



Legislativní změny ve speciálním školství

Marta Teplá

1. Proč legislativní změny?

Školství v České republice prochází v současné době procesem transformace. Cílem změn je vytvoření demokratické a humánní školy, která by poskytovala všem členům společnosti stejné možnosti na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajišťovala každému občanovi uplatnění práva na rozvoj svých individuálních předpokladů.

Nejzásadnější koncepční změnou, k níž naše školství dospělo, je skutečnost, že výchova a vzdělávání zdravotně postižených dětí, žáků a studentů přestává být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se postupně stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení. Integrované vzdělávání je významným krokem k humanitnímu přístupu ve školství, ve vytváření otevřených komunit a v rozvoji společnosti.

Významný posun zaznamenala i samotná speciální pedagogika. Registrován je postupný odklon od akcentu na postižení, ústup od medicínského pojetí, a začíná se upřednostňovat princip individuality každého jedince s respektováním zdravotních, sociálních a kulturních odlišností občanů. Speciální pedagogika se pokouší přibližovat filosofickému pojetí „člověka s jinakostí“. Člověk je považován za nejvyšší hodnotu – s vlastní osobitostí, jedinečnou schopností, individuální krásou a posvátností života, která není ovlivněna postižením, etnickým původem či sociálním postavením. V praxi to znamená upřednostnit integrované vzdělávání všem dětem, pro které je tato forma přínosem, speciální vzdělávání nabídnout potom dětem s těžším či kombinovaným postižením, jejichž kvalita života je podmíněna vytvořením nezbytných podpůrných a ochranných podmínek.

2. Evropská unie

Po vstupu České republiky do Evropské unie 1.5.2004 máme své odborné zastoupení v **Evropské agentuře pro speciální vzdělávání** (European Agency for Development in Special Needs Education). Naším odborníkům z oblasti speciálního vzdělávání jsou tak zajištěny kontakty a aktivní účast na současném dění v dané oblasti. I v českém jazyce začíná vycházet časopis EuroNews, k dispozici jsou překlady nejruznějších publikací z oblasti speciální pedagogiky, např. :

„Integrace v Evropě“ – MŠMT 2002

„Podpora učitelů, kteří pracují se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v hlavním vzdělávacím proudu“ – MŠMT 2003

„Informační a komunikační technologie ve speciálním vzdělávání“ – MŠMT 2003

„Inklusivní vzdělávání a praxe ve třídách 2. stupně základních škol“ – MŠMT 2005

„Raná péče – analýza situace v Evropě – klíčové aspekty a doporučení“ – MŠMT 2005.

3. Stručná bilance i koncepce

Základním znakem vzdělávací politiky vůči žákům se speciálními vzdělávacími potřebami včetně žáků s kombinovaným postižením je uplatňování principu spravedlnosti v uspokojování vzdělávacích potřeb uvedené skupiny žáků, a to ve všech variantních organizačních formách vzdělávání.

Formulování strategie vzdělávání této skupiny žáků respektuje mezinárodní dokumenty k ochraně práv osob se zdravotním postižením a usnesení vlády ČR k Národnímu plánu vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

Důraz je kladen na zvyšování kvality vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s využíváním podpůrných pedagogicko organizačních opatření a na vytváření podmínek pro zvyšování počtu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami individuálně integrovaných v hlavním vzdělávacím proudu s cílem posilovat sociální soudržnost společnosti.

K podpoře efektivity vzdělávání ve třídě, ve které se vzdělává žák nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, je využívána možnost zřízení funkce asistenta pedagoga.

Jako prioritní záležitost lze uvést zavádění nové kurikulární reformy. Ministerstvo školství výrazně podporuje školy včetně speciálních při zpracovávání školních vzdělávacích programů. Ve stadiu dopracování je Rámcový vzdělávací program pro vzdělávání v základní škole speciální.

Školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením rozšiřují svou úlohu v poskytování metodické pomoci při zajišťování vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v podmínkách integrace těchto žáků do škol hlavního vzdělávacího proudu.

Ustanovením školských rad je posílena účast rodičů v ovlivňování vzdělávacího procesu školy.

S dotační podporou ministerstva je realizováno vydávání učebnic přizpůsobených pro potřeby vzdělávání žáků se zdravotním postižením, školy a školská zařízení využily možnosti získat informační a komunikační technologie z prostředků dotačního programu MŠMT.

Ze zdrojů Evropského sociálního fondu jsou realizovány projekty zaměřené na posílení kompetencí žáků se speciálními vzdělávacími potřebami rozšiřující jejich možnosti uplatnění na trhu práce.

Byla zahájena jednání s vysokými školami připravujícími učitele o potřebě reflektovat nové trendy ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v rámci akreditovaných studijních programů příslušných fakult.

Koncepční činnost Ministerstva školství vychází převážně z těchto materiálů:

- Národní program rozvoje vzdělávání v české republice – Bílá kniha (Praha 2001)
- Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje výchovně vzdělávací soustavy České republiky (Praha 2002)
- nařízení vlády č. 689 ze dne 22.12.2004 o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání
- vládní usnesení č. 605 ze dne 16.6.2004 - Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením
- **vládní usnesení č. 1004 ze dne 17.8.2005 - Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009, vycházející z cílů a úkolů Střednědobé koncepce.**

4. Legislativa

Zákony:

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

Zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, vytvořil právní prostor pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami včetně žáků s kombinovaným postižením ve školách hlavního vzdělávacího proudu, pokud rodiče žáka nezvolili školu jinou. Tato nová situace klade zvýšené nároky na práci škol hlavního vzdělávacího proudu a vyžaduje systémová opatření zaměřená jednak na vzdělávání pedagogických pracovníků ve smyslu rozšiřování jejich znalostí o koncepci „školy pro všechny“, prohlubování jejich znalostí o konceptu inkluzivního vzdělávání, prohlubování jejich znalostí v oblasti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a znalosti týkající se praktického uplatňování principů individualizace vzdělávacího procesu a vnitřní diferenciací v rámci výuky podle školních vzdělávacích programů, jednak opatření zaměřená na zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků školskými poradenskými zařízeními a v neposlední řadě opatření zaměřená na prohloubení úzké spolupráce mezi školami hlavního proudu vzdělávání, školami samostatně zřízenými pro žáky se zdravotním postižením a školskými poradenskými zařízeními.

Za jeden z nejvýznamnějších přínosů pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami včetně žáků s kombinovaným postižením je vyřešený problém **integrace a inkluze:**
§ 36 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb.

„Žák plní povinnou školní docházku v základní škole zřízené obcí nebo svazkem obcí se sídlem ve školském obvodu, v němž má žák místo trvalého pobytu (dále jen „spádová škola“), pokud zákonný zástupce nezvolí pro žáka jinou než spádovou školu.....“

Za další pozitivní krok lze považovat nově zavedenou terminologii při označování žáků se zdravotním postižením a zdravotním nebo sociálním oslabením. Uplatněn je termín **dítě, žák, student se speciálními vzdělávacími potřebami** - § 16 odst. 1 až 9 zákona č. 561/2004 Sb.

Název konference „Komplexní péče o žáka s kombinovanou vadou“ volně využívá platnou školskou legislativu, kde je pro uvedenou skupinu žáků uplatňován termín „žák s více vadami“. Charakteristika postižení více vadami byla zveřejněna ve Věstníku MŠMT č. 8/1997 pod č.j. 25 602/1997-22:

„Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.

Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (SPC), případně pedagogicko-psychologická poradna (PPP), zařazené do sítě škol a školských zařízení MŠMT ČR.“

- **novela školského zákona - Zákon č. 158/2006 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., ve znění zákona č. 383/2005 Sb.** – (pokračování v základním vzdělávání do 26 let věku)

Dne 1. července 2006 nabyl účinnosti zákon **č. 158/2006 Sb.**, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Tímto zákonem dochází ke změně ustanovení **§ 55 odst. 2** zákona č. 561/2004 Sb., jehož text nově zní:

„Žákovi se zdravotním postižením může ředitel školy ve výjimečných případech povolit pokračování v základním vzdělávání do konce školního roku, v němž žák dosáhne dvacátého roku věku, v případě žáků vzdělávajících se podle § 16 odst. 8 věty druhé a § 48 pak se souhlasem zřizovatele do dvacátého šestého roku věku. V uvedených případech, pokud jde o přípravu na výkon povolání nebo pracovní činnosti, spolupracuje ředitel školy s příslušným úřadem práce.“

Kompetence ředitele školy povolit pokračování v základním vzdělávání nejpozději do konce školního roku, v němž žák dovrší 26 let věku, se tedy týká pouze žáků s těžkým mentálním postižením, s více vadami nebo autismem, kteří buď **mají právo** se vzdělávat v základní škole speciální (§ 16 odst. 8 věta druhá zákona č. 561/2004 Sb.), nebo se v této škole skutečně v souladu s § 48 zákona č. 561/2004 Sb. vzdělávají.

K rozhodnutí ředitele školy o povolení pokračování v základním vzdělávání je třeba **souhlas** zřizovatele školy.

Ředitelé škol zřizovaných státem, krajem, obcí nebo svazkem obcí rozhodují o povolení pokračování v základním vzdělávání ve správním řízení (§ 165 odst. 2 písm. e) zákona č. 561/2004 Sb.), přičemž souhlas zřizovatele je nezbytné posuzovat jako závazné stanovisko ve smyslu § 149 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád.

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

Vyhlášky:

- Vyhláška MŠMT ČR č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MŠMT ČR č. 492/2005 Sb., o krajských normativních
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
- **Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných**
V současnosti se připravuje její novela s předpokládaným termínem účinnosti 1.9.2007.

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

*„Za žáky s těžkým zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky považují žáci s těžkým zrakovým postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, **se souběžným postižením více vadami**, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či*

hlubokým mentálním postižením. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření“.

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

Informace MŠMT:

- Informace MŠMT k organizaci **kursu** k získání základů vzdělání č.j. 18 965/2005-24 (Věstník MŠMT č. 9/2005)
- Informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami **s podporou a asistence** č.j. 14 453/2005-24 (Věstník MŠMT č. 10/2005)

Sdělení MŠMT:

- Sdělení MŠMT č.j. 8225/2006-24 k prodloužení základního vzdělávání žáků se zdravotním postižením na deset ročníků

Všechny výše uvedené dokumenty lze nalézt na www.msmt.cz.

5. Asistence

Od 1.1.2005 vešel v platnost systém nové školské legislativy prezentovaný celým souborem legislativních předpisů. Jednalo se především o 3 nové školské zákony a doprovodné prováděcí předpisy, resortní vyhlášky. Do uvedených předpisů byla cíleně zakomponována funkce „**asistenta pedagoga**“ jako podpůrná služba pro žáky především s těžším zdravotním postižením. Podařilo se prosadit následující:

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů

§ 2 odst. 2

Přímou pedagogickou činnost vykonává:

- a) učitel,
- b) vychovatel,
- c) speciální pedagog,
- d) psycholog,
- e) pedagog volného času,
- f) asistent pedagoga,**
- g) trenér,
- h) vedoucí pedagogický pracovník.

§ 20 – Asistent pedagoga

Asistent pedagoga získává odbornou kvalifikaci

- a) vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu v oblasti pedagogických věd,
- b) vyšším odborným vzděláním získaným studiem v akreditovaném vzdělávacím programu vyšší odborné školy v oboru vzdělání zaměřeném na přípravu pedagogických asistentů nebo sociální pedagogiku,
- c) středním vzděláním s maturitní zkouškou získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru vzdělání zaměřeném na přípravu pedagogických asistentů,
- d) středním vzděláním s výučním listem získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělání a studiem pedagogiky, nebo
- e) základním vzděláním a absolvováním akreditovaného vzdělávacího programu pro asistenty pedagoga uskutečňovaného zařízeními dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

§ 22 odst. 1 písm. b/

(1) Studiem pedagogiky se rozumí vzdělání získané studiem v akreditovaném vzdělávacím programu v oblasti pedagogických věd uskutečňovaném zařízeními dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků

b) pro vychovatele, pedagoga volného času a **asistenta pedagoga** v rozsahu nejméně 80 hodin s obsahovým zaměřením na pedagogiku a psychologii.

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

§ 16 odst. 9

Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák

nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci **asistenta pedagoga**. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.

Zákon č. 179/2006 Sb., podle ustanovení § 8 odst. 3 bod 6 jsou žádosti o zřízení funkce asistenta pedagoga škol zřizovaných MŠMT a škol církevních zřizovatelů předávány MŠMT.

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

§ 7 Asistent pedagoga

1. Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.
2. Žádost o souhlas se zřízením funkce asistenta pedagoga obsahuje název a sídlo právnické osoby, která vykonává činnost školy, počet žáků a tříd celkem, počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, dosažené vzdělání asistenta pedagoga, předpokládanou výši platu nebo mzdy, zdůvodnění potřeby zřízení funkce asistenta pedagoga, cíle, kterých chce ředitel školy zřízením této funkce ve škole dosáhnout, a náplň práce asistenta pedagoga.

§ 8 odst. 6

Ve třídách, odděleních a studijních skupinách určených pro žáka s těžkým zdravotním postižením mohou zabezpečovat výchovně vzdělávací činnost souběžně 3 pedagogičtí pracovníci, z nichž 1 je **asistent pedagoga**.

§ 8 odst. 7

Ve třídách, odděleních a studijních skupinách, ve kterých se vzdělává žák se zdravotním postižením, může se souhlasem ředitele školy a zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka působit **osobní asistent**, který není zaměstnancem právnické osoby, která vykonává činnost školy.

Informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s podporou asistence č.j. 14 453/2005-24 (Věstník MŠMT č. 10/2005)

Z výše uvedených legislativních předpisů vyplývá, že podpůrná asistenční služba může být v současnosti v ČR zajišťována prostřednictvím mnoha variant, odpovídajících variabilním potřebám žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, žáky s kombinovaným postižením nevylučuje:

1. resort školství

asistent pedagoga – podpůrná služba při vzdělávání

- pro žáky se zdravotním postižením
- integrované v běžných mateřských, základních, středních a vyšších odborných školách
- s těžkým zdravotním postižením ve speciálních školách
- pro žáky se sociálním znevýhodněním (především romský asistent)
- v přípravných třídách běžných i speciálních škol
- v běžných i speciálních školách

2. resort práce a sociálních věcí

osobní asistent - sociální služba.

Udělování souhlasu se zřízením funkce asistenta pedagoga a třídy, oddělení nebo studijní skupiny pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením

Dne 5. května 2006 nabyla účinnosti většina ustanovení části třetí zákona č. 179/2006 Sb., o ověřování a uznávání výsledků dalšího vzdělávání a o změně některých zákonů (zákon o uznávání výsledků dalšího vzdělávání), kterou se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V této souvislosti došlo rovněž ke změně ustanovení **§ 16** zákona č. 561/2004 Sb., kterým je upraveno vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

V souladu s předchozím zněním tohoto ustanovení byly třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením zřizovány **vždy pouze se souhlasem krajského úřadu** (odstavec 8). Souhlas krajského úřadu byl nutný rovněž v případě zřizování funkce asistenta pedagoga (odstavec 9).

Důvodem nezbytnosti souhlasu krajského úřadu je zejména zvýšená finanční náročnost uvedených opatření. Tento postup je opodstatněný v případě škol, jejichž zřizovatelem je kraj, obec či svazek obcí, kterým jsou finanční prostředky ze státního rozpočtu na jejich činnost rozepisovány a

poskytovány v souladu s ustanovením **§ 161 odst. 6 písm. a)** zákona č. 561/2004 Sb. krajským úřadem, a dále rovněž v případě škol, kterým jsou finanční prostředky ze státního rozpočtu na jejich činnost poskytovány krajským úřadem v souladu s ustanovením **§ 162 odst. 4** zákona č. 561/2004 Sb.

Udělování uvedeného souhlasu však bylo ve výlučné kompetenci krajského úřadu rovněž v případě škol zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen „ministerstvo“) a registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi, a to přestože v případě těchto škol rozepisování a poskytování finančních prostředků ze státního rozpočtu není v kompetenci krajského úřadu, ale ministerstva.

Postup, kdy byly školám zřizovaným ministerstvem či registrovanou církví nebo náboženskou společností finanční prostředky na jejich činnost ze státního rozpočtu rozepisovány a poskytovány ministerstvem, přičemž udělování souhlasu se zřízením funkce asistenta pedagoga či zřízením jednotlivé třídy, oddělení či studijní skupiny s upraveným vzdělávacím programem pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením, bylo v kompetenci krajského úřadu, **se jevil nesystémovým**.

Výše uvedené skutečnosti byly důvodem změny **§ 16** zákona č. 561/2004 Sb. spočívající jednak ve vypuštění slov „se souhlasem krajského úřadu“ v odstavcích 8 a 9, jednak v doplnění nového **odstavce 10**, který zní:

„Ke zřízení jednotlivé třídy, oddělení, nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy v rámci školy podle odstavce 8 a ke zřízení funkce asistenta pedagoga podle odstavce 9 je v případě škol zřizovaných ministerstvem či registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi, kterým bylo přiznáno oprávnění k výkonu zvláštního práva zřizovat církevní školy, nezbytný souhlas ministerstva, v případě škol zřizovaných ostatními zřizovateli souhlas krajského úřadu.“

V souladu s touto právní úpravou tedy v případě škol zřizovaných ministerstvem a registrovanou církví a náboženskou společností nebude napříště (s účinností od 5. května 2006) pro účely zřízení třídy, oddělení či studijní skupiny s upraveným vzdělávacím programem pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením a funkce asistenta pedagoga vyžadován souhlas krajského úřadu, ale **ministerstva**.

Souhlasy udělené krajským úřadem do dne nabytí účinnosti zákona č. 179/2006 Sb. však **zůstávají nedotčeny**.

6. Závěr

Postupně se daří měnit postoj k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami včetně žáků s autismem ve smyslu odklonu od negativního popisu jejich neschopností směrem ke zdůrazňování jejich možností.

Model humanistického pojetí vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je v České republice legislativně nastaven. Představuje velkou výzvu nám všem. Neboť, jak pravila Matka Tereza, *„Jsme si vědomy, že to, co děláme, je jen kapkou v oceánu. Ale kdyby jí nebylo, chyběla by v něm“*.

*PhDr. Marta Teplá, Odbor speciálních škol
MŠMT, Karmelitská 7, 110 00 Praha 1*



Žák na hranici vzdělatelnosti

Dagmar Opatřilová

V kontextu se vzděláváním se často setkáváme s termíny integrace a inkluze. Inkluzivní vzdělávání, odlišné od integrace, se začalo rozvíjet jako myšlenka rovnosti a práv okrajových skupin, které byly tradičně vyloučené ze vzdělávání a společnosti. Tato koncepce oslavuje hodnotu jednotlivce pro jeho kvality, které přináší životu, lidskému společenství, a nepokouší se klást podmínky na jeho přijetí do společnosti. Postižení jsou přijímáni a získávají si uznání za svůj přínos jakékoli lidské činnosti právě pro svoji odlišnost¹.

Do popředí pozornosti výzkumných pracovníků a učitelů se tak dostávají otázky:

- *jaké má žák s postižením speciální potřeby,*
- *jak se dají stanovit*
- *jak je na ně třeba adekvátně reagovat.*

Základní okruhy činitelů podmiňujících vzdělatelnost žáka²

I. Dítě

- 1) Vlastní kognitivní předpoklady vzdělatelnosti, a to zejména dispoziční. V praktické diagnostice nutno přihlížet zejména k následujícím stránkám:
 - a) úroveň nadání (kvantitativní hledisko),
 - b) struktura nadání (kvalitativní hledisko, resp. hledisko strukturální - zde přicházejí v úvahu zejména takové důležité skutečnosti, jako je vztah mezi názorovou a verbální složkou nadání, výukově významné dílčí nedostatky ve struktuře nadání atd.),
 - c) průběhové (funkcionální) zvláštnosti psychických funkcí (kognitivních procesů - myšlení, pozornosti, paměti atd.).
- 2) Osobnostní faktory podmiňující duševní práci - schopnost žáka ve škole a při domácí přípravě, zde zejména schopnost koncentrace pozornosti (tenacita, oscilace, fluktuace), odolnost vůči únavě, rušivým vlivům (vnějším, vnitřním), úroveň rozvoje pracovních návyků, motivace atd.
- 3) Struktura osobnosti dítěte, zejména těch stránek osobnosti, jež jsou rozhodující pro přizpůsobení ev. nepřizpůsobení dítěte ve školním prostředí, případně v dalších dvou okruzích prostředí pro vývoj osobnosti dítěte rozhodujících (rodina, dětská společnost –

¹ (Johnstone in Lechta, Matuška, Zászkaliczky 1997 s. 327)

² (<http://www.arcana.cz/cz/texty.php?art=38&cat=14>)

vrstevnická skupina). Zde nutno posuzovat vývoj osobnosti z dynamického a longitudinálního hlediska, zejména harmoničnost-disharmoničnost vývoje osobnosti. Patří sem problematika dětí s primárně změněnou vychovatelností různého stupně, od výchovně a výukově významných zvláštností až po vyjádřené typy disharmonického vývoje osobnosti. U těchto dětí nemusí školní výkon a jeho úroveň vůbec souviset s úrovní jejich vzdělavatelnosti - hodnoceno podle jejich kognitivních předpokladů - a mohou existovat pozoruhodné diskrepance mezi předpoklady a výkonem.

II. Prostředí dítěte

Vývojově primární místo náleží rodině, teprve po ní přistupují další, sekundární sociální skupiny (škola, vrstevnická skupina). Z faktorů vázaných na rodinné prostředí jsou to zejména: struktura rodiny, její početnost, míra integrace, dynamika vývoje rodiny a postavení dítěte v ní, výchovný typ rodiče ve vztahu k danému dítěti a neprospěchu, kulturní úroveň rodiny, vývojová podnětnost rodinného prostředí atd.

III. Vyučovací proces

Z faktorů výchovně vzdělávacího procesu (institucionálně vázaného na školu) jsou to zejména:

- 1) Organizačně technické podmínky vzdělání: z psychologicky významných tu patří zejména hluk, osvětlení, rušivé vlivy, početnost tříd, směnování, malotřídky s více postupnými ročníky v jedné třídě, dojíždění, internátní pobyt provázený separací, mimořádné formy výuky (v ozdravovnách, léčebnách atd. Tyto faktory se uplatňují vždy zejména s ohledem na výše uvedené osobnostní předpoklady dítěte.
- 2) Osobnost učitele (typ učitele): patří sem zejména negativní varianty učitelské typologie ve vztahu k danému žákovi.
- 3) Dosavadní průběh výuky: změny didaktických postupů, změny vyučujících, přerušení výuky, různé typy výuky, např. v průběhu pobytu v léčebně, ozdravovně, nemocnici, při změně místa pobytu atd. - mohou být vysoce významné při získání výukových deficitů komplikujících výukovou situaci dítěte po návratu například z léčebny atp.
- 4) Mezosobní vztahy ve třídě, atmosféra třídy: zde zejména připadají v úvahu interakce žák-učitel a žák-spolužáci.
- 5) Charakter vztahů mezi rodinou a školou: zde zejména spolupráce, absence spolupráce, latentní konflikt, ověřený konflikt atd.

IV. Zdravotní stav žáka

Ovlivňuje přímo nebo zprostředkovaně žákův školní výkon nebo přizpůsobení, nejčastěji obojí. Z nejdůležitějších činitelů jsou to:

- 1) Přechodná onemocnění s rekonvalescencí: školsky významné je to, že mohou měnit průběh výuky, třeba přechodně, zde značná individuální variabilita.

- 2) Trvalé somatické defekty přímo nebo zprostředkovaně ovlivňující průceschopnost a přizpůsobivost dítěte ve škole (vady ev. nemoci různých orgánů ev. orgánových systémů).
- 3) Smyslové vady a jejich důsledky (zejména hraniční vady, např. hypacusis, latentní vady a pod.).
- 4) Některé typy onemocnění provázené vyjádřenou psychickou symptomatologií, která je školsky významná (endokrinopatie a to i frustní, záchvatová onemocnění atd.).
- 5) Vývojové fáze se zvýšenými nároky na metabolismus (např. růstová akcelerace a její důsledky).

V. Faktory širšího sociálního prostředí

V praxi připadají v úvahu nejčastěji:

- 1) Subkultury určitého typu a jejich přímý, resp. skupinami zprostředkovaný vliv (např. městského prostředí). Mohou dalekosáhle ovlivňovat motivační oblast, aspirační úroveň, postoje ke vzdělání atd.
- 2) Specifická klimata některých etnických skupin (např. Rómové, etnické minority podmiňující mj. bilingvismus, trilingvismus atd.).
- 3) Vrstevnické skupiny mimo školu (uplatňují se zejména u žáků staršího školního věku a v dospívání).

Vzdělavatelnost ve vztahu k mentálnímu postižení³

Lehká mentální retardace

Testově měřená intelektová kapacita je u ní snížena o 1/3-1/2. IQ se pohybuje mezi 50-69 body. Porucha znamená omezenou vzdělavatelnost a obvykle je doporučena zvláštní škola. Je zachována schopnost méně kvalifikované a samostatné práce.

Středně těžká mentální retardace

Snížení intelektové výkonnosti je výrazné, hladina IQ leží mezi 35-49 body. Vzdělavatelnost je velmi omezená, není schopnost složitější komunikace, sebeobsluhy a jednání, včetně *pracovního, hlavně v cizím prostředí. Postižení vyžadují přiměřený dohled a podporu.*

Těžká mentální retardace

Je při ní k dispozici přibližně jen třetina normálního rozsahu inteligenčního vybavení. IQ dosahuje hodnot 20-34 bodů.

³ (srov. <http://www.vodopad.cz/c39.htm>, Švarcová 2000, Pipeková in Vítková (ed.) 2004 ad.)

Hluboká mentální retardace

Intelektová hladina zde nepřekračuje hodnotu 20 bodů. Nedostatky intelektu jsou zde tak velké, že neumožňují život mimo kontrolované prostředí a více či méně trvalou asistenci i při jednoduchých úkonech. Časté jsou poruchy motoriky.

Jiná mentální retardace

Často nelze přesně určit pro přidružená smyslová a tělesná postižení, poruchy chování a autismus.

Nespecifikovaná mentální retardace

Pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit.

Marilyn Fergusonová (Nové způsoby učení) uvádí mimo jiné následující skutečnosti⁴.

Širší paradigma pedagogiky se zajímá spíše o podstatu učení, než o metody vyučování. Nakonec, učení nejsou jen školy, učitelé, gramotnost, matematika, stupně, úspěchy. Je to proces, ve kterém jsme každým krokem na cestě, na kterou jsme vstoupili, když jsme se poprvé nadechli, transformace, která probíhá v mozku, kdykoliv je integrována nová informace, kdykoliv je zvládnuta nová dovednost. V mysli jedince je tento proces vždy nastartovaný. Cokoliv jiného je pouhé vyučování.

Učení je transformace

O studentu uvažujeme jako o otevřeném systému - rozptýlené struktuře, která na sebe vzájemně působí s okolím, která uvažuje. Student transformuje vstupy, třídí je a znovu uspořádává, tvoří vztahy. Jeho pohled na svět se neustále rozšiřuje, protože neustále přijímá nové podněty. Z času na čas se jeho systém vnímání, což je vlastně osvojování si hlavních dovedností a koncepcí (učení chůze, mluvení, čtení, plavání, psaní, druhému jazyku či geometrii), rozbije a reformuje. Vše je určitou změnou paradigmatu. Posun v učení předchází stres, jehož intenzita se dělí do oblastí, jako jsou neklid, vzrušení, tvůrčí napětí, zmatek, úzkost, bolest, obava.

Učitel pomáhá žákům reagovat na komplexnější potřeby, které znovu a opět překračují předchozí úroveň. Dobrý učitel se také učí a vztahy mezi ním a žáky ho transformují. Uzavřený učitel může studenty uspokojit informací. Ale student ztrácí jeho účast. Studenti jsou, jako občané diktatury, neschopní sdělit své potřeby a ochotu tomu, o kom předpokládají, že ovlivňuje jejich růst. Otevřený učitel, podobně jako dobrý terapeut, ustavuje vztah a rezonanci, vnímá nevyřčené potřeby, konflikty, naděje a obavy. Pokud jde o studentovu samostatnost, dobrý učitel tráví více času tím, že pomáhá vyjádřit nutné otázky než tím, že vyžaduje pravé odpovědi.

Optimální prostředí pro učení nabízí dostatečné bezpečí, které povzbuzuje zkoumání a úsilí, ale také dostatečné dráždění, aby nás vedlo kupředu. Ačkoliv není humanistické okolí dostatečnou

⁴ (http://www.baraka.cz/baraka/Baraka/b_3/b_3_nove_zpusoby_uceni.html)

podmínkou pro transformaci vzdělávání, vytváří potřebnou důvěru. Přitom přiměřený stres je také důležitý. Učitelé mohou při transformaci zklamat, jestliže se bojí, že studenta rozruší.

Výzkum potvrzuje, co vnímají rodiče a učitelé vědělí vždycky: učíme se různými způsoby. Podle uspořádání našich mozků jsou někteří lidé levodominantní, někteří pravodominantní a někteří nejsou ani jednoho typu. Někteří se lépe učí posloucháním, jiní díváním se nebo dotykem. Někteří dokáží vizualizovat jednoduše, jiní vůbec. Někteří si dobře pamatují různé přednášky, telefonní čísla, údaje, jiní barvy a pocity. Někteří se učí lépe ve skupinkách, jiní o samotě. Někteří jsou nejschopnější ráno, jiní odpoledne. Z rozdělených mozků nemůže žádná vzdělávací metoda získat maximum. Objevy o specializaci hemisfér a tendence jedinců oblíbit si jeden způsob nám také pomáhá pochopit, proč se tak moc lišíme v tom, jak vnímáme a myslíme.

Potřeba spojení

Smysl pramení z kontextu a spojení. Bez kontextu nic nedává smysl. Zkuste si představit kontrolora bez kontrolních lístků, jazyk bez gramatiky, hry bez pravidel. Pravý mozek, se svým nadáním vidět modely a celek, je základem pro pochopení kontextu, pro objevení smyslu. Učení se učit obsahuje učení se vidět vztahy mezi věcmi. *Naneštěstí nám naše školy nepomáhají*, řekl antropolog Edward Hall, *protože nás neustále učí nevnímat vztahy*.

Kontext... znamená to, co je spletené dohromady. Pozorujeme teď ekologii všeho kolem a uvědomujeme si, že věci dávají smysl jenom v souvislosti s jinými věcmi. Stejně jako se začala medicína dívat na kontext nemoci, na příčiny a ne jen na symptomy, pedagogika začíná uznávat, že vzájemné vztahy toho, co víme, pavuči na souvislostí, je důležitější, než pouhý obsah.

Učitelem jsou pak nejen formální pedagogové, ale také přátelé, děti, partneři - a životní příběhy. Když nejste soupeřiví a neuznáváte hierarchii v určení učitelů a žáků, pak je každý učitelem, každý zážitek lekcí, každý vztah možností studia

Opatření a zásady podpory:

- požadavky na uspořádání vyučování,
- použití přiměřených forem výuky,
- uplatňování zásad plánování vyučování,
- poskytnutí adekvátních organizačních podmínek,
- spolupráce při medicínsko-terapeutických opatření⁵.

Edukace je výrazně ovlivněna:

- Extrémně pomalým tempem vývojových změn.
- Specifika procesu učení vyplývají z postižení.
- Rozvíjení osobnosti začít co nejdříve, nejlépe ihned po identifikaci postižení.

⁵ (podrobně viz Vítková in Pipeková (ed.) 2006)

- Mimořádná důležitost důkladné a dlouhodobé funkční speciálně pedagogické diagnostiky (detailní identifikace problémů).
- Ve většině případů se nejdříve soustředíme na rozvoj motoriky, senzory a sebeobsluhy.
- Nevyhnutelná provázanost speciální edukace s procesem speciální stimulace.
- Úkoly speciální edukace uskutečňujeme v souvislosti s uspokojováním základních životních potřeb žáka.
- Musíme si uvědomit, že speciální edukační a stimulační aktivity často nevyvolají zpětnou vazbu.
- Edukační proces je výrazně ovlivněn narušenou a omezenou komunikační interakcí.
- Zdravotním stavem a aktuálním stavem průřesnosti.
- Orientací na krátkodobé cíle.
- Realizací na základě individuálních tzv. „krokových programech“.
- Využíváním speciálních pomůcek, často vysoce individualizovaných.
- Komplexní rehabilitací v souladu se společným cílem.
- Především kompetencemi speciálního pedagoga.
- Osobností speciálního pedagoga.
- Týmovou spoluprací.
- Překonáváním negativních názorů na potřebu edukace.

Problematika vzdělávání musí být řešena komplexně a vyvrcholením tohoto aktu je adekvátní zařazení jedince do vzdělávacího procesu. Aby docházelo k naplnění co možná nejširší sociální interakce zdravotně znevýhodněných občanů, je třeba zlepšit spolupráci mezi institucemi a všemi resorty v této problematice participující. Je třeba vybudovat a podporovat propojení všech těchto zařízení a vyvinout odpovídající nástroje.

Nové vzdělávací trendy, které probíhají v naší společnosti, tak přesahují oblast resortu školství a zasahují i do sféry sociálních služeb a zdravotnictví. Měly by cíleně vést k inkluzi, časně socializaci znevýhodněných osob a následně ke zvýšení tolerance společnosti k osobám se zdravotním postižením.

Literatura

LECHTA, V. MATUŠKA, O. ZÁSZKALICZKY, P. *Nové cesty k postihnutým ľuďom. Rozvoj systému, poradenství a integrácie*. Bratislava: Liečreh gúth, 1997. ISBN 80-967 383-7-2.

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

PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 2., rozšířené a přepracované vydání. ISBN 80-7315-120-0.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

Internetové zdroje

K psychologii neprospěchu žáka [online]. Zdravie a správanie človeka. Kaplan, R. M., Sallis, J. F., Patterson, T. L. (1996), [cit. 4. dubna 2006]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.arcana.cz/cz/texty.php?art=38&cat=14>

Mentální retardace [online]. J. Raboch - Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče, [cit. 4. dubna 2006]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.vodopad.cz/c39.htm>

Nové způsoby učení [online]. Marilyn Fergusonová, [cit. 5. dubna 2006].

Dostupné na World Wide Web:

http://www.baraka.cz/baraka/Baraka/b_3/b_3_nove_zpusoby_uceni.html

PhDr. Dagmar Opatřilová, PhD. Pedagogická Fakulta Brno



Diagnostika dětí s těžkým zdravotním postižením

Dagmar Přinosilová

Anotace: příspěvek je zaměřen na problematiku diagnostiky jedinců s těžší formou zdravotního postižení, kdy se v praxi setkáváme s vícenásobným postižením. Cílem je upozornit na specifika diagnostického procesu a možnosti využití adekvátní metodiky.

Klíčová slova: těžké zdravotní postižení, mentální retardace, tělesné postižení, smyslové vady, diagnostika ve speciální pedagogice, vývojové škály, interdisciplinární herní diagnostika, rodinná diagnostika.

Diagnostika dětí s těžkým zdravotním postižením je komplikována tím, že v současné době v praxi postrádáme vhodné metody pro vyšetřování těchto dětí. To je důvodem, proč je většinou využívána osvědčená standardní diagnostická metodika, kterou je však třeba administrovat nestandardním způsobem, a při vyhodnocování a interpretaci výsledků se odborník opírá hlavně o svou zkušenost a kvalitativní analýzu projevů dítěte v diagnostické situaci.

Proto je nanejvýš důležité, aby diagnostika za účelem zjištění aktuálního stavu vývoje zdravotně postiženého dítěte byla dlouhodobým, průběžným procesem, který na základě optimální znalosti dítěte a jeho nejbližšího sociálního prostředí (zejména rodiny) povede k realistické prognóze jeho dalšího vývoje a tím i k nabídce vhodného vzdělávacího programu v rámci plnění povinné školní docházky.

Nutným předpokladem kvalitní komplexní diagnostiky dětí s těžkým zdravotním postižením je mimo jiné její dlouhodobost, individuální přístup k dítěti a jeho rodině a výběr odpovídající vhodné baterie diagnostických metod (psychologických i speciálně pedagogických).

Psychologické a speciálně pedagogické vyšetření by mělo:

- vycházet z přesné lékařské diagnózy, která stanoví příčinu, druh, závažnost a délku doby postižení, popř. i další očekávanou prognózu
- využívat jako informační zdroj podrobnou rodinnou a osobní anamnézu (vývoj dítěte od narození, vývojové mezníky, sociální kontakty s vrstevníky i dospělými atd.)
- využívat pozorování dětí v přirozeném i ambulantním prostředí (adaptace dítěte na prostředí, schopnost navazovat kontakt, specifika chování a emoční nápadnosti v průběhu vyšetření, pozorování v úkolových situacích apod.)
- se opírat o znalost standardního průběhu vývoje a typických znaků vývoje dětí s postižením
- respektovat individuální specifika vývoje každého dítěte, a to jak při volbě diagnostické metodiky, tak i při interpretaci výsledků
- využívat rozhovoru s rodiči při získávání informací o běžných projevech dítěte doma, o výchovném stylu v rodině, o tom, jak si rodiče představují vzdělávání dítěte i další cíle a ambice

Jak uvádí Vágnerová (in Svoboda, Vágnerová, Krejčířová, 2001), v současnosti je kladen v diagnostice dětí s postižením důraz spíše na sledování jejich schopnosti učení v testové situaci (event. při opakovaném vyšetření), než na pouhé hodnocení aktuálního výkonu, který je ovlivněn předchozí, často velmi omezenou zkušeností.

U dětí s těžkým zdravotním postižením se jedná o současné postižení více vadami. Mezi nejčastější varianty patří mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením (zpravidla s dětskou mozkovou obmrou) a se smyslovými vadami. Jednotlivé typy postižení jsou sice různě závažné, ale celkový omezující dopad na vývoj dítěte je značný. Vzhledem k tomu, že těžší stupeň mentální retardace odpovídá s svou úrovní přibližně 2-3 roků mentálního věku, uplatňují se v diagnostice vývoje těchto dětí velmi dobře tzv. **vývojové škály**. Jedná se o metody, které umožňují zachytit aktuální stav vývoje dítěte v několika základních sledovaných

oblastech, takže získáme přehled nejen o celkové úrovni dítěte, ale i o jednotlivých klíčových oblastech psychického vývoje. Škály jsou opatřeny normami, což nám dává možnost porovnat aktuální výkon dítěte s normou pro daný věk. V období od 0 do 1 roku jsou vývojové úkoly odstupňovány po 1 měsíci, v období od 1 roku do 3 let po 3 měsících.

Dá se říct, že u nás je patrně nejznámější Gesellova vývojová škála, která je určena pro věk od 4 týdnů až do 36 měsíců (3 roky). Většina pomůcek je dobře dostupná a jsou poměrně jednoduché. Škála sleduje vývoj v těchto oblastech:

- **hrubá motorika**- sleduje se poloha dítěte a vývoj pohybových dovedností, jako je držení hlavy, sed, kvadrupedální lokomoce, stoj a bipedální lokomoce. Kromě toho si všímáme svalového napětí a možné asymetrie event. patologie pohybových vzorců dítěte.
- **jemná motorika**- se zaměřuje na vývoj úchopu, koordinace, na kvalitu manipulace s různými předměty a rozvoj grafomotorických projevů
- **adaptivní chování**- sleduje zejména vývoj zrakové percepce, reakce na podněty, senzomotorickou koordinaci, vnímání předmětných vztahů, vývoj konstruktivní hry, kresby, poznávání základních geometrických tvarů a schopnost učit se ze zkušenosti
- **řeč**- jsou sledovány všechny projevy a formy komunikace(předřečová vokalizace, verbální, neverbální komunikace- mimika, gestika), včetně úrovně porozumění řeči
- **sociální chování**- je posuzována úroveň sociálních návyků a sebeobslužných činností (krmení, oblékání, hygiena), celková sociální reaktivita dítěte a vývoj jeho sebepojetí

Při administraci vývojových škál u dětí se zdravotním postižením je nutno pamatovat na ty případy, kdy dítě sice chápe podstatu úkolu, který má splnit, ale jeho tělesné nebo smyslové postižení mu to znemožňuje. Zde je hlavní riziko podcenění mentální kapacity dítěte. V této souvislosti je třeba poznamenat, že v raném vývojovém období každé závažnější postižení může znesnadnit a komplikovat vývoj dítěte a nemusí se přitom primárně jednat o mentální retardaci.

U dětí, které kromě mentální retardace trpí i pohybovým nebo smyslovým postižením, bývá nutná modifikace diagnostických metod a jejich prezentace, ve smyslu např. zvětšení materiálu, zajištění jeho plastičnosti, využití optimální polohy pro dítě, alternativní formy komunikace apod.

Při vyšetření je třeba zohlednit specifické projevy dítěte, které mohou negativně ovlivnit jeho výkon. Nejčastěji se jedná o zvýšenou unavitelnost, sníženou odolnost vůči zátěži, zvýšenou dráždivost, úzkostnost. Důležitá je také kvalita motivace a pozornosti, neboť úzce ovlivňuje průběh schopnost a spolupráci dítěte. Důležité je také posoudit, zda dítě v diagnostické situaci podává lepší výkon za přítomnosti rodiče, nebo zda naopak je přítomnost rodiče pro ně inhibující.

Další možností z hlediska diagnostiky je tzv. **transdisciplinární herní diagnostika**, která pracuje se situací volné hry (Linder, 1990, sec. cit. Svoboda, Vágnerová, Krejčířová, 2001).

Dítě si samo volí formu činnosti i herní materiál. Na diagnostickém procesu participuje tým odborníků (speciální pedagog, psycholog, logoped, odborný lékař, sociální pracovník apod.) a podílí se na něm i rodiče dítěte. Zhotovuje se podrobný záznam z pozorování hry dítěte včetně videozáznamu. Každý odborník z týmu hodnotí projevy dítěte. Přímou spoluprací s dítětem tzv. facilitátor hry, jehož úkolem je provokovat u dítěte diagnosticky významné projevy. Při hodnocení se využívají posuzovací škály, které uvádějí a orientačně věkově řadí typické projevy dítěte. Součástí této formy diagnostiky je i sledování dítěte v situaci odloučení od rodičů, při jídle, při hře s druhými dětmi apod.

Herní diagnostika vychází z toho, co dítě preferuje- jaké aktivity, činnosti, formu hry a jaký materiál k tomu upřednostňuje. Sleduje motivaci dítěte, složitost jeho hry, její téma, způsob řešení problémů při hře, samostatnost dítěte, jeho interakce s okolím a schopnost navazovat sociální kontakty, formu komunikace, schopnost napodobovat a sdělovat své potřeby, odolnost vůči zátěži, adaptaci apod. Součástí této formy diagnostiky by mělo být i pozorování sociální přiměřenosti resp. maladaptace v chování, projevů hrubé a jemné motoriky včetně motoriky mluvidel a chování dítěte vůči vrstevníkům a dospělým.

Pro hodnocení adaptivního chování lze v tomto období využít zavedenou, ale již v některých ohledech ne zcela vyhovující **Vinelandskou škálu sociální zralosti**. Sleduje každodenní skutečnost z hlediska samostatnosti resp. nutné míry dopomoci v oblasti soběstačnosti v jídle, při oblékání, zaměstnání, komunikaci, motorice a sociálním začlenění. S metodou pracuje osoba, která dítě nejlépe zná a může se tak vyjádřit k jeho kompetencím. Nejčastěji to bývají rodiče nebo jiná pečující osoba. Další možností využití je i **Günzburgova škála**, kde se výsledky zaznamenávají v kruhovém diagramu a stávají se východiskem pro podporu dítěte v dalším sledovaném období.

Navrhovaná forma podpory dítěte i rodiny vychází z **rodinné diagnostiky**. Na dobré znalosti denního provozu v rodině a domácnosti a na životním stylu rodiny je koncipován stimulační program. Spolupráci rodiny na tomto programu lze zajistit jen tehdy, když je v souladu s jejím režimem a nezasahuje podstatně do uspokojování potřeb jejich jednotlivých členů. V opačném případě nedokáže

rodina kvalitně spolupracovat, protože rozsah péče a podpory věnované dítěti s postižením přesahuje její možnosti a nemohou být v dostatečné míře uspokojovány potřeby ostatních členů rodiny.

U tělesného postižení a závažnějších forem smyslových vad (i když není přítomna mentální retardace) je třeba pamatovat na riziko vzniku depriváční situace, nejčastěji v důsledku nedostatečné saturace potřeby stimulace z prostředí, ale event. se může jednat i o deprivaci citovou, když např. je postižení provázáno estetickým handicapem, nebo nejbližší sociální okolí dítěte špatně porozumí jeho potřebám, které dítě dává najevo jinak než dítě zdravé. Např. problémy při tělesném kontaktu s matkou u malých dětí s rozvíjející se spastickou formou dětské mozkové obmy, kdy dítě reaguje jinak, než matka očekává, a ta může nabýt dojmu, že dítě se kontaktu brání, protože mu není příjemný.

U dítěte s těžkým zdravotním postižením přetrvává dlouho závislost na prostředí, kdy se dítě projevuje jako vývojově mladší a „jeho lidé“ se k němu i takto chovají. To na druhé straně posiluje a zvyrazňuje závislost dítěte a přispívá k nedostatečnému rozvoji jeho kompetencí v oblasti sociální komunikace, osamostatňování v sebeobslužných aktivitách a v neposlední řadě postupné odpoutávání z vazby na matku.

Se závislostí na rodině zpravidla souvisí i nedostatek zkušeností v kontaktu s vrstevníky. Opožďuje se i rozvoj volní složky a uvědomování si vlastní osobnosti, které se v praxi u zdravých dětí zpravidla projevuje různě výraznými projevy negativismu. K těmto projevům dochází daleko později, často až ke konci předškolního období a často mají charakter např. afektivní reakce na zátěž, kdy fungují u dítěte jako obranný mechanismus.

Důležitým měřítkem potenciální úrovně rozumových schopností je **řeč**, což můžeme diagnosticky využít např. u dětí se zrakovým postižením. V praxi se setkáváme s komplikací v podobě postižené hybnosti mluvidel v důsledku diagnózy dětské mozkové obmy a u dětí se závažnou sluchovou vadou, která výrazně znesnadňuje, resp. až znemožňuje rozvoj řeči a tím poškozují vývoj dítěte nejen v oblasti komunikačně- sociální, ale i v oblasti rozvoje kognitivních funkcí.

Při hodnocení projevů dítěte s těžkým zdravotním postižením je třeba postupovat kvalitativně a analyzovat jak oblasti zachovaných schopností a dovedností, tak i oblasti psychiky, které jsou základní vadou narušeny. Pouze na základě pečlivého zvážení předností a nedostatků dítěte se můžeme při pravidelném diagnostickém ověřování stavu vývoje prognosticky vyjádřit k jeho dalšímu možnému průběhu.

Literatura:

PŘINOSILOVÁ, D. *Současná situace v oblasti diagnostiky dětí s postižením*. In HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP, 2005, ISBN 80-86856-10-0

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-545-8

PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.

MU, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky, Brno

dagmar.prinosilova@seznam.cz



Individuální vyučování

Jarmila Hrabalová
Dana Kořenková

Nejprve bych ráda představila naši školu s názvem: Mateřská škola speciální, Základní škola speciální a Praktická škola ELPIS. Jak je patrné již z názvu, elpis je naděje pro naše děti, které se mohou vzdělávat podle svých možností. Škola se nachází malý kousek od konečné tramvaje na ul. Koperníkově, kde sídlí vedení školy a třídy praktické školy, třídy rehabilitační, přípravný ročník, třída pro zrakově postižené a internát. Máme zde i rehabilitační pracoviště, snozelen s vodní postelí a cvičebnou. Na odloučeném pracovišti na ul. Fr. Skaunicové jsou třídy MŠ pro autistické děti, rehabilitační třídy pro autisty a pro děti s kombinovanými vadami a družina. Výuka probíhá dopoledne současně s logopedií a rehabilitací. V odpoledních hodinách na internátě probíhají kroužky keramiky, vaření, kroužek tanečně pohybový a přichází za námi pejsci na canisterapii. Děti jezdí průběžně do divadel i na koncerty a jiné kulturní akce. Pořádáme pro ně i školy v přírodě. U dětí pracují učitelé a vychovatelé s odborným vzděláním, kteří se stále ve svých odbornostech vzdělávají a veškeré techniky propojují do výuky. O této problematice jsme si pro vás přichystali přednášku.

Pedagogové naší školy jsou průběžně proškolení v rámci grantových programů „Další vzdělávání pedagogických pracovníků“ schváleném v roce 2002 Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Absolvovali již školení Orofaciální regulační terapie podle Prof. Rodolfo Castillio Moralese vedené Mgr. Evou Matějčkovou, seminář Synergetické reflexní terapie dle Dr. Med. W. Pfaffenrota přednášené lektorkou Renatou Vodičkovou, Myofunkční terapie přednášené Mgr. Jitkou Kaulfusovou, míčkování vedené fyzioterapeutkou Leou Vrtílkovou. Pokud by měl někdo zájem se dozvědět o těchto metodách – bude dán prostor v závěru v rámci otázek. Všechny tyto metody jsou používány v průběhu vyučování nejen ve výuce, ale i v individuální logopedické práci. Logopedka se zaměřuje na dech, oblast obličeje a oblast ruky. V průběhu výuky je předem dohodnuto, které dny jsou vyhrazeny pro tu kterou třídu a její žáky. Učitelka má přesně připravený plán, aby nebyl logopedkou či rehabilitační pracovnící narušen. Ideální je, když dítě s DMO nejprve rehabilituje – tím je připravena a uvolněna hrubá motorika a v zápětí je žák předán logopedce, která se zaměří již jen na obličej a ruce. Individuální přístup k žákovi tkví v tom, že se praktikuje ta metoda, které jedinci nejvíce vyhovuje. Většinou není problém se stimulacemi v obličejové části – nejlépe se aplikuje štětečkování a bodování, i když jsou jedinci, ke kterým se tzv. „dostává těžce“. Zde aplikujeme nejdříve hlazení peříčkem a foukání do něj, a potom teprve sáhnou k měkkému štětci. Pokud se daří dítě nastimulovat, procvičujeme ruce – nejprve SRT – synergetickou metodou, a potom společným cvičením. V zápětí vše používáme propojeně - to znamená říkáme báseň + ruce. K těmto cvičením je nevhodnější vycházet z knihy Jany Hanšpachové: Hry pro maminky s dětmi.

Nastíním tzv. vzorový program dítěte s propojením individuální péče:

8,00	přivítání – kruh – předchází chirofonetika na krku a hrudníku pro jednoho žáka – asistentka nebo logopedka
8,20 – 9,15	výuka – společná
9,15 – 9,30	hygiena
9,30 – 10,00	svačina + krmení - příjem potravy – učitelka, asistenti, logopedka
10,00 – 10,45	individuální činnosti: rehabilitace – rehabilitační sestra kapání – učitelka masáže – učitelka či asistentka míčkování – učitelka či asistentka
10,45 – 11, 20	logopedie
11,20 – 11,30	hygiena
11,30 – 12,00	oběd + krmení - příjem potravy – učitelka, asistenti, logopedka
12,00 – 13,00	relaxace s polohováním
13,00 a dále	odpolední činnosti, v rámci kterých probíhají: - stimulace u jednotlivců - rehabilitační canisterapie

- pohybově taneční kroužek
- sportovní aktivity, jednou týdně plavání
- individuální ergoterapie v rámci keramické dílny či textilní dílny - /tkalcovský stav/

14,30 svačina
 17,30 večeře
 19,30 noční klid

Chtěla bych se v této části zmínit o návrzích a metodách používaných při výuce dle **programu orofaciální regulační stimulace podle Castillia Moralese** a o přínosech pro žáky i pedagogy:

Návrh nejvhodnější stimulace a/ metodika krmení
 b/ stimulace chladovými podněty
 c/ polohování dítěte

ad a/ Dítě s DMO nebo kombinovanými vadami by mělo být krmeno individuálně stejnou osobou v přiměřeně klidném prostředí a v přiměřeně dlouhém čase. To lze v týdenním zařízení velmi těžce uskutečnit, protože zaměstnanci se u dítěte střídají. Proto správný postup krmení školitelka naučila všechny osoby, které dítě krmí. I když je to při tak velkém počtu internátních dětí těžké, škola zajistila se snaží zajistit lepší podmínky pro individuální krmení posílením personálu v době jídel, zapojuje se – kromě stálých asistentů i logopedka.

Krmení dítěte s DMO a kombinovanými vadami nelze chápat jenom jako akt příjmu potravy, ale musíme je považovat za vzdělávací a terapeutický proces. U nás ve škole je včleněn do denního režimu jednotlivých žáků v rámci disponibilní hodiny – nácvik sebeobsluhy při příjmu potravy, která probíhá při obědě.

ad b/ V případech, kde je vhodná stimulace po drahách nebo stimulace chladovými podněty /kapání/ navrhla školitelka individuální schéma pro dítě a podle tohoto nákresu jsou prováděny stimulace v určených časových intervalech pedagogickými pracovníky. Je to metoda velmi náročná, záleží na přesnosti postupu, a proto ji ovládá jeden pracovník po celou dobu působení. Osvědčili se nejen pedagogové, ale i odpolední vychovatelky nebo asistentky. Je také důležité udržet zájem rodičů vhodnou motivací a zajistit pravidelnost stimulace. Po určité době by měla školitelka na základě záznamů reakcí dítěte schéma obměnit.

ad c/ Správné sezení u psaní a čtení je zdravým dětem vštěpováno ihned s nástupem školní docházky, aby se včas předcházelo deformitám. U dětí postižených, zvláště vozíčkářů, toto platí dvojnásob. Školitelka navrhla nejvhodnější polohu pro dítě podle jeho smyslových nebo tělesných vad. Zároveň upozornila na nevhodné návyky dětí při sezení, které upevňují patologické držení těla. / např. specifické zvláštnosti stavby těla u dětí s dg. Morbus Down./, a kterým je nutno předcházet. Polohování není tedy omezeno jen na dobu relaxace a odpočinku, jak se mnohdy praktikuje /vodní lůžko nebo polohovací želva v relaxační místnosti/, ale stává se součástí vyučování. Do všech tříd nechala škola na zakázku vyrobit dřevěné polohovací desky podle návrhu Mgr. Matějčkové. Tyto desky se používají ve výuce, učitelka může nastavit desku každému dítěti individuálně tak, aby pracovní plocha byla v pohledu dítěte. Školní prostředí, bohužel, determinuje výuku převážně v sedu v lavicích. Přesto existují alternativní možnosti – rehabilitační balony, polohovací zvířata, polohovací závěsy, polohovací lavice, molitanové podložky apod. Nesprávná poloha dítěte značně omezuje schopnost vnímání a koncentrace, dokonce může vzdělávací proces zcela znemožnit. **Správná poloha těla není u některých typů postižení jen otázkou individuálního pohodlí, ale zajištění životních funkcí a podmínkou dalšího vývoje dítěte.**

Program orofaciální regulační stimulace podle Castillia Moralese ve speciální škole ELPIS měl pozitivní přínos – z hlediska logopedického, speciálně pedagogického i sociálního.

Z hlediska **logopedického** - při pravidelné stimulaci se zlepšuje orientace jazyka v ústech, změna jeho polohy. Aktivizuje se sání a polykání, upravuje funkce žvýkačního svalstva. Současně se normalizuje svalové napětí, uvolněním čelistí se zmírňuje skřípání zubů, ovlivňuje se vzájemná poloha hlavy a čelisti. Tím se také upravuje a stimuluje dýchání, což má velký význam pro rozvoj řeči a celkový psychomotorický vývoj. To vše ovlivňuje především foneticko – fonologickou rovinu jazyka, protože dochází k úpravě anatomických poměrů v ústní dutině, a vytváří se mimořádně příznivý terén pro následnou logopedickou péči. Ta zpětně fixuje výsledky ORF a zesiluje její efekt.

Z hlediska **speciálně – pedagogického** - při správné poloze dítěte je navozen fyziologicky správný poměr kyfózního a lordózního oblouku páteře a upraveno vzájemné postavení hlavy a krku. Jsou odbourány spasmus břišního a dýchacího svalstva, přesouvá se těžiště celého těla. Pracovní plocha se tak dostává do zomého úhlu dítěte, je uvolněna křeč ruky, zlepšuje se prostorová orientace a nastává koordinovaná spolupráce oko – ruka při manipulačních činnostech. Tím se také prodlužuje doba vědomé koncentrace, což ještě podporuje účinnost vzdělávacího procesu.

Z hlediska **sociálního** - tato stimulace není invazivní, bolestivá, dítě nezatěžuje a nevyžaduje jeho aktivní spolupráci. Naopak odstraňuje nepříjemné pocity dítěte, čímž výrazně přispívá k jeho celkovému zklidnění. Dítě je tak připraveno na intervenci dalších odborníků /psychologa, pedagoga, logopeda/ a může s nimi lépe spolupracovat. To je velmi důležité pro děti navštěvující školy internátního typu, kde se v průběhu dne střídají v péči o dítě různé osoby.

SHRNUTÍ:

Po těchto zkušenostech se vzděláváním personálu přímo na pracovišti jsme podali návrh projektu navazujícího s názvem „Profesní růst zaměstnanců speciální školy ELPIS II“. Je hrazen z evropského sociálního fondu a probíhá ve škole v současné době s předpokládaným ukončením v roce 2008. Zabývá se klíčovými oblastmi – pokročilé techniky orofaciální stimulace, míčkování, vibrační masáže, polohování, chirofonetika a rehabilitační canisterapie. Všechny tyto alternativní techniky se učitelky i vychovatelky učí na svém pracovišti, individuálně pro své žáky a snaží se je začlenit do pravidelného denního režimu.

Nyní nabízíme přehled praktického využití dalšího vzdělávání učitelů ve výchovně vzdělávacím procesu v konkrétní třídě.

Jedná se o rehabilitační třídu pro nevidomé - 5 žáků s kombinovaným postižením /zrakové vady, DMO, mentální retardace/

Tato specializovaná třída pro žáky se zrakovým postižením v kombinaci s tělesným a mentálním postižením funguje v naší škole již od počátku, tedy jedenáctým rokem. Je složena ze šesti žáků, z nichž pět je nevidomých a jeden má lehčí zrakovou vadu korigovanou brýlemi. Pět žáků je na vozíku, pouze jeden je chodící a je v současné době vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu v rodinném prostředí. Věkové rozmezí žáků je od 10 do 20 let. Ve třídě pracují kromě učitelky a její asistentky také dvě osobní asistentky žáků, které nejsou zaměstnankyněmi školy a jejichž služby si najímají sami rodiče. Tato pomoc je pro nás velmi významná a důležitá, protože zajišťuje klidný průběh vyučování, možnost maximální možné péče a aktivního zapojení každého žáka do všech činností výchovně vzdělávacího procesu.

Zaměřujeme se především na komunikaci, orientaci, sebeobsluhu, rozvoj motorických dovedností, smyslového vnímání a rozumových schopností.

Při sestavování režimu dne vycházíme z daných osnov určených pro rehabilitační třídy, jejichž součástí jsou smyslová výchova, rozumová výchova, hudební výchova, pracovní a výtvarná výchova, rehabilitační tělesná výchova. Obsah jednotlivých výchov byl přesně stanovený a pro činnost ve třídě rozhodující. Pozitivním krokem ke zlepšení kvality výuky je možnost uplatňovat v rámci různých předmětů /výchov/ nové metody a postupy.

V naší třídě nevidomých dětí je to metoda Orofaciální regulační terapie, a to metodu stimulace reflexních bodů na těle kapkami studené vody a stimulaci obličeje pomocí předmětů z různých materiálů /např. lžičky, štětce, tužky/. Další používanou metodou je reflexní terapie, kdy provádíme masáže reflexních plošek na noze dítěte, stejně tak provádíme masáže rukou. Součástí této terapie je také metoda míčkování, kdy provádíme masáže celého těla nebo jen jeho částí. Polohujeme každé dítě v sedu, lehu nebo během relaxace. Uplatňujeme správné metodické postupy při krmení dětí, provádíme masáže obličeje a hrudníku, když je dítě zahleněno. Velmi přínosné jsou postupy, jak manipulovat s těžkým dítětem, jak ho zvedat z podložky, jak dítě stimulovat, aby při manipulaci spolupracovalo, případně zvládlo pohyb samostatně.

Uvedené metody a postupy provádíme pravidelně v rámci dopoledního vyučování, a to v rámci smyslové výchovy, rehabilitační tělesné výchovy, u některých dětí i pracovní výchovy. Při sestavování režimu dne ve třídě je nutná spolupráce nejen s pracovníky v dané třídě, ale i s logopedkou a rehabilitační sestrou. Společně se dohodnou, který den a hodinu budou mít jednotliví žáci stanovenou činnost. Snažíme se sestavit harmonogram tak, aby se jednotlivé činnosti nepřekrývaly, ale naopak, aby se vzájemně doplňovaly. V letošním školním roce provádíme orofaciální stimulaci u třech žáků /výběr žáků a vhodnost této metody doporučila Mgr. Eva Matějčková/. Konkrétní postup navrhla a vypracovala Mgr. Matějčková pro každé dítě zvlášť. Zaškolená v této metodě byla učitelka, která provádí stimulaci kapkami studené vody u dvou žáků. Třetího žáka stimuluje pomocí vody asistentka učitelky, která byla následně učitelkou proškolená. Využití této metody je tak z organizačních důvodů

více efektivní, protože je časově velmi náročné. Stanovili jsme si pro tuto činnost dva dny v týdnu /stimulace se má provádět dle doporučení minimálně 2x týdně/ tak, aby se nepřekrývala s rehabilitačním cvičením. Obě tyto činnosti jsou pro dítě fyzicky náročné a dítě by se tak zbytečně vyčerpávalo. Po předchozích zkušenostech jsme si vyhradili po oba dny vždy druhý dopolední blok /od 10.00-10.45/. Během stimulace jsou oba žáci v jedné třídě společně s učitelkou, poslouchají klidnou relaxační hudbu, která navodí příjemný pocit uvolnění. Během kapání učitelka pozoruje jednotlivé reakce dítěte na dané stimuly a projevy si zaznamenává. Ty pak po čase konzultuje se školitelkou Mgr. Matějčkovou, která určí další vhodný postup. V tomto čase provádějí u ostatních dětí jejich osobní asistentky reflexní masáže nohou nebo rukou, míčkování nebo polohování. K tomu využíváme různé druhy míčků /pěnové, gumové, s hroty, míčky různých velikostí/, na polohování pak speciální podložky, polštáře a válce. Tyto činnosti provádíme také při relaxaci na vodním lůžku, které navštěvujeme v dopoledních hodinách pravidelně jednou za týden. Všechny uvedené stimulační a relaxační metody jsou u dětí velmi oblíbené, samy si je vyžadují, někteří si dovedou vybrat tu, kterou mají nejraději. Zařazení těchto činností do dopoledního vyučování má na žáky pozitivní vliv po všech stránkách. Přispívá k celkovému zklidnění žáků, napomáhá rozvoji motorických dovedností, vytváření smyslových vjemů, pozitivních zážitků a pocitu jistoty. Výsledkem je pak lepší soustředěnost při výuce, rozvoj komunikace nebo snadnější osvojování rozumových dovedností. Další metodou v rámci orofaciální stimulace je stimulace obličeje po drahách chladnými předměty /u nás konkrétně hrotem malé kovové lžičky/. Pomocí této metody můžeme aktivovat obličejové svalstvo a tím uvolnit napětí a podpořit tak pohyblivost svalstva při komunikaci. Stimulaci provádíme ráno před zahájením vyučování v ranním kruhu. Velmi vhodné je provádět alespoň částečně tuto stimulaci krátce před jídlem, zvláště pak u dětí, které neumějí kousat. Osvědčila se nám i lehká masáž kousacích svalů během jídla, která napomáhá ke zmírnění křečí v obličeji a tím k lepšímu zpracování potravy. Se všemi používanými metodami a postupy seznamujeme rodiče žáků, kteří se ve většině případů snaží aktivně spolupracovat a provádět některé činnosti i doma zvláště pak v situaci, kdy poznají jejich pozitivní vliv na jejich děti.

Hlavním cílem pracovníků naší školy je poskytnut co nelepší nejkompexnější péči všem žákům podle jejich individuálních potřeb, a proto je další vzdělávání pedagogických pracovníků přímo na pracovišti i v budoucnosti nutností

Mgr. Dana Kořenková a Mgr. Jarmila Hrabalová, Speciální škola Elpis, Brno



Strukturované učení

Tereza Šafránková



Program přednášky:

a)

- Koncepte strukturovaného učení
- Specifická pedagogická metodika – vhodnost
- Základy strukturovaného učení – organizace prostoru a času (kde, kdy, jak dlouho, proč, s čím, jak)
- Uspořádání prostoru třídy
- Využití silných schopností dítěte

b)

Videoprojekce

- ukázka strukturovaného prostředí autistické třídy (denní režim, samostatná práce, kódované úlohy, strukturovaná hra, volnočasové aktivity)
- struktura jako velký pomocník (dívka s autismem)

Použitá literatura:

Čadilová, V. a kol. autorů : Základy strukturovaného učení u osob s poruchou autistického spektra (určeno pro kurz „Výchova vzdělávání dětí s autismem I.“)

Gillberg, CH., Peeters, T.: Autismus – zdravotní a výchovné aspekty. Portál, Praha 2003

Šafránková, T.: Dětský autismus – výchova a vzdělávání v autistické třídě (absolventská práce)

ZŠ Zahradka, kol. autorů – Rettův syndrom

Webové stránky:

www.apla.cz

www.autismus.cz

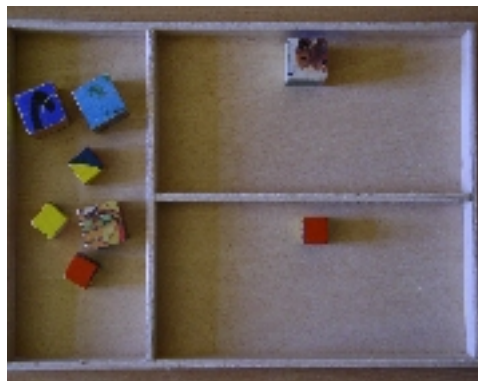
Koncepce strukturovaného učení

Proces učení se opírá o kognitivně behaviorální terapii. Teoreticky strukturované učení vychází z intervenční terapie a vzdělávacích programů, které jsou propagovány v rámci TEACCH programu. Strukturované učení nejlépe vyhovuje specifickým potřebám dětí, které jsou omezeny v oblasti verbální komunikace, sociální interakce a představitosti. Pro tyto děti běžná výuková situace znamená veliký chaos a tak je nezbytně nutné jim strukturovat prostor, čas, pracovní i volnou činnost. To znamená zpřehlednit výukovou situaci tak, aby pochopili, co se od nich očekává. Úkolem pedagoga tedy je uzpůsobit prostředí a situace dítěti tak, aby bylo na první pohled zřejmé, co se po dítěti chce.

Příklad : *roztřídit velké a malé kostky.*

Dítě nereaguje, nepracuje, začne si s kostkami hrát, případně kostky rozhází, odběhne a je evidentní, že úkol nezvládlo.

Pokud bude ale úkol nachystaný v krabici, kde na levé straně krabice budou velké i malé kostky, a do dalších dvou přihrádek umístíme malou a velkou kostku jako vzor, totéž dítě začne samo pracovat. Úkol dokončí, jakmile zmizí všechny kostky z levé přihrádky krabice.



Cílem strukturovaného učení je dovést dítě k co největší samostatnosti, využít naučeného individuálního nácviku při samostatné práci, sebeobsluze, komunikaci, sociálním chování.

V důsledku strukturovaného učení mizí stereotypní činnosti, snižuje se výskyt problémového chování, agresivních a autoagresivních záchvatů a svět se tak stává pro dítě srozumitelnější.

Specifická pedagogická metodika – vhodnost

Strukturované učení je vhodné pro děti s pervazivní vývojovou poruchou (dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, desintegrační porucha v dětství), pro děti hyperaktivní, pro děti s komunikačními obtížemi, pro děti s těžším typem mentální retardace.

Základy strukturovaného učení

1. Kde pracovat? Struktura prostoru.

Je vhodné vymezit prostor pro výuku, který bude sloužit výhradně tomuto účelu a který bude v co možná největší míře zajišťovat klid (minimum hluku, rozptýlení). Tímto způsobem se vytvoří i jiná místa pro odpočinek dítěte, prostor pro pracovní a výtvarné činnosti, místo u stolu na jídlo. Místo je nutné zpřehlednit tak, aby dítě na první pohled vědělo, kde pracuje a co tam bude dělat.

Uspořádání prostoru je pro žáky velmi důležité. Použití vizuálně jasných oblastí a hranic pro jednotlivé činnosti umožní žákům lépe porozumět svému okolí a vztahům v něm. Učitelé musí pečlivě určit specifické místo pro každou z hlavních činností. Rozdělení místnosti pomocí různých typů zástěn omezí zrakové a sluchové podněty odvádějící pozornost, a tím se dítě může soustředit na důležité činnosti. Specifická a názorná organizace prostoru napomáhá ke snadnější orientaci dítěte.

2. Kdy pracovat? Struktura času – denní režim

Časový plán pomáhá dětem předvídat a odlišit jednotlivé aktivity během dne, zlepšuje přechod z jedné činnosti na druhou a také motivuje (dítě vidí, že bude následovat oblíbená činnost).

Dítě by mělo vědět, kdy bude dělat připravovanou činnost a jak dlouho bude trvat. K vizualizaci času se využívají formy denních režimů.

Denní režim musí být znázorněn (vizualizován) pro každé dítě způsobem, kterému rozumí. Režim dne se tedy sestavuje z kreslených obrázků, piktogramů, fotografií nebo je sestaven z předmětů. Dítěti je třeba přiměřeným způsobem vysvětlit, jakým činnostem se bude věnovat celý den a jaké bude jejich pořadí. Denní aktivity by měly být vyvážené tak, aby se střídaly činnosti zábavné s méně oblíbenými, fyzicky náročné s odpočinkovými.

Vizuálně srozumitelný režim vede k větší samostatnosti a lepší adaptaci na změny. Denní režim je obvykle umístěn u vchodu do třídy a dítě se může během dne kdykoliv podívat, jaké činnosti budou probíhat.

Příklad režimu dne: *volná hra, komunikační cvičení, individuální nácvik, svačina, kódované úlohy, volná hra, oběd, strukturovaná hra*



Symbole znázorňují:
žlutý oválek = volná hra
klíč = komunikační cvičení
hnek = snídaně
bota = procházka
lžíce = oběd
kartáček na zuby = čištění zubů
žlutý oválek = volná hra

Příklad práce s režimem dne:

Po příchodu do školy dítě přijde k místu, kde je umístěn denní režim s kartami či symboly od shora dolů. Vezme si režimovou kartu, symbol, který označuje volnou hru. Jde na místo, kde probíhá volná hra a umístí ji vedle volací karty. Po skončení dostane tranzitní kartu a odchází zpět k režimu dne. Kartu vhodí do košíku pod

denním režimem a utrhne další režimovou kartu – komunikační cvičení a odchází na místo určené tomuto účelu. Po skončení komunikace odchází s tranzitní kartou zpět k režimu dne. Tento proces opakuje stejným způsobem u individuálního učení, svačiny, kódovaných úloh, volné hry, oběda, strukturované hry, dokud není prostor pro režim dne prázdný.

Časový plán celé třídy se v průběhu času příliš nemění s výjimkou výletů nebo činností, které vyžadují předběžnou přípravu. Časový rozvrh dne je probírán ráno při příchodu žáků nebo při dopoledním komunikačním sezení.

Jakmile žáci porozumí a začnou používat časový rozvrh, budou moci pracovat samostatně a dosáhnou určité nezávislosti. Časový plán zajistí dítěti předvídatelnost, sníží tak úzkost a zlepší adaptabilitu.

3. Jak dlouho bude pracovat? Struktura času propojená s vizualizací

Dítě by mělo vědět, jak dlouho bude pracovat a kdy skončí. I nás zajímá konec pracovní doby. Nutná je opět vizualizace, kterou můžeme vytvořit zpřehledněním úkolů na polici (počet krabicových úloh – jedna krabice představuje jeden úkol). Po splnění úkolu odloží krabici na druhou stranu police (systém zleva doprava) nebo kuchyňskou minutkou, která zazvoní. Až dítě dodělá všechny úkoly na polici či minutka zazvoní, bude vědět, že činnost je u konce. Způsob práce by měl být upraven podle mentální úrovně dítěte.



4. Proč pracovat?

Zrovna tak jako my očekáváme za vykonanou práci odměnu (finanční ohodnocení – plat), tak i dítě očekává za práci odměnu. Forma odměny může být sladkost, oblíbená činnost, hračka, slovní pochvala. Záleží na zájmu a mentální úrovni dítěte. Čím více dokážeme dítě namotivovat nějakou odměnou, tím více se při práci bude snažit.



5. S čím pracovat

Otázka výběru pomůcek je podstatná především pro pedagoga. Pomůcky by měly být bezpečné, jednoduché, příjemné, vhodné a snadno dostupné. Některé pomůcky si můžeme sami vyrobit. Pomocníkem pro pedagoga může být kamera. Pořizováním videozáznamů pomůže odhalit vlastní chyby při práci, lépe si všimnout reakcí dítěte, přiblížit práci dítěte rodičům, evidovat vývoj a pokroky, spolupracovat s ostatními odborníky.





6. Jak pracovat?

Tato poslední otázka se týká metod výuky. Výběr by měl být individuální podle schopností a referencí dítěte. Důležité jsou metody manipulace, přímé asistence, demonstrace, pravidelně se opakující postup, návody, povzbuzení, pantomima, slovní pokyny.

Organizace prostoru – školní prostředí

Škola

Škola by měla mít pro dítě srozumitelnou prostorovou strukturu. Vymezené prostory by měly sloužit jednomu stanovenému účelu. Označení charakterizuje činnost, která v daném místě obvykle probíhá. Škola by měla mít vymezeny prostory pro šatnu, jídelnu, prostor pro tělocvičnu, dílnu, hernu a relaxační místnost.

Šatna

Šatna by měla být umístěna v blízkosti třídy. Místa na odkládání věcí jsou strukturována tak, aby bylo zřejmé, kam se mají jednotlivé části oděvu odložit.

Například: *pro kabát je připraven věšáček s vizuální podporou (obrázek, fotografie), pro svetr košík, pro boty košík pod lavičkou opět s příslušnou podporou*



Jídelna

Jídlo probíhá v oddělené místnosti. Místa pro jednotlivé děti jsou vyznačena. Někdy je nutné vyznačit, kam patří příbor, talíř, hmíček.

Například: *na gumovém prostírání je vyznačené místo pro talíř, příbor*



Prostor pro hygienu

Koupelna a toalety by neměly být daleko od míst, kde probíhají ostatní činnosti. Jednotlivá místa jsou označena příslušnými symboly.

Například: *na záchod rulička od toaletního papíru na dveřích apod.*

Herna, relaxační místnost

Strukturovaná hra by měla probíhat v oddělené části místnosti nebo je možné použít zástěny. Dítě se musí naučit hrát si, proto na tomto místě plní úkoly naučené při individuálním učení. Činnost může probíhat na stole či koberci. Důležité je daný úkol, určený ke splnění, dostatečným způsobem strukturovat.

Pracovní místo – samostatná práce

Plnění strukturovaných úloh by mělo probíhat jinde než individuální učení. Na tomto místě si dítě opakuje to, co má již zvládnuté v individuálním učení. Toto místo musí být uzpůsobeno tak, aby dítě mohlo pracovat zcela samostatně bez zásahu dospělého.



Místo pro individuální výuku

Místo pro individuální výuku by mělo obsahovat pracovní stůl. Plocha pracovního stolu by měla být rozdělena na tři části nalepením barevné pásky. Učitel sedí naproti dítěti tak, aby mohl vyžadovat oční kontakt.



Využití silných schopností dítěte

Pro lepší motivaci dětí k činnosti nám mohou pomoci zájmy a oblíbené činnosti dětí. Existují tři druhy možné odměny:

hmotná : pamlskek (lentilka, sušenka) – nejnižší stupeň odměny

činnostní: pokud má dítě oblibu v nějaké činnosti, nabídneme ji jako odměnu (skákání na míči, trhání papíru, poslech pohádky)

sociální: slovní pochvala, pohlazení – nejvyšší stupeň odměny

Tyto tři stupně odměn se navzájem prolínají – dítěti dáme pamlskek, zároveň slovně pochválíme. Pro lepší pochopení pochvaly je dobré gesta, zatleskání, mluvu „přehánět“, dát na pochvalu větší důraz.

Forma odměny záleží na zájmech a mentální úrovni dítěte.



Šafránková Tereza DiS., Základní škola Zahrádka - třída pro děti s autismem



System ucelené rehabilitace v ZŠ speciální Blansko
Petr Hanák



KONZILIÁRNÍ LÉKAŘI

- **dětský neurolog**
- **dětský rehabilitační lékař**
- **dětský foniatr**
- **supervize autorizovaného fyzioterapeuta**

FYZIOTERAPIE

- **nadstandardní péče na rozvoj lokomoce podle doporučení konzilia odborných lékařů**
- **vede autorizovaná rehabilitační pracovnice**
- **bez limitů zdravotních pojišťoven**
- **vodoléčebné a elektroléčebné procedury**
- **aplikace suchého tepla a léčebné tělesné výchovy s využitím prvků různých metod a technik Vojtovy, Bobathovy, Kabatovy**

FYZIOTERAPIE II

- **součástí je i ergoterapie jakožto nácvik běžných denních činností**
- **rehabilitační péče neprobíhá izolovaně, ale v návaznosti na individuální vzdělávací plán ve spolupráci s pedagogy a rodiči**



LOGOPEDIE

- rozvoj všech složek komunikace
- individuální a skupinová logopedická péče
- rozvoj souvisejících oblastí (sluchová percepce, zraková percepce, jemná motorika, myšlení)



SMYSLOVÁ VÝCHOVA VE SNOEZELENU

- stimulace ve snoezelenu
- využití vyhřívaného a ozvučeného vodního lůžka
- široká škála světelných a zvukových efektů
- zrcadlová stěna
- speciální pomůcky na bazální stimulaci
- aromaterapie a muzikoterapie



ARTETERAPIE A KERAMIKA

- ateliér školy slouží k výtvarnému projevu žáků na velkém formátu kvalitními barvami, rozvoj estetického vkusu, prožitkové malování, pocit úspěchu dětí i rodin na výstavách
- keramická dílna – práce s hlínou, rozvoj hrubé a jemné motoriky, estetického citění, zažívání úspěchu z výrobku



CANISTERAPIE

- **stimulace pomocí psa**
- **dle individuálních fyzických a psychických potřeb žáků**
- **individuální a skupinová canisterapie**
- **kooperace s rehabilitací a psychologem SPC**
- **polohování a hry**



PaedDr.Petr Hanák, ředitel speciální školy Blansko



Povědomí rodičů o možnostech terapie

Miroslava Marešová

Úvod

Průzkum, o kterém následující článek hovoří, proběhl na přelomu let 2005 a 2006 na území hl. města Prahy a tvořil praktickou část mé diplomové práce.

Dotazník byl složen ze 13 stimulačních metod a možných odpovědí, které rodiče dětí s tělesným a kombinovaným postižením měli pouze zaškrtnout. Celý průzkum měl přinést odpovědi na následující otázky:

Který terapeutický koncept je nejpoužívanější?

O kterou terapii mají rodiče největší zájem, ale v rehabilitaci jejich dítěte chybí?

Která terapie má v povědomí rodičů nejvyšší pozici?

Do dotazníkové metody se zapojilo 36 respondentů. Část rodičů byla oslovena přímo a druhou skupinu rodičů oslovila zařízení, kterým jsem svůj dotazník zaslala a požádala je o pomoc. Těmito zařízeními jsou KONTAKT bB (bez bariér) Praha a IC Zahrada sídlící na Praze 3.

Každá z terapií je v dotazníku stručně charakterizována pro případ, kdyby si rodiče nebyli zcela jisti jejím názvem.

Jelikož dotazník nebyl omezen na konkrétní typ postižení a nebyl udán minimální ani maximální věk dítěte, museli respondenti na začátku dotazníku doplnit věk a diagnózu jejich dítěte. U každé terapie byly použity převážně stejné možnosti odpovědí:

- O této metodě jsme doposud neslyšeli.
- O této metodě jsme pouze slyšeli.
- Slyšeli jsme o ni, ale nevíme, kde se provádí.
- Tato metoda byla na našem dítěti vyzkoušena, ale nevyhovovala.
- Naše dítě tuto terapii využívá.

Ale každá terapie zároveň obsahovala možnost uvedení vedlejších okolností a kontraindikací. U každé terapie byla ještě uvedena kolonka na její hodnocení. U většiny z nich stačilo pouze zaškrtnout možnost, která hodnocení rodičů vystihovala, ale několik terapií mělo být hodnoceno vlastními slovy respondenta.

Ne každý respondent využil možnosti danou metodu zhodnotit, ale jelikož se to netýkalo stále stejné metody, není to pro tento výzkum nijak podstatné.

U každé stimulační metody jsem se ptala na zařízení, kde konkrétní terapii s dítětem respondenta provádějí, ale ani v tomto případě ne každý rodič dopsal zařízení.

K možnosti, že o dané terapii pouze slyšeli, jsem se ptala na to, odkud získali informace. Bohužel velmi často zůstala kolonka pro dopsání prázdná.

Výsledky průzkumu

Celé vyhodnocení průzkumu vypadá tak, že je uveden přehled výsledků jednotlivých terapií. K takovému postupu mě vedlo hned několik důvodů, ale ten nejpodstatnější byl takový, že pokud se

někdo věnuje pouze jedné z uvedených terapií a bude si zjišťovat podklady k dané terapii, nemusí rozebírat mé shrnující tabulky a grafy a bude pouze vycházet přímo z vyhodnocení dané terapie.

Dalším cílem vyhodnocení bylo sestavení přehledu týkajícího se otázek, které jsem uvedla v úvodu. Celkové porovnání povědomí rodičovské veřejnosti o jednotlivých terapiích je důležité hlavně z toho důvodu, že z takovýchto zjištění musíme při zlepšování informovanosti rodičů vycházet.

Metody, u kterých se dalo očekávat, že budou nejznámější a nejpoužívanější, v mém průzkumu opravdu nejznámější a nejpoužívanější byly. Mezi ně patří Vojtova metoda reflexní lokomoce, vodoléčba a ergoterapie. Naopak, jak jsem se již zmínila, jsem byla trochu skeptická v případě canisterapie a hipoterapie, ale o to více jsem byla potěšena zjištěným výsledkem. Ukázalo se, že tyto 2 terapie stojí téměř na stejné úrovni v povědomí rodičů, což je vynikající výsledek.

Malé nebo žádné úrovně v povědomí rodičů dosáhly Petö metoda konduktivní edukace, metoda sestry Kenny a Tardieuova metoda. U Petöho metody jsme toto mohli očekávat, jelikož nejbližší oficiální centrum, kde tuto metoda provádějí, je v Budapešti. Stejně tak se dal předpokládat nízký počet respondentů u metody sestry Kenny, jelikož tato metoda byla původně sestavena pro léčení polyomyelitidy, která se v současné době již newyskytuje, a spíše jsou z této metody vybírány jen některé prvky. Pro hlubší rozbor by bylo dobré zjistit, proč nejhůře dopadla Tardieuova metoda, u níž ani jeden respondent nevedl, že by o ní alespoň slyšel. Ale i takový výsledek je nutné mít na paměti a snažit se tuto informační bariéru prolomit.

Porovnání terapií podle četnosti jejich používání

Porovnáním jednotlivých terapií podle četnosti používání jsem získala odpověď na otázku: „Který terapeutický koncept je používán nejčastěji?“. Do této kategorie jsem zahrnula i případy, kdy terapie byl používána v minulosti. Tardieuova metoda není využívána ani u 1 respondenta.

Zhodnocení četnosti používání uvedených terapií

Název terapie	Počet odpovědí	Četnost použití (%)
Bazální stimulace	7	4
Bobath koncept	6	3
Canisterapie	23	13
Ergoterapie	26	14
Hipoterapie	32	17
Kabatova metoda	3	2
Kraniosakrální terapie	6	3
Metoda sestry Kenny	1	1
Petö metoda konduktivní edukace	1	1
Synergetická reflexní terapie	11	6
Vodoléčba	33	18
Vojtova metoda reflexní lokomoce	32	18

Porovnání zájmu rodičů o jednotlivé terapie

Vyhodnocením této oblasti jsem získala odpověď na druhou otázku, kterou jsem v úvodu zmínila: „O kterou terapii mají rodiče největší zájem, ale v rehabilitaci jejich dítěte chybí?“.

Hodnocení vychází z odpovědí rodičů, že o terapii ví, mají zájem, ale neví, kde se provádí.

Název terapie	Počet odpovědí	Výše povědomí (%)
Bazální stimulace	0	0
Bobath koncept	4	20
Canisterapie	3	15
Ergoterapie	5	25
Hipoterapie	2	10

Kabatova metoda	1	5
Kraniosakrální terapie	1	5
Metoda sestry Kenny	0	0
Petö metoda konduktivní edukace	0	0
Synergetická reflexní terapie	2	10
Tardieuova metoda	0	0
Vodoléčba	2	10
Vojtova metoda reflexní lokomoce	0	0

Porovnání povědomí rodičů o jednotlivých stimulačních terapiích

U každé terapie byly sečteny odpovědi všech rodičů, kteří o dané metodě pouze slyšeli nebo s ní mají jakoukoli zkušenost. Všichni tito rodiče o ní mají **povědomí**.

Název terapie	Počet odpovědí	Výše povědomí (%)
Bazální stimulace	17	7
Bobath koncept	21	8
Canisterapie	33	13
Ergoterapie	31	12
Hipoterapie	34	13
Kabatova metoda	7	3
Kraniosakrální terapie	15	6
Metoda sestry Kenny	2	1
Petö metoda konduktivní edukace	9	4
Synergetická reflexní terapie	18	7
Vodoléčba	36	13
Vojtova metoda reflexní lokomoce	34	13

Velmi důležitým výsledkem průzkumu bylo zjištění, že řada rodičů se o možnosti terapie jejich dítěte zajímá a je ochotna vyzkoušet i jiné terapeutické koncepty, než které jim vybral sám terapeut. Proto by se této oblasti měla věnovat zvláštní péče a pracovat na tom, aby rodiče měli lepší přístup k informacím o jednotlivých stimulačních metodách včetně míst, kde je využívají.

Musím ještě jednou připomenout, že získané výsledky vypovídají jen o situaci na území hlavního města Prahy, a to ještě jen částečně. Nejobektivnějších výsledků by bylo dosaženo tehdy, kdyby se podařilo oslovit všechna zařízení v Praze a tím získány odpovědi od většího počtu respondentů. Také se domnívám, že v jiných regionech České republiky bych získala dost odlišné výsledky, a to už jenom z toho důvodu, že v Praze jsou daleko větší možnosti pro péči o jedince s tělesným či kombinovaným postižením, než je tomu třeba v některém malém městě. Proto by bylo velice zajímavé, kdyby se v budoucnu mohl podobný průzkum uskutečnit po celé České republice.

Miroslava Marešová, studentka speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta UK v Praze



**Péče o pečujícího – Vzdělávání zaměstnanců, podpora zaměstnancům a péče o zaměstnance
v organizacích pomáhajících lidem s mentálním postižením a kombinovanou vadou**

Milana Remarová

Petr Odstrčil

Vážené dámy, vážení pánové, milé kolegyně a drazí kolegové.

Moji předřečníci se již zmínili o důležitosti vzdělávání a komplexního přístupu k dětem s kombinovanou vadou pro jejich osobnostní rozvoj, pro možnosti jejich samostatného života, pro jejich začlenění do společnosti. Slyšeli jsme i co vše pojem vzdělávání zahrnuje a co vše by měl zahrnovat. Aby naše představy o vzdělávání těchto žáků mohly být naplněny, je třeba pro tento proces připravit odpovídající podmínky. Jedním z faktorů, který do tohoto procesu vstupuje, je osobnost učitele, vychovatele, terapeuta či rodiče.

Některým z vás se může zdát, že téma naší přednášky tolik nesouvisí s tématem této konference. Já bych vás ale chtěla hned v úvodu přesvědčit, že souvisí velmi úzce a že se velmi často na problematiku podpory směřované k lidem v pomáhajících či pečujících profesích zapomíná.

Většinou si pod vzděláváním pracovníků, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením, představujeme získávání znalostí z oblasti medicíny, speciální pedagogiky či různých terapií, znalostí řemesel u mistrů odborného výcviku apod. Tito pracovníci, kteří plní různé funkce jako např.: vychovatele, učitele, asistenta, zdravotníka nebo jiné, se podílejí na vývoji dětí i dospělých lidí s mentálním a kombinovaným postižením. Tento vývoj není však podporován pouze odborností zmíněných pracovníků, ale přímo odráží jejich sociální kvality a psychickou vyrovnanost. Vzorci, jak co řeší, jak jednají, jak mluví, jak se projevuje jejich radost nebo smutek atd. Vždy mě velmi překvapí postřehy lidí s postižením, jejich přesné vystižení různých situací a jejich hodnocení, třebaže jsou mnohdy jednoslovná.

Každý člověk, který se narodí, je člověkem s velkým „Č“, který si zaslouží obdiv a úctu.

Na vývoji osobnosti každého člověka se podílí rodina i společnost. Už od narození dítě vnímá, co se s ním děje a co se okolo něho děje. Do mysli dítěte se ukládají informace, a tím je již započat proces vzdělávání. Zde velice záleží na schopnostech každého jedince.

Často průvodním jevem nebo důsledkem kombinovaného postižení je hyperaktivita a agresivita různého stupně a projevu, nebo v opačném případě se zase může projevit dítě i dospělý člověk s kombinovaným postižením naprostou pasivitou.

A v tuto chvíli dochází k naprosté závislosti na péči a podpoře dalších osob - rodinných příslušníků či pracovníků sociálních zařízení. V těchto případech celoživotní komplexní péče, vzdělávání, integrace i zaměstnávání velkou výzvou současnosti a úkolem pro budoucnost.

Protože jde o práci velice náročnou, je zde potřeba silné podpory ze strany společnosti. V prvé řadě je nutné zakotvit do společenského povědomí potřebnost a smysluplnost této práce a následně se musí vytvořit materiální podmínky. Rodiny i pracovníci, aby tuto náročnou práci mohli zvládat, potřebují sami získávat péči a podporu, a to v psychosociální oblasti. Mnoho lidí - odborníků po několika letech práce v sociální oblasti odchází naprosto vyčerpano a hledá si uplatnění v jiném oboru.

U pracovníků i rodinných příslušníků velmi často pozorujeme únavu, obtížné zvládání dlouhodobých stresových situací. Projevují se syndromy vyhoření na obou stranách. Dochází ke komunikačním nesrovnalostem, které následně provází uzavřenost a zdravotní problémy.

Vše vyjmenované velice úzce souvisí s tématem konference „Komplexní péče o žáka s kombinovanou vadou“. Lidé s kombinovaným postižením jsou obklopeni podporovateli. Psychický stav podporovatelů je přímým účastníkem na psychickém stavu osob s mentálním postižením.

Proto je nutné věnovat velkou pozornost výcviku personálu a jeho odbornému růstu, je nutné věnovat pozornost rodinám (např. podporou a výcvikem). Jen tak dojde k přirozenému spojení sil vzhledem k podpoře lidí s kombinovaným postižením bez vlastního vyčerpání.

To znamená, že základním předpokladem poskytování kvalitních služeb je prosperující týmová práce, tedy spojení a spolupráce všech zúčastněných směrem ke uživateli služeb.

Co je podmínkou existence prosperující týmové práce? Je to chuť pracovat a tvořit, hledat cestu k cíli. Je důležité umět procítit sebe. Nezbytné je umět se radovat, vážit si sama sebe, důvěřovat si.

V rámci nestátního zařízení Modrý klíč byl zpracován projekt Vzdělávání, podpora a péče o pracovníky v organizacích pomáhajících lidem s mentálním postižením, který je součástí projektu „Cesta k prosperující týmové práci“. Vychází ze zkušeností 15leté práce v nestátním sociálním zařízení Škola SPMP Modrý klíč. Vychází ze zkušeností rodičů a rodin lidí s mentálním postižením. Na základě vývoje zaměstnanosti v tomto zařízení a na základě provedených analýz vývoje a současného stavu pracovních týmů v jiných zařízeních, ať sociálních, školských či zdravotnických, jsme došli k závěru, že je nejvyšší čas systematicky poskytovat péči lidem, kteří pracují v zátěžových situacích.

Modrý klíč se v roce 2001 cíleně zaměřil na podporu personálu a rodin a začal realizovat tento projekt ve spolupráci s psychoterapeutem panem Petrem Odstrčillem a terapeutkou AURA-SOMY paní Květou Hrbkovou. Pilotního projektu se účastnilo 70 pracovníků, 105 lidí s mentálním a kombinovaným postižením ve věku 5 - 50 let, 105 rodin. Do realizace projektu jsme zahrnuli i pracovníky z jiných zařízení, i státních, a rodinné příslušníky lidí s mentálním a kombinovaným postižením, kteří mají dítě zatím ve své péči, v jiném zařízení nebo mají dítě velmi malé a procházejí prvními stádii života dítěte s postižením.

Cílem bylo vytvořit systém podpory řešení náročných a konfliktních situací ve všech směrech a systém podpory pro pracovníky pečujících o osoby s mentálním a kombinovaným postižením jako prevenci syndromu vyhoření.

Cílem bylo vytvořit systém podpory pro rodiny lidí s mentálním postižením, a to v různých fázích jejich zatížení.

Veškeré toto snažení je směřováno ke zvýšení kvality komplexní péče o osoby s kombinovaným postižením, a tak přispět ke zkvalitnění a normalizaci jejich osobního života.

Na závěr bych chtěla dodat, že podporu a péči samozřejmě nepotřebují jenom rodiče a pracovníci v oblasti péče o lidi s mentálním a kombinovaným postižením.

Celkově dnešní doba v České republice je charakterizována velkým vypětím, které neustále provází stres. Ať se podíváme do jakékoliv oblasti - do pomáhajících profesí, mezi podnikatelské profese nebo do politiky. **Umění komunikovat, umění předcházet stresu a bránit se mu, umění relaxovat, umění doplňovat své síly by mělo patřit mezi základní předměty již na základní škole.**

Je třeba, aby každý z nás stál nohama pevně na zemi, hlavu měl na správném místě a měl otevřené srdce.

Jak konkrétně se tato podpora děje v našem zařízení Škola SPMP Modrý klíč, vám nyní nastíní můj kolega pan Petr Odstrčil. Děkuji vám za pozornost.

Vážené dámy, vážení pánové,

rád bych se s vámi podělil o poznatky z několikaleté práce při vedení skupin s touto tematikou.

Jak bylo již zmíněné v úvodním projevu, situace občanů s mentálním a kombinovaným postižením v minulých desetiletích nebyla uspokojivá.

Kvalita péče o mentálně postižené byla a je závislá nejen na přístupu státní správy, ale i na osobních a profesních kvalitách odborného personálu.

Situaci na tomto poli považujeme za stále neuspokojivou.

Analýza situace v zařízeních, které pečují o klienty s mentálním a kombinovaným postižením, ukázala, že velká část odborného personálu trpí problémy jako jsou: vzrůstající únava, obtížné zvládnutí dlouhodobých stresových situací, projevy syndromu vyhoření, neschopnost otevřené a přímé komunikace, uzavřenost a zdravotní problémy.

Na problematiku vzdělávání odborného personálu se podíváme z několika úhlů:

1. Důležitost týmové spolupráce.
2. Sociální dovednosti.

3. Sebeochrana a práce s problémovým klientem.
4. Podpora a vzdělávání rodičů.
5. Práce v malých tématických skupinách.
6. „Péče o pečující“ pro rodiče dětí s mentálním a kombinovaným postižením jako pomoc při jednotném postupu v péči o tyto děti, jako osobní podpora a vzdělávání v roli pečujícího.
7. „Péče o pečující“ jako úvodní projekt do systematického vzdělávání v sociálních dovednostech a znalostech.
8. Psychosociální výcvik pro pracovníky.

Ad. 1) Důležitost spolupráce

Péče o děti i dospělé s mentálním a kombinovaným postižením je poskytována především ve větších zařízeních s více zaměstnanci. Mnohdy se jaksi „předpokládá“, že lidé pracující v těchto zařízeních jsou vybaveni pro týmovou spolupráci. Praxe však ukazuje, že se tomuto způsobu práce musíme učit, stejně tak jako znalostem odborným. Často zjišťujeme až překvapivou neochotu se zabývat tímto tématem v kolektivu.

Problémy v pracovním kolektivu výrazně snižují kvalitu péče o klienta a podléjí se na vysoké psychické náročnosti této práce. Neřešené konflikty mezi pracovníky někdy ústí až k izolaci určitého pracovníka popřípadě k jeho propuštění.

Ad 2.) Sociální dovednosti

Právě vzdělávání odborného personálu v sociálních dovednostech je téma, které často bývá opomíjeno. Vzdělávání v oblasti technik a přístupů, jak se starat o lidi s postižením, se stalo pro nás samozřejmostí.

Kurzy a výcviky v terapeutických i rehabilitačních technikách jsou dle mého názoru v dnešní době na uspokojivé úrovni. Někdy je spíše obtížné z bohaté nabídky směrů a přístupů vybrat právě takové, které se dají aplikovat na klienty s kombinovaným postižením.

Při postupném zvyšování odbornosti pečujícího personálu však narážíme na určitou bariéru a tou je právě schopnost komunikace, sebereflexe a osobnostního vývoje.

Jací lidé nejčastěji vykonávají profesi ošetřujícího? Téměř vždy jsou to lidé s velkou touhou někomu pomáhat. Často jsou to lidé se schopností vcítit se do druhého, lidé s nelehkou osobní historií, lidé kteří jsou schopni snášet velké pracovní zatížení. Právě různost motivací a různost charakterů vytváří kolektiv s velkou dynamikou. Tato různost v přístupech se odráží na jedné straně ve vysokém potenciálu různorodé kvalitní péče, na straně druhé způsobuje mnohé neshody a nedorozumění. Takovýto kolektiv tedy nutně potřebuje účinné a jednoduché nástroje na řešení jak osobních, tak skupinových nedorozumění.

Ad 3) Sebeochrana s klientem, který vyžaduje zvláštní péči

Termín sebeochrana je v této souvislosti novým tématem a na základě práce ve skupinách zjišťujeme, že je třeba o něm hovořit otevřeně.

Jsou pracovníci, a není jich málo, kteří se čas od času necítí při plnění pracovních povinností v pomáhajících profesích bezpečně. Tito pracovníci velmi ocenili, že mohou o tomto pocitu nejen otevřeně mluvit, ale že se mohou také učit technikám a přístupům, které zvyšují jejich pocit bezpečí a kompetence.

Je všeobecně známo, že necítí-li se ošetřující personál při výkonu své práce jistě, i klient často propadá pocitům nejistoty, na který po tom reaguje.

Zjistili jsme, že společným úsilím bylo vždy možné zorganizovat práci tak, aby se cítil ošetřující jak fyzicky tak psychicky bezpečněji.

Ad. 4) Podpora a vzdělávání rodičů

Kurz „Péče o pečujícího“ pro rodiče dětí s mentálním a kombinovaným postižením jako pomoc při jednotném postupu v péči o tyto děti a jako osobní podpora a vzdělávání v roli pečujícího.

Kombinace skupin: ošetřující personál x rodiče.

Rozsah 5 hodin.

Základní teze a cíle semináře:

- Jak lépe zvládat roli pečujícího

- Návuk a teorie některých relaxačních a aktivačních technik
- Sdílení podobných potíží a problémů členů skupiny a možnosti řešení
- Určování hranic odpovědností a možností
- Některé základní teorie o lidské psychice
- Zvládání složitých stresových a krizových situací
- Seznámení se z barevnou terapií Aura — Soma
- Praktické ukázky práce s barvami.
- Praktická cvičení a experimenty k prozkoumání nových možností péče o sebe
- Načerpání sil pomocí terapie Aura-Soma.

Ad. 5) Práce v malých tématických skupinách

Pro řešení:

- provozních situací
- interpersonálních neshod
- situací s klienty, kteří vyžadují speciální přístup
- krizových situací
- a tvoření nových přístupů ke klientovi
- nových více vyhovujících struktur řízení organizace

Práce v malých tématických skupinách s 5 až 15 pracovníky přineslo očekávané výsledky až po několika měsících, kdy se pracovníci seznámili se způsobem práce a nabyli důvěru v tento druh řešení témat. Tak, jak se zvyšoval pocit bezpečí ve skupinách, zvýšila se i aktivita jejich členů, což umožňovalo zabývat se danými tématy do větší hloubky.

Ad 6 a 7) . o pečujícího“ jako úvodní projekt do systematického vzdělávání v sociálních dovednostech a znalostech

Obecné cíle projektu:

Zvýšit kvalitu komunikace jak mezi pracovníky a vedením, tak mezi pracovníky navzájem.

Nabídnout účinné nástroje k zvládnání náročného povolání jako:

relaxační techniky, techniky jasné a přímé komunikace, způsoby zvládnání stresu, krizová intervence, ochrana fyzického i psychického zdraví, obecný teoretický rámec vývojové psychologie atd.

Tyto semináře vedli psychoterapeuti Květa Hrbková a Petr Odstrčil.

Projekt byl koncipován do tří částí:

1. Péče o pečující I.
2. Péče o pečující II.
3. Péče o pečující III.

ad. 1) Péče o pečující I

Celkový počet hodin 12.

Základní teze a cíle semináře:

- Poskytnout frekventantům konkrétní znalosti efektivní komunikace Návuk a teorie některých relaxačních a aktivačních technik.
- Některé základní teorie o lidské psychice.
- Zvládání složitých stresových a krizových situací.
- Práce s agresivitou a osobními hranicemi.
- Nové možnosti řešení konkrétních případů.
- Seznámení se z barevnou terapií Aura-Soma.

- Praktické ukázky práce s barvami.
- Načerpání sil pomocí terapie Aura-Soma.
- Relaxace s vůní a barvami.
- Spojení některých astrologických prvků s Aura-Somou.
- Zbavit se starých nefunkčních vzorců chování spojené s rolí ošetřovatele a nalézt psychickou rovnováhu.

ad. 2) Péče o pečující II

Celkový počet hodin 8.

Základní teze a cíle semináře:

- Podrobné využití barevné terapie směrem k sobě, ale i ke svému okolí.
- Spojení některých astrologických prvků s Aura-Somou.
- Obecná problematika práce se skupinou a jednotlivcem.
- Návěky pozorování a vnímání druhých.
- Začátek práce se skupinovou dynamikou.
- Práce na soudržnosti a vzájemné podpoře skupiny.
- Schopnost kontaktu.
- Umění naslouchat.
- Vymezení tématu zodpovědnosti.
- Jak nacházet a zachovat si psychickou stabilitu.
- Způsoby jak reagovat na různé způsoby manipulace.
- Problematika fyzického doteku.

ad. 3) Péče o pečující III

Celkový počet hodin 8.

Základní teze a cíle semináře:

- Další nabídky relaxačních a aktivačních technik.
- Fyzická sebeochrana pečujícího a agresi vního klienta.
- Zásady práce s malou skupinou a efektivní řešení problémů v kolektivu.
- Prozkoumávání osobních témat které se mohou projevit při práci pečujícího.
- Způsoby podpory skupiny.
- Rozpoznávání kontaktních mechanismů v intervenčním poli pracovník – klient.
- Případová práce.
- Prohloubení znalostí práce s metodou aura-soma.
- Relaxace s vůní a barvami.

Ad. 8) Psychosociální výcvik pro pracovníky v pomáhajících profesích

Celkový rozsah 50 hodin.

Charakteristika: Psychosociální výcvik

Výcvik je určen pro uchazeče o zaměstnání v oblasti sociálních služeb, pro zaměstnance sociálních zařízení a pro pracovní kolektivy těchto zařízení.

Absolvování výcviku může být stanoveno jako podmínka přijetí do zaměstnání v konkrétním sociálním zařízení.

Výcvik je zakončen hodnocením každého frekventanta, na jehož základě mu je udělen certifikát o úspěšném absolvování.

Cíle:

- Komunikační dovednosti.
- Zvládání stresových a zátěžových situací.
- Praktické znalosti relaxačních technik.
- Základní teoretické znalosti z psychologie.
- Fyzická sebeochrana pečujícího a agresivního klienta.
- Zásady práce s malou skupinou a efektivní řešení problémů v kolektivu.
- Prozkoumávání osobních témat které se mohou projevit při práci pečujícího.
- Způsoby podpory skupiny.
- Rozpoznávání kontaktních mechanismů v intervenčním poli pracovník – klient.
- Případová práce.
- Schopnost týmové spolupráce.
- Psychohygiena.

Obsahová náplň:

Každý blok proběhá ve třech hodinách.

1. Komunikační dovednosti I.:

- nácvik přímé komunikace
- vedení konstruktivního hovoru
- jak čelit manipulačnímu způsobu hovoru
- přijímání komplimentu a kritiky
- signály těla
- umění říkat „NE“ bez pocitů viny

2. Základní teoretické znalosti z psychiky člověka:

- stručný nástin ontogeneze člověka
- teorie vědomí a nevědomí
- 5 základních potřeb ve vývoji dítěte
- funkce limitů
- možnosti léčení psychologickými prostředky
- tělo a psychika

3. Krizová intervence:

hlavní zásady KI

- navázání kontaktu
- vedení podpůrného hovoru základy práce s emocemi
- možnosti následné péče

4. Zvládání stresových a zátěžových situací:

- techniky pro zvýšení psychické stability a odolnosti
- mapování situace a ochranná opatření
- ochrana zúčastněných

5. Práce s agresivitou

- psychické mechanismy vzniku agresivního chování
- způsoby kompenzace a přesměrování agresivní energie
- metody psychického zvládání negativních emocí

- fyzická sebeochrana

6. Psychohygienu

- téma hranic
- stanovení odpovědností a kompetencí
- způsoby ochrany před syndromem „vyhoření“
- 7. Relaxace I.:
- teoretický blok o mechanismech a účincích relaxace
- nácvik základních technik autoregulace a heteroregulace
- vytváření podmínek pro kvalitní odpočinek

8. Komunikační dovednosti II.:

- ošetrovatelská práce jako dialog
- vztah jako osa intervenčního procesu
- práce s konkrétními případy
- přenosové a kontaktní mechanismy (identifikace a empatie), (projekce, introjekce, deflexe, retroflexe apod. v intervenčním po li pracovník - klient)

9. Relaxace II.:

- techniky imaginace
- způsoby zvyšování schopnosti koncentrace
- práce s myslí
- nácvik aktivačních technik a práce s tělesnou energií
- problematika a nácvik vedení malých relaxačních skupin

10. Skupinová dynamika:

- základní postupy a etika práce ve skupině
- zásady týmové spolupráce
- zvládání problémových situací v pracovním kolektivu
- práce na osobních tématech, které se promítají do vztahu k ošetřovanému a jeho okolí

Pro zjištění a upřesnění dalších cílů projektu je prováděna analýza sociálního působení pomocí anonymního dotazníku, který je nabídnut absolventům uvedených seminářů. Psychosociální výcvik – podpora týmové práce a prevence syndromu vyhoření byl v roce 2005 akreditován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy jako jeden z programů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

Všechny uvedené aktivity jsou koncipovány v postupných krocích. I v dalších letech budeme rozvíjet nastolený směr vzdělávání odborného personálu. Při rozšíření těchto aktivit i do dalších zařízení je potřebné vždy přihlídnout ke specifikům daného zařízení a znovu modifikovat program tak, aby vyhovoval danému zařízení. Cílem je prostřednictvím vzdělávání odborného personálu dosáhnout co nejkvalitnější péče o klienty s mentálním a kombinovaným postižením a umožnit jim tak jejich vlastní růst a osobní rozvoj.

Děkuji vám za pozornost.

Ing. Mgr. Milana Remarová, ředitelka zařízení Modrý klíč

Petr Odstrčil, psychoterapeut



Canisterapie

Pavla Fialová

Snad není zvířete, které bychom znali lépe než psa, které bychom více milovali a kterému bychom více důvěřovali... Léčebné účinky života se psem nejsou objevem moderní psychologie, lidé je znají již tisíce let.

Dr. Nicholas J. Saunders

Canisterapie – označení způsobu terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen přesně podle definice WHO – stav celkové tělesné, psychické, sociální pohody.

Historie

Pravěk, starověk

Pes se stal průvodcem člověka již v pravěku. Dnes už se můžeme jen dohadovat, jaká byla motivace pravěkého člověka k ochočení vlčích mláďat. Člověk a pes v ten okamžik ale spojili svůj život, pes se stal společníkem, spojencem, důvěrníkem, přítelem.

Jeden z nejstarších nálezů je 12 tis. let starý paleolitický hrob, kde byly nalezeny kosterní pozůstatky člověka a psa pohřbeného společně. Člověk měl přitom ruku okolo krku psa. Již v Egyptě lze zaznamenat kresby psů nejen jako hlídačů a lovců, ale také jako domácích společníků. Pes byl v průběhu historie uctíván jako strážce podsvětí (Řecko – Kerber, jihoamerický kmen Inků - Chihuahua), stával se posvátným zvířetem, byl uznáván jako poradce náčelníků, často na reakci psa „viselo“ i rozhodnutí nejvyšší rady. Již v době 4 tis. let př. n.l. věděli tehdejší lékaři o léčivých účincích psích slin. Bylo běžné dávat olízat rány nemocného psem. Zvláštní je, že dříve za týrání nebo úmyslné usmrcení psa následovaly tvrdé tresty, případně až bitvy, války. Řecko a Řím byly typické chovem psů loveckých, válečných, ale ve velké míře i psů domácích mazlíčků. V Asklépiích byli chováni posvátní psi, kteří měli léčitelské schopnosti. Byli mimo jiné příkládáni na nemocná místa pacienta – léčba revmatismu. Psi byli častým námětem na náhrobcích, protože jejich oddanost sahala až za hrob.

Středověk

Středověk znamenal regresí. Ostatně jako ve více oblastech. Psi byli prohlášeni za tvory bez duše, byl tvrdě omezován jejich chov. Byla určena výška psa, kterého mohl člověk chovat, vyšší psi byli likvidováni. Pes se směl chovat jen pro pracovní účely. Výjimku měla samozřejmě šlechta. Šlechta chovala psy pro lov, zábavu a malé psy pro obveselení. Majitelé „neužitečných“ psů byli obviňováni z čarodějnictví a upalování.

Novověk

Osícenství – přelom 18. a 19. století znamenalo postupnou změnu přístupu ke vlastnictví a chovu psů. Vzniká velké množství nových plemen. Přesto přetrvávají některé předsudky z minulosti. Chov psů nižší vrstvou je považován za luxus, lidé jsou tím podporováni v zanedbávání jiných povinností. Na pozici „psychoterapeuta“ si musel pes ještě nějaký rok počkat.

Po první světové válce byli psi využíváni jako vodící pro vojáky, kteří v boji přišli o zrak, stejně tak i pro vojáky zraněné, jako prostředek rehabilitace.

V 70. letech 20. století americký psycholog Boris M. Levinson poprvé popsal využití psa v dětské psychoterapii.

Canisterapie dnes

S postupnou profesionalizací canisterapie se začaly v 80. letech rozšiřovat dvě metody:

1. **Animal Assisted Therapy (AAT)** – terapie pomocí zvířat, cílené intervence – posílení žádoucího chování nebo utlumení nežádoucího chování pacienta.
2. **Animal Assisted Activities (AAA)** – činnosti za účasti zvířat, výsledky lze vyjádřit pouze v pocitech – radost, spokojenost, štěstí.
AAA lze rozdělit na:

Dle mého názoru nelze tyto metody od sebe oddělovat. Osobně bych viděla jako srozumitelnější dělení canisterapie na pasivní a interaktivní.

- **pasivní**, kdy pes má pozitivní efekt již pouhou svou přítomností v určitém prostředí
- **interaktivní**, kdy klient pečuje o zvíře stále (**rezidentní typ** – zvíře přítomné v ústavu) nebo formou projektů v různých časových délkách a pravidelnosti (**návštěvní typ**)

Konkrétní oblasti, ve kterých se využívá CT

1. **Emočně-sociální oblast** - rozvoj citových schopností terapie v herně nebo venku – **hlazení psa, mazlení** (uspokojování potřeby něžnosti) **navozování komunikace dítěte se psem** – cílem je snížit nesmělost a uzavřenost a podpořit spontánnost projevu ve vztahu k jiným osobám při používání velkých psů - rozvoj pocitu bezpečí, při použití malých psů – rozvoj ochranných a pečovatelských postojů u dítěte při poznávání nových věcí ve společnosti zvířete odbouráváme neopodstatněný strach a odvádíme pozornost od vlastních potíží dítěte při použití skupinové terapie (více psů a více dětí) – rozvoj komunikace a zvládnutí chování v kolektivu
2. **Kognitivní oblast - rozvoj rozumových schopností** cílenou hrou a plněním úkolů budíme u dítěte zájem o určité aktivity s cílem zvyšovat dobu soustředění se na tuto činnost **pozorováním chování psa, zkoumáním jeho stavby těla (uši, ocas, oči,...)** rozvíjíme pozorovací schopnosti i správné návyky chování se k ostatním (lidem i zvířatům) s použitím různých pomůcek (míče, kroužky) a zadáváním různých úkolů dítětem psovi se zlepšují komunikační dovednosti, rozšiřujeme slovní zásobu a zejména v oblasti logopedie i vyjadřovací schopnosti. Mohou se zde zapojit i **výtvarné a hudební techniky**. K nácviku sebeovládání dítěte využijeme krmení psa či jiné situace, kdy je třeba psa neryšovat. Pro autisty, kteří mají svůj vlastní vnitřní svět a komunikují na jiné úrovni, je kontakt se zvířetem, které komunikuje jednoduše a jednoznačně, srozumitelný.
3. **Hrubá a jemná motorika - rozvoj pohybových schopností** formou různých společenských her (házení míčků, **napodobování činností psa, dosahování vzdálených míst – překážková dráha**, honění apod.) zvyšujeme u dětí motivaci k pohybu i jejich pohybové schopnosti, rozvíjíme hrubou i jemnou motoriku, ve společnosti psa učíme děti vhodně relaxovat. Polohování – velmi náročná činnost, nutno postupně zvykat psa na tuto aktivitu. Jemná motorika – hlazení, česání, ukazování jednotlivých částí, ... Olizování rukou, nohou (jazyk psa je natolik specifický, že ho nelze ničím nahradit. Je teplý, drsný, vlhký, ale ne mokrá, přizpůsobí se tvaru ruky (je plastický).
4. **Oblast řečová** – rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby, zvyšování zájmu o komunikaci, motivace ke komunikaci – se psem, s vrstevníky, s dospělým

Terapeut volí činnost klienta se psem dle toho, zda je dítě samostatně pohyblivé nebo částečně či zcela imobilní. Zajímavou zpětnou vazbou a motivací pro děti je v canisterapii možnost shlédnutí „hry“ se psem na videu. Velmi dobrým integračním momentem je vytváření terapeutických skupin s dětmi zdravými a handicapovanými. Vzhledem k tomu, že schopnosti a možnosti každého pacienta i každého psa jsou velmi různé, je věcí psůvoda a terapeutů, jaký přesný metodický postup při každé jednotce zvolí. Fantazii se meze nekladou.

Canisterapeutické zkoušky

V Praze pořádá společnost SVOPAP – profesionálně vedené zkoušky, kde je cílem ověřit povahu psa. Pes, který v některém z testů zaváhá, je z posuzování vyloučen. Posuzuje např. paní Tichá – letitá chovatelka, autorka mnoha publikací. Pořádá v Ústí nad Labem společnost Pes a člověk – s nesrovnale nižší kvalitou a náročností.

- nebo-li povahové zkoušky psů, i když tohle označení vystihuje jen část zkoušek. Pes, který není vycvičený, nemůže na zkouškách uspět. Canisterapeutické zkoušky tedy nejsou jen otázkou povahy psa.

Na zkouškách se pes setkává s nepříjemnými situacemi, které ho mohou potkat při canisterapii. „Vrhne se na něj více lidí, všichni ho volají jménem, „prohlídka“ pana doktora, manipulace se psem, poslušnost na základní povely, při rozdávění se pes musí na povel prakticky okamžitě zklidnit, prudké rozevření deštníku, pád předmětů, berlí, kulhající dospělí, lezoucí děti, Pes nesmí v žádném případě reagovat agresivně. Jakékoliv zavrčení nebo štěkot vyřazuje psa ze zkoušek, stejně tak i neuposlechnutí povelu canisterapeuta. Pes musí zkoušky absolvovat každý rok, protože stejně tak jako u lidí i u psů může docházet ke změnám v chování. Pes se mohl v průběhu roku setkat se stresovou situací (např. děti, které psovi ublížily,...). Tato stresová situace se odrazí při testování povahy psa.

Psi – canisterapeuté

Nejčastěji používaná plemena: Labradorský retrívr, Zlatý retrívr, Flat coated retrívr, Irský vikodav, Deerhound, Aljašský malamut, Leonberger, ... „vyloučení“ samozřejmě nejsou ani míšenci, jen je třeba dobře znát povahu psa.

Flat coated retriever

Země původu: Anglie

Charakteristika: Lovecký a vodní pes, vhodný do rodiny. Výška: Psi měří v kohoutku 58 až 61 cm, feny 55 až 58cm.

Srst: Hladká, polodlouhá srst hladkosrstého retrívra může být černá nebo játrově hnědá. Občas se vyskytne i blond srst, takoví psi však musejí být vyloučeni z chovu. Péče: Srst dvakrát týdně důkladně češte a kartáčujte, především na místech, která snadno plstnatí. Kontrolujte při tom také čistotu zvukovodu, a pokud je to nutné, zastříhávejte přebytečné chlupy mezi polštářky na tlapkách.

Povaha: Inteligentní, přátelský, vyrovnaný, rád by pracoval pro svého pána, poslušný, věrný, ale někdy trošinku svéhlavý, miluje plavání, velmi přizpůsobivý. Většina psů tohoto plemena není příliš ostražitá a málo štěká.

Výchova: Výchova tohoto psa je poměrně jednoduchá. Učí se celkem rychle a je natolik inteligentní, aby rychle pochopil vaše povely. Hladkosrstí retrívi mohou být někdy poněkud svéhlaví. Pokuste se tento povahový rys překonat důsledným přístupem.

Společenská charakteristika: Kontakt s ostatními psy a domácími zvířaty nenaráží na problémy a i pro děti neškodí. Cizí lidi vám ohlásí, ale u toho také zůstane.

Pohyb: Toto plemeno potřebuje mnoho pohybu. Miluje plavání a aportování. Pokud na něj nemáte někdy čas, bez problémů se přizpůsobí, ponecháte-li jej však delší čas svému osudu, bude prostě otravovat. Je to pracovní pes a vždy jím bude.

Alaska z Chmelového dvora

Narozena 23. 5. 2004, v současnosti je v základním výcviku. V rámci socializace a výcviku se zúčastnila několika výstav s výborným oceněním. Byla také předvedena na zkouškách – OVVR, které složila v 1. ceně a na zkouškách vloh s výsledkem výborná 1. cena.

Německý krátkosrstý ohař – lovecký pes, byl vyšlechtěn v 18. století, jeho povaha je definována jako milá vyrovnaná, jsou věrní, přítulní, v práci vždy energičtí, horliví. Inteligentní, ovladatelné plemeno, vůči dětem obvykle bezproblémové, přizpůsobivé.

Gitta Z Českého lesa – 4 letá fena, prošla základním výcvikem, má složené jarní zkoušky psů a podzimní zkoušky, které opravňují k uchovnění. Na výstavách získala ocenění výborná CAC a CACIB. Canisterapeutické zkoušky jsme poprvé složily v roce 2002, opakovaně v roce 2003. V roce 2004 měla svá první štěňata. V letošním roce zvítězila na Mezinárodní výstavě v Litoměřicích a stala se tak Šampionkou České republiky.

Mezinárodní organizace zabývající se zooterapií

IAHAIO, asociace, která vznikla v roce 1990 a sdružuje organizace z celého světa zabývající se podporou soužití člověka a z zvířete. IAHAIO je hlavním pořadatelem mezinárodních konferencí a byla mj. i organizátorem konference, která se konala v roce 1998 v Praze pod názvem Proměnlivá role zvířat ve společnosti. Tato konference se stala vůbec nejúspěšnější v historii, neboť se jí zúčastnil rekordní počet delegátů ze 42 zemí světa, kteří vyslechli celkem 63 přednášek a 43 prezentací. V Anglii např. **CHATA** – organizace má za cíl návštěvy se zvířaty na dětských odděleních v nemocnicích.

V Evropě – ASOCIACE ADI (Assistance dog international)

V České Republice

Pomocné tlapy, o.p.s. se sídlem ve Starém Plzenci – zabývají se výcvikem psů asistenčních, vodících, signálních, canisterapeutických

Podané ruce – společnost pro canisterapii a osobní asistenci

SVOPAP – vzdělávací centrum pro canisterapii

Na závěr:

Terapeuté jsou často svědky malých zázraků. V sekci "Naše canisterapeutické týmy" najdete desítky příběhů podobných tomuhle z USA: "Hladí ho, objímají, pusinkují, hašteří se o něj a dávají mu strašně moc pamlsků. Za dobrotu komukoli podá pac, zašteká na přání nebo si sedne na povel. Máme tu paní, která mu každý večer nechává pamlsky před dvěma svého pokoje. Říká, že Gabe je ten nejlepší pes na světě, skoro člověk. Je tu několik lidí, které jsem nikdy neviděla se usmát, dokud tu nebyl Gabe. Viděli jsme 90ti letého stařečka, jak ležel s Gabem na zemi, hráli si, objímali se a ten pán mu hrál na harmoniku! Gabe si tu také hraje s dětmi, vítá návštěvy, rodiny a zaměstnance vrtícím

ocáskem. Já se o něho velice ráda starám. Gabe přináší spoustu lásky a zábavy do mé práce, která může být často velmi vyčerpávající." *Liz Breitenstein, domov důchodců Landis Homes, USA*

Bc.Pavla Fialová, Démosthenes



Kranio sakrální terapie osteopatie (CSO)

Markéta Bezůšková

Kranio sakrální terapie je velmi jemná, manuální, neinvazivní terapie. Tuto terapii rozvinul a dobře popsal americký chirurg John E. Upledger. Na základě výzkumu na Michigan State University Dr. Upledger prokázal, že se musí lebeční kosti nacházet ve stále jemném pohybu, aby se přizpůsobily stálým změnám tlaku mozkomíšního moku, který je přítomen uvnitř polouzavřeného hydraulického systému ohraničeného membránami. Tyto pohyby jsou jádrem kranio sakrálního systému (CSS) a mají vlastní rytmus, který je nejlépe hmatný na lebce (kranium) a kosti křížové (sakru).

Terapeut cvičeným hmatem testuje pohyby jednotlivých částí kranio-sakrálního systému včetně membránového systému a okolních měkkých tkání. Jestliže diagnostikuje omezení a patologie CS systému, které brání zdravým a přirozeným funkcím organismu, velmi jemně systém koriguje. Terapeut k nastolení harmonie CS systému využívá autoregulační schopnosti organismu. Tím je terapie velmi bezpečná a neinvazivní.

Tlak jeho rukou nepřesáhne váhu pěti gramů během celého procesu ošetření. Terapie je určena všem věkovým kategoriím zejména dětem a lidem se zdravotním postižením.

Bc. Markéta Bezůšková a v oboru kranio sakrální terapie mám dvanáctiletou praxi. Poprvé jsem se s touto terapií setkala v Rakousku při ošetření jednoho těžce mentálně a fyzicky postiženého chlapce, kterému jsem v té době dělala osobního asistenta. Setkání s kranio sakrální terapií se mi stalo osudné. Terapii jsem vystudovala pod Upledger Institutem. U kvalifikovaných osteopatů z Francie a Německa jsem získala další znalosti a dovednosti v oboru osteopatie.

Své znalosti stále prohlubuji a předávám dále. Působím jako externí terapeut a lektor CSO v Modrý klíč, to je speciální zařízení pro lidi s mentálním postižením a kombinovanými vadami.

Původním vzděláním jsem rehabilitační terapeut, vystudovala jsem bakalářský obor na FTVS UK speciální výchovu zdravotně postižených - zdravotní TV, ergoterapii a arteterapii. Dále mám výcviky v psychoterapeutických přístupech, jako je hlubinná práce se změnou a rodinná terapie.

Kontakt:

tel.: 724315426, mail: bezuskova@csosteopatie.net, www.csosteopatie.net



Chirofonetika a její užití u dětí s kombinovanými vadami

Eva Milková

Význam slova chirofonetika není obvykle veřejnosti znám. Ani pedagogické veřejnosti ne. Kdo se však s chirofonetikou setkal a viděl její výsledky, tomu z paměti nevyumizí.

Obsah:

1. Vysvětlení pojmu chirofonetika
2. Jak Dr. Baur došel k myšlence chirofonetiky
3. Základy chirofonetiky: zákon metamorfozy, logopedické poznatky, celistvý náhled na člověka
4. Jak vnímá chirofonetiku klient – stimulace smyslů
5. Specifika chirofonetické péče, výhody a úskalí
6. Škola chirofonetiky, způsob vzdělávání
7. Z praxe

1. Chirofonetika je neobvyklá, perspektivní terapie, která byla vypracována rakouským doktorem Alfredem Baurem. Chirofonetika: ruce (*cheires*) provádějí řečové zákonitosti hlásek (*phonetik*). (Název navrhl Dr. Med. Gisbert Husemann, 1907-1997).

V chirofonetice se přenáší daná proudící forma hlásky na záda a hláska se přitom vyslovuje. Avšak je nutné, aby se dodržovaly zákonitosti tvorby hlásek. Přesně tak, jak tomu je v řeči samotné. Ke snadnějšímu pochopení je vhodné se podívat do historie vzniku této metody.

2. Dr. Baur působil již delší dobu spolu se svou ženou, praktickou lékařkou paní Ilse Baurovou v léčebně-pedagogické a logopedické ambulanci v Linci. Současně prováděl logopedickou péči o neurologických pacientů v okolních nemocnicích. V roce 1972 se tak staral o tříletého nemluvícího chlapce, který dobře slyšel. Chlapec rozuměl částečně tomu, co mu bylo řečeno. Příčinou chlapcových obtíží bylo poškození mozku. Nebyl schopen se běžnými logopedickými metodami naučit pohybům řečového organismu potřebným k mluvě. Velmi zřetelně se u chlapce objevila neschopnost nápodoby. Ta je důležitým momentem pro veškeré učení se zejména u dětí mladšího věku. Dr. Baurovi byly známy zkušenosti a metodické postupy z pedagogiky pro hluchoněmé či slepohluchoněmé, kdy se provádí aktivování periferního slyšení pomocí doteku. (Citlivost místa na zádech objevil neurofyziolog Lurius ve dvacátých letech 20. století) Citlivost kůže tak pomáhá „otevřít bránu smyslům, otevřít vnímání“. A proto se rozhodl, že tvorbu hlásek chlapci napíše na záda. Mezi lopatkami se nachází místo, které je nesmírně citlivé nejen na dotek, ale také na vibraci zvuku. Takto jsou popisovány metodiky práce s klienty slepohluchoněkými. To byl výchozí bod i pro Dr. Baura. Začal na zádech chlapce táhnout („masírovat“) to, co se dělo v dutině ústní, to, co dělal výdechový proud vzduchu. Chlapec jménem Markus řeč nejen slyšel, ale také cítil, „hmatal“. Za pár dnů byl chlapec zřetelně otevřenější komunikaci, jeho chování se zklidnilo, celkově byl přátelštější. Po několika týdnech tohoto způsobu ošetřování začal mluvit.

Dr. Baur ošetřoval v té době několik pacientů, jejichž rodičům musel s politováním oznámit, že jejich dítě kvůli těžkému postižení mluvit nebude. Že on jim nemůže pomoci žádnou běžnou logopedickou metodou. Nyní se objevila možnost právě u těchto pacientů po domluvě s rodiči začít ověřovat, zda myšlenkové podklady jeho úvah jsou platné. A tak začala systematická práce na této metodě. Jak teoretické zpracování, tak také praktické ověření.

V roce 1976 představil Dr. Baur tuto svou metodu, kterou sám nazval „terapie řečí“, několika kolegům z oblasti speciální pedagogiky. Ti pečovali nejen o nemluvící děti s nejrůznějšími postiženími (např. děti autistické, děti se silnými poruchami chování, mentálně opožděné atp.) A tyto pedagogové začali s chirofonetikou pracovat. Ne vždy se povedlo přivést tyto děti k mluvení, ale opravdu se dá říci, že se zlepšilo jejich chování. Také u jiných poruch dětského vývoje bylo zaznamenáno zlepšení. Tak našla chirofonetika vstup do léčebné pedagogiky. Zájem vzrůstal. Mezitím odešel Dr. Baur do důchodu a věnoval se výlučně šíření chirofonetiky. V některých zemích Evropy a také v zámoří, podle zájmu, pořádal kursy.

Tak se dostala chirofonetika také do tehdejšího Československa. V roce 1990 se konal v Písku první kurs. Jeho organizační zabezpečení přislíbil Ing. Karel Samec se svou ženou. Slibu zůstal věrný plných 13 let. Tomáš a Anna Zuzákové, tehdy žijící ve Švýcarsku, zajišťovali překlad učebnice, překlady přednášek, programové zabezpečení a umožnili Dr. Baurovi, aby se soustředil na samotnou výuku v našich podmínkách.

3. Objevit správné formy tahů na zádech (později na pažích a na nohou), odpovídající tomu, co se děje v dutině ústní, se Dr. Baurovi podařilo díky znalosti zákona metamorfózy. Na tento *zákon metamorfózy* poukázal poprvé Johan Wolfgang Goethe při svém cestování po Itálii, kdy pozoroval rostliny. Objevil, že praformu listu lze najít v jiných orgánech, částech rostliny. (Pro lepší porozumnění si představme např. semínko smetánky. Na otázku, o jakou rostlinu se jedná, bychom jistě shodně odpověděli – smetánka. Pak si vzpomeňme na typický list této rostliny. Opět se jedná o list smetánky. Při pozorování kořene opět uvidíme v jiné podobě, ale tutéž rostlinu – smetánku. V jednotlivých částech, pokaždé jinak, v jiné formě se objeví totéž - smetánka.) J.W.Goethe objevil, že tento zákon vládne všude tam, kde je život. Tedy i u člověka.

Přísná *pravidla pro tvoření jednotlivých hlásek* odpovídající fonetickým a artikulačním zákonům byla dalším opěrným pilířem pro vyvození terapeutických tahů. Tedy zvládnutí „logopedického řemesla“.

Celistvý náhled na člověka z pohledu anthroposofie, tedy anthroposofické medicíny a Waldorfské pedagogiky je tím třetím sloupem, o nějž se chirofonetika opírá.

4. Jak dítě prožívá chirofonetické ošetření, popisuje učitelka, pracující více než dvacet let ve škole pro děti s poruchami řeči v Linci, taktó: „ Co se děje, když hovoříme? Artikulujeme hlásky, slabiky a slova a výdechový proud necháme při jednotlivých hláskách procházet různým způsobem. Tomuto výdechovému proudu stavíme do cesty různé překážky, ty jsou tvořeny doslova uměleckými pohyby, k nimž dochází. Samotná řeč neumožňuje výběr několika možností při její tvorbě, nýbrž my se podřizujeme jejím přísným zákonitostem. Žádný jiný pohyb člověka nemusí probíhat tak přesně jako právě pohyby při mluvení.

Každý logoped ví, jak těžké je opravovat chyby ve výslovnosti, navodit u pacienta nové pohyby nebo upravit správné postavení úst, protože velká většina těchto pohybů probíhá skrytě, a proto je lze jen velmi těžce napodobit.

Při provádění chirofonetiky leží pacient zpravidla na masážním stole. Terapeut táhne na zádech, pažích nebo na nohou určitou formu a k tomu vyslovuje danou hlásku. Pacient slyší hlásku a zároveň cítí terapeutovy ruce, jejich teplo a slabý tlak. Pacient vnímá pomocí dotekového smyslu proces tvoření hlásky. I když to vypadá, že si pacient nečinně užívá terapie, je jeho pozornost zcela obrácena na onu pohyblivou stopu na kůži. Tuto formu „čte“ a slyší hlásku...“⁶

Chirofonetika pracuje na zesílení smyslových vjemů. Tím napomáhá efektivnější integraci smyslů. Konečným cílem většiny sensorických a motorických informací ze smyslových orgánů je mozková kůra. Tam se informace třídí, analyzují a integrují. Pokud je při vnímání řeči zapojeno více smyslů, pak je aktivována širší struktura mozku než při jiných terapiích (např. masáž, logopedické cviky, rehabilitační cviky apod.)

Smysly oslovované při chirofonetice:

a) *hmat* – smysl vyvíjející se jako první. „I když často vůbec nepřemýšlíme o významu doteku na našem těle, je dotekový systém tím nejrozprostřenějším orgánem našeho těla a hraje životní roli v lidském chování, jak psychickém, tak duchovním..... K tomu se ještě připojuje fakt, že taktilní systém je prvním sensorickým systémem, který se vyvíjí v těle matky a již tam plně funguje v době, kdy se smysl akustický a zrakový teprve vyvíjí. **Z tohoto důvodu má dotekové dráždění veliký význam pro celou nervovou organizaci. Bez dostatečných dotekových podnětů má organismus tendenci „vypadnout z rovnováhy“.**“⁷

b) *teplo* – vjem tepla má své místo v kůži, stejně jako dotekový smysl, avšak jedná se o jiná nervová zakončení. Ve waldorfské pedagogice se setkáme s označením samostatného smyslu pro teplo. Teplo sehrává v chirofonetice velmý význam – při provádění tahů na kůži je velmi důležité, aby chodidla pacienta byla dobře prohřátá a celkově aby pacient neměl pocit chladu. V opačném případě je dotekový vjem velmi oslaben a účinnost chir. ošetření je snížena.

c) *smysl pro pohyb, kinestetický nebo propioceptivní smysl* – různé pojmenování téže věci, a to vnímání těch sensorických informací, které jsou způsobeny kontrakcemi nebo natahování svalů nebo rozpínáním či stlačování kloubů atd. V souhmu to znamená, že propioceptivní vnímání umožňuje člověku zpracování vjemů, které pak dovolují plynulý a automatický pohyb.

d) *sluch* – tento smysl je jedním z prioritních smyslů pro vnímání řeči. Receptory pro vnímání sluchu se nacházejí ve vnitřním uchu, v hlemýždi. Není třeba dále rozvádět.

⁶ Mori, Ursula: Chirophonetik – helfen mit der Sprache. Str. 4. Schule für Chirophonetik, 2002.

⁷ Ayres, A.J.: Bausteine der kindlichen Entwicklung. 4. Auflage. S.58, Springer. 2002.

e) *vestibulární smysl, smysl pro rovnováhu* - orgánem tohoto smyslu je vnitřní ucho v kosti skalní. Tam jsou uloženy již zmíněné receptory pro sluch, také receptory pro vnímání zemské tíže. V chirofonetice jsou všechny formy taženy symetricky, a tím velmi silně působí a ovlivňují vjemy v rovině sagitální.

5. Pro působení chirofonetiky je nesmírně důležitá *spolupráce rodičů*. Terapeuti je naučí jednotlivé tahy odpovídající vybraným hláskám. Rodiče pak doma denně aplikují tyto tahy v rozmezí 10 až 20 minut. Děti tak dostávají denně pozornost rodičů, a to ve velmi příjemné formě. Dítě „vlastně jen pasivně leží,“ a maminka či tatínek „ho hladí po zádech“. Pouze ve zcela vyjímečných případech, a to zejména ještě ve fázi přivykání si na chirofonetiku, se může objevit neochota dítěte chirofonetiku přijímat. (Např. počáteční neobratnost rodičů, která časem vymizí. Odmítání chirofonetiky dítětem mohou způsobit i nevhodně vybrané terapeutické hláskové řady. Tyto dva momenty lze upravit.)

U málo motivovaných rodičů se stává obtížným dodržet denní pravidelnost ošetřování. Je možno pracovat i každý druhý den. V tomto případě se také výsledky dostaví. I když se jedná opravdu o kompromisní řešení. Pokud se ošetřuje méně často, nastoupí krátkodobé stavy zlepšení, a ty se často brzy vrátí do původního stavu.

Plánované cílené přestávky mají v chirofonetice své opodstatněné místo. Většinou po šesti týdnech se terapie na týden až dva přeruší. Organismus má možnost zhodnotit, zda informace, dodávané pomocí hlásek zvenčí, byly dostačující k překonání překážek ve vývoji nebo k řešení jeho problému. Po té se může hlásková řada obměnit nebo také zůstat u původní. Podle daného stavu dítěte. Využívá se přestávek tzv. přirozených, tedy prázdnin, Vánoc, horečnatého onemocnění dítěte atp.

Pracovní místo pro ošetřování chirofonetikou se stává problémem u rodin, kde postižení dítěte není ryze pohybového charakteru (např. DMO), a tudíž rodina ještě nemá vyčleněné místo pro práci. Pro tuto práci se dobře hodí velké jídelní stoly. Rodiče často volí nouzovou možnost ošetřování dítěte v posteli nebo na zemi. Obojí způsob je pro ošetřující osobu nesmírně náročný, zatěžuje zejména páteř. Tím se snižuje koncentrace a příjemné duševní naladění rodiče a opět se efekt snižuje. Při složitějších tazích (kombinace hlásek, symetrické řady, stupňované hlásky atp.) je to téměř nemožné. Opět záleží na motivovanosti a ochotě rodičů, jak s touto překážkou zacházejí.

Velkým problémem dnešního stavu chirofonetiky v Čechách je nízký počet terapeutů, kteří mohou terapii vést. Mnoho absolventů Školy chirofonetiky muselo práce zanechat (rodinné, zdravotní, časové i jiné důvody). Mnoho účastníků kursů studia zanechalo, mimo jiné pro její délku trvání nebo pro neztotožnění se s myšlenkami anthroposofie Rudolfa Steinera. Proto není výjimkou, že rodiče dojíždějí 2 – 3 hodiny k terapeutce na jednu hodinu konzultace. V příznivých podmínkách se doporučuje, aby rodiče s dítětem a terapeut se setkali alespoň jednou za dva týdny. To tedy patří v současnosti k velkým nedostatkům v našich podmínkách.

Využití chirofonetiky jako doprovodné metody ve výchovně-vzdělávacím procesu u dětí s kombinovanými vadami je velmi rozsáhlé. Avšak pokud někdo z blízkých, tedy učitel, vychovatel, rehabilitační pracovník samotnou metodu ovládá. Pak může v krátkých pasážích, ve variacích upravených pro dané podmínky, zařadit prvky chirofonetiky každodenně do svého programu. O to se v České republice pokoušejí již dvě pracoviště s opravdu pozitivními výsledky (MŠ speciální, ZŠ speciální a Praktická škola ELPIS v Brně získala dokonce grand, z něhož se hradí studium pro dvě učitelky, včetně supervizních konzultací). Rodiče mohou s dítětem pracovat, aniž by vzdělávací kurs museli absolvovat. Musejí být ale vedeni terapeutem.

6. Škola chirofonetiky je školou svobodnou. Nabízí především terapeutům, učitelům a ošetřovatelům rozšíření možnosti, jak pomoci svým klientům. Základem všech kursů je nauka o hláskách, jak jí napsal Dr. Baur v knize: „Učení o hláskách a působení loga“ (viz. literatura). Dále si studující rozšiřují znalosti z anthroposofie o náhledu na člověka. Základní vzdělání je rozděleno minimálně do desíti kursů. Jeden kurs trvá 6 dnů, rozsah 36 vyučovacích hodin, rozdělených do praktického a teoretického výcviku. Studium je zakončeno písemnou prací o průběhu ošetřování jednoho pacienta. Na kursu je o této práci přednesen referát. Po 4. absolvovaném kursu může studující začít s ošetřováním pacienta pod vedením učitele Školy chirofonetiky.

V současné době probíhají kursy dvakrát v roce. Jarní kurs se koná v Lázních Bělhradě, letní v Písku.

7. Z praxe

Ve speciální pedagogice se chirofonetika osvědčila u dětí s vývojovými poruchami, pohybovými obtížemi, řečovými poruchami, poruchami a obtížemi v kontaktu s druhými lidmi, až po autisty, u neklidných dětí a u všech příznaků poruchách pozornosti.

(Také specifické poruchy učení se dají velmi pozitivně ovlivnit, dokonce v relativně krátkém časovém úseku. Výsledky jsou zřetelné během dvou tří měsíců. Dále pak může být chirofonetika nasazena jako

doprovodná metoda při léčení různých chorob v medicíně, stejně tak v péči o staré osoby. Mimoto se už také velmi osvědčila v salutogenezi).

U dětí s kombinovanými vadami lze v postupných krocích podpořit vývoj dítěte tak, aby se snadněji mohlo více začlenit do života. Jedná se o velmi individuální metodu, vyžadující trpělivost a pokoru ze strany terapeuta. Ze strany klienta je to metoda jemná, nenásilná, metoda užívající toho nejlidštějšího, a to je řeč.

Pro ilustraci výběr dvou popisů ošetřování dětí.

„Dětská mozková obrna

Také u těžce postižených, ochrnutých dětí působí chirofonetika zcela překvapivě. Pokroky a zlepšení jsou však ve srovnání s jinými pozvolné a malé, vývoj zde probíhá jakoby ve zpomaleném filmu. Proto je také doba ošetřování odpovídajícím delší. Terapeut, pacient a rodiče potřebují mnohem více trpělivosti a sílu vytrvalosti.

Günter* je touto terapií ošetřován již téměř čtyři roky. Mimo to je chlapec ošetřován jinými terapiemi, jako např. Bobathova metoda, terapeutická jízda na koni a jiné. Jeho matka pravidelně vykonává cestu trvající více než dvě hodiny. Ale pokroky, kterých bylo docíleno, jsou nepřehlédnutelné.

Na počátku terapie mu bylo osm let a byl to uzlíček kostí, nedokázal držet vzpřímeně hlavu. Končetiny měl staženy do klubička, připomínal svým tělem embryo. Jeho lýtka a chodidla byly absolutně studené a promodralé. Jeho pohled se díval do prázdna a téměř nereagoval na zvuky a na řeč už vůbec ne. Dnes, čtyři roky po té, dokáže vzpřímeně sedět. Raduje se, když se s ním lidé povídají, reaguje na jednotlivé hlásky a naslouchá velice pozorně. Dokáže uchopovat a házet. Umí se pohybovat ve vozíku a snaží se z plazení dopracovat k lezení. Jeho chodidla už dávno nejsou modrá.

Zda dokáže někdy mluvit, je zcela nejasné, ale zjevné je, že se mohl o malý kousek vyvinout dál, aby se i jeho život stal lidštějším.

Velkou úctu si zaslouží maminka, která neúnavně s chlapcem cvičí.“⁸

„Chybějící řečový vývoj, autistické rysy

Johannes* přišel se svou matkou, když mu bylo 2 roky a 2 měsíce. Do té doby ještě nezačal mluvit. Sluch byl vyšetřen a v pořádku.

Porod byl v termínu, byl spíše klidné dítě, dostatečně spal a byl plně kojen půl roku. Ve věku 10 měsíců působil značně apaticky. Ve 14 měsících začal ložit, v 19 měsících uměl chodit.

Bylo to opravdu pěkné dítě, s nápadně velkýma tmavýma očima. Očima doslova nasával své okolí, na vše se podíval, ale na nic nesahal, ani na hračky ne. Radostně stál před věcmi a poskakoval, hýbal rukama a nohama, přičemž se mírně nakláněl dopředu. Matka sdělovala, že ho nikdy nesměla pohladit po hlavičce, stříhat nehty nebo vlasy se podobá tragédii. Čištění uší je dokonce i u ušního lékaře nemožné. Johannes prý má velký strach vylézt na pohovku nebo se schovat pod stůl. Musí mít pořád přehled. I když má dva starší bratry, nevzpomíná si matka, že by někdy něco napodoboval.

Můj první dojem byl, že má Johannes přecitlivělý dotekový smysl a že smysl pro vlastní pohyb a smysl pro rovnováhu že ještě nebyly probuzeny. Tím je jasné, že chlapec ještě nezískal orientaci v okolí. Také jeho auditivní pozornost nebyla rozvíjena. Pouze zrak byl jasně bdělý, a proto se Johannes stále snažil mít přehled. Když se mu to nepovedlo, tak dostal strach, stal se agresivním a házel vším, nač dosáhl.

Ošetřovala jsem ho každé dva týdny, přičemž jsem začala pouze s hláskami na nohou a chodidlech. Matka pracovala doma denně s krátkou hláskovou řadou.

Bylo zřetelné, že se chlapec začal vyvíjet, házení věcí kolem sebe nebylo tak časté, nýbrž si začal hrát. Konečně našel odvahu houpat se na houpačce a klouzat se. A matce se díval přesně na ústa. Nyní vydržel alespoň pár hlásek na zádech. Po dvou měsících začal vytvářet hlásky, najednou se stal lechtivým a moc se mu to líbilo.

Po přibližně čtyřech měsících chtěl s maminkou péct cukroví a být u všeho. Když na něj někdo mluvil, chlapec poslouchal mnohem pozorněji než dříve. Teď ho matka směla hladit po hlavě.

Po půl roce začal citlivě reagovat na zvuky. Začal si zakrývat a odkrývat uši. Denně se objevilo nové slovo. Mimo to chlapec objevil otáčení kolem vlastní osy. 10 měsíců po začátku terapie mluvil už hodně a rád. Někdy se objevily také trojslovné věty. Jeho chůze byla zřetelně lepší, dokázal beze strachu jít po schodech dolů. Začal si hrát na schovávanou.

Byly mu už 3 roky, ale nedokázal ještě udržet čistotu. Na otázky chlapec nereagoval, i když je dokonce částečně opakoval. Myšlení viditelně nastoupilo, hrál si cíleně, ale nebylo možno jej přerušit. Vždy přicházel pouze s auty. Vytvářel dlouhé řady a nikdo je nesměl měnit. Byl velmi milý, měl radost z kontaktů.

Po prázdninové přestávce se velmi těšil, že mohl přijít ke mně. Nebyl už ale tak fixovaný na auta. Slyšenou řeč daleko lépe artikuloval (příběhy, básničky) než vlastní spontánní řeč.

⁸ Mori, Ursula: Chirophonetik – helfen mit der Sprache. Str. 19. Schule für Chirophonetik, 2002

Hláška R ještě zcela chyběla. Poskakování při vyjádření radosti bylo silnější. Ve třech a půl letech byl bez plen, přes den i v noci. Rok a půl po začátku terapie se mu podařilo zcela uchopit prostor slyšeného, lehal si na břicho i při hře. Když bylo jeho okolí příliš hlučné, tak si držel uši. Všechny hlásky vyslovoval jasně a zřetelně, také R a sem tam se objevilo slovíčko Já. Nyní mu je čtyři a půl let, sám sobě už neříká „Ty“, nýbrž „Já“. A to pravidelně a na správném místě. Mluví artikulačně správně a tvoří správné věty. Nějakou dobu navštěvuje mateřskou školu a do skupiny zapadá velmi dobře. Velmi rád vypráví o svých zážitcích v mateřské škole. Jsem přesvědčená, že chirofonetika chlapci umožnila dobrou cestu k jeho vývoji.“

Mgr. Eva Milková

Sídlo školy chirofonetiky:

Nám. K.V.Raise 163

507 81 Lázně Bělohrad, e-mail: e.milkova25@centrum.cz, 493 792 106

Literatura:

Baur, A.: Základy chirofonetiky I.-IV. díl. ÚÚVZPP, Praha 1990. 1.vydání.

Baur, A.: Lautlehre und Logoswirken. Mellinger Verlag, Stuttgart 1996, 2.Auflage.

Baur, A.: Die Heilweise der Chirophonetik. Verein für anthroposophisches Heilwesen e.V., Bad Liebenzell, 2000.

Mori, U.: Chirophonetik – helfen mit Sprechen. Schule für Chirophonetik, Kirchsschlag 2002.

Vršanová, M.: Co je chirofonetika. Seminární práce 2005



Orofaciální regulační terapie

Eva Matějčková

Již několik let se orofaciální regulační terapie podle prof. Rodolfo Castillo Moralese uplatňuje jak u dětí a žáků s Downovým syndromem, tak i u dětí a žáků s jinými druhy postižení. Návazně k tomu se začala spolupráce s odborníky z jiných rezortů. Jedním z rezortů je i rezort zdravotnický, konkrétně, oblast stomatologie.

Jednou z charakteristik vývoje jedinců s kombinovaným postižením je jejich nerovnoměrný vývoj, který se kromě změn v tělesném schématu projevuje i změnami a nerovnoměrným vývojem v orofaciálním systému. A naopak každou změnu a poruchu funkce v orofaciálním systému je třeba vidět a chápat jako změnu v celkovém tělesném schématu. Právě orofaciální systém u jedinců s kombinovaným postižením má svá specifika projevující se i přibýváním sekundární patologie. Uvedenou situaci komplikuje další skutečnost, že každá patologie je velice variabilní, má své individuální charakteristiky, liší se od jiných. Porucha funkcí (dysfunkce) se projevuje ve svalových zřetězeních, která se nedotýkají pouze jedné oblasti, ale vedou k neschopnosti udržet vzájemnou klidovou polohu hlavy a těla. Dále vedou k potížím při dýchání nosem, otevírání ústní dutiny, polykání, žvýkání, komunikaci, artikulaci, salivaci a absenci retního uzávěru. Z absence retního uzávěru resultuje suchost sliznic a perorální ekzémy. Nemožnost dýchání nosem vede dále ke spaní ve vynucených polohách.

Obtíže s otevíráním a polykáním způsobují nedostatečné rozmělnění potravy a nechut k příjmu tekutin. U všech dětí s postižením různého stupně jsou přítomny i ortodontické anomálie. Z těchto důvodů má prevence a léčba poruch orofaciálního komplexu velký význam i v celkové rehabilitaci jedince s postižením. Jinak řečeno, uvedená situace vede ke vzniku dalších vad, které se připojují k vadám vrozeným.

Při poruchách komunikačních dovedností nabývá na významu neverbální komunikace s postiženým. Pro stomatologa z uvedeného vyplývá, že u pacientů s kombinovanými vadami se proto při jejich ošetřování může setkat s obtížemi. Další obtíže pro stomatologa představují nemožnost dýchání nosem, bolesti spojené s otevíráním úst, záklonem hlavy a s omezenou možností verbální komunikace. Zjištěné vrozené nebo získané vady pro osoby, které se o lidi s kombinovanými vadami starají, by mělo být podnětem k poskytování stomatologické prevence, a to zejména od okamžiku zjištění. Ta by měla zahrnovat jak oblast zubů, dásní a ústních sliznic, tak vyšetření dítěte ve styčných oborech jako je: ORL oční lékařství, neurologie, interní medicína a imunologie. Dále by měl být do rehabilitace a vypracování individuálního rehabilitačního programu zařazen rehabilitační program pro rozvoj obličeje a šíje, v propojení na celé tělesné schéma v součinnosti s následnou logopedickou intervencí.

Spolupráce stomatologa, ortodonta, fyzioterapeuta, logopeda se jeví jako nevyhnutná pro společné stanovení léčebných cílů zaměřených na léčbu na orofaciálním komplexu. Léčba se musí proto stanovit individuálně podle druhu, stupně a rozsahu postižení a individuálních charakteristik pacienta, přičemž je nezbytná spolupráce rodičů a personálu v školních zařízeních.

Na základě uvedených skutečností byl interní grantovou agenturou MZ ČR vypracován výzkumný projekt NK 7834 – 3 IGA MZČR – 3 „*Vypracování a ověření specifického stomatologického preventivního programu pro děti s kombinovanými vadami a dysfunkcí orofaciálního systému.*“ Hlavním cílem tohoto výzkumného projektu bylo vypracovat a ověřit specifický preventivní program v oboru stomatologie.

Dosažené výsledky byly prezentovány i na mezinárodní úrovni:

1. Kongres forézní medicíny: „*Soudní aspekty dentálního ošetření u lidí s vícenásobným postižením (Hong Kong, 2005)*“
2. Kongres stomatologický: „*Ústní zdravotní status pacientů s postižením*“ – dvě lokality v České republice (Calger, 2005)



Trieda s viacnásobným postihnutím / mentálne postihnutie a ťažká symptomatická porucha reči až bezrečnosť /

Praktická manipulácia s pomôckami
Milka Mizeráková

OBSAH

1. Charakteristika triedy pre žiakov s viacnásobným postihnutím. /mentálne postihnutie a ťažká symptomatická porucha reči až bezrečnosť/

2. Charakteristika detí a ich diagnózy.

3. Stimulácia strategických funkcií rozvoja komunikačných schopností detí a rozvoj čítania, písania z logopedického aspektu.

3.1 Ciele fonemického uvedomovania

3.2.Ciele rozvoja komunikačnej schopnosti.

1. Charakteristika triedy pre žiakov s viacnásobným postihnutím. /mentálne postihnutie a ťažká symptomatická porucha reči až bezrečnosť/

Pre potreby vzdelávania viacnásobne postihnutých žiakov s mentálnou retardáciou a ťažkým stupňom narušenej komunikačnej schopnosti vypracovala projekt PaedDr. Alena Štihová.

V triedach špeciálnych základných škôl / ŠZŠ / sú vzávislosti od stupňa mentálnej postihnutia, prípadne kombinácie postihnutí, vzdelávaní žiaci podľa schválených učebných osnov variantu A (bývala osobitná škola určená deťom s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia) a variantu B (bývalá pomocná škola určená pre deti so stredným stupňom mentálneho postihnutia).

V praxi ja nevyhnutné vytvárať i triedy, kde sú žiaci vzdelávaní podľa variantu C podľa individuálneho vzdelávacieho programu (IVP). Umožňuje to vyhláška MŠ SR č. 63 / 2000 Zb., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MŠ SR č. 212/1991 Zb. o špeciálnych školách. V zmysle § 5, ods.6 tejto vyhlášky sa pre ťažko mentálne postihnutých žiakov a žiakov s viacerými chybami, ktorí sa nemôžu vzdelávať iným spôsobom v špeciálnych školách zriaďujú triedy s IVP. Žiaci s viacerými chybami sa do týchto tried v jednotlivých typoch škôl zaraďujú podľa primárneho postihnutia.

Teoretické východiská projektu:

Vzdelávanie mentálne postihnutých nehovoriacich žiakov.

Symptomatickú poruchu reči definujeme ako narušenú komunikačnú schopnosť, sprevádzajúcu iné, dominujúce postihnutie. Medzi najčastejšie symptomatické poruchy reči u detí patrí narušená komunikačná schopnosť u detí s mentálnym postihnutím. Viacnásobne postihnuté deti si vyžadujú komplexný prístup viacerých odborníkov. V prípade mentálneho postihnutia s ťažkou symptomatickou poruchou reči je nevyhnutná spolupráca psychopédov a logopédov. Vzhľadom na charakter narušenej komunikačnej schopnosti a mentálneho postihnutia je najvýhodnejšie kombinovať individuálne a skupinové formy vzdelávania i logopedickej práce. Multisenzoriálny prístup má mimoriadny význam.

Alternatívna a augmentatívna komunikácia je spôsob komunikácie, ktorý využíva na komunikáciu prvky piktogramov, posunky, znaky a gestá. Hovorená, alebo písaná reč je doplnená alebo nahradená inými prvkami komunikácie.

Cieľ projektu:

Cieľom projektu je výchova a vzdelávanie viacnásobne postihnutých žiakov v rámci základnej školskej dochádzky, a integrácia detí s mentálnym postihnutím a ťažkou symptomatickou poruchou reči do spoločnosti. Každý žiak postupuje podľa individuálneho vzdelávacieho programu /IVP/.

IVP – odporúčania:

- IVP vypracovávať štvrtročne, vyhodnocovať ho na základe priebehu výchovy a vzdelávanie
- využívať slovné hodnotenia žiakov
- konzultovať program aj s inými pedagógmi, ktorí prichádzajú s dieťaťom do kontaktu s rodičmi. Najmä v prípade využívania alternatívnej a augmentatívnej komunikácie.
- v závislosti od individuálnych schopností dieťaťa je možné tvoriť IVP pre jednotlivé predmety aj z dvoch rôznych úrovní učebných osnov. Je zavedená pravidelná a systematická logopedická intervencia.

2. Charakteristika detí a ich diagnózy.

K.A. 11rokov

Krátka anamnéza:

Dieťa z druhej gravidity, /1.grav. AB, matka liečená chemoterapiou/ narodená na čas, sekciou, kriesená nebola. V troch mesiacoch opakovane vysoké teploty, psychomotorický vývin oneskorený, rehabilitovaná.

Záver psychologického vyšetrenia : Coffyn - Loweyho syndróm. Dieťa ľahko unaviteľné. Znížená úroveň intelektových schopností / Debilitas gr.medius /

Záver logopedického vyšetrenia: symptomatická porucha reči

K.S. 8rokov

Krátka anamnéza:

Gravidita a pôrod bez komplikácií. Nevládal sať.Vo veku troch rokov matka udáva zvrät v správaní a jedení.

Záver psychologického vyšetrenia : Downov syndróm, stredná mentálna retardácia

Záver logopedického vyšetrenia: symptomatická porucha reči, komplikovaná bilingválnym prostredím, obmedzený vývin reči.

C.Č. 9 rokov

Krátka anamnéza:

Dieťa tretej gravidity, pôrod spontánny, po narodení pre hypotóniu rehabilitované. Cytogenetickým vyšetrením zistená chromozómová aberácia.

Záver psychologického vyšetrenia: Praderovej – Williho syndróm, stupeň mentálnej retardácie bližšie nešpecifikujeme vzhľadom na extrémny rozptyl výsledkov v závislosti od použitej metódy.

Záver logopedického vyšetrenia: symptomatická porucha reči

T.B. 18 rokov

Krátka anamnéza:

Dieťa z druhej gravidity. V treťom mesiaci viróza, pôrod načas bez komplikácie, dieťa nemalo sací reflex. Rázštep mäkkého podnebia. Organické poškodenie mozgu – DMO.

Záver psychologického vyšetrenia: dieťa s vrozeným vývinovým defektom. Intelektová úroveň je v pásme strednej mentálnej retardácie.

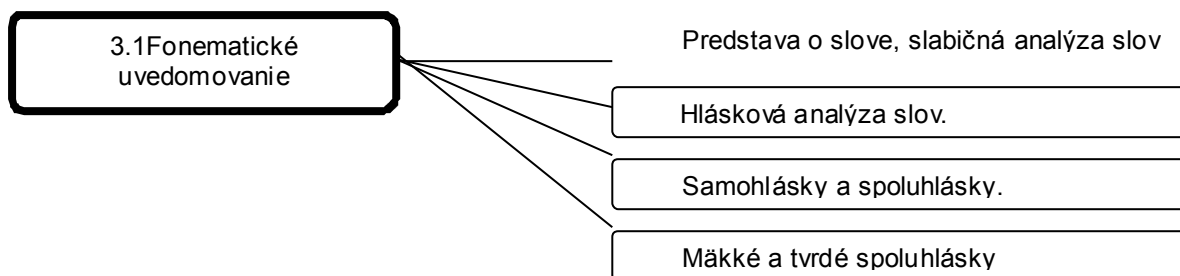
Záver logopedického vyšetrenia: nehovoriace dieťa, bezrečnosť je spôsobená dôsledkom primárneho organického poškodenia. Symptomatická porucha reči. Vývin reči je obmedzený.

Z neurologického vyšetrenia: ľahký stupeň DMO, hypotonická forma, atrofia svalstva, hemiparéza vľavo

Zo správy z rázštepovej poradne rok 1999: Stav po operácii - oronazálna komunikácia. Operačné riešenie možné len plastikou tkaniva. Ďalšiu operáciu neodporúčame, nie je predpoklad adekvátneho výsledku a rozvinutia schopnosti artikulácie.

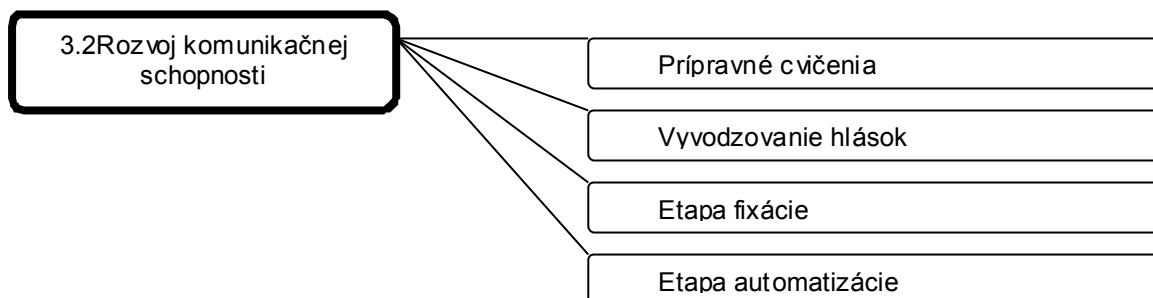
3. Stimulácia strategických funkcií rozvoja komunikačných schopností detí a rozvoj čítania, písania.

3.1 Ciele fonemického uvedomovania



- Používanie „ Tréningu fonemického uvedomovania podľa D.B. El'konina “

- Pre naše deti pochopenie a používanie jednotlivých krokov fonemického uvedomovania je podmienené väčším časovým odstupom a rozmanitejším pracovným materiálom.
- V pracovných listoch a hrách s cieľom rozvoja fonemického uvedomovania je i naďalej zachovaná myšlienka D.B. El'konina :
 - sluchovou cestou vyčleniť slová vo vete
 - sluchovou cestou vyčleniť slabiky v slovách
 - sluchovou cestou vyčleniť hlásky v slovách
- Využívaná stratégia „ názorného modelovania “ – využívajú sa grafické schémy a žetóny, ktoré slúžia na fixáciu foném a kontrolu dosiahnutého výsledku. Neskôr sa úkony interiorizujú, to čo prebiehalo materiálne, prebieha len v mysli dieťaťa.



Vyučovacia hodina rozvoja komunikačnej schopnosti pozostáva zo štyroch etáp :

- prípravné cvičenia
- vyvodzovanie hlások
- etapa fixácie
- etapa automatizácie

Rozvíja sa nie len formálna, ale i obsahová stránka reči. Nie len expresívna zložka, ale aj impresívna zložka reči. V prípade potreby používanie prvkov alternatívnej a augmentatívnej komunikácie.

POUŽITÁ LITERATÚRA

Antušeková, A.: Preventívna logopedická starostlivosť. Bratislava, SPN 1995

Mikulajová, M.: Tréning fonemického uvedomovania podľa D.B. El'konina, Dialóg spol.s.r.o., Bratislava, 2001

Pokorná, V.: Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení. Praha, Portál 1998,

Štihová, A.: Názov projektu: Výchova a vzdelávanie viacnásobne postihnutých žiakov v triedach špeciálnych základných škôl podľa individuálneho vzdelávacieho programu. Záverečné vyhodnotenie. Bratislava, ŠPÚ 2006

Štihová, A.: Výchova a vzdelávanie viacnásobne postihnutých detí v triedach špeciálnej základnej školy podľa individuálneho vzdelávacieho programu. Doplnenie projektu. Bratislava, ŠPÚ 1999

Mgr.Milka Mizeráková, Bratislava



Práce v týmu-využití Bobath konceptu u dětí s DMO ve školním věku

Monika Broumovská
Petra Mikesková

Přiblížíme vám Bobath koncept, jehož základem je neurovývojová terapie manželů Bobathových. Jedná se o nejčastěji používaný postup při léčbě dětské mozkové obrny (DMO) ve světě.

Základním znakem je práce v týmu, přičemž všichni terapeuti musí na problémy dítěte pohlížet stejnými očima a umět použít vhodné léčebné techniky.

Krátce se zmíníme o dětské mozkové obrně, jednotlivých formách, přidružených problémech, kompenzačních pomůckách a nejčastějších operačních zákrocích u dětí s DMO.

Připravili jsme si také videozáznam, na kterém jsme zachytili jak terapii, (fyzioterapii, ergoterapii, logopedii), tak také běžný den ve škole, včetně různých zájmových aktivit těchto dětí

Monika Brumovská-fyzioterapeut
Petra Mikesková –ergoterapeut

Dětský rehabilitační stacionář při MNO
Ukrajinská 1534
708 00 Ostrava-Poruba



Synergická reflexní terapie (SRT) a její využití v oblasti speciální pedagogiky

Renata Vodičková

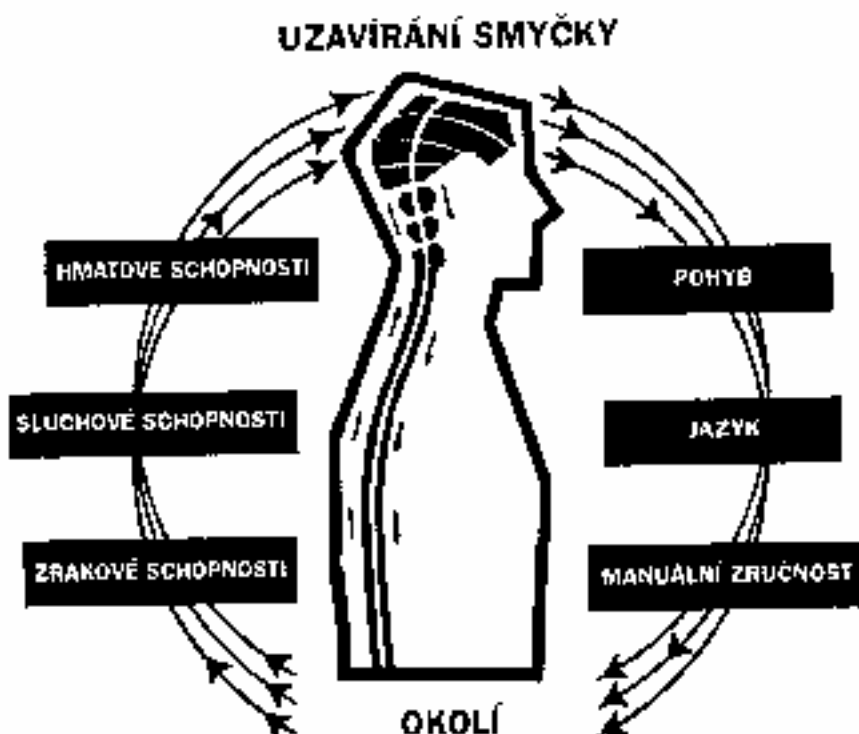
Obsah: 1.úvod, 2.charakteristika a obsah SRT, 3.indikace, 4. výsledky a reakce na SRT, 5.problematika mozkových hybných poruch, 6.stručně a v přehledu o SRT, 7. přínos SRT ve speciální pedagogice, 8.závěr

1. Úvod

Synergická reflexní terapie vznikala přibližně před více jak 20lety pod citlivýma rukama ortopeda, traumatologa a manuálního terapeuta pana doktora Pfaffenrota jako výsledek hledání alternativ k operativní léčbě a hledání preventivní léčby. Své místo v oblasti rehabilitace, konkrétně fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a speciální pedagogiky si získala viditelnými výsledky především na klientech / pacientech, u kterých následky poruchy přesahují rámec jednotlivých oborů.

V podtextu specifické oblasti speciální pedagogiky, kterou můžeme počítat již mezi obory ucelené rehabilitace, řeší odborníci celou škálu mentálních-duševních a fyzických poruch od nejjednodušších forem LMD, dysgrafie, poruchy koncentrace, až po těžké kombinované vady či hyperaktivitu. Způsoby práce s klienty překročily již dávno hranici pouze systémových přístupů pedagogiky a výuky. Čím dál hlouběji se dostáváme k neoddělitelné propojenosti duševní a tělesné a prohlubujeme terapii holistického charakteru.

Obrázek 1: Vliv vstupních aferentních vzruchů na výsledné eferentní výstupy po zpracování v CNS



Kombinované vady postihují :1.motorika - postižení tělesné 2.psychika - mentální retardace,3.smyslová centra - zrakové,sluchové a fatické poruchy.

V lidském těle spolupracuje koordinovaně 60 bilionů buněk bez našeho přičinění. Odkrýt nové možnosti léčby je spojeno s poznáním souvislostí tohoto dokonalého přírodního systému. Proces učení dodává tomuto systému dokonalé interní výměny informací ještě další, novou dimenzi, kterou je duševní vědomá práce člověka. Tím se stává systém výměny informací ještě složitější. Pro vývoj dítěte od narození až do dospělosti a pro jeho osobnostní rozvoj mají tyto mentální schopnosti určující charakter a zasahují až do sféry motorické.

Zapojení zdravého člověka do života vzdělávacího, kulturního, sociálního, rodinného a pracovního je přímo závislé na jeho genetické výbavě, na jeho charakterových vlastnostech, na jeho přirozených daných mentálních a fyzických schopnostech, na jeho celkovém zdravotním stavu.

Jakožto odborníci- speciální pedagogové- se setkáváte s jedinci, kteří mají problémy zvládnout některé výše popsané oblasti života, převážně však oblast vzdělávání, což zasahuje později i do oblasti pracovní a ovlivňuje celkovou situaci rodiny. Každý z odborníků, který pomáhá zvládnout svému klientovi nároky své doby, se zabývá vlastně schopností člověka zpracovávat každou sekundu života obrovské množství informací. Nárůst informací v naší moderní společnosti je enormní. Stoupající výskyt poruch v oblasti schopností učit se, tedy vsřebávat informace, nemusí mít vždy příčinu v nedostatečnosti jedince, ale může být i výsledkem neadekvátního přetížení lidského organismu množstvím informací (přetížení nervového systému vzruchy). Celospolečenskou otázkou by se mohlo stát určení hranice ještě „zdravé“ zatěžitelnosti lidského organismu.

U vašich klientů jde však především o poruchy zpracovávání informací bez ohledu na to, zda jde o poruchu vzniklou ve struktuře mozkových center řeči, řízení jemné motoriky, poruchy smyslových orgánů či poruchy svalového napětí. Všem tělesným pochodům jsou nadřazeny schopnosti duševní- mentální. Není pohybu bez motivace- tedy bez myšlenky (odtud ideomotorika). Tělo je přímo závislé na myšlení a je také odrazem všech duševních pochodů (řeč těla). Fyzická kondice člověka zase zpětně determinuje pochody duševní.

Proces vzdělávání, učení se něčemu novému je spojen především s duševní schopností člověka vědomě vést myšlenku. Vědomí znamená něco si uvědomovat, neboli zaměřit na něco svou pozornost. V časovém horizontu je tato schopnost koncentrace určujícím předpokladem pro kvalitu zpracování jakékoli informace. Není podstatné, zda se např. dítě má koncentrovat na svou ruku, svůj dech, na obrázek, na hlas učitele či na písmenka v knize. Jde vždy o schopnost vědomě zaměřit svou pozornost a udržet ji potřebnou dobu. Vědomí, neboli schopnost vést svou pozornost, se umí přenést do jakékoli části těla (interní přenos) nebo přes smyslové orgány do okolí (externí přenos). Do jakékoli části těla, znamená i to, že jakákoli buňka těla je schopna se naplnit vědomím. Tělesné struktury, které se tedy vědomě používají (uvědomují se častěji) jsou aktivnější, jsou živější, mají větší látkovou výměnu, větší buněčné dýchání, aktivnější nervové pleteně, větší hybnost a senzitivnější propriocepci.

Na podkladě těchto faktů pracuje i koncept Synergické reflexní terapie. Jak?

V případě poruch mentálních schopností vašich klientů jde o to, využít vedle známých speciálně pedagogických podpůrných terapií pro duševní rozvoj také možnost zpětné vazby z těla/ z periferie do centrálního řízení. Každá funkce a každá buňka těla, kterou nebyl pacient dosud schopen naplnit svou pozorností, kterou tedy vědomě neovládá díky své poruše, je v rámci aplikace SRT oslovena, manuálně či reflexně zpracována. Všechny vjemy pacienta přicházející během aplikace Synergické reflexní terapie aferentními cestami do CNS mají vliv na jeho fyzické i duševní pochody. Obrovské množství vzruchů vyvolaných při SRT kvantitativně i kvalitativně mění stav neuronální sítě mozku, míchy a periferního nervstva.

Synergická reflexní terapie není nácvikem aktivní motoriky, je pro pacienta pasivní. SRT však pomáhá optimalizovat celkový tělesný a mentální stav klienta tak, že následná speciálně pedagogická intervence je jednodušší, efektivnější, pro klienta snazší a výsledky se dostávají rychleji, někdy i v nové kvalitativní podobě.

2.Charakteristika a obsah SRT

Synergická reflexní terapie (dále jen SRT) je samostatný léčebný koncept, vyvinutý ortopedem - Dr. med. W. Pfaffenrotem pro léčbu a prevenci následků dětské mozkové obrny a dalších neuro-ortopedických nemocí u dětí a dospělých, jako např.: následky mozkové mrtvice, posttraumatické poruchy mozku, M.Parkinson, skleróza multiplex, Kiss-syndrom, poruchy senzomotorické integrace, LMD, artrogrypóza, Pes equinovarus, myotendinozní a neurosvalové onemocnění, dále pak artróza, skolióza a veškeré vertebrogenní potíže, některé migrény, tinnitus a některé atopické ekzémy. Touto terapií lze ovlivnit také průběh epilepsie, mentální stavy pacientů, mimointelektové schopnosti (u lehké mozkové dysfunkce), zlepšit percepci, prostorové vnímání, koncentraci.

SRT zahrnuje známé moderní i staré formy reflexních terapií, z kterých autor vybral určité prvky v jejich klasické formě a některé modifikoval, jiné reflexy jsou pak nové. Během několika desítek let nasbíraných zkušeností vytvořil Dr. Pfaffenrot kombinaci reflexně-terapeutických technik odpovídajících specifiku neuro-ortopedických poruch, především spastické formě DMO. SRT slučuje

elementy z myofasciální techniky, akupresury, reflexní masáže ruky, nohy a hlavy, z klasické osteopatie, z mobilizační a manipulační léčby, dále Arlenovu atlasovou terapii a modelující korektury patologického postavení trupu, hlavy, páteře a končetin. Současné použití různých reflexních terapií vyvolá vzájemné navýšení účinku neboli **synergický efekt**, v jehož důsledku má pak SRT **globální působnost** na téměř všechny tělní systémy a orgány.

Toto současné použití různých reflexních terapií během jednoho ošetření vyvolá vzájemné navýšení účinku neboli synergický efekt, v jehož důsledku má pak SRT globální působnost na téměř všechny tělní systémy a orgány.

Během ošetření se dostane terapeut do kontaktu a ovlivňuje cíleně celou řadu tělních struktur od kůže, podkoží, fascie superficialis přes fasciální obaly jednotlivých svalů a vazivové stroma až ke svalovým vřeténkům, páteřním a kostním kloubním spojům, dále ovlivňuje přes biologicky aktivní body – tzv. akupunktumí popř. akupresurní body tělní etnitu – Chi (či), která proudí na definovaných drahách meridiánech a je nositelem všech fyzických i duševních pochodů člověka. Velmi důležitou součástí ovlivnění tělních pochodů jsou reflexně bohaté plochy dlaní, chodidel a hlavy, kde se pracuje podle principu „vzdálených míst shody“. Dále ovlivňujeme dechová, oběhová, vegetativní a smyslová ústrojí.

Ve všech těchto tělních strukturách leží proprioceptory, které reagují na podněty a do centrálního nervového systému přivádí aferentní cestou vzruchy - nové informace, které se zde v mozku zpracovávají, vyhodnocují, ukládají a které zároveň vytvářejí vzruchy neuronální sítě, které se jakožto reflexní odezva po eferentních drahách dostávají zpět na periferii a nebo do dalších částí mozku. Opakováním jednoho ošetření synergickou reflexní terapií, trvajícím cca. 45 minut, v bloku 10 dní, dochází ke kumulaci a k ukládání těchto reflexních pochodů a k nové organizaci řízení centrální i periferní neuronální sítě, neboli může dojít ke kvalitativním změnám tělních struktur i řídicího systému.

3. INDIKACE SRT

- cerebrální, spinální a periferní neuro-ortopedické pohybové poruchy jako DMO, meningomyelocela, hydrocefalus, M. Parkinson, skleróza multiplex;
- genetické vady jako Downův syndrom či Rett-syndrom;
- vrozené vady pohybového ústrojí jako spina bifida či pes equinovarus;
- získané vady pohybového ústrojí jako např. Dupuytrenova kontraktura;
- artrogrypoza;
- polyneuropatie;
- cévní mozkové příhody;
- lebečně mozková traumata;
- poruchy držení těla jako tortikolis, skoliózy;
- vertebrogenní poruchy a jejich následky jako vertigo, migrény, kořenové syndromy, tinitus;
- epilepsie;
- hyperkinetický syndrom;
- poruchy senzomotorické integrace;
- lehká mozková dysfunkce;
- poruchy řeči;
- poruchy učení, DOV;
- poruchy držení těla;
- hyperaktivita;
- atopický ekzém;
- následky artrózy;
- následky revmatických onemocnění.

KONTRAINDIKACE SRT

- onemocnění s vysokými teplotami;
- krvácení do mozku;
- pooperační stavy;
- totální vyčerpanost organismu.

4. VÝSLEDKY A REAKCE NA SRT

Při dodržení určitých podmínek aplikace SRT (viz. kapitola 9.) lze očekávat v 90 % bezprostřední reakce. K prolongovaným reakcím dochází v rozmezí do 3 týdnů asi u 6 % pacientů a k reakcím minimálním dochází u 4 %. Nižší popsané reakce se nemanifestují u každého pacienta v celém rozsahu. Každý pacient zpracovává působení léčby individuálně a reakce se manifestují různě. Můžeme je však rozdělit na tři základní skupiny:

VŠEOBECNÉ REAKCE:

1. celkové i lokální snížení nebo zvýšení svalového tonu;
2. senzibilizace centrální nervové soustavy ve zpracování aferentních impulsů;
3. navýšení měřitelných eferentních reakcí;
4. kvalitnější reakce na aferentní impulsy při fyzioterapii;
5. zvýšení koordinace, koncentrace a spontánní motoriky;
6. snížení stavu strachu, nespavosti a hyperaktivity;
7. u epilepsie se normalizuje alfa-rytmus a řídne výskyt spikes a Waves, dochází k menším klinickým epileptickým projevům.

LOKÁLNÍ REAKCE:

1. lepší stabilita páteře, zvýšená kontrola držení hlavy a těla;
2. korekce zakřivení páteře v obou rovinách, korekce skoliózy;
3. zmírnění či odstranění myogenních kontraktur a zvýšení rozsahu hybnosti navazujících kloubů;
4. otevírání dlaní, abdukce palce a následné zlepšení hrubé a jemné motoriky horních končetin, lepší funkce úchopu a opory ruky;
5. lepší postavení a zatížení dolních končetin;
6. zlepšení motoriky úst a s tím souvisejícího kousání, polykání a mluvení;
7. částečná či úplná korekce patologického držení trupu a končetin.

ORGÁNOVÉ REAKCE:

1. zlepšení vegetativních funkcí a krevního oběhu;
2. rovnováha;
3. pozitivní změny v oblasti dýchacích cest, trávení, močových cest, v oblasti zrakové i sluchové;
4. mírní se průvodní kožní projevy atopického ekzému.

5.LÉČBA PACIENTŮ S MOZKOVÝMI HYBNÝMI PORUCHAMI A SRT

Přes veškeré vědecké pokroky a nové klinické znalosti nepřináší léčba mozkových hybných poruch vždy uspokojivé výsledky; zvláště pak problematika důsledků spasticity je v odborných kruzích stále diskutována a hledají se nová řešení. Ani s dnešními dostupnými rehabilitačními metodami nelze vždy zvrátit prognózu vývoje neurologické poruchy a rozvoj jejích ortopedických následků. Proto je hledání nových léčebných technik, metod a přístupů legitimní a stále aktuální. Synergická reflexní terapie (SRT) je jednou z metod, která by mohla do léčby mozkových hybných poruch přinést nový významný prvek, a tím zvýšit léčebné výsledky, zvláště pak v návaznosti na fyzioterapii.

Odborníci a specializované organizace se snaží v posledních letech v léčbě motoricky postižených osob o ucelený pohled a komplexní léčbu, tedy o propojení a návaznost diagnostiky, medicínské léčby, operativní léčby, fyzioterapie a rehabilitace pedagogické, sociální a pracovní. Předpokladem je ale funkční interdisciplinární tým specializovaných odborníků, kteří by pravidelně a koordinovaně spolupracovali a také nesli maximální osobní odpovědnost ve svém specifickém postavení.

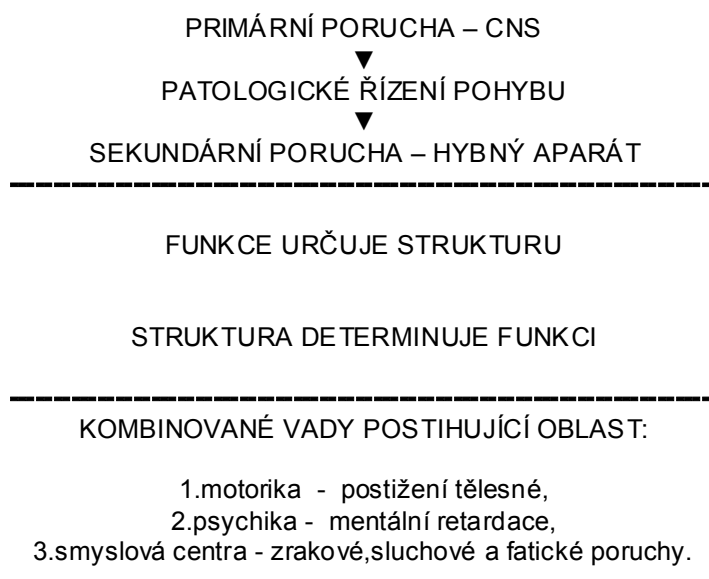
Specifikum mozkových pohybových poruch se vyznačuje celoživotní přítomností obrazu nemoci. V převážné většině případů nelze odstranit neurologickou, tedy primární lézi, a proto se soustředujeme na odstraňování a minimalizování funkčních a později strukturálních důsledků promítajících se na pohybovém aparátu. Možnosti rehabilitace jsou determinovány stupněm a rozsahem neurologické léze. V průběhu vývoje postiženého jedince se projeví jasně tyto hranice a zároveň se fixují důsledky patologické hybnosti. Tyto sekundární poruchy pak determinují možnosti volní aktivity postiženého, způsobují mu i omezení v sociální oblasti a určují tak přímo kvalitu jeho života.

Jakou problematiku řeší konkrétně SRT?

U dětí s neurovývojovým onemocněním a u dospělých s těžkými poruchami centrální nervové soustavy spastické formy se během času vyvinou i přes různorodou rehabilitaci patologická (nezdavá) držení těla a sekundární (následné) poruchy na pohybovém aparátu. Ty se projeví nejprve ve formě fibrotických změn (ztráta pružnosti) na svalových vláknech a ve vazivovém stroma, dále postupným tuhnutím a vzájemným přilepováním jednotlivých vrstev měkkých tkání; časem pak může dojít až ke kontrakturám (nezvratnému zkrácení svalů a omezení jejich pohybu). Zkrácené svaly mají omezující vliv i na práci navazujících šlach, příslušných kloubních vazů a kloubů. Tyto problémy u centrálních poruch (neurologické léze) s věkem dítěte přibývají a fixují se. Tím je zpětně snížen i efekt rehabilitace. Úkolem SRT je zpomalit nebo zabránit, popř. vyléčit tyto následky spasticity a parézy a připravit (optimalizovat) pasivní struktury těla na aktivní pohyb, který nacvičujeme pak při fyzioterapii (např. Vojtovo cvičení, Bobath, ergoterapie). Pomocí SRT se zvýší reaktivita a kvalita při fyzioterapeutické intervenci (při cvičení), sníží se svalový tonus (u hypotoniků se zvyšuje) a klesne

energetická náročnost pohybů, neboli dítě je ve spontánní motorice rychlejší a méně unavené. Reflexní ošetření vyvolá změny i v oblasti mentálního rozvoje, pozornosti, komunikačních dovedností. Jedno ošetření Synergetickou reflexní terapií trvá dle stupně postižení 30-45 minut, provádí se v 10-ti denních blocích, které přinesou kumulativní efekt a výsledky léčby mají dlouhodobý charakter. Pravidelné opakování těchto bloků (3-5 krát ročně) umožní nejen předcházení deformit (jako např. kontraktury, subluxace kyčlí, skoliózy), ale zvětší i efektivitu běžných rehabilitačních metod a pozitivně ovlivní držení těla s následným zvýšením funkčních schopností nebo motorických aktivit pacienta. Přestože každá fyzioterapeutická intervence (např. Vojtova a Bobathova metoda) přináší do jisté míry i normalizaci svalového tonu, vyvinou se u těžších poruch postupem času patologické, často nezvratné změny na pohybovém aparátu (kontraktury, kloubní subluxace, skoliózy a další). V oblasti rehabilitace nebylo objeveno mnoho komplexních metod pro prevenci a zmírnění těchto důsledků. Poprvé se cíleně touto problematikou začal zabývat v devadesátých letech minulého století ortoped Dr. Waldemar Pfaffenrot, který vytvořil léčebný koncept a nazval jej Synergická reflexní terapie (SRT). V širokém spektru rehabilitačních přístupů hraje zvláště v první fázi rozvoje nemoci stěžejní roli fyzioterapie, zastoupena především Vojtovou metodou a konceptem manželů Bobathových. Další léčebné metody jsou voleny dle specifika obrazu nemoci nebo hrají podpůrnou a doplňkovou roli. Účinnost jednotlivých rehabilitačních přístupů je velice individuální a těžko hodnotitelná. Specifikum mozkových hybných poruch se vyznačuje přítomností patofyziologie na několika tělních systémech současně, a proto musí i léčba zahrnovat několik různých přístupů. V posledních padesáti letech zaznamenala v „západní“ medicíně velký rozvoj reflexní terapie. Reflexní terapie dnes obsahuje široké spektrum - od reflexní masáže a chiroterapie přes Vojtovu reflexní terapii až k lokální anestezii a akupunktuře. Po dvaceti letech klinických průzkumů, po statistickém vyhodnocení více jak 2.500 pacientů a v souladu s prověřením v praxi u 2 100 vyškolených terapeutů může dnes doktor Pfaffenrot tvrdit, že Synergická reflexní terapie má v léčbě mozkově-hybných poruch tak významnou účinnost a ekonomičnost, že by mohla zaujmout jedno z předních míst mezi podpůrnými a doplňkovými léčebnými přístupy.

6.STRUČNĚ A V PŘEHLEDU O SRT



SYNERGICKÁ REFLEXNÍ TERAPIE (SRT) JE METODA:

- | | |
|----------------------|---------------|
| ▶ MANUÁLNÍ | ▶ DOPLŇKOVÁ |
| ▶ INTERDISCIPLINÁRNÍ | ▶ PODPŮRNÁ |
| ▶ REFLEXNÍ | ▶ PREVENTIVNÍ |
| ▶ SYNERGICKÁ | |

PŘÍNOS SRT:

- ▶ ZMÍRNĚNÍ, ODSTRANĚNÍ A PŘEDCHÁZENÍ DŮSLEDKŮ PRIMÁRNÍ PORUCHY
- ▶ PODPORA FYZIOTERAPEUTICKÉ INTERVENCE
- ▶ ZLEPŠENÍ PODMÍNEK NA POHYBOVÉM APARÁTU PRO UPLATNĚNÍ AKTIVNÍ MOTORIKY
- ▶ KOMPLEXNOST PŮSOBENÍ- OSLOVUJE NÁSLEDUJÍCÍ STRUKTURY:

SVALY: tonus, napínaví reflexy

FASCIE: fasciální obal svalu, fascie superficialis, dura mater

KLOUBY: postavení a funkce

SYSTÉM MERIDIÁNŮ: lokální i všeobecné působení

RECEPTORY: hlubokého a povrchového čítí

MOZKOVÁ CENTRA: aktivace, ovlivnění epilepsie a psychiky

SRT JE KOMBINACE REFLEXNĚ TERAPEUTICKÝCH METOD ZAHRNÚJÍCÍ VYBRANÉ PRVKY:

- ▶ V JEJICH KLASICKÉ PODOBĚ
 - ▶ MODIFIKOVANÉ PRVKY;
 - ▶ NOVÉ REFLEXNÍ TECHNIKY.
-

SRT SDRUŽUJE NÁSLEDUJÍCÍ TERAPEUTICKÉ METODY:

1. MYOFASCIÁLNÍ TECHNIKA, MĚKKÉ TECHNIKY;
 2. AKUPRESURA, POPŘ. AKUPUNKTURA;
 3. MASÁŽ REFLEXNÍCH ZÓN;
 4. MANIPULACE A MOBILIZACE;
 5. KOREKCE PATOLOGICKÉHO DRŽENÍ TRUPU, HLAVY A KONČETIN
-

SRT MÁ EFEKT KUMULATIVNÍ A SYNERGICKÝ

1 BLOK = 10- 15 DNÍ APLIKACE SRT (cca 30 minut)



KUMULACE A SYNERGIE



KOMPLEXNÍ A NAVÝŠENÉ PŮSOBENÍ



BEZPROSTŘEDNÍ EFEKT

PRAVIDLENÉ OPAKOVÁNÍ BLOKŮ SRT

▼
DLOUHODOBÝ EFEKT

SRT NENÍ NÁCVIK MOTORICKÉ AKTIVITY

SRT ODSTRAŇUJE FUNKČNÍ A STRUKTURÁLNÍ PŘEKÁŽKY NA HYBNÉM ÚSTROJÍ

▼
ZLEPŠENÍ PODMÍNEK PRO UPLATNĚNÍ ŘÍZENÍ MOTORIKY

7. PŘÍNOS SRT PRO SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKU

Synergická reflexní terapie nemá charakter aktivního nácviku určitých dovedností, ta je přenechána výukovým systémům speciálně pedagogického odborníka, logopeda či ergoterapeuta. Nácvik nových dovedností však vyžaduje : 1. maximální schopnost koncentrace – z výšenou schopnost pozornosti a její udržení po delší dobu, 2. rychlou aktivitu neuronální sítě, 3. z výšenou vnímavost sensorických složek- smyslových orgánů, 4. maximální možnou fyzickou relaxaci a zároveň dostatečnou stabilitu těla, tj. opěrné funkce těla (posturální aktivita).

Pomocí SRT, kterou je ideální provést bezprostředně před započítím pedagogické práce, lze :

1. odstranit strukturální a funkční překážky na pohybovém aparátu (např. zvětšit k kloubní rozsah, uvolnit svaly, srovnat páteř do funkčního postavení), snížit celkové napětí těla,
2. zvýšit aktivitu mozku a smyslovou senzibilitu,
3. zajistit dostatečné prokrvení mozku dalších částí těla i orgánů,
4. zvýšit koncentraci ve kvantitě i kvalitě,
5. zlepšit předpoklady pro jemnou i hrubou motoriku (písmo, držení tužky)

K dosažení optimálních podmínek při pedagogické práci s dětmi s mozkovými hybnými poruchami doporučuji přihlédnout k specifikům této poruchy a vycházet mimo jiné i z principů fyzioterapie. Na základě těchto úvah stojí následující návrh pracovního postupu :

1. Diagnostika vývojového stadia pacienta
2. Stanovení nižšího stadia, vhodného pro praktickou pedagogickou činnost.
3. Minimalizace nároků na CNS při volbě výchozí posturální pozice před započítím výuky :
 - a) zajištění osy trupu
 - b) pevná a co nejširší opěrná základna pro stabilní pozici
 - c) fixace v této pozici (viz. pomůcky)
4. Kontrola patologických odpovědí v klidu a při zátěži.
5. Častá obměna polohy těla-postury během pedagog. práce, pakliže to praxe dovolí. (postačí i malé zhoupnutí se židlí)

Zajištěním optimální , pro mozek málo namáhavé, pozice pacienta se sníží zatížení CNS a větší se prostor pro nácvik nových schopností.

8. Závěr

Dnes, po 15 letech rozšiřování a etablování této terapie ve Spolkové republice Německa, v Rakousku, Švýcarsku, Španělsku, Rusku, Polsku a zčásti i v České republice, lze zaznamenat takový pozitivní ohlas a výsledky, že by bylo vůči pacientům žádoucí, abychom tyto nové léčebné možnosti plně využili. K osvojení znalostí a léčebných manuálních technik SRT nabízí Institut Synergické reflexní terapie 6 denní kurzy speciálně koncipované pro speciální pedagogy a logopedy. Více informací lze získat zde:



INSTITUT SYNERGICKÉ REFLEXNÍ TERAPIE s.r.o.

Malá Lada 10, 143 00 Praha 4 ♦ Tel: 244402739 ♦ E-mail: srt@iol.cz ♦
♦www.isrt.cz ♦

Ředitel: Dr. Waldemar Pffaffenrota

Jednatelka a lektorka: Renata Vodičková DiS.
