

Identifikace vzdělávacích potřeb klientů rehabilitačního stacionáře Nivy

Bronislava Holbová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bronislava HOLBOVÁ**
Osobní číslo: **H10026**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Identifikace vzdělávacích potřeb klientů
rehabilitačního stacionáře Nivy**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti dítěte s postižením a jeho následného vzdělávání.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu pomocí kazuistiky.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2.
- HANÁK, Petr. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.
- CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-013-5.
- NEWMAN, Sarah. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-872-4.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Kalenda**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. května 2013**

Ve Zlíně dne 12. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.4.2013

.....
Karel Kroměšský

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy: 2.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřená na vzdělávací potřeby klientů rehabilitačního stacionáře Nivy. Předně se zabývá vzděláváním dětí, které trpí daným druhem postižení. V teoretické části se proto zabýváme samotným dítětem s postižením a péčí o něj. Dále se budeme zabývat individuálními vzdělávacími potřebami u jednotlivých typů postižení a také se podíváme na činnost rehabilitačního stacionáře, na který se odvoláváme v praktické části. Praktická část je zaměřena na zpracování výzkumu právě ohledně vzdělávacích potřeb jednotlivých klientů. Obsahuje pět kazuistik dětí, vždy s daným typem postižení, které budou zpracovány na základě pozorování a také na základě rozhovorů s pracovníky stacionáře.

Klíčová slova: postižení, raná péče, vzdělávací potřeby, Downův syndrom, dětská mozková obrna, postižení zraku, rehabilitace, stacionář

ABSTRACT

Bachelor's thesis is focused on the educational needs of the clients rehabilitation clinics Nivy. Engaged in the education of children who from a given type of disability. The theoretical part is therefore engaged in by the child with a disability and care about him, then we will deal with individual educational needs of each type of disability and also looking at the work of rehabilitation clinics, to which we refer also to the practical part. The practical part is focused on the processing of research on the educational needs of individual clients. It includes five case studies of children, always with the type of disability which will be processed on the basis of observations and interviews with staff clinics.

Keywords: disability, early care, educational needs, Down Syndrome, Cerebral Palsy, visual impairment, rehabilitation, day care centre

Poděkování

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce, Mgr. Janu Kalendovi, za cenné rady, ochotu a odbornou pomoc, které mi poskytl při zpracování této práce.

Velké díky patří také pracovnícím v rehabilitačním stacionáři Nivy za vstřícný přístup a ochotu při sběru dat a informací.

„Kdo se jako člověk narodil, má být jako člověk vzděláván.“

Jan Ámos Komenský

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Holbová Bronislava

OBSAH

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DÍTĚ S POSTIŽENÍM	12
1.1 Péče o dítě s postižením.....	12
1.2 Raná péče	13
2 VYBRANÁ TYPOLOGIE POSTIŽENÍ.....	16
2.1 Downův syndrom.....	16
2.2 Postižení zraku.....	17
2.3 Dětská mozková obrna.....	19
3 VZDĚLÁVÁNÍ HANDICAPOVANÝCH.....	21
3.1 Historie integrace.....	21
3.2 Vzdělávací potřeby	22
3.2.1 Vzdělávací potřeby klientů s Downovým syndromem.....	23
3.2.2 Vzdělávací potřeby klientů s postižením zraku.....	24
3.2.3 Vzdělávací potřeby klientů s DMO	26
4 REHABILITAČNÍ STACIONÁŘ.....	27
4.1 Rehabilitační stacionář Nivy – Zlín	27
II. PRAKTICKÁ ČÁST	29
5 VÝZKUM.....	30
5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu	30
5.2 Druh výzkumu	30
5.3 Metoda sběru dat.....	31
5.4 Výzkumný vzorek.....	31
5.5 Průběh výzkumu.....	31
6 KAZUISTIKA - PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	33
6.1 Downův syndrom.....	33
6.1.1 T. (nar. 2010).....	33
6.1.2 N. (nar. 2009)	35
6.2 Postižení zraku.....	37
6.2.1 V. (nar. 2008)	37
6.2.2 S. (nar. 2008).....	38
6.3 DMO	41

6.3.1 E. (nar. 2003).....	41
6.4 Shrnutí.....	43
ZÁVĚR	44
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	46
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	48
SEZNAM PŘÍLOH.....	49
PŘÍLOHA P I: SOUHLAS RODIČŮ	50

ÚVOD

Jak už kdysi řekl Jan Ámos Komenský „Kdo se jako člověk narodil, má být jako člověk vzděláván.“ Totéž se týká také dětí s nějakým typem postižení. Je faktem, že jim vzdělávání může trvat déle než dětem bez nějakého handicapu, přesto i ony mají právo na vzdělávání. Trendem minulých let bylo, že děti s postižením jsou nevzdělatelné, popřípadě vzdělatelné pouze v ústavech. V dnešní době se setkáváme s integrací těchto dětí do zdravého kolektivu, kdy tento krok má být ku prospěchu nejenom dětem s postižením, ale i zdravým dětem a pedagogům. V bakalářské práci se snažíme zaměřit právě na vzdělávání dětí s postižením, které navštěvují rehabilitační stacionář ve Zlíně za účelem vzdělávání a mimo to jsou jim také poskytnuty různé terapie a relaxace. Rehabilitační stacionář Nivy lze označit za jakousi inovační mateřskou školku, která se specializuje na děti s postižením a umožňuje rodičům těchto dětí dát své ratolesti do rukou odborníků, aby si na chvíli zadechli a nabrali novou sílu, která je v tomto dlouhodobé procesu nutností a nezbytností. Ze všech typů postižení jsme se zaměřili na tři typy - to na Downův syndrom, postižení zraku a na děti s dětskou mozkovou obrnou. A proč právě tyto tři druhy? S ohledem na to, že se zmiňujeme o začlenění těchto dětí do zdravého kolektivu zároveň předpokládáme, že právě jedinci s tímto vybraným typem postižením lze začlenit do zdravého kolektivu bez toho, aniž by jedna či druhá strana utrpěla nějakým způsobem újmu.

Práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část, kdy v teoretické části se předně zaměřujeme na samotné dítě s postižením a následnou péčí o něj. V dalších krocích se zaměřujeme a snažíme vystihnout charakteristiku námi zvolené typologie postižení, a to Downova syndromu, postižení zraku a dětské mozkové obrny. Stěžejní kapitolou je samotné vzdělávání dětí vždy s charakteristickým typem postižení. Poslední kapitola se zabývá rehabilitačním stacionářem Nivy, který sídlí ve Zlíně a je určen dětem s jakýmkoliv typem postižení. Toto pracoviště bylo taktéž důležitým článkem pro naši práci, jelikož jsme z něj čerpali podklady pro navazující praktickou část. Praktická část se zabývá jednotlivými případovými studii a jejich rozbořem, který je řešen v rámci kvalitativního výzkumu a následné kazuistiky pěti případových studií.

Cílem této práce je identifikovat jednotlivé vzdělávací potřeby pro jedince s daným typem postižením a najít buď shodu u jednotlivých zdánlivě stejných případů, ba naopak vyloučit jakoukoliv podobnost u stejných typů postižení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DÍTĚ S POSTIŽENÍM

Očekávání nového přírůstku do rodiny doprovází mnohé emoce, které se přenáší z rodičky na všechny v jejím okolí. Ať už se jedná o emoce pozitivní, kdy je dítě plánované či emoce negativní, kdy se dítě na cestě objevuje poněkud neplánovaně. Avšak nastane-li fakt, že se rodičům narodí dítě s postižením, musí se s tímto faktem smířit nejenom rodička, ale celá rodina musí tuto zprávu nějakým způsobem akceptovat. Rodina se dostává do situace, kdy je nucena tento stav řešit adekvátním způsobem vzhledem k přítomnosti, ale také s ohledem na budoucnost jedince. Ve skutečnosti existují tři možnosti jak s touto nelehkou situací naložit. Rodina se rozhodne dítě si ponechat a vychovat jej v láskyplném prostředí milující rodiny nebo se mohou rodiče rozhodnout pro interrupci, bez ohledu na to, nakolik jsou lékařské testy důvěryhodné a stoprocentní anebo se rozhodnou po porodu odložit dítě do ústavu pro děti s postižením a brát si jej domů na občasné návštěvy o víkendech, svátcích či zvláštních příležitostech.

1.1 Péče o dítě s postižením

Na začátku je vždy těžké rozhodování, zda si dítě ponechat nebo jej odložit do ústavu. Pokud se rodina rozhodne si dítě ponechat a zajistit mu plnohodnotný život ve fungující rodině, musí se připravit na to, že ne vždy bude jejich cesta jednoduchá – ba právě naopak. Ve většině případů se rodina musí přizpůsobit jedinci s postižením a to zvláště v situacích, kdy se jedná o těžší druh postižení a jedinec vyžaduje zvláštní přístup či 24hodinovou péči. Ať už se jedná o těžké formy mozkové obrny, svalovou atrofii či děti krmené pomocí sondy. Nelze nastavit jakési parametry či tabulky, podle kterých by se měli rodiče dětí s postižením orientovat, protože i zde platí, že co osobnost, to individuální péče. *Dítě s postižením vyvolá v každé rodině depresi, stavy zoufalství a beznaděje, jenomže žádný pláč, výčitky a probdělé noci nemohou na daném stavu nic změnit. Rozhodující pro všechny je, jak brzy převládne u všech zúčastněných chladný rozum, rozvaha a otevřené zvažování všech možností.* (Marková a Středová, 1987, s. 21) Péče o dítě s postižením je složitá, ale ne nezvladatelná. Je však nutná podpora jak ze strany rodiny, tak je nutné seznámit okolí s faktem, který nastal, abychom se vyhnuli trapným a nečekaným situacím, které mohou vést k rozpakům u obou stran. Je vůbec složité přijmout ten fakt, že se narodilo dítě s postižením. Ale čím dříve si rodina přestane vyčítat tuto situaci, obviňovat sebe a dítě přijme za své, tím lépe se dokáže se svou situací vyrovnat a připravit dítěti vyhovující podmínky k životu.

1.2 Raná péče

Péče o nový přírůstek je vždy složitá. Hlavně v případech, kdy se rodiče s něčím takových setkávají poprvé. A pokud se narodí dítě s postižením, o to je ta práce složitější, jelikož rodiče mohou být v péči o takové dítě bezradní. Proto se postupem času vyvíjely různé druhy pomoci, která rodičům pomoci a usnadnit jejich „boj“. Jednou z nabízených alternativ je právě raná péče, která se zabývá dětmi od narození a podává rodičům pomocnou ruku. Raná péče je poskytována dle zákona 108/2006 Sb., § 54 Raná péče: Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Raná péče vznikla tak jako většina věcí – tedy postupným vývojem a lepším přístupem veřejnosti k dané problematice. Dříve byla pomoc uskutečňována formou specializovaných zařízení, která měla dětem poskytnout speciální péči a měla tak vyřešit rodičovskou starost. Avšak stále častěji se začaly ozývat samotní rodiče těchto dětí a nechtěli se vzdát rodičovských povinností vůči svým dětem s postižením. Objevovala se rodičovská hnutí, která se domáhala i jiných forem pomoci než jaké jim byly doposud nabízeny. Zlom nastal v 70. a 80. letech 20. století, kdy se v západní Evropě začaly seskupovat skupiny rodičů, které se snažily získat podporu, která jim umožní své děti vychovávat doma a to bez ohledu na jejich zdravotní postižení. Začaly se objevovat hlasy odborníků, kteří si stále více uvědomovali, jak je důležitý raný věk pro dítě a že nelze vytvořit umělou náhražku rodinného prostředí, které je nezaměnitelné. Postupem času byly vytvořeny podmínky, aby se touto problematikou začaly zabývat vhodné úřady. Nakonec se dostavily kýžené výsledky a v některých státech došlo k uznání nároku na služby pro rodiny s malými dětmi s postižením, které jsou etické, odpovídají potřebám rodin a také jsou efektivní.

V České Republice byl vývoj rané péče částečně jiný. Na odlišnostech se podílel jiný společenský i politický klimát před rokem 1989. Přestože i zde se rodily děti s postižením, objevovala se praxe, že dítě bylo odloženo do nějakého ústavu, kde je pro něj nejlepší místo a staral se o něj stát. S rodiči nikdo nedebatoval zda si dítě ponechat či nikoliv. Ale pokud se taková debata přece jen objevila, tak se snažili utvrdit rodiče, že ústavní péče je ta nejlepší pro jejich dítě.

Iniciativy, které měly směřovat ke změnám v péči o děti s postižením, vycházely spíše od odborníků. Byly to především speciální pedagogové, kteří se touto problematikou zabývaly. Poradenství, které mělo sloužit rodičům těchto dětí, se postupně rozšiřovalo a to jak na zkušenosti z praxe, tak na potřeby ostatních členů rodiny, kde dítě vyrůstá. Raná péče má však opodstatnění o jiných ohledech, jako je **neurofyziologie, sociální psychologie či speciální pedagogika**.

- **neurofyziologie** - je známo, že v raném věku dochází u dítěte k obrovskému vývoji a to ve všech směrech. Vytváří se velké množství nervových spojů, drah, paměťových spojů a také se objevuje schopnost vytvářet náhradní spoje za poškozené. Ačkoli je mozek schopen vytvářet nová spojení po celý život člověka, právě v raném dětství se přizpůsobuje nejlépe, a proto je velmi důležité začít co nejdříve, aby bylo využito maximálních schopností mozku.
- **sociální psychologie** – raná interakce mezi rodičem a dítětem je velmi důležitá z obou stran. Proto se výzkumy zabývají vytvářením emocionálních vazeb mezi rodiči a dítětem. Očekávání dítěte je pro rodinu novou zátěží a v případě, že se jedná o dítě s postižením, musí se rodina s tou neočekávatelnou skutečností nejprve vyrovnat. Je to právě okruh nejbližší rodiny, která prochází zátěží. Pokud však rodiče nezískávají od dítěte patřičnou odezvu (úsměv, oční kontakt,..) může to vést až ke snížení motivace o integraci jejich potomka. A právě toto rozčarování z takových situací může vést k nekvalitním vztahům v celé rodině.
- **speciální pedagogiky** – dítě s postižením je dítě, které potřebuje speciální zacházení a speciální péči. K jeho růstu je třeba vynaložení většího úsilí, motivace a trpělivosti. Proto cílenou stimulací lze v raném věku docílit maximálního využití oslabené funkce a vytvářet tak náhradní mechanismy za schopnosti ztracené.

Raná péče prošla vývojem a také dosáhla jakýchsi změn v pojetí. A to zejména takových, kdy v minulosti se odborní pracovníci zaměřovali pouze na dítě a jeho problém, poskytovali rodičům poradenství při péči o něj. Avšak s odstupem času se začali věnovat nejenom dítěti, ale celé jeho rodině a brali v potaz potřeby všech členů nukleární rodiny.

Na počátku byl poradcem ten, který ví a zná, a proto má tu pravomoc radit co dál. S odstupem času se poradcem stal odborník, který využívá jak teoretické znalosti, tak znalosti z praxe a také vnímá postřehy rodičů, kteří své dítě znají nejlépe ze všech. Nutno podotknout, že i rodiče si musí osvojit některé specifické znalosti a dovednosti, aby měli dostatek sil a jistoty při výchově a péči o své dítě. Také stále častěji odborníci začali navštěvovat své klienty v domácím prostředí, které je pro dítě nejpřirozenější a cítí se v něm bezpečně. Rodiče jsou také přirozenější a lépe se jim hovoří o svých starostech, které si odborník nejen poslechne, ale také nabídne příslušnou pomoc. Raná péče je poskytována různými subjekty, kdy se většinou jedná o nestátní neziskové organizace, kde zřizovatelem je občanské sdružení či církevní organizace. Každý subjekt se zaměřuje na určitou cílovou skupinu, se kterou umí pracovat. S přihlédnutím na různé typy postižení má nejdelší historii raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, která je poskytována na celém území ČR a funguje od roku 1990. Stejně je tomu tak i případě poskytování rané péče pro děti se sluchovým postižením. Ostatní cílové skupiny, kde patří mentální postižení, autismus či další tělesné postižení, už tak komplexní není, avšak ke zlepšení dochází rok co rok.

Jedním z hlavních cílů poskytovatelů rané péče je to, aby se o jejich službách dozvěděli právě ti, kteří jejich pomoc potřebují. Neopomíjí tedy na různé informační kampaně, které mají být osvětou pro rodiče dětí s postižením. Obrací se na veřejnost, odborné lékaře, pediatry, ale také na sociální pracovníky, aby se v rámci těchto odborníků dostaly informace právě k potřebným rodinám. Ty se pak na základě informací mohou rozhodnout zda této nabídky budou využívat či nikoliv. I zde ale platí určitá pravidla, se který mi je klient seznámen. Konzultační návštěvy odborníka jsou právě základem rané péče a vychází z individuálního plánu služby a také potřeb dané rodiny. Součástí rané péče jsou také doplňkové formy, které se skládají z různých seminářů pro rodiče dětí, sdělování si zkušeností či vzájemná podpora. (Kudelová, © 2013)

2 VYBRANÁ TYPOLOGIE POSTIŽENÍ

V dnešní době se stále častěji setkává s tím, jak se vlastně vyjadřovat o dětech/lidech s postižením. Nesluší se o nich mluvit jako o postižených lidech, ale je třeba dbát na politickou korektnost. A proto je lepší upřednostňovat oslovení děti/lidé s postižením. Pokud bychom se snažili nějak vymezit samotný termín „postižení“, mohli bychom se uchýlit k definici, kterou najdeme v zákoně č. 108/2006 Sb. O sociální službách, § 3 – *zdravotní postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.*

Příčiny, které mohou způsobit jedinci různé typy postižení jsou následující: v prvotním případě se může jednat o postižení způsobené **dědičností**, kdy se jedinec s danou vadou narodí. Dále je může způsobit **komplikovaný porod** – přiškrcení plodu pupeční šňůrou, porod zadečkem napřed či porod pomocí kleští), **prudká infekce** v prvních hodinách po porodu či pozdější **nemoc, nehoda** nebo **úraz**.

V naší práci jsme se zaměřili na tři druhy typologií postižení - na Downův syndrom, postižení zraku a dětskou mozkovou obrnu. Na tyto typy jsme se zaměřili jednak z důvodu snadnější integrace dětí do zdravého kolektivu a jednak z důvodu vlastních zkušeností v práci s těmito dětmi. Jednotlivé typy postižení mohou mít různé stádia postižení, a proto také péče o každého jedince musí být zcela individuální. Přestože každý typ postižení doprovází několik společných znaků, ne nutně se musí tyto znaky vyskytovat u všech jedinců s daným postižením. U někoho lze objevit 9 z 10 znaků a u jiného například jen jeden či dva znaky.

2.1 Downův syndrom

Downův syndrom je známý také jako trizomie 21. *Je to chromozomální vada, která se vyskytuje v současné době v české populaci přibližně u jednoho z 1500 živě narozených dětí. Tento syndrom popsal ve druhé polovině 19. století (1866) anglický lékař John London Down. Tuto vadu provází řady typických příznaků – šikmo posazené oči, nižší postava, krátký krk, ale také náchylnost k určitým nemocem – změněná funkce štítné žlázy, nemoci respiračního traktu, srdeční vady, snížená imunita, poruchy zraku a sluchu. Vždy je také přítomna mentální retardace různého stupně. Celkově se uvádí 55 charakteristických znaků, u každého jedince se však vyskytuje pouze část.* (Chvátalová, 2001, s. 110) V novější

literatuře podle Selikowitze (2005) najdeme, že Downův syndrom může mít více jak 120 charakteristických znaků. U některých dětí můžeme najít jenom šest nebo sedm. S výjimkou mentálního postižení se nenašel ani jeden znak, který by se musel nutně vyskytovat u všech postižených.

Tak jako tomu je u každého nečekaného zvratu, tak i v případě DS, se rodiče ptají „proč?“ a „co bylo/je příčinou?“. Na tuto otázku však nelze jednoznačně odpovědět. DS je považován za genetickou náhodu(nehodu). Vyskytuje se ve všech zemích, národech, etnikách i sociálněekonomických třídách. Je prokázáno, že nic, co by rodiče v průběhu těhotenství učinili, nemá za následek narození dítěte s DS. Za jedinou prokázanou souvislost se považuje věk rodičů. A to nad 35 let u matky a nad 50 let u otce. Pokud rodiče překonají prvotní šok z toho, že se jim narodilo dítě s postižením, naskytá se další otázka a to v podobě toho, zda si dítě nechají a nebo jej odloží do ústavu. V totalitní době nikdo z odborných pracovníků nepočítal s tím, že si dítě vezmou domů a rodičům byla hned v porodnici nabízena tato varianta. Avšak s postupem času se přístup odborníků a veřejnosti mění a většina lidí se rozhodne si dítě ponechat. S tím však vyplouvá další otázka a to otázka vzdělávání. Zda jsou rodiče vůbec připraveni vychovávat takové dítě, zda jsou srozuměni s veškerými překážkami, se kterými se budou muset v budoucnu potýkat. Většina pedagogů měla zažitou představu, že dítě s DS je buď nevzdělatelné anebo vzdělatelné ve speciální škole. Nicméně se stále setkáváme s integrací těchto dětí do klasických základních škol. (Chvátalová, 2001, s. 110-111) Tato integrace probíhá za pomoci asistenta, který se věnuje dítěti. Avšak ne každý učitel je ochotný akceptovat dalšího dospělého člověka ve třídě. Může ho brát jako dohled nad sebou samým či jako narušitele třídního klimatu. Děti s DS jsou děti, které mají také svá práva a povinnosti, jako ostatní zdravé děti. Jenom jim to v některých směrech trvá déle než průměrným dětem, ale kvůli tomu je nelze odsuzovat. U dětí je nejdůležitější vývoj do 3 let a jinak tomu není ani v případě dětí s DS. Některé děti se vyvíjí pomaleji, jiné rychleji. Ani v případě dětí s DS tomu opět není jinak. (Downův syndrom)

2.2 Postižení zraku

„Co je důležité, je očím neviditelné. Správně vidíme jen srdcem.“ Antoine de Saint – Exupéry

Pokud bychom se snažili definovat samotné zrakové postižení, uchýlíme se k tomu, že jde o snížení, případně zánik, schopnosti vnímat svět zrakovým analyzátozem. Uvádí se, že

zrakové vnímání se podílí na vnímání celkovém 80 – 85%. Tento fakt by pak měl znamenat, že nevidomý člověk má svět zpřístupněn pouze ze 20%. (Kudelová a Květoňová, 1996, s.3)

Rozlišujeme několik typů zrakových vad – **ztráta zrakové ostrosti**, kdy dítě nevidí zřetelně, dělá mu problém rozlišení detailů. Stupeň postižení může být velmi rozdílný. Druhým typem je **postižení zrakového pole** – dítě má pouze omezený prostor, který vidí. Souvisle s touto poruchou se může, ale nemusí, objevit omezení zrakové ostrosti. Ve finále se mohou objevit potíže s rozlišením barev či problémy vidění za šera a adaptace na změnu osvětlení. **Okulomotorické poruchy** jsou třetím typem zrakového postižení, které se projevují problémy při koordinaci pohybu očí. Pokud dítě sleduje pohybuující se předmět, nejprve použije první oko a pak druhé. Tento je známý pod názvem šilhání (strabismus). Avšak v nezávislosti na typu zrakové vady vymezujeme podle úrovně zrakové ostrosti jednotlivé stupně vidění. Patří zde: **slabozrakost** lehká, střední a těžká, **zbytky zraku** a **slepoty**. (Kudelová a Květoňová, 1996, s.5)

Se zrakovým postižením se člověk může narodit - vzniklo tedy prenatálně, jiné může získat v průběhu života – vlivem úrazu, nemoci. V některých zemích je oslepení dokonce považováno jako druh trestu. Kudelová (1996) uvádí dvě příčiny zrakové vady v prenatální období. Jednak vlivem **dědičnosti** nebo jako následek **infekčního onemocnění**, které matka prodělala v průběhu těhotenství. V nejčastějších případech se jedná o zarděnky, TBC, toxoplasmózu, ale i zdánlivě nenápadné virové onemocnění může být právě příčinou, která způsobí oslepení plodu. Dalším rizikovým faktorem je předčasný porod dítěte, kdy je dítě umístěno do inkubátoru za účelem udržení tělesné hmotnosti a dozrání nevyvinutých plic. Avšak i tady se vyskytují nežádoucí účinky, které právě mohou způsobit poškození zraku, tzv. retinopatii nedonošených.

Dříve byli lidé s postižením zraku odkázáni na pomoc druhých. V dnešní době však nalezneme spoustu kompenzačních pomůcek, které jim v nemalé míře usnadňují život. Mezi nejpoužívanější patří slepecká hůl, i když ne každý nevidomí ji používá. Dále pak vodící pes, který nevidomému usnadňuje jak pobyt doma, tak pohyb např. po centru města. Také Braillovo písmo a různé audio přehrávače, které umožňují nevidomým práci s počítačem a celkově s technikou, která je stále dokonalejší a pokrokovější.

2.3 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (DMO), někdy nazývána cerebrální dětská obrna, infantilní cerebrální paréza, perinatální encefalopatie či nemoc Littleova (londýnský ortoped, který ji jako první roku 1862 popsal), je stavem získaným před narozením, během porodu nebo záhy po něm. Poškození může zasáhnout mozek a příslušná pohybová a koordinační centra nebo nervové dráhy periferního nervového systému. (Chvátalová, 2001, s.166)

Dětská mozková obrna patří mezi nevléčitelné onemocnění, u které neexistuje ani spolehlivá prevence. Avšak současná medicína nabízí alespoň částečné zmírnění projevů. DMO také patří mezi nejčastější onemocnění, které vznikají kolem porodu. Příčiny, které provázejí DMO jsou individuální a zahrnují široké spektrum. Může se jednat o problémy jemné motoriky, jako je stříhání nůžkami, psaní, problém udržet rovnováhu a chůzi vůbec, mohou se objevit mimovolní pohyby, jakými jsou kroutivé pohyby rukou či neovladatelné pohyby úst. Objevit se také může neklid, těkavost, nedokonalost vnímání, nedostatečná představitost, střídání či výkyvy nálad. (Fischer a Škoda, 2008, s. 38) Také se objevují poruchy svalového tonusu. Jedinec může být postižen částečně tzv. paréza a nebo úplně a to nazýváme plegií. Pokud mluvíme o poškození jedné končetiny, nazýváme toho poškození monoparézou (- plegií), při postižení obou končetin se jedná o hemiparézou (- plegií). Pokud dojde k postižení obou horních nebo dolních končetin mluvíme o paraparéze (paraplegii) a v případě, že poškození zasáhne všechny čtyři končetiny, jde o kvadraparézu (kvadruplegii), kdy máme na mysli především hrubou motoriku, jenž je základem pohybu dítěte (sedání, lezení, chůze). Avšak nelze zapomínat ani na jemnou motoriku, která se podílí na uchopování předmětů či pohybů při psaní. V rámci jemné motoriky nutno zahrnout také řeč, kdy její vývoj u těchto dětí bývá opožděn a narušen, i přestože dítě rozumí mluvenému slovu u druhých. (Chvátalová, 2001, s. 166)

Častými příznaky, že dítě trpí DMO jsou problémy při přetáčení, sezení, lezení, smíchu, postoje anebo chůze. Souhrnně to lze nazvat jako vývojové opoždění, které se zpravidla objeví před 3. rokem věku a rodiče jsou většinou těmi, kdo první pojme podezření, že něco není v pořádku. (Živný, © 2006)

Pokud dítě trpí DMO mohou se u něj vyskytnout další typy postižení, které často s DMO úzce souvisí. Mezi nejčastější řadíme mentální retardace, epilepsie, růstová retardace, poruchy zraku a sluchu, poruchy vnímání dotyku a bolesti či poruchy vnímání vlastního těla.

Vyléčení tohoto druhu postižení není možné. Avšak pravidelná, hlavně správná, léčba může často zlepšit možnosti a kvalitu života dítěte. Avšak léčba je zdoluhavá a někdy může být i pro samotné rodiče velmi náročná. Také neexistuje jednotná léčba, která by se dala použít na každé dítě s DMO. Každé dítě je osobnost, u kterého platí, že čím dříve se s léčbou začne, tím lépe pro samotné dítě. Léčebné metody slouží např. k léčbě epilepsie, uvolnění spasticity. Mechanické pomůcky pak k překonání handicapu. Dále různé rehabilitace a také cannisterapie, hipoterapie, hydroterapie a logopedie. Léčebné metody jsou také zdrojem uspokojení emocionálních a psychologických potřeb. (Vitalion, © 2012)

3 VZDĚLÁVÁNÍ HANDICAPOVANÝCH

Dříve panoval názor, že děti/lidé s postižením jsou nevzdělatelní, popřípadě vzdělatelní pouze ve speciální či zvláštní škole. Nicméně v dnešní době se stále častěji setkáváme s integrací handicapovaných do tzv. zdravého kolektivu, kdy očekáváme přínos pro obě strany. A to jak pro dítě s handicapem, které se naučí přijímat svoje postižení a žít s ním mezi zdravými vrstevníky, tak je to velkým přínosem pro zdravé děti, které budou naopak vědět, jak se k takovému člověku chovat, jak s ním komunikovat, vycházet s ním a jak mu třeba i pomoci. Od nepaměti jsou malé děti zvědavé a bezprostřední a to je jejich velké plus, kterým bohužel dospělí neoplývají. A proto i zde při střetu s postižením nemají žádný ostych a dokáží se napřímo zeptat, proč ten kluk „sedí na vozíku“ nebo proč musí mít sebou asistenta. Avšak k integracím nedochází až při střetu se základní školou, s integrací se setkáváme už v mateřské škole.

3.1 Historie integrace

Pokud upustíme od prvotního názoru, že děti s postižením jsou nevzdělatelné, tak se dostáváme k názorům, že právě seskupování dětí s postižením a používání speciálních metod je nejlepší, co dítě můžeme nabídnout. Školství bylo rozděleno na dva hlavní proudy. Tím prvním bylo vzdělávání určené pro děti fyzicky, mentálně i smyslově zdravé a druhý proud se zaměřoval na děti, která tato kritéria nesplňovala. Avšak systém lze považovat za nedokonalý, jelikož i „chybějící prst na ruce“ mohl znamenat umístění dítěte do takového to zařízení. Nicméně ani tento systém nedokázal vzdělávat všechny děti s postižením. Nejvíce se to dotýkalo dětí s těžší formou postižení, které byly ze vzdělávacích programů vyčleňovány. Mezi lety 1970-1989 se můžeme výjimečně setkat s integrací konkrétního dítěte s postižením do běžné školy. Jednalo se spíše o výjimky, které byly vyvolány přáním rodičů a také záleželo na ochotě škol a učitelů. S ohledem na minulost však osnovy ve školách byly volnější, a tak spousta dětí i přes vzdělávací problémy, zvládaly výuku i v běžných školách. Až o několik let později byly přemísťovány do škol se zvláštním režimem. Ve druhé polovině 80. let se objevují právní normy, které upravují vzdělávání dětí s postižením. Školský zákon 29/1984 Sb. stanovuje, že výuka probíhá v českém a slovenské jazyce a nezapomněla ani na občany jiných národností. Leč nezaručovalo právo na vzdělání např. v Braillovu písmu či ve znakové řeči. Také zde nebyla řešena otázka přítomnosti dítěte s postižením v běžné škole. Existovalo také jakési zproštění povinné školní

docházky, kdy dle zákona nebylo dítě schopné vzdělání pro duševní stav. Toto zproštění bylo trvalé a nebralo ohled na vývojové změny u dětí s postižením. Děti byly umístěny do ústavů a jen ve výjimečných případech byla rodině umožněna cesta osobní péče. Nutno se pozastavit i nad tím, že existovala možnost, kdy dítě bylo přeřazeno do jiné školy a zákonných zástupců byl tento fakt pouze stroze oznámen. Nelze hledat ve všem nutně negativa. I zda najdeme několik pozitiv a to předně, že v sociálních zařízeních pracovala řada vzdělaných a obětavých pracovníků, kteří se snažili o zlepšení podmínek vzdělávání a péče pro děti s postižením. Také prostředí, kde speciální zařízení fungovalo, umožnilo vypracovat řadu didaktických zásad a postupů, včetně používání kompenzačních a rehabilitačních pomůcky, které byly jen těžce dostupné. Také učebnice, určené dětem, byly na vysoké úrovni. Co však stále pokulhávalo, byl individuální přístup k jednotlivcům. Stále se objevuje pouze představa o splnění vzdělávacích standardů daných předmětů. Úloha rodiny a rodičů byla nemyslitelným způsobem potlačena a děti byly zcela odkázané na odborníky a profesionály. Rodinné a širší sociální vazby s okolím byly velmi omezeny, jelikož rodiče byli nuceni k odložení dítěte řadou psychických, sociálních a ekonomických tlaků. Situace vedla k nelidským podmínkám, ve kterých byli lidé s postižením nuceni žít i celý život. Byla jim upírána lidská práva a také přirozené potřeby. Vlivem toho, že tyto dvě skupiny lidí byly od sebe odděleny, byl prohlubován pocit otažitosti a nepochopení. Výjimkou proto ani nebylo, že se lidé ve společnosti vyjadřovali nevhodně, hanlivě či hrubě o zdravotně postižených. (Müller, Oldřich et. al., 2001, s. 17-23)

S postupným začleňováním do běžných škol dětí s postižením se setkáváme na začátku 90. let. Avšak mezníkem v tomto projektu se stal r. 1991, kdy byla přijata vyhláška o základních školách, která poprvé zmínila možnost začlenění dětí s postižením do běhu běžných škol. (Müller, Oldřich et. al., 2001, s.27)

Většinou se jedná o integraci dětí s Downovým syndromem, svalovou atrofií, dětskou mozkovou obrnou, postižením zraku nebo postižením sluchu. Ve všech případech je však nutno brát zřetel na zdravotní stav dítěte a situaci rodiny.

3.2 Vzdělávací potřeby

Vzdělávací potřeby se týkají všech, kteří se vzdělávají. A to bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, náboženské vyznání či specifické potřeby. Proto v první řadě bychom se měli pokusit vymezit stěžejní pojmy jako jsou **vzdělávání** a **potřeby**. Vzdělávání lze chápat jako proces

záměrného a organizovaného osvojování poznatků, dovedností, postojů aj., typicky realizovaný prostřednictvím školního vyučování. (Průcha, 2009, s. 17) Vzdělávání je také úzce spojeno s výchovou. Ovšem i zde najdeme rozpory a to v takové podobě, že zatímco dle některých autorů jsou z teoretického pohledu tyto dva pojmy oddělitelné, v praxi je to nemyslitelné. O tom se lze přesvědčit např. ve školním vyučování, kde učitel v rámci vyučování jak vzdělává, tak také vychovává. (Průcha, 2009, s. 17) Pro definici potřeb sáhne po psychologickém slovníku, kde najdeme několik významů tohoto termínu. Jedná se o *nutnost organismu něco získat, něčeho se zbavit; též stav organismu člověka, který znamená porušení vnitřní rovnováhy, a nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti.* (Hartl, 1993, s.62) Také se lze odkázat na Maslowovu hierarchii základních potřeb, jako je potrava, voda, nepřítomnost bolesti, pocit bezpečí, lásky, sebeúcty. Teprve po dosažení primárních potřeb tíhneme k dosažená tzv. metapotřeb (potřeby vyšší). Zmíněné vyšší potřeby jsou výsledkem učení a mohou být tedy málo rozvinuty či dokonce chybět. (Hartl, 1993, s. 151-152)

Vzdělávací potřeby dětí s postižením bývají individuální s ohledem na zdravotní stav dítěte, ostatní okolnosti a také možnosti rodiny. Jak jsme se již zmínili výše, tak nelze nastavit jednoznačné tabulky a směrnice, podle kterých by bylo každé dítě s postižením vzděláváno stejným způsobem. A proto je nutno přihlížet na každého jedince jako na osobnost. Jedno však mají přece jen společné – a to, že jsou to děti jako každé jiné a mají své potřeby, své nároky, chtějí být se svými vrstevníky, mít kamarády a v neposlední řadě mají mít možnost se vzdělávat. Aby byla integrace úspěšná, objevují se podmínky a jednotlivé aspekty pro její splnění. Dle Müllera (2001) mezi ně patří zejména: rodiče a rodina, škola, učitelé, poradenství a diagnostika, také podpůrný učitel, osobní asistent, doprava dítěte, rehabilitační a kompenzační pomůcky a v neposlední řadě také bezbariérový přístup, sociálně psychologické mechanismy či různé organizace zdravotně postižených.

3.2.1 Vzdělávací potřeby klientů s Downovým syndromem

Důležitým momentem u dítěte s DS je fakt, že děti jsou vzdělatelné, což znamená, že v četných případech je možné tyto děti při velké trpělivosti a péči vychovávat, vštěpovat jim správné základní návyky i je učit. Právě tady je kus naděje, kterou by měli lékaři po porodu rodičům dát. (Marková a Středová, 1987, s.18)

Nejdůležitější při vzdělání dětí s postižením je včasná péče. *Pod termínem „včasná péče“ rozumíme stimulaci senzomotorických, rozumových, jazykových a sociálních schopností dětí.* (Selikowitz, 2005, s.128)

Jak jsme se již zmiňovali o rané péči, tak ani v případě dětí s DS tomu není jinak. I zde hraje velkou roli čas, kdy začít dítě stimulovat, vychovávat a učit. Termínem „včas“ se rozumí okamžik, kdy zjistíme, že s dítětem není něco v pořádku. V případě dětí s DS to znamená ihned po porodu, jelikož znaky DS jsou viditelné neprodleně po narození. (Marková a Středová, 1987, s. 103) Na této péči se ve většině případů podílí tým specialistů, který ví, co dítě bude potřebovat. Patří mezi ně rehabilitační pracovník, terapeut, logoped, speciální pedagog, možno také využít služeb psychologa či sociálního pracovníka. Postupem času je však čas uvažovat o dalším zařízení, které by bylo úměrné věku dítěte – a to mateřská škola a později škola základní. Při tomto rozhodování existuje několik možností, jak se rozhodnout – stacionář, speciální mateřské školy, ale i klasické mateřské školy, kdy se pokoušíme dítě integrovat do zdravého kolektivu. U těchto dětí je důležité nezapomínat na fakt, kdy dosahují svého intelektového „stropu“. Prokázalo se, že většina jedinců (48%) dosahuje vrcholu mentálního vývoje až někdy mezi léty 20-37 let. To jen umocňuje fakt, že u dětí s DS je nutné pokračovat a nepolevovat v učení až do dospělého věku. (Marková a Středová, 1987, s. 119) Samozřejmě nesmíme opomínat fakt, že děti s DS se pohybují na různých úrovních mentální retardace, takže vzdělání musíme vždy přizpůsobit jejich schopnostem.

3.2.2 Vzdělávací potřeby klientů s postižením zraku

Jak jsme se již zmínili v úvodu o rané péči, tak ani zde nelze zapomínat na její vliv a přínos při péči a výchově o dítě s postižením zraku. Není možné ji nějakým způsobem podceňovat. Ba naopak – je velmi důležité rozvíjet právě i to málo, co má k dítě k dispozici, aby nedošlo k úplnému zaniknutí zbylých vyvinutých smyslů. Tak jako každé zdravé dítě, tak i dítě zrakově postižené má své potřeby. Jen jejich plnění je občas náročnější než obvykle. Keblová (1996) uvádí předškolní vzdělání dětí se zrakovým postižením jako nejvhodnější dobu pro integraci takového jedince, jelikož právě v tomto období dochází k formování charakterových a osobnostních vlastností. Dítě by si mělo v mateřské školce nacvičit specifické dovednosti. Jedná se především o:

- **rozvoj zrakových funkcí** (vnímání plochy, barev, rozlišování barev)

- **rozvoj sluchového vnímání** (uvědomění si zvuků, rozeznání zvuku)
- **rozvoj hmatového vnímání** (jemná motorika, modelování, čtení reliéfních obrázků)
- **rozvoj čichu a chuti**
- **rozvoj řeči** (rozšíření slovní zásoby, vytváření správných představ o okolním světě)
- **rozvoj estetického vnímání** (uvědomění si barev, ztvárňování představ, vnímání hudby, rozvíjení vlastní hudební činnosti)
- **nácvik orientace a samostatného pohybu** (chůze s průvodcem, po schodech, orientace ve známém prostředí)
- **nácvik sebe obsluhy** (využívání kompenzačních a reedukačních pomůcek, osobní hygiena, oblékání, stolování) (Keblová, 1996, s.27-28)

Základem poznání je vnímání smysly. Dítě se má učit od nejútlejšího věku správně vidět, správně slyšet a správně vnímat hmatem. Platí to bez výjimky pro všechny děti, zejména však pro zrakově postižené. (Keblová, 1996, s. 28)

Jelikož 80% informací získáváme skrze zrak je důležité, abychom dítěti byli schopni pokusit se vynahradit chybějící smysl, aby se dokázalo orientovat a „fungovat“. *Žáci se zrakovým postižením se mohou vzdělávat na základě ŠVP korespondující s RVP ZV za předpokladu, že pro jejich vzdělávání budou vytvořeny potřebné podmínky. Tyto podmínky jsou individuálně odlišné a musejí odpovídat stupni a druhu postižení jednotlivých žáků. (Bartoňová, 2005, s. 225)* Podmínky by měly být vždy takové, aby žáka s postižením zraku ještě více neomezovaly, ale pomohly mu zvládnout probíranou látku spolu s dalšími žáky ve třídě. Jedná se o **vhodné osvětlení, hluk, úprava interiéru**, jako barevné označení schodů, označení prosklených ploch, zábradlí, lišty, vyhnout se lesklým nátěrům, o které se odráží světlo, **prostornou plochu stolu, kompenzační pomůcky**, jako fixy s tlustou stopou, barevné záložky, zvětšovací lupy a sousta dalších. (Keblová, 1996, s.48-52) I zde je důležité malé dítě odmala stimulovat pomocí různých pomůcek. Jednou z kompenzačních pomůcek, kterou dítě využívá po celý život, je znalost Braillova písma, které mu umožňuje samostatné čtení i psaní. Jedná o speciální druh písma, které je určeno pro nevidomé a slabozraké. Funguje na principech bodů vyražených do papíru, které čtenář vnímá pomocí hmatu. Autorem této kompenzační pomůcky je Louis Brail, který sám oslepnul v dětství a toto

písmo vytvořil úpravou vojenského systému, které umožňovalo čtení za tmy. (Steringová, © 2008)

3.2.3 Vzdělávací potřeby klientů s DMO

Děti s dětskou mozkovou obrnou mají ve škole vždy výjimečné postavení. Není to jen proto, že jsou na pohled nápadné, ale i proto, že jejich celkové i dílčí schopnosti, celá jejich psychika, má své specifické zvláštnosti, které je potřeba znát a respektovat. (Šandera, 1977, s.178) Dle PhDr. Šandery (1977) rozlišujeme několik zvláštností, na které je třeba brát zřetel, co se týká vzdělávání. Patří zde:

- **poruchy pozornosti** - děti s DMO se obtížně soustředí, pozornost se spíše obrací k vedlejším podnětům, hlavní podněty zůstávají v pozadí
- **poruchy zrakové a sluchové** – dítě vidí i slyší, ale sklad a rozklad daného projevu vážne
- **poruchy jemné motoriky** – projevy v oblasti řeči; mluvený projev je pomalejší, objevují se celkové problémy při tělesné hbitosti
- **snadná a zvýšená únava** – děti s DMO potřebují častější oddech a přestávky, avšak i tady je únava individuální u každého jedince
- **citová labilita** – děti se snadněji rozplácí, rozesmějí, jsou mnohem citlivější na různé podněty
- **snížení rozumových schopností** – pomaleji chápou problémy, hůře si pamatují, vybavují celkově je snížená bystrost (Šandera, 1977, s. 178-179)

Některé děti často navštěvují školu, která je v blízkosti jejich bydliště a některé navštěvují zvláštní školy, které jsou umístěny při internátech, kde děti tráví celý týden a rodiče si je berou domů pouze na víkendy. Rodiče mohou často řešit dilema, zda „opustit“ své dítě a svěřit jej do ústavní péče. Avšak jsou-li podmínky pro výchovu těžce postiženého jedince nevyhovující, ať už z rodinných důvodů, kdy rodiče nemají potřebné pomůcky či zázemí, či škola od bydliště je vzdálená, tak internátní pobyt představuje jedno z nejméně náročných možností. Dítě se naučí žít samostatně, což mu bude jistě ku prospěchu v budoucnu, ale také najde určitě spoustu kamarádů, které potřebuje každý jedinec ke svému životu. (Šandera, 1977, s. 180)

4 REHABILITAČNÍ STACIONÁŘ

Rehabilitační stacionář je určen především pro děti s postižením. Lze ho považovat za jakousi obdobu mateřské školky. Pokud bychom se měli předně zaměřit na význam těchto dvou slov, tak *rehabilitace* je slovo latinského původu (*rehabilitatio*), znamenající obnovení, navrácení, nápravné cvičení a podobně. *Stacionář* je jakýmsi zařízením pro krátkodobý pobyt poskytující odbornou péči. Takže jak již významy obou slov napovídají, jedná se o jakési zařízení, které je určeno dětem s postižením k rozvoji jak kognitivních funkcí, tak rozvoji hrubé a jemné motoriky, řeči, samostatnosti, ale také základních hygienických návyků a sebe obsluhy. V neposlední řadě poskytují rodičům odlehčení při péči o jejich děti.

4.1 Rehabilitační stacionář Nivy – Zlín

Rehabilitační stacionář Nivy je nestátní zdravotnickou organizací, kterou najdeme v klidné části města Zlína, ve velké vile, která byla darována městu panem Hanzelkou. Vila je obklopena zelení, klidem a kolem objektu se nachází spousta venkovního vybavení, které slouží dětem při venkovních hrách. Samotný prostor uvnitř stacionáře je rozdělen na několik speciálních tříd určených k výuce, hraní, rehabilitacím či relaxaci. Celému prostoru dominují dvě velké herny, ve kterých děti tráví podstatnou dobu svého pobytu. Jsou uzpůsobené k jejich potřebám a mají k dispozici velké množství hraček a pomůcek k hraní a sebe-rozvoji.

Kapacita zmiňovaného objektu je 20 dětí a najdeme zde děti s různým typem postižení. Stacionář se zaměřuje na vzdělání dětí s kombinovaným postižením, mentálním postižením, poruchy zraku, děti s těžkými poruchami hybnosti, autistické rysy, genetické vady, DMO, ADHD, poruchy chování, také na děti po polytraumatech či vrozené vývojové vady. Také děti se sociokulturním omezením – děti menšin a migrantů, ale také děti bez handicapu.

Cílem stacionáře i jeho personálu je být dítě jakýmsi průvodcem, poradcem a pomocníkem. Snaží se optimálně rozvíjet individuální psychomotorický potenciál dítěte, pomáhat dítěti si osvojit hygienické návyky, vést ho k samostatnosti a soběstačnosti. Ale také chtějí odlehčit rodinám, které mají dítě s postižením a být oporou a zázemím pro rodiče dětí se znevýhodněním. Samozřejmě zde nenajdeme jenom tyto služby – další doménou jsou ošetrovatelské služby, fyzioterapeutická péče, pedagogická péče a logopedická péče. Také se

věnují dětem i po zcela jiné stránce a hledají pomoc v dalších odvětví. A to v canisterapii, hipoterapii, ergoterapeutických aktivitách, hudebních a divadelních chvílkách – muziko a drama terapii, plavání ve slaném bazénku - hydroterapie, perličkové koupele a další.

Pobyty, které stacionář nabízí, nejsou jenom denní, ale najdeme zde i týdenní, kdy děti jsou ve stacionáři celý týden včetně pobytu přes noc a rodiče si je vyzvednou na víkend. Týdenní provoz je od pondělí do pátku, od 6h do 16h. O víkendech, státních svátcích a vánočních prázdninách je stacionář uzavřen a o letních prázdninách je provoz kapacitně omezen. Časový interval pobytu je také individuální a samy rodiče si určují počet dní v měsíci dle svých potřeb a možností. Na stacionář se lze obrátit také s příležitostným hlídáním. (Stacionář)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

Praktická část bakalářské práce se zabývá identifikací vzdělávacích potřeb dětí navštěvující rehabilitační stacionář Nivy. Jedná se o děti s určitým typem postižením, k jejichž vymezení došlo v teoretické části této práce. Pro náš výzkum byly vybrány děti, které odpovídaly našim kritériím, které byly stanoveny na začátku práce. Předně se jedná o děti s Downovým syndromem, s postižením zraku a děti s dětskou mozkovou obrnou. Pro danou typologii byly vybrány vždy dvě děti. Na začátku byly použity informace od šesti dětí. Avšak na konci výzkumu se objevily komplikace, a to v podobě nesouhlasu jednoho z rodičů ohledně použití informací jeho dítěte. Proto tyto materiály nemohly být nadále použity a následně zpracovány.

Cílem této práce je zjistit, jakým způsobem je vybrané dítě s Downovým syndromem vzděláváno oproti dítě s postižením zraku a s dětskou mozkovou obrnou a zda i přístup ke dvěma dětem se stejným postižením je stejný nebo zcela odlišný. Ve finále dojde k celkovému srovnání u jednotlivých dětí v závislosti na postižení.

Výzkum se teda zabývá otázkou, do jaké míry lze identifikovat tyto vzdělávací potřeby v závislosti na typu postižení. Za vzdělávání u těchto dětí lze považovat i návyky při sebeobsluze, rozvoj hrubé a jemné motoriky, rozvoj řeči a také rozvoj stávajících dovedností, aby nedošlo k úplnému útlumu již nabytých dovedností.

5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Výzkumný problém se zabývá otázkou jaké vzdělávací metody jsou používány při vzdělávání dětí v různých oblastech.

Hlavním výzkumným cíle je tedy zaměřovat a rozčlenit jednotlivé metody vzdělávání u každého z dětí. A to předně v kognitivní oblasti, oblasti řeči a komunikace, jemné a hrubé motoriky.

5.2 Druh výzkumu

Vzhledem ke stanovení výzkumného problému byl zvolen druh výzkumu kvalitativní. Dle Švaříčka (2007, s. 17) lze definovat kvantitativní výzkum jako *proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu*. V závislosti

na kvalitativním výzkumu jsme se rozhodli pro metodu kazuistiky. Kazuistiku lze definovat jako *systematické zkoumání jednotlivce prostřednictvím pozorování a rozhovoru, umožňující detailní poznávání chování, vývoje a rozvoje jeho osobnosti. Získané poznatky nelze zobecnit (generalizovat)*. (M. Musilová, 2003, s. 10) Kazuistiku lze též nazvat případovou studií, která je založena na rozhovoru, pozorování a záznamech z práce přímo s jedincem.

5.3 Metoda sběru dat

Výzkum k této práci se zaměřuje na děti s postižením v rehabilitačním stacionáři. Jelikož většina postižení je doplněna o různou formu mentální retardace, nebylo tudíž možné provést rozhovory přímo s dětmi. Proto sběr dat proběhl v rámci rozhovorů s pracovníky rehabilitačního stacionáře. A to předně se speciálními pedagogy a logopedem, kteří se dětem věnují v oblasti vzdělávání. Další část dat byla získána pomocí dokumentů či videozáznamů, které nám byly umožněny k nahlédnutí. Poslední část tvoří data získaná přímým pozorováním při procesu vzdělávání a doplněny o komentáře speciálního pedagoga.

5.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl vybrán metodou záměrného výběru a je tvořen celkem pěti dětmi, které pravidelně navštěvují rehabilitační stacionář a účastní se tak procesu vzdělávání. Vždy u každé typologie postižení najdeme dvě děti, které odpovídají našim kritériím. Výjimku tvoří postižení dětskou mozkovou obrnou, kdy máme pouze jednoho respondenta, jelikož u druhého respondenta se vyskytl problém se souhlasem použití údajů, tudíž nemohly být tyto informace dále zpracovávány.

I když věk nebyl pro tuto práci zcela stěžejní indicií, nacházejí se děti v rozmezí 3 až 10 let.

5.5 Průběh výzkumu

Za takový malý předvýzkum této práce by se dala považovat účast na praxi právě ve zmiňovaném rehabilitačním stacionáři Nivy, který je stěžejním objektem celé práce a kde jsme také čerpali podklady a informace pro tuto práci. Taktéž děti, které jsou nejpodstatnější

částí práce, dochází do výše zmiňovaného stacionáře, kde se jim plně věnuje profesionální personál.

Data, která slouží k naší práci, byla zaznamenávána pomocí jednoduchých zápisů do deníku výzkumníka a v nejbližší době byla přepsána do strukturovaného textu, aby nedocházelo k mylnému výkladu. Rozhovor se dvěma speciálními pedagogy probíhal ve třídě, která je určena pro vzdělávání dětí navštěvující stacionář. V polovině případů bylo dané dítě přítomno rozhovoru, jelikož se právě účastnilo „vyučující hodiny“, tudíž byla možnost vidět dítě přímo v akci a jeho práce byla komentována speciálním pedagogem. U dalšího dítěte byl shlédnut videozáznam, který byl taktéž doplněn komentářem a výkladem speciálního pedagoga. Avšak i toto dítě, jakož i další, jsme viděli při vzdělávacím procesu a to v období konané praxe. V posledním případě byl rozhovor veden o samotě se speciálním pedagogem v jeho třídě, kdy si výzkumník dělal poznámky do archu. Na závěr výzkumu bylo umožněno shlédnutí dokumentů k jednotlivým dětem a došlo k doplnění dat potřebných k výzkumu.

Po získání všech potřebných dat došlo k následnému zpracování a vyhodnocení. Kvůli ochraně osobních dat respondentů a jejich rodičů bylo zvoleno pouze udání počátečního iniciálu křestního jména a datum narození.

6 KAZUISTIKA - PŘÍPADOVÉ STUDIE

Nyní se dostáváme k samotným případovým studiím, jejichž informace byly získány od speciálních pedagogů a následně přepsány do celistvého textu pro snadnější porozumění dané problematice a vyvození závěrů.

Každá z podkapitol se věnuje jednomu typu postižení, kde vždy následně najdeme dva respondenty. Výjimkou je postižení DMO, kde máme pouze jednoho respondenta.

6.1 Downův syndrom

6.1.1 T. (nar. 2010)

Je to dívka s Downovým syndromem, který je doplněn o středně těžkou mentální retardaci. Do rehabilitačního stacionáře nejprve docházela na adaptační pobyt. Jednou týdně navštěvuje třídu speciálního pedagoga a třídu logopeda.

Dívka více rozumí než mluví. Dokáže napočítat do dvou. Má problémy s vývojem řeči. Předně je to dyslalie, kdy přehazuje písmenka ve slovech a různě je komolí (pes – sepa). Na logopedii cvičí dechová cvičení (foukání do pírek, bublifuku či vloček). Snaží se také naučit nádech nosem a výdech pusou. Nutnou součástí je motorika jazyka, kdy lidé s DS mají často velký jazyk, který jim „přečuhuje“ z pusy. To však není případ dívky. V rámci výuky dochází k rozvoji rozumové a smyslové motoriky. Začala vyvozovat hlásky p, b, m, kdy pomocí obrázků, fotek či piktogramů se snaží pojmenovat jednotlivé věci či činnosti. Má retardaci v komunikaci. Speciální pedagog se také snaží o rozvoj slovní zásoby. Dívka dokáže občas pojmenovat různá zvířata. Občas je jmenuje pouze zvukem, které dané zvíře vyluzuje. Dívka se také cvičí v grafomotorice, a to pomocí „malování“, kdy je tato metoda prováděná pomocí pedagoga, jelikož cílený pohyb vázne. Trénuje také cílené spojování bodů - nácvik čar či kroužení. Účastní se také arteterapie, kde se využívají fixy či svítící pero. Jako dítě s DS nemá logické myšlení, proto všechno je nutné zobrazovat konkrétně. Postupné děje, které jsou na představitost, jsou pro ni těžké a učí se jim rozumět. Pokud jí pedagog požádá o rozdělení věcí dle barev, tak dívka ochotně rozdělí, pokud se však jedná o dělení věcí na základě vlastností, objevuje se problém, a proto i tato oblast je cílem tréninku. Nutný je také rozvoj v rozumové oblasti. Učí se také popisovat denní činnosti, části dne, roční období a to pomocí obrázků či puzzlí. Problémem je také matematic-

ká představivost, kdy obtížně chápe pojmy hodně/málo, před/za. V oblasti smyslů se zde snaží o rozvoj zraku, čichu i chuti. Má problémy se syntézou, trénuje proto vyhledávání menších objektů na ploše, vnímání detailů, orientace v prostoru a vnímání obrázku jako celku.

Velmi ráda vítá různé manipulační činnosti. Je velmi šikovná, avšak málo soustředěná. Speciální pedagog se zaměřuje na rozvoj jemné motoriky s velmi drobnými předměty – vkládání malých korálků do krabiček či sbírání zrníček pro morče. Projevuje se také porucha koordinace a mírná retardace hrubé motoriky. Cvičí tedy chůzi do schodů, přeskokování, chůze po lavičce či chození po předložkách. V oblasti sluchu trénuje otáčení se za hudbou při zavázání očí a v oblasti rozvoje hmatu slouží pytlík s malými předměty, které buď na pokyn vyloví či po hmatu poznává. Úspěšnou terapií je zooterapie, na kterou je celkově kladen důraz ve stacionáři. Velmi oblíbeným se stalo morčátko Dája, které dívka bezmezně miluje a díky němu se učí i popisovat části těla. Jako dítě s Downovým syndromem je negativistkou – na vše říká „ne“. Pouze při dotazu ohledně morčete nedostane pedagog žádnou odpověď. Účastní se také hudebních chvil (muzikoterapie), hipoterapie či skupinové canisterapie. Dívka má dva starší sourozence.

Kognitivní oblast:

- chybí logické myšlení – tréninky pomocí postupných dějů na kartičkách, popisování denních činností, částí dne, ročních období, vyhledávání obrázků na velké ploše, vnímání detailů, orientace v prostoru, vnímání obrázku jako celku, dělení předmětů na základě stejné barvy, vlastností

Řeč, komunikace:

- problém s vývojem řeči – dechová cvičení pomocí foukání do pírek, vloček, bubli-fuku, na zrcadlo, nádech pusou a výdech nosem
- rozvoj slovní zásoby – pomocí kartiček, kde je daný předmět (zvíře) vyobrazeno a také popsáno
- motorika jazyka – vyplazování na sebe do zrcadla, „lízání“ imaginární zmrzliny

Jemná motorika:

- grafomotorika – cílené spojování bodů, čar, obkreslování předkreslených vajíček, kroužků

- sbírání a následné vkládání malých korálků či kuliček do krabičky, sbírání zrníček pro morče Dáju; lovení malých předmětů z pytlíčku a jmenování daného předmětu

Hrubá motorika:

- mírná retardace – chůze do schodů pomocí střídání nohou, přeskokování značek na zemi, chůze po lavičce, chození po předložkách

6.1.2 N. (nar. 2009)

Dívka trpící Downovým syndromem, který je doplněn o mentální retardaci, pravděpodobně těžkou. Do stacionáře dochází denně.

V oblasti komunikace dokáže projevit libost či nelibost. Nelibost vyjadřuje pomocí křiku nebo vzteku. Také dokáže navázat oční kontakt, což dříve nebylo samozřejmostí. Jelikož stále nereaguje na své jméno, bylo doporučeno vyšetření BERA. To však neprokázalo ztrátu sluchu. Přesto i po odborném vyšetření je velmi sporné, zda dívka slyší. Na druhou stranu je dívka schopná vokalizovat, tudíž nějaké zbytky sluchu u ní musí být. Vokalizace je skoro neustálá a převládá mrčení. Dále ke komunikaci používá posturologii – otočí se, lehne si, poodejde, rozběhne se. Na základě neurologického vyšetření byla doporučena medikace na povzbuzení mozkové aktivity. Po třech měsících byla vysazena, aby se zjistila účinnost této léčby. Jelikož dívčin stav zůstal stejný, jako v době, kdy dívka brala medikaci, byla medikace vysazena.

Je tzv. hypotonik, kdy se občas chová jako „hadrová panenka“, která nevládne svým tělem. U dětí s DS se vyskytuje stereotypní jednání, ani tato dívka není výjimkou. Vyskytuje se u ní kývání ze strany na stranu, je fascinována dveřmi, o které se často tře. Dříve byla také negativisticky laděna, avšak postupným zráním se tento stav zlepšuje.

V motorické oblasti nemá až tak problém, avšak někdy nechce brát věci do rukou, jen se dotýká dlaněmi. V oblasti hrubé motoriky trénuje chůzi do schodů. Rozumí gestům, kdy je jí nápodobou naznačeno, zda chce vzít na ruce, také chápe „hrození“ vztyčeným prstem. Má ráda hmatovou stimulaci – šustivé materiály, přesypání věcí. Ze strany pedagoga je snaha o nápodobu a také snaha o spolupráci při sebe obsluze – obouvání bot, obléknout se. Také snaha o rozvoj pudu sebezáchovy. Naučila se pracovat za odměnu, kdy odměnou je „přibíháček“. V loňském roce, v období únor – červen, navštěvovala jednou týdně jesličky s dětmi bez postižení, kdy po delší době začala děti lehce napodobovat.

Problémy se objevují také při krmení, kdy dlouhou dobu pila z lahve a poté nechtěla jíst tuhou stravu. Po odstranění láhve jedla mixovanou kaši. Nyní je schopná akceptovat drce-nou stravu. Je také nucena do asistence jak při jídle, tak při pití.

Účastní se pouze skupinové canisterapie, kdy pes samotný ji nezajímá, ale ani se ho nebojí. Spíše bývá fascinována vodítkem a věcmi, které s pejskem souvisí. Aktivně navštěvuje snoezelen, kde se nejprve bála, nyní zde dokáže bez problémů relaxovat a probíhá u ní zde také zraková stimulace. Účastní se také hydroterapie, která je pro ni velmi prospěšná. Dí-venka je jedináčkem.

Kognitivní oblast:

- pochopení gest „vzít na ruce“, „hrození“ vztyčeným prstem
- rozvoj pudu sebezáchovy, odstranění stereotypního chování

Řeč, komunikace:

- libost / nelibost ta je vyjádřena křikem vztekem, vokalizace – mrčení
- oční kontakt, vyplazování jazyka na sebe do zrcadla
- nácvik posturologie ke komunikaci – otočení se, lehnout si, poodejde, rozběhne se

Jemná motorika:

- trénování hmatového úchopu – vkládání věcí do rukou
- sběr menších věcí, přesypání korálků, stimulace prstů šustivými materiály

Hrubá motorika:

- střídavá chůze do schodů, kdy se dívka v půli schodů vzteká, vzpírá a odmítá jít dále, chůze po lavičce
- spolupráce při sebe obsluze – obouvání bot, obléknout se

Srovnání:

Hned zkraje je patrné, že dívka z první případové studie je na tom o dost lépe – co se týká komunikace, vyjadřování i sociálního života. I přestože je o rok mladší než dívka z druhého případu. S oběma dívkami jsme se dostali do přímého kontaktu jak při vzdělávací procesu, tak v době „osobního volna“. Dívka T. je ochotná více spolupracovat a je více soustředěná. Při práci s logopedem ochotně „jmenovala“ jednotlivé obrázky, které jí

byly předkládány a které znala od logopeda nebo které s ní doma procvičuje maminka. Na výzvu nám ochotně popsala členy rodiny, které má vyfocené ve fotoalbu. Naopak dívka N. je častěji neklidná, je složité ji nějakým způsobem zaujmout a „donutit“ spolupracovat. S ohledem na různé terapie, zooterapii dívka T. využívá hojněji, jelikož zvířata miluje (pes, morče). Dívka N. je drobného vzrůstu a tudíž by byla ideální adeptkou na polohování při canisterapii. Bohužel ji pes jako takový nezajímá, a tak se této aktivity neúčastní. Obě dívky se trénují v oblasti hrubé motoriky. Avšak v oblasti jemné motoriky má dívka T. jasně navrch. Co se týká vzdělávání, je přístup k oběma dívkám podobný – a to formou neustálého opakování a postupné přidávání nových věcí, které musí trénovat jak se speciálním pedagogem, tak také velkou část musí trénovat doma s rodiči.

Obě dívky trpí DS a objevuje se tudíž u nich několik typických znaků – DS doplněn o mentální retardaci, negativismus a stereotypní chování.

6.2 Postižení zraku

6.2.1 V. (nar. 2008)

Dívka trpí kvadruparézou, je u ní hluboká mentální retardace. Je předčasně narozená, tudíž byla umístěna v inkubátoru, který způsobil poškození zraku. Pravé oko je zakalené, na levém oku je jemný světlocit, který je použitelný v absolutní tmě. Také se u ní potvrdila epilepsie, která je však dlouhodobě kompenzována a tlumena medikací. Má také spastické nohy, nedokáže se postavit na patu, je proto stimulována do vertigačního stojanu, který ji za pomoci fyzioterapeutky pomáhá došlápnout právě na paty.

Dívka nerozumí zadaným pokynům, orientuje se pouze pomocí zvuku, reaguje také dle intonace a u maminky je pozorovatelná zvýšená vokalizace. Za projev mluvení můžeme považovat hlasité zvuky. Naopak nelibost je vyjadřována pláčem či boucháním hlavy do podlahy. Co se týká příjemných aktivit, při kterých je dívka v pohodě a směje se, tak lze považovat baby masáže. Spolu s mluvením se vyskytují problémy s krmením, kdy skoro veškeré jídlo vyplouvá a mezi nejoblíbenější jídla patří pouze suchý chleba.

Zrak se stimuluje pomocí zrakovky, která má být přínosem pro stimulaci daného oka. Na předměty odmítá sahat, neudrží také nic v ruce. Některé předměty testuje pomocí úst. Rehabilitační stacionář spolupracuje s ranou péčí v Olomouci pro zrakově postižené. Speciální pedagog se snaží o rozvoj kompenzačních smyslů. Jedná se především o rozvoj sluchu a

hmatu. Spolu se speciálním pedagogem spolupracuje fyzioterapeut. U dívky lze pozorovat 4-5 oblíbených zvuků, na které reaguje – kroužky na šňůrce, dřevěné paličky a další. Pohybové reakce obou rukou jsou dobré, pouze špatný dlaňový úchop. Pro ukončení výuky spec. pedagog používá krabici, která značí ukončení daného úkonu, aby se dívka naučila věci ukládat do krabice a nerozhazovat po místnosti, jako důkaz toho, že už je nechce. Je schopná „aktivně“ spolupracovat 20-30 minut, když má náladu. Důraz je také kladen na správné sezení – ať při výuce či krmení. Je nutné, aby byla zde dodržena opora nohou a dítě bylo schopné, v rámci možností, zapojit celé tělo, hlavně trup. Také se účastní canisterapie. Ovšem nejvhodnější doba je po spánku, kdy není tolik aktivní, aby nemohla pejskovi jakýmkoliv způsobem ublížit. Dívka je ze dvou dětí – má mladšího bratra.

Kognitivní oblast:

- rozvoj a stimulace kompenzačních smyslů – sluch pomocí kroužků na šňůrce, které o sebe cinkají, dřevěné paličky, tamburína, triangl, kdy dívka se točí za zvukem
- používání papírové krabice jako náznak ukončení daného úkonu pro odložení věcí, se kterými si dívka již nechce hrát

Řeč, komunikace:

- nemluví, pouze hlasitěji vokalizuje,
- nelibost vyjádřena pláčem, křikem, bouchání hlavy o zem

Jemná motorika:

- testování předmětů pomocí úst, kdy si předmět přiloží lehce k ústům a odtáhne (neocucává)
- dlaňový úchop – vkládání kroužků, dřevěných paliček do rukou a snaha o udržení

Hrubá motorika:

- stimulace do vertigačního stojanu, který jí pomáhá došlápnout na paty
- správné sezení ve speciální židli při výuce i krmení – stimulace nohou, celého trupu

6.2.2 S. (nar. 2008)

Chlapec trpí zrakovým postižením, kdy je téměř nevidomý. Má poruchu zrakového nervu (aplázie), kdy oko je vlastně funkční, avšak obraz se nedonese – praktická slepota obou očí.

Tato porucha má zhoršující se tendence a pokud se nebude dostatečně stimulovat, může dojít k úplnému zániku. Zrakové postižení je doplněno střední až těžkou mentální retardací.

Oblast komunikace je omezená, jelikož řeč nepoužívá k dorozumění, ale jako hru. Převažuje netypická echolálie, kdy opakuje občas věty, které slyšel doma nebo ve stacionáři anebo je schopen zopakovat celé věty a říkanky. Lehce také rozumí slovním pokynům. Aktivní komunikace není. Komunikuje pouze křikem, pobrukováním či natažením rukou. Při pozdravu dokáže plácnout do dlaně. Při dotazu „chceš“ někdy reaguje natažením rukou. Při rozvoji sluchu a prostorové orientace je nutné dbát na správnou hlasitost zvuků. Nemá rád hlasité zvuky a hluk. Spíše dává přednost šeptání, tiché intonaci, šustění, škrábání a cinkání.

Chlapec je velmi aktivní. Během dne u něj převládá motorický neklid, který způsobuje poruchu pozornosti. Při vzdělávání se zaměřují na komunikaci a rozvoj jemné motoriky. Speciální pedagog opět spolupracuje s fyzioterapeutem, kdy je třeba chlapce nějakým způsobem namotivovat k aktivitě. Má omezené zájmy, co ho zajímá a baví. Poslední dobou zabírá práce s vibračním strojkem, kdy je ochoten pro něj udělat cokoli – v tom případě jej práce baví. V poslední době se objevil pokrok v oblasti chození a stání, kdy se zpevňuje a chodí v chodítku za asistence. Dochází také ke stimulaci dolních končeni a plosek noh pro lepší uvědomění a pohyb. Nohy používá jako další pár rukou: pokud leží na zádech, ohmatává věci právě pomocí chodidel a prstů na nohou. Je nutné, aby se naučil používat chodidla jako chodidla. Zraková stimulace je prováděna jednou týdně ve snoezelenu pomocí light boxu, barevných kelímků či baterky. V této oblasti stacionář spolupracuje se SPC v Olomouci, které doporučilo zrakovou stimulaci každý den po krátkou dobu. Na rozdíl od dívky z první případové studie, chlapec netestuje předměty pomocí úst. V oblasti rozvoje hrubé motoriky dochází díky postoji u žebřin, postoj s oporou o zeď, postoj na špičkách či rotace ve stoji. U zdi zvládá chůzi vpřed, vzad, do stran. Trénuje také sezení na míči kvůli zpevnění svalstva. Pro chlapce je však zde důležitá důvěra, kterou musel získat k fyzioterapeutovi. U jemné motoriky se jedná opět o posouvání korálků po drátě, zasouvání kelímků či kuliček do otvoru, kdy činnosti vykoná s pomocí pedagoga. Ruce koordinuje při volné hře, používá také hmatové desky a také „prohrabává“ různé kuličky v krabicích pomocí rukou i nohou. Speciální pedagog se snaží u něj zavést předmětový režim (WC – rolička od toaletního papíru; krmení – lžička; procházka – kolečko z auta; mytí – žínka; cesta do-

mů/školky – angličák). Nacvičuje také sebe obsluhu – vysleče tričko, zuje boty (jen když chce), pedagog se snaží o aktivnější zapojení a spolupráci. Někdy si dokáže donést lžičku s jídlem k ústům a pije z hrníčku s pítkem. Na pokyn se také dokáže vyčůrat. Po cvičení jej pedagog snaží stimulovat, aby se dostal svépomoci na speciální židli, chlapec vyčkává, zda mu někdo pomůže – je nutné, aby bylo vyčkáno, jelikož chlapec je schopen provést úkon sám.

Co se týká různých terapií, tak zooterapii zcela ignoruje, na morče Dáju nereaguje a při canisterapii je schopen psa odkopnout. Zapojuje se pouze do skupinové canisterapie, kde cítí vibrace při skocích psa. U muzikoterapie zapojení činelů, řítkanky, zpěv, rytmizace. Jedináček žijící u prarodičů, kdy do stacionáře dochází dennodenně.

Kognitivní oblast:

- trénování lehkých slovních pokynů, při dotazu „chceš“ někdy reaguje natažením rukou, na pokyn se vyčůrá
- nutná motivace k aktivitě – nyní zabírá vibrační strojek
- stimulace zraku pomocí light boxu, barevných kelímků či baterky, kdy dochází k prosvěcování jednotlivých předmětů
- zavedení předmětového režimu – WC – rolička od toal.papíru, krmení – lžička, mytí – žínka, procházka – kolečko od auta, cesta domov/školka – angličák

Řeč, komunikace:

- aktivní řeč není, netypická echolálie, řeš považuje jako hru
- komunikace křikem, pobrukováním či natažením rukou

Jemná motorika:

- posouvání korálků po drátě, zasouvání kelímků a kuliček do otvoru, hmatové desky, prohrabávání korálků či gelových kuliček v krabici

Hrubá motorika:

- chození a stání pomocí pedagoga či chodítka, stimulace plosek noh pro uvědomění si a pohyb
- postoj u žebřin, s oporou o zeď, postoj na špičkách, rotace ve stoji

- u zdi chůze do stran, vpřed, vzad, sezení na míči
- nácvik sebe obsluhy, svépomocí se dostat do speciální židle

Srovnání:

Obě děti trpí postižením zraku, avšak v druhém případové studii je zrak postižen daleko ve větší míře, než-li u případu prvního, kde na jednom oku pozorován částečný světlocit. Proto je důležité, aby u chlapce S. byla prováděna zraková stimulace opravdu poctivě, aby nedošlo k úplnému zániku. Dívka se nedokáže pohybovat sama či samovolně stát, kdežto u chlapce došlo v poslední době k velkému pokroku právě v oblasti hrubé motoriky, kdy se postavil na nohy a je schopen za asistence ujít či ustát u stojanu nebo žebřin. Co se týká mentální oblasti, je na tom chlapec lépe. Dokáže také nějakým způsobem lépe komunikovat a ve větší míře vokalizovat. Jelikož zrak je ten ze smyslů, který děti postrádají, je třeba u nich stimulovat ostatní orgány a to sluch a hmat. Chlapec má raději tišší zvuky, proto je třeba dbát na hlasitost různých zvuků v prostředí, ve kterém se nachází. Děti se také liší v oblasti hmatu, kdy dívka občas různé předměty testuje pomocí úst, kdežto chlapec často používá chodidla jako druhý pár rukou (je třeba jej to odnaučit). Avšak u obou se spec. pedagog snaží o rozvoj jemné motoriky, kdy dívka odmítá na cokoliiv sahat a jen zřídka kdy udrží něco v dlani. Proto je u dívky nutný rozvoj právě dlaňového úchopu, u chlapce se naopak trénuje jemná motorika v podobě posouvání korálků na drátu, kterou mají i ostatní děti v oblibě. U obou dětí spolupracují spec. pedagogové s fyzioterapeutem, který jim pomáhá dítě lépe stimulovat a zajistit tak správný postoj či sezení. Obě děti se také účastní různých terapií. Avšak při canisterapii je nutné dávat pozor u chlapce, jelikož je schopný psovi ublížit. Z tohoto důvodu se obě děti raději účastní skupinových canisterapií než-li polohováním.

6.3 DMO

6.3.1 E. (nar. 2003)

Dívka trpí DMO, a to nejtěžší formou – kvadruparézou, kdy jsou zasaženy obrnou všechny končetiny. Dříve se u ní projevovala epilepsie, která už však vymizela a také psychomotorická retardace – hluboká mentální retardace. Celé postižení je doplněno o zrakovou vadu strabismus a poruchy vidění, kdy dívka je schopná fixovat předmět na krátkou dobu a pouze pokud je dostatečně blízko. Je krmená pomocí zavedené sondy, tzv. gastro-

tomie, kdy při krmení je jí vkládána do úst minimální část nemixované stravy, aby nedocházelo k zakrnutí chuťových buněk.

Jinak dívka je velmi společenská, „komunikativní“, rozumí některým pojmům a velmi vítá fyzický kontakt. Aktivně nekomunikuje, avšak pohrává si z hlasivkami. Při hlase druhého vnímá spíše dynamiku. Dokáže dát najevo libost, a to smíchem či pomlaskáváním. Naopak u nelibosti mručí, zčervená, je spastická či se objevuje tzv. bruxismus, jedná o skřípání a cvakání zubů.

V oblasti motoriky je pravá ruka zatnutá v pěst a je lepší pro úchop předmětů, naopak levá ruka je lepší pro uvolnění – s pomocí. Na pokyn „vem“ se snaží nabízený předmět uchopit. Za pomoci pedagožky jej uchopí a udrží v dlani. Pozornost lze upoutat pomocí zvukových hraček či nástrojů. Před čtyřmi lety započala školní docházku, kterou si plní jinou formou a to dle § 42 školského zákona 561/2003. Avšak spíše se jedná o rozvoj různých stimulací než o vzdělávání v plném rozsahu. Dívka je zcela imobilní, její pohyblivost je proto značně omezena. Ve stacionáři je upoutána na speciální židli či je polohována na matracích a fixována polštáři. Oblíbenou činností jsou baby masáže. Jako další má v oblíbenosti vibrační strojek, na který reaguje úsměvem. Dokáže také rozlišit známé a cizí osoby, avšak na cizí osoby reaguje dobře. Navštěvuje také snoezelen, kdy si užívá relaxace a dochází zde k orofální a zvukové stimulaci. Také se účastní canisterapie – polohování a hipoterapie. Oblíbená je muzikoterapie, kdy při zpěvu se objeví větší vokalizace. Dívka je jediným dítětem rodičů.

Kognitivní oblast:

- porozumění některým jednoduchým pokynům
- vítá společnost ostatních a také fyzický kontakt
- pozornost lze upoutat pomocí zvukových hraček a nástrojů
- docházku plní speciální formou dle § 42 školského zákona 561/2003

Řeč, komunikace:

- aktivně nemluví, pouze hra s hlasivkami
- libost projevována smíchem, pomlaskáváním; nelibost mručením, zčervenáním, větší spasticidou v končetinách, používání bruxismu

Jemná motorika:

- stimulace dlaňového úchopu pomocí vkládání kroužků a dřevěných paliček, také trénování uvolnění, jelikož pravá ruka je zatnutá v pěst

Hrubá motorika:

- zcela imobilní, pohyblivost omezena – upoutání na speciální židli, polohování na matracích za pomoci fixace polštáři
- masáže pro uvolnění

6.4 Shrnutí

Všeobecný názor, že každý člověk je originál a nutno k němu takto přistupovat, se nám potvrdil i zde. Nelze se zaměřit pouze na typ postižení, kterým dané dítě disponuje, ale také musíme brát v potaz jeho charakter a osobnost jako celek. V naší praktické části jsme se snažili rozčlenit vzdělávání do čtyř oblastí: kognitivní oblast, řeč a komunikace, jemná a hrubá motorika u každého dítěte jednotlivě. U každé oblasti vyměřujeme v jakém stavu se daná oblast nachází a čím je stimulována a dále rozvíjena.

Zjišťujeme fakt, že děti dobře reagují na muzikoterapii a to v jakékoli podobě. Speciální pedagogové jsou také velmi kreativní a předkládají dětem hračky a pomůcky, které si sami vytvořili. Každé dítě má svou oblíbenou pomůcku, na kterou reaguje pozitivně a pedagog vidí nějakou odezvu. V kognitivní oblasti se snaží pedagogové o pochopení jednoduchým pokynů ze strany dětí – většinou slovním spojením a pokud to je možné, tak následnou nápodobou. Při rozvoji řeči se dítě učí poznávat a pojmenovávat jednotlivé předměty, které má kolem sebe, a které také používá například při sebe obsluze. Rozvoj probíhá zase pomocí obrázků a předmětů. V jemné motorice se jedná o rozvoj dlaňového úchopu a to pomocí dřevěných paliček, kroužků, tamburíny, prohrabávání korálků. A v oblasti hrubé motoriky se snaží o rozvoj pohybu – opět v rámci možností dítěte a to pomocí chodítka, gymnastického míče či vertigačního stojanu. Základem všeho je však správné sezení dítěte a to v rámci výuky, ale také při krmení, kdy každé dítěte má svou speciální židli, která mu umožní správně sedět a posilovat danou oblast – ve většině případů se jedná o posilování trupu. Důraz je kladen také na masáže, kterou jsou dětem ku prospěchu a dochází k uvolnění jejich leckdy spastického těla.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na vzdělávání dětí s handicapem, které navštěvují rehabilitační stacionář Nivy. Ne každý jedinec má tu možnost být vzděláván a být vzdělán. Tyto děti navštěvují stacionář za účelem vzdělání a je jim poskytnuta plnohodnotná péče v této oblasti. Každé dítě navštěvuje speciálního pedagoga, který se jej snaží nějakým způsobem stimulovat a motivovat k práci, rozvíjet všechny stránky osobnosti či naučit dítě něčemu novému. Pokud to stav dítěte dovolí, navštěvuje také logopeda, který s ním cvičí správné používání mluvidel a nácvik správného dýchání, kdy tyto aspekty jsou nutné pro rozvoj řeči a následné komunikace.

V naší práci jsem se snažili identifikovat jednotlivé potřeby dítěte v dané oblasti a také poukázat na to, jakým způsobem jsou dané oblasti rozvíjeny a stimulovány. U každého dítěte je také nutná dávka trpělivosti. Ta je však leckdy nutná i v případě vzdělávání dětí v klasických mateřských školách. U dětí s postižením je nutná pravidelnost a také neustálé opakování, aby si danou věc vstoupily pevně do paměti a později byly schopné ji použít.

V teoretické části najdeme jednotlivé charakteristiky daných typů postižení, přístup k nim a také vzhled do historie, jak takové děti byly vzdělávány v minulosti a jak se přístup k nim měnil s postupem času. Poslední kapitola je věnována rehabilitačnímu stacionáři, který navštěvují děti, jejichž kasuistiky byly následně použity v praktické části.

Praktická část je řešena pomocí kvalitativního výzkumu, kdy následně zpracováváme jednotlivé kazuistiky dětí a poukazujeme na to, jakým způsobem je daná část stimulována a vzdělávána. Představujeme pět případových studií a přestože u dvou typologií se vyskytují jedinci se stejným postižením, není samozřejmostí, že i přístup k nim bude stejný. Ano, najdeme několik shodných rysů či metod, které jsou praktikovány při vzdělávání – ať už se jedná o používání různých terapií, na které děti reagují velmi kladně či metody používané v při rozvoji jemné a hrubé motoriky, nám se však právě jedná o druhy metod, které speciální pedagogové používají právě ve stacionáři Nivy.

Výsledkem této práce je, že jsme poznali jednotlivé metody, které speciální pedagogové používají při rozvoji různých oblastí. Ať už se jedná o moderní nástroje či předměty, které si pedagogové samy vyrobily a osvědčily se jim při práci u jednotlivých dětí. Doufejme tedy, že i nadále budou speciální pedagogové kreativní a budou tak moci těmto dětem i nadále pomáhat. Pokud bychom se podívali zpětně na metody a typické rysy, které pedago-

gové používají a jsou charakteristické pro stacionář, tak najdeme určitou shodu, jak dochází k rozvoji dané oblasti. Předně se jedná používání prvků rehabilitací, které mají blahodárný vliv na celou osobnost dítěte. Dále je to muzikoterapie, kterou děti opět vítají s úsměvem a je vidět větší vokalizace i u těch dětí, které nekomunikují. Za stimulační metodu lze také považovat canistarapii, na kterou je ve stacionáři kladen důraz a děti přítomnost pejska opět vítají s úsměvem. Při stimulaci hrubé a jemné motoriky se osvědčily techniky navlékání korálek, sbírání zrníček a bourání komínů z kostek. U hrubé motoriky je kladen důraz na koordinaci pohybu pomocí různých speciálních chodítek a židlí, které jsou přesně uzpůsobeny potřebám dítěte.

Pokud se člověk dostane do nezáviděníhodné situace a musí řešit kam umístit své dítě s postižením, rehabilitační stacionář na Nivách je určitě jednou z nejlepších voleb. Nejenom že o děti pečují kvalifikovaný personál, který své práci věří a je v ní opravdu dobrý, ale i děti poznají něco nového, co jim pomůže rozvíjet jejich ducha a osobnost.

Občas se může zdát, že práce s těmito dětmi je zbytečná a nelze od ní očekávat veliké výsledky. Avšak když se Vám podaří nějakým způsobem dané dítě popostrčit a ono udělá kýžený krůček kupředu, věřte že ten pohled je k nezaplacení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTOŇOVÁ, Miroslava, 2005. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-37.
- [2] FRANIOK, Petr, 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-622-2.
- [3] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika*. Praha: TRITON. ISBN 978-7387-014-0.
- [4] HANÁK, Petr, 2005. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN 80-86856-10-0.
- [5] HARTL, Pavel, 1993. *Psychologický slovník*. Praha: Budka. ISBN 80-90 15 49-0-5.
- [6] CHVÁTALOVÁ, Helena, 2005. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7367-013-5.
- [7] KEBLOVÁ, Alena, 1996. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-051-6.
- [8] KUDELOVÁ, Ivana a Lea KVĚTOŇOVÁ, 1996. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-24-9.
- [9] MARKOVÁ, Zdeňka a Ljuba STŘEDOVÁ, 1987. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- [10] MÜLLER, Oldřich et. al., 2004. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: UPOL. ISBN 80-244-0231-9.
- [11] NEWMAN, Sarah, 2004. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-872-4.
- [12] PIPEKOVÁ, Jarmila, 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [13] PRŮCHA, Jan, 2009. *Přehled pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-567-7.

- [14] SELIKOWITZ, Mark, 2005. *Downův syndrom*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-973-9.
- [15] STEHLÍK, Alois et. al., 1977. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. Praha: Avicenum. ISBN 08-033-77.
- [16] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [17] *Braillovo písmo*. [online]. © 2008 [cit. 2013-01-19] Dostupné z: <<http://www.tyflokabinet-cb.cz/brail.htm>>
- [18] *Downův syndrom*. [online]. © 1996 [cit. 2013-01-13] Dostupné z: <<http://www.downsyndrom.cz/>>
- [19] *DMO*. [online]. © 1999-2013 [cit. 2013-01-14] Dostupné z: <<http://rodina-deti.doktorka.cz/detska-mozkova-obrna/>>
- [20] *Dětská mozková obrna*. [online]. © 2012 [cit. 2013-01-14] Dostupné z: <<http://nemoci.vitalion.cz/detska-mozkova-obrna/>>
- [21] *Raná péče*. [online]. © 2013 [cit. 2013-01-12] Dostupné z: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece.shtml>>
- [22] *Rehabilitační stacionář*. [online]. [cit. 2013-01-20] Dostupné z: <<http://www.stacionar.cz/%C3%9Aod/On%C3%A1s/tabid/62/Default.aspx>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DMO	Dětská mozková obrna
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou)
DS	Downův syndrom
Tzv.	tak zvanou
SPC	speciálně pedagogické centrum
s.	strana
ŠVP	školský vzdělávací program
RVP ZV	rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
BERA	Brainstem Evoked Responses Audiometry (vyšetření používané k diagnostice poruch funkce sluchového nervu a mozkových sluchových drah)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: souhlas rodičů

PŘÍLOHA P I: SOUHLAS RODIČŮ

Vážení rodiče,

jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a studuji třetí ročník Sociální pedagogiky. Obracím se na Vás v rámci mé bakalářské práce, která je zaměřena na „Identifikaci vzdělávacích potřeb dětí rehabilitačního stacionáře Nivy – Zlín“, který Vaše děti navštěvují.

V loňském roce jsem ve stacionáři absolvovala praxi. Náplň práce a přístup k dětem mě zaujal natolik, že jsem se rozhodla postavit mou bakalářskou práci na vzdělávání dětí ve stacionáři. Proto bych Vás chtěla touto cestou požádat, zda mohu ke svému výzkumu použít údaje Vašich dětí, které odpovídají kritériím a požadavkům mé práce a které bych v ní chtěla obsáhnout.

Předně se jedná o zpracování vzdělávacích metod, které jsou aplikovány pro rozvoj v dané oblasti. Samozřejmě chápu Vaše obavy, ale mohu Vás ujistit, že budu zcela diskrétní a žádným způsobem nechci Vás nebo Vaše dítě nějak ohrozit. V práci budou použity pouze iniciály křestního jména a rok narození.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas.

S pozdravem Bronislava Holbová

.....

Ve Zlíně, 22.3.2013