bříšku Na slovo „v kožíšku" vklouznout pod tričko a zalechtat
PRSTÍKY Každá ruka má prstíčky. Sevřeme je do pěstičky. Bum bum na vrátka, to je krátká pohádka. Ručičky si spolu hrají, mnoho práce nadělají. Bum bum na vrátka, to je krátká pohádka.	(prsty) Manipulovat s prstíky – hlazení, mnutí Sevřít od pěstičky a bouchat s nimi o sebe Nakonec ruce protáhnout
KDO TO JE To je táta, to je máma, to je děda, to je bába. To je vnouček malý klouček.	(prsty) Masírovat konečky prstů
MÍČ Kuli kuli kulilíč, kutálí se malý míč. Kuli kuli kulilíč kutálí se a je pryč.	(dlaně – míček) Kroužit po dlani Nechat míč spadnout
KOČKA A MYŠ Číhá kočka na myšku, kotě čeká v pelíšku. Kočka skočí, čapne myšku, už jí nese do pelíšku.	(dlaně – míč v látce) Masírovat kořen dlaně Přejít na předloktí a skončit s míčkem za krkem

KOČKA Naše kočka na bále, poztrácela korále. pes je našel, dostal kašel.	(dlaně – řetízky mezi prsty) Řetízky omotávat mezi prsty
JEŽEK Ježek běhá po lese, Všechno listí setřese.	(dlaně – tvrdý ježek) Kroužit po dlani a nechat setřást
MÁK Tluču, tluču mák, ale nevím jak. Povězte mi panímámo, jak se tluče mák? Aj tak tak, aj tak tak, tak se tluče mák!	(dlaně – míček s rýží) Ťukat do dlaně Na slovo „aj tak tak" zapojit i druhou ruku a ťukat společně
KOCOUREK Okolo stolečku, okolo stolu, kočka a kocourek, honí se spolu. Ona ho volala, že na něj počká, potom mu utekla, falešná kočka.	(dlaně – měkký ježek) Kroužit po dlani, přejít na předloktí, skončit pod krkem šimráním
VAŘILA MYŠIČKA KAŠIČKU Vařila myšička kašičku, na zeleném rendlíčku. Tomu dala hodně, tomu dala víc, Tomu dala málo, tomu nic.	(kořeny dlaní – zubní kartáček) Masírovat kořeny dlaní
LOUKA To je louka, to je les, to je kočka, to je pes. A tady darebák, kocour oknem vlez.	(obličej – čelo, vlasy, uši, pusa) Postupně hladit čelo, vlasy, uši, Prstem kroužit kolem úst a šimrat je

POVÍDÁM, POVÍDÁM Povídám povídám pohádku, že pes přeskočil hromádku. Povídám, povídám druhou, že teče voda struhou.	(obličej) Masírovat obličej kávovou lžičkou a kulatým štětcem
VODNÍK Houpy, houpy, houpy, co si vodník koupí. Koupí on si za kačku, velikánskou klouzačku. Po klouzačce do rybníčka, veze klobouk pro vodníčka. Žbluňk!	(balanční míč – klín) Na míči se houpat Na klíně se kolébat
VELKÉ KOLO Velké kolo uděláme, na nikoho nečekáme. Kdo si s námi nechce hrát, ten není náš kamarád.	(balanční míč) Na míči se koulet dokola
TAKHLE JEDOU MLADÍ PÁNI Takhle jedou mladí páni, takhle jedou staří páni. Takhle jedou tataři, na rozbitým trakaři.	(balanční míč – klín) Natřásat se – jemně, víc, nejvíc
TY A JÁ Ty a já My jsme dva. My jsme dobří kamarádi, My se máme tuze rádi.	(klín) Kolébat se dopředu, dozadu
STROM Stojí v lese stromeček, Má přemnoho větviček. Větvičky se kývají, Lístečky se hýbají. Fouká vítr po lese, Stromeček to nesnese.	(klín, válec) Hladit od noh celé tělo, ruce protáhnout a kývat se ze strany na stranu Masírovat konečky prstů
VLAK Do tunelu jede vlak, pomaloučku, tak i tak. Kudy, kudy cestička? Už je vidět pěstička.	(při oblékání)

SLUCHOVÁ STIMULACE A KOMUNIKACE

Vnímat zvuky pomocí ozvučených hraček, hrkadel, hudebních nástrojů atd.
Nácvik reakcí na vyslovené pokyny:

Hopky, hopky	Odrážet se nohama od podložky a nazvedávat zadeček
Hrhy, hrky	Rukou manipulovat s hračkou – vyrobit zvuk
Pššít	Ukončit manipulaci s hračkou – ztišit se

TAKTILNĚ – HAPTICKÁ STIMULACE

Manipulace s předměty – různé materiály
Nácvik uvědomělého úchopu, držení a upuštění předmětů
Hra s míčem – uvědomovat si pohyb míče
Vytahování kubusů
Manipulace s magnetickou stavebnicí
Odlepování kostek na suchý zip od podložky
Podpora spolupráce pravé a levé ruky při práci i hře
Zkoušet hru s vodou

ZRAKOVÁ STIMULACE A KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

S Luckou dvakrát týdně pracuje speciální pedagog

REHABILITACE

S Luckou pracuje rehabilitační sestra a speciální terapeut, třikrát týdně má rehabilitaci a jednou týdně perličkovou koupel.

Používané rehabilitační metody:

Reflexní Vojtova metoda
Senzomotorická stimulace
Bobathova metoda
Postizometrická relaxace
Pasivní cvičení
Protahování zkrácených struktur – svalů a šlach
Posilování musculi scaleni na přední straně krční páteře
Léčebný tělocvik na balónu
Pokus o nácvik stole
Perličková koupel

Příloha č. 2

Vysvědčení se slovním hodnocením – ZŠ speciální

ČESKÁ REPUBLIKA

Střední škola, základní škola a mateřská škola pro zrakově postižené, Brno, Kamenomlýnská 2

IZO 110023269

Třída: II.PŠ(1 Ročník: 1. Číslo v třídním výkazu: 1 Školní rok: 2007/2008

VYSVĚDČENÍ

Jméno a příjmení: **Lucie Kamenská**

Datum narození: 14. srpen 1997 Rodné číslo:

Místo narození: Brno

	I. pololetí	II. pololetí
Chování	velmi dobré	velmi dobré
Povinné předměty		
Smyslová výchova	hodnocena slovně	hodnocena slovně
Rozumová výchova	hodnocena slovně	hodnocena slovně
Pracovní a výtvarná výchova	hodnocena slovně	hodnocena slovně
Hudební a pohybová výchova	hodnocena slovně	hodnocena slovně
Rehabilitační tělesná výchova	hodnocena slovně	hodnocena slovně
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

I. pololetí
Prospěch v povinných a nepovinných předmětech
Předmět:
Hodnocení:
Lucka je většinou dobře naladěná. Jen občas se pláčem až vztekáním dožaduje přímého kontaktu s učitelkou. Má ráda kolem sebe živo. Reaguje na vyslovení svého jména - sedí-li, zvedá hlavu, zpozorní nebo se usmívá.Při hlasových projevech již nekřičí. Přichází na to, že jazykem se dá pohybovat, což se projevuje pozitivně při broukání. Zlepšila se spolupráce Lucky při oblékání. Lucka s radostí přijímá jakoukoliv činnost - např. práci s prstovými barvami, polohování na klínu, manipulaci s různými hračkami, doprovod písniček hrou na tělo. Při cvičení s říkankami je Lucka velice radostná, uvolněná, usmívá se. Stejně tak i při polohování s pejskem - krásně se uvolní. V rámci rehabilitační tělesné výchovy Lucka pokračuje v reflexním cvičení Vojtovou metodou s důrazem na uvolnění kontraktur svalů dolních končetin a koordinaci svalstva trupu.

II. pololetí
Prospěch v povinných a nepovinných předmětech
Předmět:
Hodnocení:
Lucka je v posledním čtvrtletí často rozmrzelá, mnohdy se nedaří ji zklidnit ani jindy oblíbenými písničkami, taktilními dotyky nebo hlasem učitelky. Vzteká se, kouše do hračky nebo do své ruky. Je-li v pohodě, má ráda všechny činnosti, při kterých se s ní pohybuje (např. houpání v dece, cvičení na velkém rehabilitačním válci). Užívá si při tom přímý kontakt s učitelkou, líbí se jí jednoduché rytmické pohyby doprovázené říkankami nebo písničkami. Prostřednictvím somatických, vibračních a vestibulárních podnětů se snažíme Lucce zprostředkovat zkušenosti s uvědomováním si vlastního těla, jeho umístěním a pohybem v prostoru. Lucka udělala viditelný pokrok v rozvoji hrubé motoriky - při polohování se snaží z polohy na zádech obracet na bok vpravo i vlevo. Míčkování při relaxační hudbě přináší Lucce uvolnění a potěšení. Při canisterapii je Lucka velmi klidná, uvolněná, pěkně vokalizuje. Díky prohřátí těla dochází k uvolnění spasmů. Rehabilitační cvičení Vojtovou metodou jsou zaměřená na zpevnění a rotace trupu, kontrolu držení hlavy, vzpřímení pletenců ramenních a protažení dolních končetin. Při cvičení se daří udržet u Lucky pozitivní emoce.

	I. pololetí	II. pololetí
Nepovinné předměty, zájmové útvary		

Zameškané hodiny	Zameškané hodiny
omluvené 2 neomluvené 0	omluvené 41 neomluvené 0
Celkové hodnocení	**Celkové hodnocení**
- prospěla -	- prospěla -
Pochvaly a jiná ocenění	Pochvaly a jiná ocenění

Žák(yně) splnil(a) tři let/rok y povinné školní docházky.

Vzdělávání se uskutečňovalo podle školního vzdělávacího programu:

Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy, č.j.:15 988/2003-24, 79-01-B/001 Pomocná škola

V Brně	V Brně
dne 31. ledna 2008	dne 27. června 2008
Mgr. Dagmar [illegible] ředitel(ka)	Mgr. Dagmar [illegible] ředitel(ka)
Mgr. Marie Šimandlová třídní učitel(ka)	Mgr. Marie Šimandlová třídní učitel(ka)

STUPNĚ HODNOCENÍ

Chování	1–velmi dobré	2–uspokojivé	3–neuspokojivé	–	–
Povinné a nepovinné předměty	Slovní hodnocení na základě § 51 odst. 4 zákona č. 561/2004 Sb.				
Zájmové útvary	pracoval(a) úspěšně	pracoval(a)	–	–	–
Celkové hodnocení	prospěl(a)	neprospěl(a)	–	–	–

Patisk zakázán