

1. Diagnostika ve speciální pedagogice raného a předškolního věku

Diagnostické metody a nástroje pro hodnocení schopností a dovedností dětí se zdravotním postižením. Identifikace vývojových rizik a jejich dopady na edukaci.

1) Význam diagnostiky v raném a předškolním věku

Diagnostika v raném a předškolním věku je základním východiskem **pro včasné rozpoznání vývojových obtíží a navržení účinné podpory**. V tomto období je dětský mozek velmi plastický, což znamená, že **včasná intervence může zásadně ovlivnit další vývoj dítěte**.

Správně vedená diagnostika je klíčem k individualizaci vzdělávání a k nastavení efektivní podpory.

Proč je raná diagnostika tak důležitá?

- **Odhaluje rizikové faktory** ve vývoji (např. opoždění v řeči, motorice, sociálním vývoji)
- Umožňuje **předcházet zafixování potíží** (např. náročné chování, nepochopení ve skupině)
- Pomáhá **rozeznat kompenzovatelné obtíže od závažnějších poruch**
- Slouží jako **podklad pro doporučení podpůrných opatření** (např. IVP, AP, odklad školní docházky)
- Otevírá cestu ke spolupráci s dalšími odborníky – SPC, PPP, raná péče, logoped

Specifika diagnostiky v předškolním věku:

- Děti ještě **nemají plně rozvinutou řeč** – nelze se spolehnout pouze na verbální odpovědi
- Vyžaduje **citlivý, hravý přístup** – dítě nesmí být vystaveno stresu nebo tlaku
- Velmi důležité je **pozorování v přirozeném prostředí** (např. při hře, ve třídě)
- Diagnostika musí být vždy **komplexní** – zaměřená na více oblastí (kognitivní, motorická, sociální, jazyková, emoční)

Zaměření diagnostiky v tomto věku:

- Hra a její vývoj
- Řeč a komunikace
- Motorika (hrubá, jemná, koordinace)
- Sebeobsluha a samostatnost
- Sociální interakce a emoční prožívání
- Vnímání (zrakové, sluchové, prostorové)
- Pozornost, paměť, přemýšlení

Diagnostika není jen hledání „poruchy“ – je to proces, který pomáhá porozumět dítěti a jeho individuálním potřebám.

2) Cíle a zásady speciálněpedagogické diagnostiky

Diagnostika ve speciální pedagogice není jen jednorázové „vyšetření“, ale **cílený a dlouhodobý proces**. Jejím úkolem je nejen **identifikace obtíží**, ale především **poznání celkového fungování dítěte** – jeho silných i oslabených stránek – a **návrh konkrétní podpory**.

Hlavní cíle speciálněpedagogické diagnostiky:

1. **Zhodnotit úroveň vývoje dítěte** v jednotlivých oblastech (řeč, motorika, kognice, sociální oblast...)
2. **Identifikovat vývojové rizikové faktory** nebo poruchy
3. **Rozpoznat styl učení dítěte** a způsob jeho vnímání a reagování
4. **Navrhnout podpůrná opatření** a doporučit vhodné vzdělávací strategie
5. **Sledovat účinnost intervence** – diagnostika je podkladem i pro evaluaci pokroku

Zásady diagnostického procesu ve speciální pedagogice:

Individuální přístup

- Každé dítě je jedinečné – hodnotíme jeho možnosti vzhledem k věku, prostředí, osobnosti a handicapu.

Komplexnost

- Sledujeme všechny oblasti vývoje a vnímáme dítě v celém kontextu (rodina, školka, zdraví, emoce...).

Multidisciplinární spolupráce

- Pedagog, logoped, psycholog, lékař, ergoterapeut, raná péče – každý přináší jiný pohled a kompetence.

Etika a bezpečí dítěte

- Dítě nesmí být stresováno, diagnostika má být přiměřená, citlivá a srozumitelná i pro rodiče.

Průběžné vyhodnocování

- Diagnostika není jednorázová – vývoj dítěte se mění, a s tím i jeho potřeby.

Speciálněpedagogická diagnostika neslouží ke „škatulkování“, ale k tomu, **abychom dítěti lépe porozuměli a vytvořili pro něj vhodné vzdělávací a podpůrné prostředí.**

3) Typy diagnostiky podle zaměření a času

V rámci speciálněpedagogické praxe se diagnostika dělí podle **toho, co a kdy zjišťujeme**. Tento přehled pomáhá pedagogům a odborníkům **lépe plánovat, na co se zaměřit, a jaký zvolit přístup.**

a) Podle časového hlediska (kdy je diagnostika prováděna):

1. Vstupní diagnostika

- Provádí se při nástupu dítěte do MŠ, do speciální třídy nebo při prvním kontaktu s SPC/PPP.
- Zjišťuje úroveň schopností, potřeb, adaptace, komunikačních dovedností.

2. Průběžná (formativní) diagnostika

- Probíhá pravidelně v rámci výchovně-vzdělávací činnosti.
- Sleduje změny, pokroky a aktuální potřeby dítěte.

- Pomáhá přizpůsobit plánování činností, intervenci a podporu.

3. Výstupní diagnostika

- Shrnuje vývoj dítěte na konci období (školní rok, přechod do ZŠ).
- Slouží k rozhodování o školní zralosti, podání zprávy do PPP nebo SPC, návrh IVP.

b) Podle zaměření (co je cílem hodnocení):

1. Screeningová diagnostika

- Rychlé zhodnocení základních oblastí vývoje – např. orientační test školní zralosti, Denver II.
- Slouží k **zachycení rizikových dětí**, které potřebují hlubší diagnostiku.

2. Komplexní diagnostika

- Detailní zjištění stavu vývoje dítěte ve více oblastech.
- Provádějí ji často SPC, PPP nebo raná péče.
- Výsledky slouží k **tvorbě doporučení, návrhu podpory a intervencí**.

3. Speciálněpedagogická diagnostika

- Zaměřuje se na konkrétní oblast oslabení (např. řeč, motorika, vnímání).
- Realizuje ji speciální pedagog, logoped, etoped aj.
- Cíl: **porozumět vzdělávacím potřebám dítěte** a podpořit jeho rozvoj.

Každá fáze vývoje dítěte může vyžadovat jinou formu diagnostiky – důležité je, aby na ni **navazovala adekvátní intervence nebo podpůrné opatření**.

4) Diagnostické metody ve speciální pedagogice

V diagnostice dětí se zdravotním postižením je nutné volit takové metody, které jsou **přiměřené věku a možnostem dítěte**. Kombinují se různé přístupy – pozorování, hra, rozhovor, testy, praktické úkoly – aby vznikl **co nejucelenější obraz o dítěti**.

Základní diagnostické metody:

1. Pozorování (observace)

Nejpřirozenější a nejčastěji využívaná metoda v MŠ a SPC.

- Sleduje se chování, reakce, hra, komunikace, motorika...
- Může být **volné** nebo **strukturované** (s pozorovacím archem).
- Vhodné pro děti s obtížemi v řeči nebo komunikaci

2. Rozhovor s rodiči / pečující osobou

Nezbytný pro získání informací o vývoji, zdravotním stavu, chování doma, reakcích na situace.

- Může být **otevřený** nebo vedený podle dotazníku.
- Doplňuje údaje získané pozorováním a testováním.

3. Rozhovor s dítětem

V předškolním věku spíše krátký, vedený hravou formou.

- Zjišťuje se způsob vyjadřování, porozumění, emoční ladění.
- Vhodné využít rekvizity (např. obrázky, loutky).

4. Hra jako diagnostický prostředek

Hra je „okno do psychiky“ dítěte – ukazuje, jak myslí, komunikuje, organizuje činnost.

- Sleduje se spontánní i řízená hra.
- Využívají se tematické hračky, modely, scénky.

5. Praktické úkoly a činnosti

Dítě plní jednoduché úkoly (např. kreslení postavy, třídění předmětů, skládání kostek).

- Hodnotí se způsob práce, úchop, soustředění, výdrž.
- Pomáhá odhalit oslabení ve specifických oblastech (např. grafomotorika, paměť, prostorové vnímání).

6. Testové a standardizované metody

Používají se v PPP, SPC, rané péči.

- Musí být vedeny odborníkem (např. psychologem, speciálním pedagogem).
- Výsledky slouží jako podklad pro doporučení ke školní docházce, IVP, odkladu.

V praxi se často kombinuje více metod – právě jejich propojení dává smysluplný a citlivý obraz o dítěti.

5) Standardizované diagnostické nástroje

Ve speciálněpedagogické praxi se kromě pozorování a hry využívají také **standardizované nástroje a testy**, které slouží k **objektivnímu zhodnocení vývojové úrovně dítěte**, případně k **odhalení specifických obtíží**. Tyto nástroje musí být **věkově přiměřené, spolehlivé a odborně vedené**.

Přehled často používaných nástrojů:

1. Orientační test školní zralosti (OTŠZ, Jirásek–Kopřiva)

- Věk: 5–7 let
- Sleduje grafomotoriku, sluchové a zrakové vnímání, řeč, pozornost, orientaci.
- Často využíván v MŠ i PPP při zvažování odkladu školní docházky.

2. Denver II (Denver Developmental Screening Test)

- Věk: 0–6 let
- Screeningový nástroj pro hodnocení psychomotorického vývoje dítěte.
- Sleduje oblasti: hrubá a jemná motorika, řeč, sociální chování, adaptace.

3. Gesselův vývojový test

- Komplexní hodnocení vývoje u dětí do 6 let.
- Hodnotí se věková úroveň v oblastech motoriky, řeči, sociálních vztahů a adaptivního chování.

4. Logopedická vyšetření

- Zahrnují testy fonematického sluchu, výslovnosti, porozumění, slovní zásoby.
- Příklady: *Logopedická diagnostika podle M. Mikulajové, Hodnocení vývoje řeči podle věku, ARTIKULA.*

5. Diagnostika školní připravenosti podle Marie Vágnerové

- Přehledový nástroj pro pedagogickou diagnostiku školní zralosti.
- Sleduje oblasti: rozumové schopnosti, řeč, socializace, emocionální stabilita, pracovní návyky.

6. Metody pro děti s PAS

- ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) – strukturované pozorování (provádí psycholog).
- GARS (Gilliam Autism Rating Scale) – škálové hodnocení příznaků PAS (často využívá SPC).
- PEP-R (Psychoeducational Profile) – podrobné hodnocení vývoje dětí s PAS.

7. Testy školní připravenosti a jazykového citu

- Např. Test jazykového citu, RVP orientační listy MŠMT, Sluchové a zrakové rozlišování

Standardizované nástroje doplňují neformální diagnostiku (pozorování, hra) a poskytují **konkrétní čísla, popis úrovně dovedností a návrh intervence.**

6) Pozorování, rozhovor, hra – přirozené diagnostické prostředí

V předškolním věku jsou děti nejlépe „čitelné“ **v prostředí, které je jim známé, bezpečné a přirozené** – tedy ve hře, při činnostech a v kontaktu s blízkými osobami. Proto jsou tyto tři nástroje **klíčové pro včasné a realistické poznání dítěte.**

A) Pozorování (observace)

- Sleduje se spontánní i cílené chování dítěte.
- Hodnotí se: komunikace, interakce, hra, adaptace, pohyb, pozornost, emoční projevy.
- Může být:
 - **Volné** – pedagog si zapisuje, co si všimne.
 - **Strukturované** – předem připravené archy (např. adaptační arch, hodnoticí škály).

Vhodné i pro děti, které špatně spolupracují u testů nebo jsou neverbální.

B) Rozhovor

1. S rodiči / pečující osobou

- Cíl: zjistit vývoj, zdravotní stav, chování doma, reakce na běžné situace.
- Forma: otevřený rozhovor nebo dotazník.

2. S dítětem

- Krátký, neformální – pomocí obrázků, hraček, loutek.
- Sleduje se nejen obsah odpovědí, ale i způsob vyjadřování, interakce.

C) Diagnostická hra

- Dítě hraje samo nebo s dospělým – pedagog pozoruje chování, zapojení, reakce.
- Sleduje se např.:
 - schopnost tvořit příběh (symbolická hra),
 - napodobování (hra „jakože“),
 - manipulace s předměty (jemná motorika),
 - kontakt s druhými (sociální oblast),
 - řeč během hry (komunikace, výslovnost, porozumění).

Hra je ideálním prostředkem pro zjištění stavu dítěte bez tlaku na výkon – **ukazuje, co dítě zvládá spontánně.**

Příklad z praxe:

Učitelka sleduje tříleté dítě při spontánní hře s kuchyňkou. Dítě neumí sdílet hračky, neopakuje slova, ale reaguje na pokyny. Zaznamená si to do pozorovacího archu a při rozhovoru s rodiči doplní, že dítě doma komunikuje jen gesty.

7) Identifikace vývojových rizik a jejich projevů

Vývojová rizika označují faktory, které mohou **negativně ovlivnit vývoj dítěte**, a pokud nejsou včas podchyceny, mohou vést k rozvoji **závažnějších vývojových poruch**. V raném a předškolním věku je klíčové **včasné rozpoznání těchto signálů**, protože čím dříve se dítěti dostane podpory, tím lepší má šanci na vyrovnaný rozvoj.

Typy vývojových rizik:

Biologická rizika

- Předčasný porod, nízká porodní hmotnost
- Komplikace v těhotenství, infekce, hypoxie
- Genetická zátěž, vrozené vady
- Neurologické diagnózy (např. DMO, epilepsie)

Psychosociální rizika

- Nestabilní rodinné prostředí, nedostatek podnětů
- Nízká citová vazba, zanedbávání péče
- Rodičovské duševní onemocnění nebo závislost
- Jazyková bariéra, sociální znevýhodnění

Kombinace obou (bio-psycho-sociální rizika)

- Vzájemně se posilují, např. dítě s neurologickým oslabením v prostředí s nedostatečnou stimulací

Varovné signály

Komunikace a řeč:

- Dítě ve 2 letech nemluví vůbec / používá jen jednotlivá slova
- Nerozumí jednoduchým pokynům
- Nápadně se neotáčí na zvuk, nereaguje na jméno

Hra:

- Hra je chudá, bez symbolického nebo nápodobivého prvku
- Dítě si hraje stále stejně, neimprovizuje, nemění činnost
- Izolovaná hra – dítě nevyhledává interakci

Motorika:

- Opoždění v dosažení milníků (plazení, chůze, úchop)
- Neobratnost, špatná koordinace, výrazná jednostrannost
- Obtíže s jemnou motorikou (např. stavění kostek, manipulace s předměty)

Sociální a emoční vývoj:

- Malý zájem o kontakt, potíže s navazováním vztahů
- Časté záchvaty vzteku bez zjevné příčiny
- Nepřiměřená citlivost na doteky, zvuky, změny

Chování a pozornost:

- Dítě je velmi impulzivní, neudrží pozornost ani krátce
- Velmi uzavřené nebo naopak nepřiměřeně aktivní
- Potíže s přizpůsobením dennímu režimu

Co dělat při zjištění rizika?

- **Nepanikařit – ale reagovat včas.**
- Informovat rodiče citlivě a navrhnout další kroky (např. konzultace s SPC, PPP, pediatrem).
- Vést záznamy a opakovaná pozorování – pro podložení podezření.
- Nabídnout možnost **rané intervence nebo podpory** v MŠ (např. podpora AP, IVP, přizpůsobení prostředí).

8) Dopady vývojových rizik na vzdělávání

Vývojová rizika a odchylky se v předškolním vzdělávání projevují různě – od drobných obtíží, které lze snadno podpořit, až po vážné poruchy, které vyžadují **speciálněpedagogické vedení a podporu**. Tyto dopady se odvíjejí od závažnosti, typu rizika a také od **míry podpory, kterou dítě dostává**.

1. Kognitivní a poznávací dopady:

- **Zpomalené tempo učení** – dítě potřebuje více času na pochopení úkolu
- **Nízká pracovní paměť** – obtížně si pamatuje instrukce, zapomíná
- **Problémy s pojmy, abstrakcí, tříděním** – potíže s matematickým uvažováním, orientací

Dítě může potřebovat **jednodušší zadání, více nácviku, názorné ukázky**.

2. Komunikační dopady:

- **Opožděný vývoj řeči** → obtížné dorozumívání, nepochopení instrukcí
- **Narušená výslovnost nebo gramatika** → dítě se vyhýbá projevu, je nesrozumitelné
- **Obtíže s pragmatikou řeči (PAS)** → neadekvátní reakce, jednostranná komunikace

Dítě potřebuje **logopedickou intervenci, AAK pomůcky nebo vizuální podporu.**

3. Sociální a emoční dopady:

- **Nízká frustrační tolerance** → časté záchvaty vzteku, vzdor
- **Obtíže ve vztazích** → problémy s vrstevníky, izolace
- **Nedostatečná sebeobsluha a samostatnost** → závislost na dospělých

Vhodné je **posílit strukturu dne, začlenění asistenta pedagoga, pravidelnou podporu.**

4. Motorické a senzorické dopady:

- **Potíže s koordinací pohybů** → problém při tělovýchovných aktivitách, v grafomotorice
- **Senzorické přecitlivělosti** → dítě se vyhýbá hluku, doteku, nebo je naopak příliš aktivní
- **Zpomalená nebo nekoordinovaná manipulace s předměty**

Dítě potřebuje **úpravu pracovního prostředí, speciální pomůcky, ergoterapii nebo SI terapii.**

Shrnutí:

Vývojové obtíže mohou **negativně ovlivnit schopnost dítěte učit se, navazovat vztahy a zvládat běžné činnosti.** Včasná diagnostika umožní:

- nastavit **podpůrná opatření ve školce** (např. IVP, AP, úprava hodnocení),
- zahájit **speciálněpedagogickou intervenci nebo terapii,**
- zapojit **další odborníky (SPC, ranou péči, lékaře).**

9) Spolupráce s rodiči a multidisciplinární přístup

Rodiče jako klíčoví partneři

Rodiče jsou první, kdo zná dítě v jeho přirozeném prostředí, a jejich informace jsou **nezastupitelné.** Jejich aktivní zapojení do diagnostiky a intervence výrazně **zvyšuje efektivitu podpory dítěte.**

Zásady spolupráce s rodiči:

- **Respektující a otevřená komunikace** – nehodnotíme rodiče, ale hledáme řešení
- **Vysvětlení účelu diagnostiky** a podání informací srozumitelně
- **Pravidelné sdílení pozorování** – co si všímá učitel, co doma rodič
- **Citlivé informování o obtížích** – se zaměřením na to, co se dá dělat, ne jen na to, co „nejde“
- **Společné plánování podpory** – domácí cvičení, konzultace, přechod do ZŠ apod.

Multidisciplinární tým – kdo se podílí na diagnostice a podpoře dítěte:

Odborník	Hlavní role
Speciální pedagog	Hodnocení vývoje, návrh IVP, intervence
Logoped	Diagnostika a terapie řeči

Odborník	Hlavní role
Psycholog (PPP/SPC)	Kognitivní a sociální hodnocení, doporučení podpory
Lékař (neurolog, pediatr)	Diagnóza, doporučení péče
Ergoterapeut / fyzioterapeut	Hodnocení motoriky, návrh pomůcek, cvičení
Sociální pracovník / poradce rané péče	Podpora rodiny, orientace v systému služeb

V praxi to znamená:

- Dítě s podezřením na vývojovou dysfázii je sledováno učitelkou, která sdílí pozorování s rodiči.
- Rodiče kontaktují logopeda a SPC.
- Speciální pedagog vytvoří podpůrný plán v MŠ a sleduje pokrok.
- Logoped informuje o možnostech domácí podpory.
- Na základě diagnostiky může být navrženo podpůrné opatření nebo IVP.

Úspěšná diagnostika a intervence je výsledkem týmové spolupráce – ne jen práce jednoho člověka.

Zdroje:

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 6. vyd. Praha: Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5181-6.

KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1452-3.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Logopedie v praxi mateřské školy*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978

THOROVÁ, Kateřina. *Autismus: průvodce pro rodinu a odborníky*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1093-8.

GABRHELOVÁ, Gabriela a kol. *Speciální pedagogika pro učitele*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3376-2.

Online zdroje:

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Individuální vzdělávací plány, diagnostika a podpůrná opatření [online]. Praha: MŠMT, 2023 [cit. 2025-04-04]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz>

Národní pedagogický institut (NPI ČR). Speciálněpedagogická diagnostika v MŠ [online]. Praha: NPI ČR, Dostupné z: <https://www.rvp.cz>

Společnost pro podporu rané péče EDA. Diagnostika vývoje v raném věku [online]. Praha: EDA, Dostupné z: <https://www.eda.cz>

Národní ústav pro autismus (NAUTIS). Diagnostické materiály pro děti s PAS [online]. Praha: NAUTIS, Dostupné z: <https://www.nautis.cz>

2. Komunikační dovednosti u dětí s různými druhy zdravotního postižení. Rozvoj řečových a jazykových dovedností. Alternativní a augmentativní komunikace.

Obecná charakteristika

- Poruchy komunikační schopnosti jsou dominující v celkovém klinickém obrazu nebo symptomatické jiného dominantního (senzorického, motorického, mentálního...) postižení
- Projevují se ve všech čtyřech jazykových rovinách
- Nejčastěji ve spojení s dětmi s: mentálním postižením, dětskou mozkovou obrnou a u dětí s poruchami sluchu a zraku
- SPŘ = symptomatické poruchy řeči

Klasifikace

- *Specifické* – jen u určitého typu postižení (nevidomí – verbalismus)
- *Nespecifické* – např. dyslálie – výskyt u více postižení

Faktory, které se podílí na řečovém a jazykovém vývoji

- Endogenní – dědičnost, vrozené postižení, problémy v těhotenství
- Exogenní – řečový vzor, stimulující prostředí

Etiologie

- Někdy známá, někdy obtížně odhalitelná
- Záleží na dalším postižení
 - U osob s poruchami hybnosti, sluchu, zraku, mentální retardací, kombinovanými poruchami, se SPU
- Dle Lechty 3 *případy vzniku*
 - 1) Primární příčina – způsobuje dominantní postižení, které s sebou přináší i NKS (např. dědičnost způsobí hluchotu, která je provázena dysprozodií)
 - 2) Primární příčina – způsobí dominantní i paralelní postižení (např. orgánové poškození mozku způsobí MR ovlivňující i KS – dyslálie vlivem inervací mluvních orgánů)
 - 3) Dvě a více primárních příčin – působící negativně na KS (např. neslyšící dítě + negativní prostředí – vznik NKS)

Terapie

- Ve speciálních školách, logopedických ambulancích a stacionářích, ústavech sociální péče, charitativních zařízeních, nadacích, nestátních organizacích
- Prognóza dána: druhem, stupněm, formou, projevy dominantního postižení, včasností logopedické péče (nejméně příznivou prognózu mají SPŘ při těžkém mentálním postižení, hluchotě a těžkých formách DMO)
- Úkolem logopeda je poskytovat dětem logopedickou péči a tím předcházet negativním vlivům dominantního postižení

SPŘ U OSOB S PORUCHAMI HYBNOSTI

- Zejména u osob s MO (= porucha centrální hybnosti)
- Řeč a její vývoj u dětí s mozkovou obrnou (příklady narušení – nemusí být všechny)
 - Přibližně ¾ dětí mají NKS

- Organové poškození mozku v pre, peri nebo raně post natálním stádiu
- Porucha centrální regulace hybnosti = nedokáže regulovat své pohyby, u velikých svalových skupin, ale i u těch malých – orofaciální motorika (pohyb artikulačních orgánů)
- Lehká až úplná neschopnost artikulovat, narušená koordinace rtů a jazyka – dysartrie
- Dysartrie (anartrie) = nejčastější NKS u MO, viz. níže
- Omezený vývoj řeči = u osob s MP, nedosáhne normy
- Opožděný vývoj řeči
- U dětí s MO mohou přetrvát orální reflexy, které by kolem 3.-4. měsíců vymizely = sací
- Pokud je opožděný vývoj primárních funkcí mluvidel, tak můžeme očekávat opoždění i sekundárních funkcí (komunikace) = OVŘ
- Hypo/hypersenzibilita = snížená/zvýšená citlivost dutiny ústní, mohou kousnout do předmětu nebo mít pootevřená ústa
- Může mít přidružené další postižení = zrakové, sluchové
- Narušené dýchání, sání, polykání
- Tiché nebo žádné broukání
- Chybí pudové žvatlání
- Neplýnulost projevu
- Narušené koverbální chování
- Dysfagie = porucha polykání
- Hypersalivace = nadměrné slinění, není to ale nadměrná produkce slin, pouze má narušenou koordinaci pohybů, neudrží je v ústech, ale není jich více
- Možné omezení lexikální složky na základě deficitu zkušeností
- Hypernazalita = při artikulaci hlásek orálních (všechny kromě nosovek) zní nosově i když by neměly, patrohltanový mechanismus nefunguje tak jak by měl, neodděluje pořádně dutinu nosní od ústní, Velofaryngeální závěr (= měkké patro a hltan) zamezuje, aby vzduch z plic pronikal do nosu
- Slabý pláč
- Chybí hra s končetinami
- Nápadné tvoření hlasu při křiku nebo pláči
- Narušený zrakový kontakt
- Malá slovní zásoba
- Poruchy inervace – neprokrvení lícních, mimických i jiných obličejových svalů
- Dysfázie – specificky narušený vývoj řeči

- Dysartrie
 - Porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození CNS
 - Narušení artikulace jako celku
 - Respirace = dýchání
 - Fonace = tvoření hlasu
 - Artikulace = samotné tvoření a výslovnost jednotlivých hlásek
 - Rezonance = rezonance dutiny ústní a nosní, poruchy zvuku řeči
 - Prozodické faktory = melodie, tempo, rytmus, monotónnost řeči
 - Vymezení
 - Získaná dysartrie u dospělých osob
 - Náhle vzniklá porucha motorické realizace řeči
 - Během dětství, dospělosti
 - Vyžadují specifickou logopedickou intervenci
 - Vývojová dysartrie
 - Poruchy vzniklé od počátku vývoje organismu na základě organického poškození CNS
 - MO = léze nejčastěji ve spojení s MO
 - Existují specifické přístupy v péči, které se využívají pro podporu konkrétních jedinců
- Anartrie
 - Nejtěžší porucha motorických řečových modalit
 - Praktická ztráta verbální komunikace s okolím, neschopnost artikulované mluvy
 - Neschopnost tvořit artikulovanou řeč
 - Všechny součásti (respirace, artikulace, rezonance ...) jsou zasaženy v takové míře, že nejsou schopni tvořit řeč
 - Případné spojení s afonií = neschopnost tvořit hlas
 - Příčiny vzniku jsou totožné s dysartrií

SPŘ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Mentální postižení

- Vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách osobnosti (duševní, tělesné i sociální)
- Celkové snížení intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, učit se a adaptovat se na požadavky svého okolí
- Možnosti výchovy a vzdělání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení

Řeč dětí s MP

- Vývoj řeči narušený, opožděný
- Dle Sováka: omezený vývoj řeči (nikdy nedosáhne normy)

Klasifikace úrovně řeči dle stupně MP

1. Lehké MP (69-50)

- Začátek vývoje řeči opožděn o 1-2 roky v porovnání s normou
- Verbální schopnosti se postupně zdokonalí natolik, že jejich řeč je v běžných komunikačních situacích dostačující
- Problémy v nepředvídaných situacích, kde nemůže použít zafixované řečové stereotypy
- Vážné abstrakce, narušeno porozumění obsahu
- Řeč nemusí být nápadná, může se správně vyvinout artikulace

2. Středně těžké MP (49-35)

- Začátek vývoje řeči opožděn o 3-6 let
- Řeč se začíná vyvíjet velmi opožděně (většinou po 6. roce), ale může se rozvinout relativně dobře, naučí se dorozumívat se se svým okolím
- Pasivní slovní zásoba mnohem rozsáhlejší než aktivní
- Schopnost dobré mechanické paměti a napodobování – echolálie, schopny zopakovat i poměrně dlouhé řečové celky bez porozumění obsahu
- Řeč na úrovni 1.signální soustavy (chybí abstrakce)
- Zvládnou základy trivia – psaní, čtení, počítání

3. Těžké MP (34-20)

- Řeč se netvoří nebo zůstává na pudové úrovni
- Produkují dysfonický, chraptivý hlas, který modulují podle momentálního citového rozpoložení
- U některých lze dosáhnout reakce na zavolání či vyslovení vlastního zkomoleného slova
- Echolálie, opakování zvuků i slov bez pochopení smyslu

4. Hluboké MP (méně než 20)

- Řeč se nevyvíjí
- Nedokáží projevit své pocity či potřeby
- Vydávají jen neartikulované zvuky (někteří i částečně modulují)
- Neprojevuje se mimika, nonverbální komunikace
- Nevyskytuje se často

NKS u MP

- Dyslálie – vynechávají hlásky na konci slova, častěji se vyskytují orgánové příčiny (nedokonalá stavba artikulačních orgánů, vadný skus, deformace čelisti)
- Dysartrie – zejména v případě kombinace MR s poruchou motoriky (nejčastěji DMO)
- Breptavost
- Dysprozódie
- Koktavost
- Huhňavost

Klasifikace poruch dle typu MP

- Eretická – děti velice neklidné, osvojování KS ovlivňuje neklid, nesoustředěnost
- Apatická – neprojevuje se zájem komunikovat
- (často se vyskytuje nevyhraněný typ)

Terapie

- Zahájit celkovou stimulaci co nejdříve
- Rozvoj řeči: vycházíme z verbálního věku dítěte
 - Přípravná cvičení, oromotoriky, dechová a fonační cvičení, obsahová stránka řeči, sluchová percepce, rytmižace
 - Rozvoj motoriky, sluchového vnímání
 - Názornost
 - Individuální přístup
 - U některých výstavba řeči (základ – hlas → tvorba význam. zvuků → pojmy)
 - Cvičení formou hry
 - Využití AAK systémů
- **Mentální věk $\times$ chronologický věk**
 - MV – věk, kterého dosahují kvůli svému postižení
 - CHV – reálný, skutečný věk

SPŘ U OSOB S PORUCHAMI ZRAKU

- Člověk získává zhruba 70-80 % informací zrakovou cestou – z toho 30% přímo v komunikaci
- U dětí s vrozenou nevidomostí je již od raného dětství vývoj řeči opožděn o několik měsíců. Nemůžeme však hovořit o omezeném vývoji, protože děti jsou vedeny ve výchově za pomoci kompenzačních pomůcek (Braillovo písmo)

Poruchy řeči u dítěte se ZP

- Dyslálie – nejčastěji, nedokáží diferencovat hlásky M/N, častá interdentalní výslovnost T, D, N
- Verbalismus – používají slova, u nichž nechápou přesně jejich smysl
- Koktavost
- Breptavost
- Poruchy hlasu
- Huhňavost
- Narušené koverbální chování

Výchova a vzdělávání, péče o zrakově postižené

- 0-3 roky: raná péče, SPC (fyzioterapeut – dojíždí do rodiny – cvičení + stimulace ostatních smyslů), týdenní pobyty (Vojtova metoda, hippoterapie)
- 3-6 let: MŠ + speciální MŠ, SPC + stacionáře
- 6-15 let: ZŠ + speciální ZŠ, integrace, podpora SPC metodikou
- 15 a více let: SŠ + speciální SŠ, VŠ za podpory techniky

- Zásady: hygiena zraku, osvětlení, čistota oken, volba barev stěn, tabule bez lesku, úprava pracovního prostředí, nižší počet žáků, individuální přístup, volnější tempo výuky, úprava osnov, zásada přiměřenosti

Ztráta zraku v dospělosti

- Obrátit se na služby Tyfloservisu – nutné překonat rezignaci
- Učit se znakové písmo – eureka (připojí se k PC, píše se Braill a převádí se na latinku)

Reedukace

- Pracují rodiče s dítětem z počátku, speciální pedagog je vede a jednotlivé postupy převádí
- Důkladně dítě pozorovat – jak zrak používá, reakce na světlo (tmavá místnost – rozsvítit, zúžení zornic, šilhání, mrkání, při nedostavující se reakci na změnu světla nemusí být dítě nevidomé)
- Nácvik užívání zraku
 - Zda se obrací za světlem – na jakou vzdálenost vidí, tiše se přiblížit, kdy vás uvidí, přibližovat/oddalovat hračku, jestli sbírá hračky kolem sebe, zda nenaráží do předmětů, barvy – jaké preferuje, ty dobře vidí
 - Záleží na: denní době, únavě, celkovém zdravotním stavu
 - Individuální plán zrakové stimulace
- Zraková stimulace
 - Soubor technik, metod, postupů, jimiž se snažíme využít sebemenší zbytky zraku
 - Provádět v psychické pohodě, formou hry, přiměřenost podnětů
 - Nosit dítě a ukazovat mu + slovní doprovod, grimasy, pomalovat obličeje, maňásek
 - Vyšetření u oftalmologa + speciálního pedagoga → individuální plán
 - Etapy
 - Motivační: zaujetí dítěte, podnět vyvolat sluchovým/hmatovým vjemem
 - Zaměření pozornosti: dostatek času, dítě otáčí hlavou tak, aby vidělo, co nejlépe, měnit předměty
 - Senzomotorická koordinace: vhodným nasvícením v prostoru lze nacvičovat orientaci v prostoru, od 3. roku lze nacvičovat orientaci v ploše, zvyšovat počet předmětů, zmenšovat velikost předmětů, tlumit kontrast mezi předmětem a pozadím
 - Závěrečnou fází je rozlišování tvarů na obrázcích a piktogramech
- Sledování a provádění záznamů
 - Dlouhodobé provádění stimulace; při záznamu dítěte 5 pokusů – kolikrát vyhoví
 - Části
 - Pozornost světelnému zdroji: zraková, hmatová, sluchová, čichová, vnímání světelné lesklé plochy, barevné plochy, kontrastní – šachovnice
 - Pozorování předmětů: vodorovný, svislý pohyb, přibližování/vzdalování
 - Senzomotorické koordinace: sahání po zdroji světla/předmětu v klidu a pohybu
 - Práce na ploše: dotykem shodit kostky z podložky za nasvícení, pak bez, zaměnit barevnost
 - Vnímání na ploše: geometrické tvary, písmena, obrázky, barvy

- Malování fixem na světelném stole: čáry, kruhy, vymalovávání, obtahování
 - Vrcholem je sledování, ukazování a pojmenovávání obrázků na nekontrastním pozadí
- Kompenzace zraku – rozvoj náhradních smyslů
 - Sluch: hovoříme na dítě, ozvučené hračky, zpěv, hra na hudební nástroj
 - Hmat: seznamujeme s tvarem, výškou, velikostí, povrchem, teplotou, hmotností
 - Čich a chuť: málo rozvinuté, pozvolna se zdokonalují

Logopedická intervence

- Logopedická péče se musí orientovat na hmat a sluch s využitím speciálních pomůcek
 - Reliéfy – reliéfní obrazy hlásek
 - Atrapy mluvní orgánů – ideální je nechat dítě osahat naše mluvidla
 - Magnetofony
 - Texty na procvičování – Braillovo písmo
 - Nácvik správného dýchání – necháme ohmatat na sobě, břišní a hrudní oblast
 - Rozvíjení mimických pohybů – formou hry, pohádek. ohmatání obličeje a napodobování
- Logoped ovlivňuje rozvoj všech jazykových rovin nevidomých dětí
 - 1) Lexikálně – sémantická rovina
 - Chybí oční kontakt – dítě má omezené možnosti v navozování komunikace
 - Dítě nemůže zachytit nápodobu –mimická gesta se ztrácí
 - Verbalismus – používání slov, u kterých neznají pravý význam/mají zkreslené mínění
 - Práce s představami – nutné pracovat se skutečnými věcmi a jevy, které dítěti musíme přiblížit, popsat, nebo nechat ohmatat
 - 2) Morfologicko – syntaktická rovina
 - Zaostávání od vlastního vývoje řeči – později téměř na úroveň dítěte vidomého
 - Menší zásoba přídavných jmen – nedokáží přesně určit například barvy apod.
 - 3) Foneticko – fonologická rovina
 - Záleží na míře postižení – pokud dítě dokáže na začátku odezírat, neodrazí se problémy s artikulací jako u nevidomých s vrozeným handicapem – učí se hmatem
 - Projevy při diferencování hlásek akusticky příbuzných, ale artikulačně a opticky odlišných – typické zaměňování hlásek M a N, T, D a N
 - 4) Pragmatická rovina
 - Nevidomí lidé zrakový kontakt nahrazují taktilním – dotykovým
 - Typickým znakem je strnulá postava bez výrazné mimiky (až lhostejný výraz), která nekoresponduje s výpovědí – narušené koverbální chování
 - Častá je citlivost na tón a intenzitu hlasu – v některých případech mohou působit až ustrašeně a nejistě (protože nemohou zhodnotit mimické a gestické reakce partnera)

SPŘ U OSOB S PORUCHAMI SLUCHU

Ontogenetický vývoj řeči

1. Přípravné období
 - Prenatální období
 - Křik
 - Broukání
 - Žvatlání
2. Vlastní vývoj řeči
 - Stádium emocionálně volní (1-1,5 r.)
 - Stádium egocentrického vývoje řeči (1,5-2 r.)
 - Stádium rozvoje komunikační řeči (2-3 r.)
 - Stádium logických pojmů (kolem 3 let)
 - Intelektualizace řeči (přelom 3. a 4.r.)

Ontogenetický vývoj řeči u SP

- Komunikace mezi slyšícím dítětem a slyšící matkou
 - Hlas matky-zvuk (intonace) a řeč (obsah)-uši (sluch)
 - Doteky-hmatové vnímání
 - Gesta-oční kontakt
 - Mimika-oční kontakt
 - Zahájení komunikace-oslovení, úsměv, pláč, zvuky, hlas matky, dotek, gesto
- Komunikace mezi neslyšící matkou a neslyšícím dítětem
 - Zrakový podnět-obličej, gesto, předmět
 - Dotek
 - Zvuk-vibrace
- Důsledky se objevují v oblastech: vnímání, vývoje řeči, procesu komunikace, kognice (poznávání), sociálních vztahů, emocí, pedagogické, inteligence, profesního uplatnění
- Mezi nejdůležitější determinující faktory patří
 - Stupeň sluchového postižení
 - Přítomnost nebo absence dalšího postižení
 - Věk a dosažené stádium vývoje řeči, kdy sluchové postižení vzniklo
 - Exogenní sociální faktory stimulačního rodinného prostředí z hlediska úspěšné nebo neúspěšné obousměrné komunikace
 - Včasná diagnostika a včasný start speciální rehabilitační péče, ovlivněná rodinnou výchovou, později kvalita rehabilitační péče a spolupráce s rodinou
- Další faktory
 - Účinnost sluchadel nebo kochleárního implantátu
 - Schopnost dítěte využít svého sluchového potenciálu
 - Nadání pro řeč

- Schopnosti a dovednosti logopeda, který bude s dítětem pracovat

Narušené jazykové roviny

- Foneticko – fonologická rovina Nejvíce nápadná
 - Výslovnost je narušená, namáhavá, s přehnanou silou
 - Vyskytuje se prodloužená artikulační doba jednotlivých hlásek-vkládání nepatřičných zvuků
 - Tzv. audiogenní dysfonie-kolísání výšky, monotónnost, změna barvy
 - Tzv. audiogenní dyslalie
 - Tzv. kopholalie-špatná artikulace v důsledku postlingvální ztráty sluchu
 - Tzv. dysprosodie-narušení modulačních faktorů řeči (melodie, tempo, rytmus)
- Lexikálně-sémantická rovina
 - Slovní zásoba je redukována
 - Rozvoj u dětí s prelingvální SP je málo efektivní
 - Děti chápou význam slov názorně a v činnosti
 - Tzv. mentální slovník - „můj vlastní slovníček“
 - Tzv. sémantická síť - používaná k porozumění
 - Tzv. zážitkový deník – zdroj informací, fotky, kresby, k navázání komunikace, vzor řeči, památka, rodina, činnosti, události, zážitky
 - Tzv. pojmový slovník – slova, na která se zaměříme a chceme je cvičit
- Morfologicko-syntaktická rovina
 - Nesprávné skloňování, nevhodné koncovky slov, špatný slovosled
 - Nesouvislé věty, ve zkratkách
 - Dysgramatismy a agramatismy
 - V důsledku odlišnosti ZJ a ČJ dojde k interferenci obou jazyků
- Pragmatická rovina
 - Potíže v navazování kontaktu, nápadnost projevu, nejistota

Logopedická intervence u osob se SP

- Dechová cvičení
- Vědomé užívání hlasu
- Cvičení měkkého hlasového začátku
- Při fonaci užívat fonátor, vibrátor, indikátor hlásek...
- Odhmatávání vibrací
- Motorika mluvidel/oromotorika
- Modulační faktory (tempo, melodie, rytmus)
- Nácvik správné výslovnosti (průpravná artikulační cvičení, fixace čelistního úhlu a polohy)
- Vyvození hlásek-PAZ, fixace hlásek
- Rozvoj slovní zásoby, cvičení paměti

- Edukace řeči (cvičení v osvojování pojmů, reprodukce naučených pojmů...)
- Odezírání
- Globální čtení, otázky, odpovědi, rozhovor
- Popis obrázku, rozvoj zrakového vnímání
- Rozvoj hrubé a jemné motoriky
- Grafomotorická cvičení

Reedukace sluchu

- Je nutné rozvinout schopnosti auditivního vnímání a vybavit akustickými zkušenostmi
- Dělení způsobu reedukace
 - Podle počtu osob (individuální, skupinová)
 - Podle věku (včasná, předškolního věku, školního věku, dospělých)
 - Podle stupně vady (neslyšící, zbytky sluchu, nedoslýchaví, ohluchlí)
 - Reedukace u osob s CI
 - Podle účasti receptorů
- Monosenzoriální přístup
 - Mluvení do ucha, kdy se dítě učí rozeznávat samohlásky, pak teprve využití sluchadel-vždy bez odezírání
 - Představitelé: Wedenberg (Švédsko), Giovannini (Švýcarsko)
- Multisenzoriální přístup
 - Komplexnost smyslového vnímání-součinnost analyzátoru sluchového a zrakového
 - Představitelé: Sovák, Janotová, reflexivní metoda mateřské řeči Van Udena
- Předpoklady pro úspěšnou reedukaci sluchu
 - Kvalitní sluchadlo, KI
 - Vzdálenost při komunikaci
 - Vyšetření sluchu (vhodné diagnostické metody)
 - Diagnóza dítěte (další postižení)
 - Motivace a spolupráce rodiny

Hlas – práce s hlasem u jedinců se sluchovým postižením

- Vyvození hlasu
- Samovolné vydávání hlasu – odměna
- Motivace k užívání hlasu
- Chování dítěte v náruči
- Různé pomůcky
- Mluvení do ucha nebo do dlaně
- PC programy
- Fonátor
- Aktivní a vědomé užívání hlasu

- Cítoslovce, jednoduchá slova
- Sluchadlo – stimulace k mluvení vlastním příkladem
- Modulační faktory řeči
 - Nelze je odezřít a ani napodobit
 - Zpívání, tleskání do rytmu, tanec s dítětem, recitace jednoduchých říkadel

Podmínky sluchové výchovy

- Odborné vedení
- Uvědomění si existence zvuku
- Spojení si sluchového vjemu s představou věci, osoby nebo činnosti
- Základní podnět musí být dostatečně silný
- Dostatek zkušeností
- Mozek musí být v bdělém stavu

Cíle sluchové výchovy

- Spontánní využití sluchu v průběhu celého dne
- Prevence ohluchnutí a oněmění
- Dosažení srozumitelného hlasového projevu
- Chápání mluvené řeči prostřednictvím vizuální percepce
- Vnímání a korigování mluvené řeči pomocí zachovalých zbytků sluchu
- Recipování a produkování mluvené řeči prostřednictvím psaného textu

Sluchová cvičení podle obtížnosti

- Detekce (uvědomění) – „slyším“ x „neslyším“
- Diskriminace (porovnání) – „stejně“ x „jiné“
- Diferenciace (rozlišení)
- Identifikace (určení) – „co slyším“
- Porozumění – „rozumím“

Stupně obtížnosti her a cvičení dle způsobu jejich provádění

- Dítě vidí předmět či obrázek o němž se mluví – optimální podmínky pro poslech i odezírání
- Dítě nevidí předmět-pouze odezírání a poslech
- Dítě se již spoléhá jen na zvuk
- Dítě je v prostředí – zhoršené podmínky
- Reprodukovaná řeč-postavičky, dokument-bez odezírání

Důsledky jednotlivých typů sluchového postižení na vývoj a kvalitu mluvené řeči

- Nedoslýchaví
 - Rozvoj řeči nedoslýchavého dítěte začíná stagnovat v době, kdy se začne vzdalovat od své matky a na větší vzdálenost už dobře neslyší
 - Převodní nedoslýchavost

- Na základě nižší intenzity sluchových vjemů, popř. horší možnosti diskriminace zvuků dochází k nedokonalému slyšení
 - Koncovky, předložky, spojky, ohebné koncovky podstatných jmen, sloves a přídavných jmen, členy atd. - obtížněji slyšitelné, špatně osvojovány a následně špatně používány
 - Artikulace těchto osob není nijak zvlášť nápadná. Nejvíce pozměněna je melodie a dynamika řeči
- Sensorineurální nedoslýchavost
 - Dochází k tzv. zkreslenému slyšení, což ztěžuje především porozumění řeči
 - V případě nepoužívání sluchadla může dojít až k úplnému neporozumění řeči.
 - Z konsonantů jsou problémy především se sykavkami
 - Mezi vokály jsou špatně slyšitelné „e“ a „i“.
- U jedinců s těžkým sluchovým postižením a neslyšících (s vrozeným či včasně získaným SP):
 - Blokován spontánní rozvoj řeči
 - Dominantní roli při vnímání řeči má vizuální analyzátor
 - 2.-3. rok života – neslyší-li dítě mluvenou řeč, nenaučí se přirozeným způsobem (tj. odposlechem a nápodobou) vědomě vytvářet hlásky, skládat je do slov a seznamovat se s gramatikou mluveného jazyka
 - Problémy s rytmem a dynamikou řečového projevu a správnou melodií řeči
 - Problémy s osvojováním slovní zásoby, s gramatikou a syntaxí jazyka
 - Vytváření nesprávných stereotypů
 - Nápadnosti v artikulaci - artikulace s přehnanou silou a napětím, přehnané pohyby rtů, špatné pohyby jazyka a přehnané otvírání úst během mluvení.
- U jedinců, kteří sluch ztratili až v průběhu života
 - Není možné přesně stanovit, jak bude jejich řečový projev vypadat a jakého stupně vývoje dosáhnou
 - Záleží na době vzniku sluchového postižení, jeho stupni a typu a dosaženém stádiu rozvoje řeči v okamžiku ztráty sluchu
 - Pokud nebyla řeč u malých ohluchlých dětí dostatečně fixována a pohybuje se v nepříznivých podmínkách, mohou se jejich řečové návyky rozpadat a může dojít k „tzv. řečové regresí“
 - Lidé, kteří ztratili sluch v době, když měli mluvenou řeč osvojenou, mají nespornou výhodu jazykové znalosti. Mají již vytvořené řečové stereotypy, ovládají gramatiku a syntax mateřského jazyka a velkou slovní zásobu, jejíž znalost jim pomůže při odezírání
- Jedinci s kochleárním implantátem
 - Musí se naučit kochleární implantát používat, pomocí něj slyšet a vnímat okolní zvuky, které odlišují od mluvené řeči a porozumět jí.
 - Úspěch rehabilitační práce po kochleární implantaci závisí na několika základních faktorech: věk dítěte, doba vzniku sluchové vady, přidružené problémy (LMD, DMO), inteligence dítěte, jeho nadání pro řeč, schopnost využití zbytků sluchového vnímání, způsob, jakým bylo dítě před implantací rehabilitováno, ale i míra aktivity rodičů při rehabilitační práci.

Po naprogramování řečového procesoru

- Dítě se musí naučit
 - Uvědomovat si vlastní hlasový projev, užívat jej a vnímat i hlasové projevy ostatních v okolí
 - Postupně se učí rozlišovat krátký, dlouhý, vysoký, hluboký, tichý a hlasitý zvuk, jeden a více po sobě jdoucích zvuků s cílem naučit se účinně a přirozeně komunikovat mluveným jazykem
 - K rozvíjení slovní zásoby slouží hry, pomocí nichž si dítě přirozeně nová slova zapamatuje a také je opakovaně používá
- Rehabilitaci přímo ovlivňuje
 - Schopnost dítěte soustředit se, produkovat hlas, napodobovat řečové vzorce a správně dýchat. Každé dítě má specifické potřeby vzhledem ke svému vývoji řeči, jazykovému nadání a schopnosti používat jazykových struktur, které mají podstatný vliv na užívání spontánní řeči.
 - Dále je důležité, jak se dítěti daří
 - Odezírat
 - Číst
 - Jaké má hrubé a jemné motorické dovednosti a dovednosti mluvené řeči

AAK – viz. ot. 16 z předmětu Metody SPP intervence

Literatura

- BITTMANNOVÁ, Lenka. Speciálněpedagogické minimum pro učitele: co dělat, když do třídy přijde žák se speciálními vzdělávacími potřebami. Praha: Pasparta, [2019]. ISBN 978-80-88290-14-8.
- BOGDASHINA, O., 2017. Specifika smyslového vnímání u autismu a Aspergerova syndromu, V Praze: Pasparta.
- ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. a kol. (2012). Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let) (3. vydání). Praha: Pasparta.
- HARTMANN, B., & Lange, M. 2008. Mutismus v dětství, mládí a dospělosti: rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeuty a pedagogy. Praha: Triton.
- KEJKLIČKOVÁ, I. 2016. Vady řeči u dětí: návod pro praxi. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3941-0.
- KEREKRÉTIHOVÁ, A. A KOL. 2009. Základy logopedie. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava. ISBN 978-80-223-2574-5.
- LAERUM, S. 2023 [online]. (n.d.). Dostupné z: <https://mutig-sprechen.com/>.
- LECHTA, V. 2011. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. Kombinované vady. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- MATĚJČEK, Z. 2011. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Portál.
- MORÁVKOVÁ VEJROCHOVÁ, M. Katalog podpůrných opatření: metodika aplikace aplikací podpůrných opatření v předškolním vzdělávání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5716-1.
- OPATŘILOVÁ, D. Edukace jedinců s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. Brno: MU, 2013, ISBN 978-80-210-6221-1.
- POTMĚŠIL, Miloň. Osobnost dítěte v kontextu vady sluchu. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4729-2.
- POTMĚŠIL, Miloň. Psychosociální aspekty sluchového postižení: Miloň Potměšil a kolektiv. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5184-3.
- POTMĚŠIL, Miloň. Úvod do pedagogiky osob s kombinovaným postižením. Studijní opory. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3691-3.
- PREISSOVÁ, I., Mutismus In NEUBAUER, K. 2018. Kompendium klinické logopedie: Diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál.
- Richtrová, Barbora [online]. (4.5.2020). Mutismus. Dostupné z: <https://www.bararichtr.cz/l/mutismus>.
- SHIPON-BLUM, E. – Selective mutism association, nadace Výzkumný ústav selektivního mutismu, Philadelphie.
- ŠPORCLOVÁ, V., 2018 Autismus od A do Z. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88163-98-5.
- VÁGNEROVÁ, M., 2023. Vývojová neuropsychologie. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o. ISBN: 978-80-7496-520-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Vývoj pozornosti a exekutivních funkcí. Praha: Raabe, [2020]. ISBN 978-80-7496-441-1.
- VINGRÁLKOVÁ, E., 2016. Cvičení a terapie pro děti s autismem. Olomouc: Fontána. ISBN: 978-80-7336-844-9.
- VITÁSKOVÁ, K. 2018. Komunikační, jazykové a orofaciální procesy v logopedii. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-5466-5.
- VITÁSKOVÁ, K., KYTNAROVÁ, L. 2017. Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra: (hodnocení pragmatické jazykové roviny u osob s poruchami autistického spektra z pohledu logopeda). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1088-5.
- VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. Logopedie. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1088-5.
- ZIKL, Pavel. Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 112 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3856-7.

3. Specifika dětí s poruchou autistického spektra (PAS). Diagnostika a přístupy k edukaci dětí s PAS. Význam strukturovaného prostředí a vizuální podpory.

PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

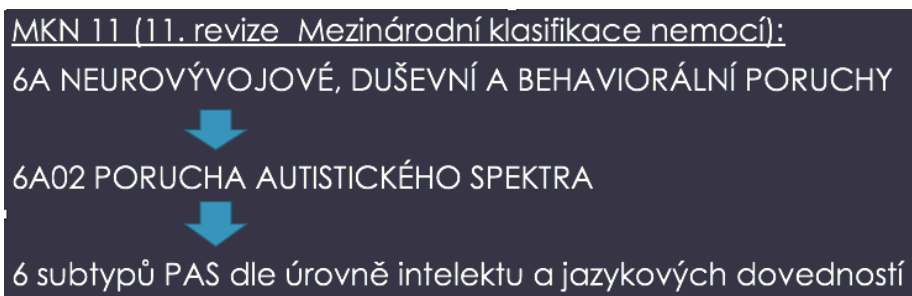
PAS je **vývojová porucha**, která se projevuje neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Jedinec s PAS obtížně vyjadřuje svá přání, potřeby a nechápe proč mu ostatní nerozumějí. Uzavírá se do vlastního světa a projevuje se jako extrémně osamělá bytost.

Podle **Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (2006)** tvoří pervazivní vývojové poruchy jednu z diagnostických kategorií spadajících pod F80–F89 **Poruchy psychického vývoje**.

Mezi pervazivní vývojové poruchy řadíme (8 diagnóz):

- F84.0 **Dětský autismus**
- F84.1 **Atypický autismus**
- F84.2 **Rettův syndrom**
- F84.3 **Jiná dezintegrační porucha v dětství**
- F84.4 **Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby**
- F84.5 **Aspergerův syndrom** (neporušena inteligence, dobře rozvinutá řeč)
- F84.8 **Jiné pervazivní vývojové poruchy**
- F84.9 **Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná**

Pervazivní vývojová porucha je taková, která zcela proniká osobností dítěte a výrazně mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělávání atd. Vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého a postižení se projeví ve všech oblastech života.



- v literatuře se může setkat s termíny PAS (porucha autistického spektra), PVP (pervazivní vývojové poruchy) nebo autismus
- v České Republice se problematice PAS věnuje Kateřina Thorová, Hrdlička, Komárek

SYMPTOMATOLOGIE

- specifické symptomy (diagnostická triáda): **porucha sociální interakce, komunikace, abnormality v chování, zájmech a hře**
- nespecifické symptomy

a) Sociální interakce

- zrakový kontakt
- vztahy s vrstevníky (vyhýbání se, hra o samotě, zásahy do hry, křik, nevhodné navazování kontaktu, neschopnost přizpůsobit se)
- vztahy se známými dospělými (nehlídá si své blízké, nevitá)
- **vztahy s cizími lidmi**

- **nedostatečné přizpůsobení se sociálnímu kontextu**, sociální normě – např. problémy s dodržováním společenských pravidel – vykřikování ve třídě, nevhodné chování v obchodě
- chybí projevy **sociálně emoční blízkosti** (např. pozdrav, pochvala, pohlazení)

b) Specifika komunikace

- **PAS jsou primárně poruchami komunikace**
- deficit v recepci, v expresi, ve verbální i neverbální komunikaci a v preverbálních komunikačních dovednostech
- nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností
- **Neverbální komunikace:**
 - zrakový kontakt
 - mimika – snížená schopnost až neschopnost vyjádření i porozumění emocionálním výrazům (úsměv, pláč, hněv...).
 - gestikulace – snížená schopnost až neschopnost vyjádření a porozumění gestům (pokynutí, pozdrav...).
 - posturace (tělesný postoj) – neadekvátní tělesný postoj (svěšená ramena, kývání se, točení...).
 - komunikační zóny – nerespektování komunikačních zón – velká nebo naopak velmi těsná komunikační vzdálenost.
- **Verbální komunikace:**
 - verbálně nekomunikuje (občas, jednoslovně)
 - obtíže se správným užitím „ano“ – „ne“.
 - dokola se ptají na to samé
 - často mluví pro sebe
 - stereotypie – stálé opakování slov, vět, frází (písničky, básničky, reklamy...).
 - echolálie – opakování slov, vět, frází. Může být bezprostřední i odložená.
 - hyperakuzis – přecitlivělost na zvukové podněty, může reagovat na zvuk, řeč neadekvátně (agrese, autoagrese...)
 - hovoří o sobě v 3. osobě, 1. užívá minimálně.
 - problémy s ironií

c) Abnormality v chování, zájmech a hře

- nezájem o klasické hračky
- nenapodobuje ve hře
- fascinace určitými předměty (provázky, vypínače...) a pohybem (tekoucí voda, světlo, stín)
- sebestimulační pohyby
- stavění věcí do řad
- odpor ke změnám
- **rigidita a rutinní chování** (stále se opakující, ulpívavé) v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry)
- specifická **přichylnost k předmětům**, které jsou pro daný věk netypické (jiné než např. „běžné“ hračky)
- **lpění na rutíně** – např. potřebuje mít stejný harmonogram dne
- **stereotypní** (stále se opakující) zájmy – např. dítě má v datech nebo jízdnicích řádech, ve kterých neustále listuje

Nespecifické projevy

- **opožďení motorického vývoje**
- **motorické stereotypy**: symetrické plácání oběma rukama, třepání prsty jedné či obou rukou, kolébání tělem, potřásání hlavou, pohupování
- **změna emoční reaktivity**, výbuchy zlosti a úzkosti
- **adaptabilita** na změněné prostředí
- **problémy se spánkem**
- **problémy s příjmem potravy**
- **problémy v chování**

ETIOLOGIE

- není **jednoznačně prokázána**.
- dědičnost, genetické dispozice (vlivem prostředí, výživy, prodělané nemoci, vloh)
- příčina je s největší pravděpodobností **multifaktoriální**
- ve většině případů je prokazatelné **nespecifické organické poškození**

KLASIFIKACE PAS

F 84.0 Dětský autismus

- obtíže v celé triádě
- závažnost různá (mírná – těžká forma)
- diagnostika možná ve velmi raném věku
- mentální retardace (2/3 případů)
- je velmi těžké je něčím zaujmoutJOINING, HLEDÁNÍ a ROZVÍJENÍ MOTIVACE
- velmi často nemluvící děti, bez ohledu na úroveň jazykových schopností
- chybí oční kontakt
- cca 60% motorická neobratnost
- senzorické deficity
- stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity: rutinní chování, oblíbenost předmětů netypické pro daný věk, lpění na rutině, stereotypní zájmy – např. data, jízdní řády, pohybová stereotypie
- problémové chování.....4 funkce (POZORNOST, HMOTNÉ VĚCI, ÚNIK, SEBESTIMULACE)

F 84.1 Atypický autismus

- diagnostická triáda není zcela naplněna nebo obtíže jsou v celé triádě, ale ne tak závažné, aby naplňovaly kritéria pro dětský autismus.
- obvykle se jedná o lepší sociální nebo komunikační dovednosti nebo chybí stereotypní zájmy.
- z hlediska náročnosti péče se neliší od dětského autismu.

F 84. 5. Aspergerův syndrom

- obtíže v celé triádě, kvalitativně odlišné od dětského autismu
- závažnost různá
- intelekt minimálně v pásmu normy
- není opožděn vývoj řeči
- obtíže zejména v sociální oblasti
- problémy v oblasti komunikace

- ulpívavé zájmy.
- 60-70% motorická neobratnost.
- citlivé smysly
- zajímají se o zajímavosti
- nesnáší změnu

Základním znakem bývá egocentrismus, malá nebo úplně nulová schopnost kontaktu s vrstevníky, komunikace zvláštním způsobem – mluví mechanicky, šroubovitě a formálně, kopírují výrazy dospělých. Řeč málokdy odpovídá kontextu dané sociální situace. Ať už mají či nemají opožděný vývoj řeči, v pěti letech většinou disponují dobrou slovní zásobou, čistou výslovností a mluví plynule.

Obtížně chápou pravidla společenského chování. Někteří vůbec nerozumí neverbálním signálům (výraz tváře). Humorné či ironické poznámky chápou doslovně, což často vede k projevům sociálně těžko akceptovatelného chování. Přátelství tyto děti navazují jen obtížně, většinou o ně ani nestojí, chybí jim empatie.

Snadno podléhají stresu, své pocity však umí vyjádřit jen omezeně a stres pak může vyústit až k sebevražedným sklonům. Často se podceňují, odsuzují, hledají chyby převážně na sobě samých. Mívají záchvaty vzteku a jsou náladoví. Mezi oblíbené zájmy dětí patří vše, v čem je možné najít nějaký řád či opakování: čísla, dopravní značky, počítače, encyklopedie. Často memorují různé texty – reklamy, programy

F 84.2 Rettův syndrom

- poprvé popsal dětský neurolog Andreas Rett (1965), na veřejnost se pojem dostal až v roce 1983
- výskyt pouze u dívek, ve věku 7–24 měsíců
- geneticky vázaná porucha
- normální (téměř) časný vývoj, následuje ztráta řeči, manuálních dovedností a zpomalení růstu hlavy, rozvoj epilepsie, těžké mentální postižení, onemocnění končí invaliditou (popř. imobilitou)
- je zastaven vývoj hraní, sociální zájmy mají tendenci se udržovat
- diagnostika v ČR od 2001 – klasický Rettův syndrom (2/3 dívek), atypický Rettův syndrom (mírnější forma syndromu)
- Rettův syndrom (RS) je doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní dopad na somatické, motorické i psychické funkce.
- **Za stěžejní symptomy byly označeny:** ztráta kognitivních schopností, ataxie (porucha koordinace pohybů) a ztráta účelných schopností rukou (Thorová, 2006).
- U Rettova syndromu je vysoký výskyt epilepsie (udává se okolo 80%), dále dochází k vybočení páteře – vyvine se rigidní spasticita, velkou část případů provází hluboká mentální retardace.

F 84. 3. Jiná dětská dezintegrační porucha

- první dva roky normální vývoj (verbální a neverbální komunikace, sociální vztahy, hra a adaptivní chování jsou v normě), pak dochází ke ztrátě získaných dovedností (nejčastěji mezi třetím a čtvrtým rokem)
- ztráta zájmu o okolí, porušení sociální interakce a komunikace Infantilní demence
 - Dezintegrační psychóza
 - Hellerův syndrom
 - Symbiotická psychóza

F 84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

- označuje skupinu dětí s těžkou mentální retardací (IQ pod 34), jejichž hlavní problém tkví v hyperaktivitě a v poruchách pozornosti, ale i ve stereotypním chování
- po stimulaci se nezlepšuje (na rozdíl od dětí s normální inteligencí) a může docházet k těžkým dysforickým reakcím (někdy doprovázeným psychomotorickou retardací)
- po podání psychostimulancií a v dospívání jeví hyperaktivita sklon k nahrazení sníženou aktivitou (což u hyperkinetických dětí s normální inteligencí nebývá)
- často sdružen s řadou vývojových opoždění
- chybějící sociální narušení autistického typu (vztahy s vrstevníky používání očního kontaktu, mimiky a postoje, přibližování k lidem, schopnost sdílet radost s jinými lidmi)
- nedostatek empatie, jednoduchá jednostranná interakce, omezená a popřípadě neexistující schopnost navazovat a udržet přátelství, přesná a jednotvárná řeč, nedostatečná neverbální komunikace, hluboký zájem o specifické jevy a předměty, nemotornost

DIAGNOSTIKA

- diagnostiku stanovuje **klinický psycholog či psychiatr** v České republice se ve značné míře používá semistrukturovaná škála CARS
- psychologické metody:
 - pozorování, rozhovor, vývojové škály (Gesellova vývojová škála, Škály N. Bayleyové), testy rozumových schopností (Stanford-Binetova zkouška, McCarthyové škály), Wechslerovy zkoušky inteligence, Ravenovy testy, kresby a grafomotorika
- k screeningovým a diagnostickým nástrojům dále řadíme: AQ test, CARS, CHAT, DACH

INTERVENCE

- **TEACCH (VIZUALIZACE INSTRUKCÍ), strukturalizace**
- Staví na vnesení jasných pravidel, předvídatelnosti, na uspořádání prostředí, jistotě, logičnosti a řádu.
- Strukturované učení vychází z principů TEACCH programu, což je systematický vzdělávací program.
- **SON RISE**
- *Son-rise program®* je program domácího vzdělávání dětí a dospělých s autismem. Tento program si dovolil navrhnout, že láska a hluboký respekt k člověku bude ten nejdůležitější faktor ovlivňující motivaci dítěte k učení. Praktikováním tohoto procesu vytváříme nejprve bezpečné, láskyplné prostředí, které nám pomůže vytvořit si s dítětem pouto a potom aplikujeme léty vyzkoušené vzdělávací strategie vytvořené naším programem.

Joining – aktivní připojení k rituálům dítěte (točení se na židli, pohupování, apod.)

Zvážíme AAK (obrázky, fotografie, piktogramy, VOKS)

Význam strukturovaného prostředí a vizuální podpory.

Základní principy jsou tyto:

- Individuální přístup
- Strukturalizace, vizualizace v prostoru a času

Individuální přístup:

Všechny děti s autismem se od sebe nějakým způsobem liší. Rozdíly jsou v mentální úrovni, v různé míře a četnosti výskytu autistických symptomů, v rozdílné úrovni percepce, způsobu komunikace, osobnostních vlastností, v odlišné schopnosti koncentrace a podobně. Také se liší jejich rodinném zázemí, socioekonomických parametrech rodiny apod. Proto je třeba individuální přístup.

Z čeho vycházíme: Každý člověk s autismem je jiný, každý má své vlastní priority, schopnosti, možnosti i hranice.

Z hlediska individuálního přístupu je zapotřebí:

- zjistit úroveň jednotlivých vývojových oblastí dítěte (většinou na základě psychologického, speciálně pedagogického, psychiatrického aj. vyšetření), intelekt většinou předurčuje typ školského zařazení,
- zvolit vhodný typ, systém komunikace podle stupně kognitivních (poznávacích) schopností i konkrétních řečových schopností (od komunikace skrz konkrétní předměty, přes komunikaci pomocí fotografií či piktogramů až k mluvené či psané formě)
- vytvořit vhodné pracovní místo a strukturovat prostředí
- lze sestavit IVP (individuální, výchovně vzdělávací plán - především u individuálně integrovaných)
- v případě potřeby zvolit na základě analýzy problémového chování, vhodné strategie jejich řešení.

Strukturalizace, vizualizace:

Struktura prostoru, jeho uspořádání - pomáhá, autistickému jedinci v prostorové orientaci a dává mu tak „jistotu pevného bodu.“ Struktura tak nabízí "jistotu" tím, že vytváří předvídatelná spojení mezi místy, činnostmi a chováním.

Struktura času – většinou formou vytvoření vizualizovaného denního programu, časového rozvrhu, umožňuje člověku s autismem předvídat události, čas se tak stává konkrétní.

Při sestavování procesuálního schématu je zapotřebí analyticky rozpracovat úkol na elementární kroky a vytvořit schéma po sobě následujících činností, které vedou k cíli. Například k čištění zubů, uvaření polévky nebo kávy, je zapotřebí vizualizovat až deset kroků. Postupem času, při zautomatizování činností je možné položky redukovat, schéma zjednodušit. Většina lidí s autismem potřebuje alespoň základní schéma k provádění složitějších úkolů.

Jak správně vytvořit strukturované prostředí (doma, ve škole):

- vytyčit si místa, případně vymezit čas pro jednotlivé důležité činnosti během dne (stůl pro individuální práci s dítětem, jídelní stůl, prostor pro volnou hru, prostor pro odpočinek apod.)
- vyčleněná místa pro konkrétní činnosti pokud možno nepřemísťovat
- pokud možno, neprovádět jinou činnost na místě, které pro ni není vyčleněno (např. nejíst u pracovního stolu)
- pokusit se jasně vymezit hranice mezi jednotlivými místy (pomocí paravánů, barevných koberců, barevných pásek na zemi apod.) - nápadně a jasně vymezené hranice pomáhají dětem s autismem rozpoznat, kde je místo určené ke konkrétnímu úkolu, kde začíná a kde končí

- prostor pro výuku by měl být pohodlný, bez rozptylujících podnětů (bez hluku, bez více vizuálních podnětů...), v domácím prostředí to může být pracovní stůl v dětském pokoji, ve škole pracovní kóje někde u stěny, oddělená od okolního prostoru například paravánem, či policemi
- pokud je dítě neklidné a často z místa odbíhá, umístíme pracovní stůl na šikmo v rohu místnosti a dítě posadíme do prostoru mezi stolem a zdí
- k individuální či samostatné práci postačí jednoduchý pracovní stůl (spíše s delší pracovní deskou prokrabicový systém = systém zleva doprava - na levé straně stolu jsou za sebou krabice s úkoly, které mají být vykonány, na pravou stranu stolu se odkládají již splněné úkoly (u leváků lze opačně – je vhodné odzkoušet, co jim více vyhovuje)

Vizualizace (zviditelnění):

Lidé s autismem se potřebují orientovat v čase, potřebují "vidět" čas. Pokud jim tuto vizualizaci času neposkytneme z venku, pokud jim nepomůžeme ho více konkretizovat, může to v nich vyvolat zmatek, chaos a mohou kompenzovat, unikat nebo si ulevovat formou nefunkčních rituálů a stereotypií. Jestliže se pak sled činností některý den změní, mohou nastat velké "problémy s chováním". Existuje velká pravděpodobnost, že pokud bude tato změna zaznamenána ve "vizualizovaném denním programu" alespoň nějakou dobu dopředu (dítě na ni bude nachystáno, připraveno), k žádným problémům nemusí dojít.

K čemu slouží vizualizovaný denní program? Dává odpověď na otázku "kdy", pomáhá v časové orientaci, pomáhá odlišovat jednotlivé aktivity od sebe, vede k větší samostatnosti.

Jak uplatnit vizualizovaný denní program v praxi?

Zjistit úroveň kognitivních (poznávacích) schopností u dítěte s autismem a na základě tohoto zjištění stanovit vhodný typ vizuální podpory (je důležité si uvědomit, že ve formě existuje určitý vývoj – někdo začne s předměty pro zviditelnění času, později může začít používat obrázky a výhledově třeba hodiny).

Typy vizuální podpory (od nejjednodušší ke složitější): Konkrétní předmět → fotografie → piktogramy → piktogramy s nápisem → nápis → psaný rozvrh → diář.

4. Speciálněpedagogická podpora dětí s mentálním postižením **Vzdělávací potřeby a adaptační mechanismy dětí s mentálním postižením.** **Rozvoj sebeobsluhy a sociálních dovedností.**

Speciálně pedagogická podpora dětí s MP

metody pro děti/ žáky MP

- často se jedná o tvorbu metod nových – s ohledem na požadavek individuality (zejm. u osob s kombinovaným postižením)
- obecně můžeme použít následující metody:
 - **Metody léčebně- rehabilitační intervence** - masáže, elektroléčba, vodoléčba, světloléčba, léčebná tělesná výchova, Vojtova metoda, Bobath koncept
 - **Metody pedagogicko- rehabilitační intervence** - bazální stimulace, canisterapie, senzomotorická a psychomotorická stimulace, AAK, terapie hrou, činnostní terapie, expresivní terapie
 - **Metody sociálně- rehabilitační intervence** - ovlivnění kvality života, změna prostředí, práce s rodinou, komunita

Terapie u dětí s MP:

- terapie hrou
- činnostní a pracovní terapie
- psychomotorické terapie
- terapie s účastí zvířete (zooterapie/ animoterapie)
- expresivní terapie

Metody podpory vývoje dítěte s MP *(zdroj: Praxe a metody rané péče v ČR, Tereza Hradilková)*

Podpora vývoje hry

- je to přirozený způsob učení se novým dovednostem – hlavní metoda podpory
- Výhodiskem k plánování je pozorování volné hry dítěte, jeho reakce na nabídku společné hry
- Zásadní se zjistit, co dítě baví, z čeho má legraci – to poté využít při rozvoji

Program Portage

- Metoda opakovaného nácviku jednoduchých dílčích činností (rodič je v roli terapeuta – sledují, zda byla činnost splněna, bez ohledu na radost dítěte z činnosti)

Formou hry a motivace dítěte lze ovlivňovat všechny oblasti jejich vývoje (senzomotoriku, sebeobsluhu, řeč a komunikaci). Důležité je dětem s MP poskytovat opakovanou zkušenost situacemi, materiály a předměty. Umět dítěti láskyplně usměrnit a poskytnout mu dostatečně pevné, a přesto pružné hranice. Vymýšlet drobné změny, které mu přinesou do hry variaci.

- Míčková automasáž – je vhodná pro motoricky zdatnější děti s lehkým mentálním postižením, protože předpokládá jejich aktivní účast a určitou motorickou obratnost. Neplní tolik zdravotní cíle, pro které byla původně vyvinuta, ale pomáhá dítěti uvědomovat si jeho tělesné schéma a hranice jeho těla.
- Orofaciální terapie – stimulace oblasti rtů a obličeje, podporuje primární funkce, jako je dýchání, sání, polykání, je podkladem pro rozvoj schopnosti artikulace.
- Bazální stimulace – koncept přístupu k lidem po těžkém traumatu mozku, často je využíván u osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením. V prostředí mateřské školy se dá po proškolení nejvíce využívat podněcování taktilně haptické a somatické, které také vede k uvědomování si vlastního těla, jeho polohy a hranic. Vhodná je především pro děti s těžkým a hlubokým mentálním postižením.
- Zooterapie – v předškolním věku je pro děti velmi prospěšný kontakt se zvířaty. Přítomnost jakéhokoliv zvířete ve třídě mateřské školy bývá oceňovaná všemi dětmi a dá se velmi dobře pedagogicky využít. Nejedná se však přímo o terapii. O té mluvíme teprve tehdy, je-li zvíře speciálně vycvičeno a cíleně využíváno terapeutem pro zlepšení psychického nebo somatického stavu. Do prostředí mateřské školy se dá úspěšně začlenit canisterapie – terapeutické využívání psa, který je leckdy velkým oživením a motivací nejen pro dítě s postižením.
- Logopedie – navázání spolupráce s logopedem je velmi důležité a prospěšné. V předškolním věku je nejvhodnější čas pro rozvoj řeči a komunikace. S její podporou je vhodné začít co nejdříve po třetím roce věku. Logoped by měl přímo nebo prostřednictvím zákonných zástupců předávat pedagogům školy doporučení pro práci s dítětem a seznámat je s nastavenými komunikačními prostředky. Tím je umožněna jednotnost přístupu rodiny a školy.

Vzdělávací potřeby a adaptační mechanismy dětí s mentálním postižením

Zdroj: KATALOG PO - Metodika aplikace podpůrných opatření v předškolním vzdělávání

• **Oblast motoriky a sebeobsluhy**

U dětí s mentálním postižením je v raném věku často přítomna hypotonie (snížené svalové napětí), která u některých jedinců přetrvává celý život. Opožděné bývá vzpřimování, samostatná chůze se většinou objevuje se zpožděním několika měsíců až let, u těžké a hluboké mentální retardace se většinou nerozvine nikdy. Vážne představa tělesného schématu, vnímání těla v prostoru, patrné jsou problémy s rovnováhou a pohybovou koordinací. Pro chůzi je typická širší báze a problém s překonáváním překážek.

Opoždění a nižší kvalita jsou patrné také v jemné motorice a grafomotorice. Pohyby jsou nepřesně zacílené, úchop se vyvíjí delší dobu. Vážne koordinace oka a ruky. Výrazné opoždění je v kresbě, dlouho přetrvává vývojově mladší nebo nestandardní úchop a volné čmárání.

Typické jsou také obtíže při osamostatňování v sebeobsluze. Kontroly nad vyměšováním se daří dosáhnout až ke konci předškolního věku, u závažnějších forem mentálního postižení bývá inkontinence celoživotní. Děti mnohem déle potřebují pomoc s krmením, obtížněji se učí používat lžíci, dlouho dávají přednost jedení rukou. Častý bývá problém s ukousnutím a zpracováním sousta a s regulací množství snědeného jídla. Pomalejší je i přechod od sání k příjmu tekutin z hrnku. Opožděná je samozřejmě i dovednost svlékání a oblékání. Děti s lehkým mentálním postižením

většinou, byť později, dosáhnou dílčí samostatnosti v sebeobslužných úkonech, vždy je ale potřebná určitá míra dohledu a kontroly. U středně těžké až hluboké mentální retardace přetrvává závislost na menší či větší míře pomoci po celý život.

- **Oblast řeči a komunikace**

Myšlení a řeč jsou ve velmi těsném vztahu, proto se mentální postižení vždy promítá i do vývoje fatických funkcí. Vývoj řeči je opožděný, oslabení je patrné ve všech jazykových rovinách. Slovní zásoba je chudší, obsahuje spíše slova popisující konkrétní předměty a jednoduché děje. Dítě si obtížně osvojuje gramatiku jazyka, vyjadřuje se jednoslovně nebo v krátkých, zpravidla holých větách. Realizace řeči je těžkopádná, projev je kvůli vícečetné dyslalii leckdy na hranici srozumitelnosti. Logopedická náprava je ztěžována neobratností mluvidel a nedokonalé vyvinutým fonematickým sluchem, kdy dítě obtížně diferencuje hlásky mateřského jazyka.

Snížené je i porozumění řeči. Dítě s mentálním postižením se často orientuje podle kontextu a dřívější zažitých zkušeností. V nových nebo problémových situacích porozumění výrazně klesá. Vhodnější jsou jednodušší a kratší sdělení, nosnější význam má neverbální složka komunikace.

Rozvoje řeči, která je funkčně využitelná, se dá dosáhnout většinou u dětí v pásmu lehké mentální retardace nebo v horní části pásma středně těžké mentální retardace. Děti se závažnějším mentálním postižením si většinou řeč neosvojí, komunikace s nimi se daří spíše neverbálně pomocí vokalizace, mimiky, gest, doteků, tělesných projevů emocí.

- **Sociální a emoční oblast, orientace, adaptabilita**

Děti s mentálním postižením jsou více a déle závislé na zákonných zástupcích, často si obtížněji zvykají na nové lidi a na nové prostředí, někdy ale naopak neodhadnou hranici mezi svými a cizími lidmi a bez společenských zábran navazují kontakt kdekoliv a s kýmkoliv. Déle si osvojují pravidla mezilidského a společenského chování. Později dozrává uvědomění si vlastní identity, já, proto i vzdor druhého až třetího roku přichází výrazně později. Děti s mentální retardací obtížně vyhodnocují signály z okolí, obtížně se orientují v činnostech, v čase, ve vztazích. To vede ke značné nerovnováze mezi aspirací a výkonem, k neurotizaci a úzkosti, k afektivním výbuchům. Kvůli snížené flexibilitě se špatně vyrovnávají se změnami, dávají přednost stálému opakování až ritualizaci činností.

- **Smyslové vnímání**

Při mentální retardaci je oslabené a méně kvalitní zpracovávání podnětů z okolního světa. Dítě obtížně diferencuje počítky a vjemy, např. má problémy s analýzou a syntézou, prostorovým vnímáním, zrakovou a sluchovou orientací, je porušeno rozlišování před a pozadí, dítě si tedy neumí vybrat podstatné podněty a potlačit ty nepodstatné. Oslabené je i zpracování taktilních vjemů, dítě obtížněji diferencuje i v chuti a čichu. Nedokonalá je také propriocepce a vnímání rovnováhy.

- **Myšlení, paměť, pozornost**

U dítěte s mentálním postižením výrazně převažuje myšlení konkrétní, opřené o konkrétní smyslové vjemy. Značně oslabená je schopnost zobecnění, přenosu, abstrakce. Dítě si jen obtížně vytváří pojmy, není schopno kritického myšlení, má nepřesné úsudky, typická je neschopnost vyhodnotit a efektivně řešit nové, problémové situace. Převažuje paměť mechanická, i ta je ale oslabená oproti vrstevníkům.

Je potřeba mnohem častější opakování, přesto paměťová stopa rychleji vyhasíná. Záměrná pozornost je krátkodobá, snadno odklonitelná, je třeba častěji střídát chvilky soustředění s chvilkami relaxačními.

Rozvoj sebeobsluhy a sociálních dovedností

Sebeobsluha

Je žádoucí podporovat děti v samostatnosti při sebeobsluze. Na toaletě se dítě musí cítit bezpečně, proto jsou někdy potřebné drobné úpravy. Buď se umožní používání nočníku, nebo se vedle záchodu vybudují madla pro možnost přidržení, nebo se mísa vybaví speciálním nástavcem, umožňujícím fixovaný sed. Pro samostatnost na toaletě a při hygieně se osvědčuje vytvoření procesuálních schémat, popsaných v předchozím textu. Značná část dětí s mentálním postižením nemá ještě v předškolním věku zafixovanou kontrolu nad vyměšováním, je proto třeba používat pleny a děti přebalovat. Umývárnu je potom potřebné vybavit zvláštním uzavíratelným košem pouze na pleny.

Samostatnost při stravování je možné v počátcích podpořit pořízením speciálního talíře s vyššími, dovnitř zahnutými okraji, protiskluzové podložky, hrnku s nástavcem pro snazší pití a speciální lžice. Děti ale většinou chtějí mít to, co ostatní, proto tam, kde je to možné, je lepší pořídit kvalitní velký bryndák a nechat dítě jíst stejně, jak to vidí u spolužáků. (Samozřejmě v době, kdy se dítě nedokáže najíst samo, je třeba je nakrmit, aby nezůstalo hladové. Zpočátku se vytváří základní pohybový vzorec ruka-ústa, dítě tedy může jíst vhodné potraviny rukou. Po zvládnutí tohoto období se co nejdříve začíná s nácvikem jedení lžící.)

Pro podpoření samostatnosti při převlékání je vhodné domluvit se se zákonnými zástupci, aby dítě oblékali do snadno zvládnutelného oblečení (kalhoty do gumy v pase, volnější trička, boty se suchým zipem apod.).

DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

(zdroj: Praxe a metody rané péče v ČR, Tereza Hradilková)

Dítě s MP bývá ve vývoji celkově pomalejší a v jednotlivých oblastech nevyrovnané.

V důsledku možné poruchy svalového napětí (hypotonie/ hypertonie) se obtížněji rozvíjí pohyb – otáčení, plazení, lezení.

Dítě je omezeno v samostatném objevování, experimentování.

Porucha CNS může způsobit odlišnou kvalitu nebo načasování reakcí (dítě reaguje pomalu), problémy s vlastní motivací.

Rozvoj řeči a porozumění bývá často opožděný (často je třeba využít různé formy AAK). Je třeba podporovat podněcování chuti ke komunikaci.

Silnou stránkou dětí s MP je často dobrý sociální kontakt a schopnost napodobovat.

U dětí s MP se můžeme vidět projevy:

(zdroj: Předškolní vzdělávání dětí se SVP, M. Bartoňová, I. Bytešníková)

- Infantilnost osobnosti – rigidita, citová labilita, zvýšená potřeba jistoty
- Poruchy poznávacích procesů
- Poruchy mezilidských vztahů
- Komunikace spojená s impulzivitou a hyperaktivitou
- Nedůslednosti myšlení omezují delší soustředění či promýšlení
- Vnímání je nepřesné, chybné
- Nedostatečné komunikační schopnosti
- Narušení v jemné a hrubé motorice
- Narušení v sociálních kompetencích

Dítě s MP v MŠ

Předškolní vzdělávání plní funkce:

- **Diagnostické** (zařazení dítěte do dalšího vzdělání)
- **Reedukační** (zaměření na rozvoj kognitivních funkcí)
- **Rehabilitační**
- **Léčebně- výchovné** (ucelený a přirozený systém celodenního působení na dítě ve spolupráci s rodinou, při respektování zvláštností a odlišností vyplývajících z MP)
- **Respitní** (úlevu rodičům v péči o dítě)

Individuální vzdělávací plán

Zpracován učitelem za podpory poradenského zařízení

U MP se upřednostňuje učení globální, celostní (učení v souvislostech), Kooperativní učení, Individuální přístup k dítěti

Ukázka z knihy:

Individuální vzdělávací plán 2011/2012

(chlapec, LMP, věk 6 let Vanická, E. 2012)

Sociální chování

Současná úroveň – Chlapec si samostatně hraje s oblíbenými hračkami, obvykle přebírá vedoucí roli ve skupině, při návštěvách v běžné třídě aktivně podněcuje ostatní děti k fyzickému kontaktu (honění, skákání), nadále přetrvává nejistota a nesamostatnost při změnách (po obědě se pravidelně odchází do umývárny a na lehátko, přesto Lukáš stále čeká na verbální pokyn).

Plán – Obměňovat nabídku hraček k volné hře, účastnit se hry s jiným dítětem při společných hrách (volná hra), podněcovat hru s druhou osobou (s využitím nabízeného předmětu, hračky, pomůcky), zkoušet vyřizovat jednoduché pochůzky do vedlejší třídy, ředitelny, záměrně zadávat úkoly (něco rozdat, přinést,

dopomoci ostatním dětem), neustále se snažit při všech činnostech odstraňovat závislost na dospělé osobě.

Komunikace receptivní

Současná úroveň – Chlapec na požádání vybere jmenovaný obrázek (zvířata, dopravní prostředky), ukazuje předměty denní potřeby, prohlíží si obrázky a poslouchá po dobu 5 minut, rozlišuje velký a malý předmět, rozumí výrazu stejný x jiný, mluvené řeči ve většině situací rozumí.

Plán – Poznávat pojmenovaný obrázek z dalších oblastí (příroda, nábytek, potraviny), vykonat slovní pokyn dospělé osoby s důrazem na odstraňování nejistoty, procvičovat řazení obrázků k nadřazeným pojmům (hračka, jídlo), zkoušet chápat kategorie v, na, do, rozlišovat velikosti předmětů a obrázků, orientovat se v obrazech, které znázorňují činnosti.

Komunikace expresivní

Současná úroveň – Lukáš opakuje jedno a dvouslabičná slova velmi tiše a nesrozumitelně, používá citoslovce (např. při pojmenování zvířat), řekne své jméno a jména některých kamarádů, napodobuje některé zvuky.

Plán – Neustále opakovat jednotlivá slova s důrazem na hlasitost projevu, odpovídat na otázky (co je to, kdo je to), dokončit poslední slovo ve verši známé básničky, znát jména všech dětí i dospělých osob ve třídě, pokoušet se zopakovat tři čísla, vyslovit žádost o pomoc, nahradit citoslovce vyjadřující zvuky zvířat jejich správným názvem, rozvíjet slovní zásobu zpěvem, říkankami s pohybem s využitím předmětů vztahujících se k tématu.

Komunikace neverbální

Současná úroveň – Chlapec navazuje oční kontakt, zápor i souhlas vyjádří kýváním hlavy, ukazuje na žádané předměty.

Plán – Nadále využívat komunikační tabulky.

Jemná motorika

Současná úroveň – Lukáš manipuluje s kuličkou, lžící přemísťuje drobnosti do misky, krájí nožem a napichuje na vidličku, přestřihne proužek papíru či váleček modelíny, nalepuje tvary z papíru.

Plán – Procvičovat modelování válečku, kuličky, skládat papír dle předlohy a vložit do obálky, manipulovat s různými typy zámků, manipulovat s prvky technického panelu (vypínače, háčky, zvonky), zdokonalovat ovládání PC s pomocí myši, dále manipulovat s různými prvky stavebnice.

Hrubá motorika

Současná úroveň – Chlapec jezdí na koloběžce, poskakuje na místě, stojí na jedné noze, skáče na trampolíně.

Plán – zkoušet skoky snožmo, zpřesňovat hod na cíl, procvičovat rovnováhu na balanční desce, učit se pravidla jednoduchých společných pohybových her, využívat různé tělocvičné nářadí a náčiní ke zvyšování obratnosti (lavička, ribstol, trampolína, švédská bedna, padák).

Grafomotorika

Současná úroveň – Lukáš napodobuje vodorovné a svislé čáry, klubičko, úchop tužky není správný, uchopí štětec a maluje (zaplní plochu barvou), spojuje body nebo obrázky čarou, s dopomocí obtahuje jednoduché tvary.

Plán – Samostatně obtahovat jednoduché tvary, vybarvovat ohraničené tvary, procvičovat správný úchop tužky, zkoušet nakreslit jednoduchý obrázek s verbálním vedením (postava, dům).

Sebeobsluha při stravování

Současná úroveň – Lukáš ji lžící správným úchopem a napichuje na vidličku, pije z hrnečku, je ochotný ochutnat neznámé pokrmy, udržuje přiměřenou čistotu při jídle, chystá sobě a ostatním dětem.

Plán – Učit se používat celý příbor (krájet nožem), vyžádat si pozornost dospělého (chci přidat, prosím nakrátjet).

Sebeobsluha při oblékání

Současná úroveň – Chlapec si obléká a svléká jednoduché oblečení se slovním doprovodem, zouvá si a obouvá boty (zapne si boty na suchý zip), tričko a ponožky si oblékne (často nesprávně).

Plán – Procvičovat rozlišování přední a zadní strany oděvu, procvičovat obratnost při svlékání trička přes hlavu (zejména s dlouhým rukávem), zapínat si zip u bundy bez nasazení, využívat manipulační panel pro nácvik rozvazování tkaniček, rozepínání zipu a knoflíků, zavazování uzlů, klást důraz na samostatné vykonávání stále se opakujících úkonů při svlékání a oblékání (bez verbálních pokynů).

Osobní hygiena

Současná úroveň – Lukášek udržuje čistotu, WC používá samostatně, pustí si vodu z kohoutku, umyje si ruce a utře je, občas si zapomene umýt pusku po jídle.

Plán – Používat kapesník.

Abstraktně vizuální myšlení

Současná úroveň – Lukáš k sobě přiřazuje geometrické tvary, stíny a obrázky, zvuky k předmětu či obrázku, číslice a písmena, počítá na prstech do dvou, vyhledává podobnosti na obrázku.

Plán – Doplnit řadu podle daného vzorce, nadále nacvičovat skládání puzzle ze čtyř a více částí, procvičovat poznávání a pojmenovávání barev a geometrických

tvarů, řadit předměty a obrázky dle velikostí, procvičovat zrakovou a sluchovou percepci pomocí PC programů (Chytré dítě, Méda, Sluníčko), rozkládat slova na slabiky (rytmizace).

Prognóza

Lukáš ve školním roce 2012/2013 nastoupí do základní školy praktické v místě svého bydliště. Očekávám, že mu adaptace bude trvat delší dobu, ale že se úspěšně začlení do kolektivu.

TERMINOLOGIE ... MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ – nadřazený pojem

MKN- 10 – mentální retardace

MKN- 11 – porucha vývoje intelektu

DSM-5 – porucha intelektu

Mentální retardace:

Mentální retardace (volně přeloženo jako zpoždění duševního/psychického vývoje) je termín poměrně **nejednoznačný** a v současnosti vymezovaný **značným množstvím definic**, jež mají společné zaměření na celkové **snížení intelektových schopností** jedince a jeho **schopnosti adaptace** na sociální prostředí. Termín se začal používat v **širším měřítku** po **konferenci WHO v Miláně v roce 1959** a pozvolna nahradil celou řadu relevantních pojmů.

DEFINICE: (*Mentální postižení – Valenta, Michalík, Lečbych*)

*Lze ji vymezit jako **vývojovou poruchu rozumových schopností** demonstrující se především **snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností** s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která **oslabuje adaptační schopnosti** jedince.*

Termín **mentální retardace** se v DSM-5 nahrazuje termínem – **INTELLECTUAL DISABILITY (ID) = porucha intelektu** – a v připravované revizi MKN-11 je tento termín **synonymem** pro – **INTELLECTUAL DEVELOPMENTAL DISABILITY (IDD) = vývojová porucha intelektu**. Řazen bude nově mezi tzv. **neurovývojové poruchy**.

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKF je klasifikací **SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE – WHO**. Slouží pro **rehabilitační, posudkové a praktické lékaře**, ale také pro **další členy multidisciplinárních týmů**, kteří se zabývají péčí o osoby s disabilitou. **Nová MKF** nabyla platnosti v **červenci 2010**. V angličtině se užívá zkratka **ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health**.

MKF je určena pro **měření zdravotního postižení** – hodnotí **stupně disability**, **posuzuje zdravotní způsobilost k práci** (pokud je fyzická osoba disabilní), **speciální potřeby ve vzdělávání**, **přepisování a proplácení zdravotnických prostředků** pro účely zdravotních pojišťoven atd.

Aplikace MKF má svoji „**přidanou hodnotu**“ v tom, že odborníci v další péči (sociální pracovníci, speciální pedagogové a psychologové) dostanou **relevantní informace** o klientovi z **jejich profesní oblasti** (tj. oblast sociální péče a speciálního vzdělávání), které jinak ze samotné diagnózy z MKN-10 **vyvodit nelze**.

Diagnóza F84.0 dětský autismus nemá téměř žádnou výpovědní hodnotu o funkčnosti klienta, jeho disabilitách apod.

5. PRÁCE S DĚTMI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM A PODPORA MOBILITY A POHYBOVÝCH DOVEDNOSTÍ. POMŮCKY A TECHNIKY PRO PODPORU MOBILITY. SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ A PŘIZPŮSOBNOSTI PROSTŘEDÍ.

MORÁVKOVÁ Monika a kol. *Metodická podpora sítě inkluzivních škol: Katalog podpůrných opatření – Metodika aplikace podpůrných opatření v předškolním vzdělávání* [online]. © MŠMT 2024 [cit.2024-30-10]. Dostupné z: <https://database.opvvv.msmt.cz/vystup/735>

Šance Dětem, 2025. *Speciální pedagogické potřeby dětí s tělesným postižením*. [online]. [accessed 2025-4-2]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/specialni-pedagogicke-potreby-deti-s-telesnym-postizenim>

Vyhláška č. 27/2016 Sb. *Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*

Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s. *Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením*

Zákon č. 329/2011 Sb. *Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů*

Tělesné postižení

- "Tělesné postižení jsou poruchy nervového, pohybového a nosného ústrojí, které se projevují omezenou hybností a v součinnosti s faktory prostředí a osobními faktory snižují úroveň participace jedince v jedné nebo více relevantních aktivitách života." KANTOR (vytvořeno dle MKK)

Nemoc

- Nemoc (disease) – lékařský termín pro poruchu buněk, tkání a orgánů, jejímž důsledkem je porucha funkce a z ní vyplývající příznaky (biomedicínské pojetí).
- Onemocnění (illness) – sociální, psychologický a behaviorální rozměr nemoci a jejího dopadu na své nositele.

S různými pojetími nemocí souvisí různé koncepty zdraví:

- zdraví objektivní, jehož ukazatelem je medicínská diagnóza (z pohledu lékaře)
- zdraví subjektivní, které souvisí s hodnocením vlastního zdraví samotným pacientem (WHODAS).

Zdravotní oslabení

- Osoba se zdravotním oslabením má sníženou odolnost vůči chorobám a sklon k jejich opakování (např. u akutních zánětů dýchacích cest). Její zdravotní stav je ohrožen působením nevhodného životního prostředí, špatným režimem nebo nesprávnou výživou (Kábele a kol., 1992).

Mobilita – schopnost pohybu, přesunu z místa na místo

Imobilita – nepohyblivost, nehybnost, neschopnost se hýbat.

PRÁCE S DĚTMI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM A PODPORA MOBILITY A POHYBOVÝCH DOVEDNOSTÍ.

Práce s dětmi s tělesným postižením vyžaduje **individuální přístup, respekt k jejich potřebám a vhodné pomůcky**, které podporují jejich mobilitu a pohybové dovednosti. Cílem je umožnit dětem **co největší samostatnost, rozvíjet jejich motorické schopnosti a zapojit je do aktivit v kolektivu vrstevníků.**

Klíčové principy práce s dětmi s tělesným postižením:

- Individuální přístup – Každé dítě má odlišné možnosti pohybu a potřebuje přizpůsobené prostředí i metody podpory.
- Podpora aktivního pohybu – Je důležité děti motivovat k pohybu a posilovat jejich schopnosti pomocí rehabilitačních cvičení, her a asistovaných pohybových aktivit (Asistovaný pohyb – Pomoc při chůzi, přesunech a běžných činnostech)
- Použití kompenzačních pomůcek – správně vybrané pomůcky (chodítka, polohovací pomůcky, invalidní vozíky) pomáhají dětem lépe se pohybovat a zapojovat do běžného života.
- Spolupráce s odborníky a rodiči – neurolog, rehabilitační lékař, ortoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, konzultant rané péče či pracovník speciálně pedagogického centra – mohou pomoci s výběrem vhodných cvičení a pomůcek
- Zapojení do kolektivních aktivit – Děti s tělesným postižením by měly mít možnost účastnit se pohybových her, sportovních aktivit a vzdělávacích činností spolu se svými vrstevníky. Přizpůsobené sportovní a herní aktivity

Zákon č. 329/2011 Sb. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

Osobám se zdravotním postižením se poskytují tyto dávky:

- ➔ příspěvek na mobilitu,
 - Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.
 - Splnění podmínky opakovaného dopravování za úhradu prokazuje žadatel čestným prohlášením.
 - Z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené v odstavci 1, pokud splňuje ostatní podmínky uvedené v odstavci 1. Způsob prokazování podmínky opakovaného dopravování podle odstavce 3 se v těchto případech nepoužije a postupuje se podle § 26 odst. 1 písm. b).
 - Výše příspěvku na mobilitu činí, není-li dále stanoveno jinak, za kalendářní měsíc 900 Kč.
 - Výše příspěvku na mobilitu činí za kalendářní měsíc 2900 Kč pro osobu, která využívá po celý kalendářní měsíc zdravotnický prostředek pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii nebo zdravotnický prostředek pro domácí plicní umělou ventilaci, a tuto skutečnost krajské pobočce Úřadu práce prokázala potvrzením příslušné zdravotní pojišťovny.
- ➔ příspěvek na zvláštní pomůcku.
 - Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu uvedeným v příloze tohoto zákona, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.

- Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zadržního systému má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, autistickou poruchu s těžkým funkčním postižením anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardací charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.
- Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok.
- Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že osoba je starší
 - 3 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, svislé zdvihací plošiny, šikmé zvedací plošiny, schodišťové sedačky nebo na úpravu bytu,
 - 15 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení vodicího psa, nebo
 - 1 roku v ostatních případech,

➔ Průkaz osoby se ZP

- Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se posuzuje podle § 9 odst. 3.
- TP (těžké postižení) – základní stupeň, poskytuje menší výhody (např. přednostní vyřízení na úřadech). ZTP (zvlášť těžké postižení) – vyšší stupeň, umožňuje větší úlevy (např. slevy na dopravu, parkování). ZTP/P (zvlášť těžké postižení s průvodcem) – nejvyšší stupeň, určený osobám, které potřebují doprovod (např. bezplatná přeprava průvodce, vyšší příspěvky na mobilitu).

Úmluva o právech osob se Zp

Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

- **Přístupnost** s cílem umožnit osobám se zdravotním postižením žít nezávisle a plně se zapojit do všech oblastí života společnosti (budov, informací, služeb)
- **Právo na vzdělání** (rozvoj osobnosti, poskytnutí nezbytné podpory, úprava,)
- Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport
- Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti
- **Osobní mobilita** (umožnit osobní mobilitu, přístup ke kvalitním kompenzačním pomůckám, technologiím)
- Práce a zaměstnávání

POMŮCKY A TECHNIKY PRO PODPORU MOBILITY.

Mezi pomůcky pro výuku žáků s tělesným postižením (již od mateřské školy) lze zařadit (Kantor a Veselá (2012):

Pomůcky pro přesuny: otočný disk, elektrický zvedák, pás easybelt – takzvané „prodloužené ruce“, prkno k přesunu, židle s odnímatelnými opěrkami rukou, rampy, nájezdové lyžiny.



pás easybelt

Pomůcky pro polohování: polohovací lůžko, různé polštářky, klíny, válce, podložky pro nohy ve tvaru céčka nebo éčka)

Pomůcky pro zpřístupnění počítače: například adaptované klávesnice, spínače, trackbally, ale také různé softwarové programy pro ovládání počítače.

Pomůcky pro sebeobsahu: například speciální tvarovatelné přístroje, talíře s vyvýšenými okraji, navlékač ponožek, dávkovače mýdla a zubní pasty, snadno otevíratelné skříňky a odkládací prostory.

Pomůcky pro grafomotorické činnosti: různé typy ergonomických úchytů na psací náčiní, protiskluzná podložka, talíře s protiskluzovým dnem či magnetické stavebnice, sklopná deska.

Pomůcky pro rozvoj motorických dovedností a senzorické integrace: houpací desky a balanční pomůcky (pro rozvoj koordinace, posílení svalů aktivizace vestibulárního aparátu), podpůrné matrace a měkké překážkové dráhy (umožňují bezpečný pohyb při hrách), speciální rehabilitační míče (pro cvičení rovnováhy a posilování svalů), lehké a snadno uchopitelné míčky (pro děti s oslabeným úchopem – např. děrovaný míč), šlapací vozíky a handbiky pro děti (podporují sílu nohou nebo rukou), Rehabilitační trampolíny s madlem (pro bezpečné posilování svalů a koordinace), vibrační podložky a polštáře (pomáhají uvolnit svalové napětí a zlepšují vnímání těla).

Pomůcky pro lokomoci a zdravotnické pomůcky jsou obvykle osobní, například ortopedický vozík, francouzské berle, chodítka, vertikalizační stojany a podobně. U menších dětí (v předškolním věku) se samozřejmě setkáme spíše s rehabilitačními kočárky, chodítky a podobně. Ve třídě může být užitečná univerzální **ARIS sedačka** nebo transportní plošina Romedic (takzvaný rudlík).

Vertikalizační zařízení sloužící k uvedení pacienta do vertikální polohy slouží především k **podpoře držení těla dítěte**. Vzpřímené držení posiluje kosti a klouby dítěte a napomáhá jejich správnému utváření. Je důležité použití vertikalizace již od věku, kdy dítě běžně chodí, v pozdějších letech jsou již kontraktury v dolních končetinách a vertikalizace bolestivé. Někteří pacienti také později udávají nevolnost při vertikalizaci.

Výběru vhodné kompenzační pomůcky je dobré věnovat dostatek času a při výběru spolupracovat s týmem odborníků na konkrétní problematiku (klient, zákonný zástupce, odborný lékař – neurolog, rehabilitační lékař, ortoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, konzultant rané péče či pracovník speciálně pedagogického centra).

Pomůcky z vyhlášky 27/2016 konkrétně pro osoby s TP:

- | | |
|---|----------|
| - Speciální komponenty osobního počítače (alternativní myš, klávesnice aj.) | 7000 Kč |
| - Židle uzpůsobená fyziologickým potřebám žáka | 10000 Kč |
| - Madla k WC | 900 Kč |
| - Polohovací pytle | 4000 Kč |
| - Držák berlí na lavici | 560 Kč |
| - Pomůcky pro činnost žáka v prostoru | 2000 Kč |
| - Speciální rýsovací pomůcky | 5000Kč |
| - Pomůcky pro výuku tělesné výchovy – rovnovážné a balanční pomůcky pro senzomotorickou stimulaci | 10000 Kč |

- Dotykový monitor
- Vozík mechanický 22000 Kč
- Nájezdové ližiny 8200 Kč
- Schodolez nebo jiné obdobné zařízení 116000 Kč
- Nástavce na WC 1200 Kč
- Stůl vhodný k vozíku 10000 Kč
- Speciální komponenty osobního počítače (alternativní myš, klávesnice aj.) 11000 Kč
- Židle uzpůsobená fyziologickým potřebám žáka 30000 Kč
- Pomůcky pro pohyb a polohování v prostoru (např. schůdky, područky, gymbally apod.) 4000 Kč
- Taktile haptické didaktické pomůcky 5000 Kč
- Pomůcky pro senzomotorickou stimulaci 5000 Kč
- Pomůcky pro rozvoj motoriky 5000 Kč
- Kamery připevněné na monitoru PC k snímání pohybů hlavy (včetně SW)
- Polohovací sedačka/lehátko 10000 Kč
- Zvedák 30000 Kč
- Židle uzpůsobená fyziologickým potřebám žáka 50000 Kč
- Držák na tablet včetně ochranného obalu 8000 Kč
- Joystick pro alternativní ovládání tabletu 6000 Kč
- PC pracoviště pro žáky s nejtěžším postižením

Další

- Výukový, kompenzační či na rozvoj funkce zaměřený software
- Úprava a strukturace prostoru (nábytek, podoba prac. místa, osvětlení, odhlučnění apod.)
- Pomůcky pro rozvoj hrubé motoriky včetně pohybu v prostoru
- Pomůcky pro rozvoj jemné motoriky či grafomotoriky
- Komunikační programy pro alternativní a augmentativní komunikaci 5000 Kč
- Počítač /notebook/tablet (podle potřeb žáka)

SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ A PŘIZPŮSOBENÍ PROSTŘEDÍ

Aplikace podpůrného opatření

Před aplikací opatření je nezbytné mít dostatek informací o žákovi, jeho aktuálním zdravotním stavu, o jeho možnostech mobility, kompenzačních pomůckách, které využívá, o jeho individuálních potřebách. Hlavním zdrojem těchto informací je zákonný zástupce žáka, který poskytuje škole příslušné informace, zprávy a doporučení z odborných pracovišť. Při úpravě pracovního prostředí je třeba vždy vycházet z individuálních možností a potřeb daného žáka. Opatření je vhodné realizovat ještě před nástupem žáka do třídy, případně v co nejkratší době po jeho nástupu.

Je dobré mít na zřeteli, že zdravotní stav žáka i jeho motorické schopnosti se mohou v průběhu školní docházky měnit. V důsledku primárního onemocnění, léčby, operačních zákroků apod. může vyvstat potřeba změny podpůrného opatření. Je třeba také reagovat na přirozené somatické změny v důsledku růstu žáka (odpovídající velikost nábytku).

Ve školním prostředí se obvykle využívají tato opatření:

Organizační opatření

- Umístění třídy se žákem s omezenou mobilitou do přízemí, případně do nejnižšího možného patra, omezení stěhování třídy se žákem s omezenou mobilitou.
- Při sestavování rozvrhu brát v potaz dobrou přístupnost učeben, které bude žák využívat.

- Umožnit žákovi s TP přesuny v prostorách školy v době mimo přestávku (např. odchod na toaletu, do jídelny, přesuny mezi třídami) v době, kdy se po chodbách nepohybuje větší množství žáků).
- Doprovod žáka druhou osobou (pedagog) při přesunech v prostorách školy.
- Vyčlenění místnosti pro aplikaci medikace, aplikaci mastí, hygienu apod.
- Dopomoc určené osoby při některých činnostech – např. zvedání a sundávání židličky na/z lavici, přenášení tácu nebo talíře s obědem, těžších předmětů, aktovky apod.
- Poskytnutí druhé sady učebnic a zajištění prostoru pro její uložení ve škole (jedna sada pro domácí přípravu, druhá sada k dispozici ve škole).

Odstranění překážek, stavební úpravy

- Úpravy přístupové cesty ke škole (např. dostatečně široký chodník, obrubník u přechodu, v zimním období odstranění sněhu, případně posyp zledovatělého povrchu přístupové cesty v dostatečné šířce).
- Zajištění bezbariérového vstupu do školy (např. nájezdové rampy, pomocná zábradlí, využití jiného vchodu než hlavního).
- V případě potřeby zajištění vhodného parkovacího místa pro zákonné zástupce, přivázející do školy žáka s omezenou mobilitou.
- Odstranění architektonických bariér.
- Instalace výtahu, schodišťové plošiny.
- Úprava prostředí a odstranění případných překážek (např. uspořádání nábytku, zařizovacích předmětů apod.). Do tohoto opatření lze zařadit i úpravu ploch před školou v zimním období.
- Úprava šířky zárubní pro bezpečný vjezd osoby na vozíku.
- Úprava otevírání dveří (automaticky otevírané dveře, posuvné dveře, u toalet dveře otevírané ven).
- Vybavení prostor, které bude žák využívat, pomůckami zajišťujícími bezpečný pohyb a využití těchto prostor (např. madla, zábradlí, upravená toaleta, upravená sprcha, odkládací stolky, lehátka, zvedací zařízení, bidety, ruční sprcha na toaletě).
- Protiskluzové úpravy chodníku, podlahové krytiny bezpečné proti uklouznutí, odstranění rohožek, prahů a jiných překážek na podlaze.
- Úprava sociálního zařízení, umývárny, sprchového koutu.
- Zabezpečit dostatečný manévrovací prostor pro žáka mobilního s kompenzační pomůckou ve všech prostorách, které žák využívá (zejména ve třídě, na toaletě).
- Úprava dalších prostor, ve kterých se žák pohybuje (např. tělocvična, odborné učebny, šatny, jídelna).
- Dostatečné osvětlení prostor, kde se pohybuje tělesně postižený žák.
- Informační systém pro orientaci (např. označení výtahu, bezbariérových toalet apod.).

Úprava pracovního místa

- Organizace uspořádání třídy (např. umístění pracovního místa dle potřeb žáka, dostatečný prostor pro pohyb žáka z a na pracovní místo, dostatečný prostor pro manipulaci s imobilním žákem).
- Sezení žáka (např. výškově stavitelné židle, židle s područkami, ergonomicky tvarovaným sedátkem i opěradlem, sedací polštáře, rehabilitační židle, klíny, postranní opěrky, fi xační pásy, podložky pod chodidla).
- Pracovní plocha (např. výškově stavitelné lavice, lavice s výkrojem na vozík, lavice s úhlově nastavitelnou pracovní deskou, větší pracovní plocha uzpůsobená případným kompenzačním pomůckám, ergonomickým pomůckám, PC).
- Možnost oddělení pracovního místa (např. paravánem pro individuální práci).

- Prostor na odkládání pomůcek (např. boxy, volně přístupné police, kapsáře, uzamykatelné skříňky).
- Prostor na osobní věci žáka.
- Prostor pro relaxaci a polohování (např. koberec, žíněnka, lehátko, polohovací vak, polštáře).
- Prostor pro aplikaci léků, mastí apod.
- Umístění didaktických kompenzačních pomůcek do blízkosti žáka (např. PC, tabule, tabulky...).

6. MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE V RANÉ PÉČI. SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ODBORNÍKY (PSYCHOLOG, FYZIOTERAPEUT, LOGOPED). RODINA JAKO SOUČÁST TÝMU, MEZIOBOROVÁ KOMUNIKACE.

- Eurllyaid The European Association on Early Childhood Intervention, 2019. *Odporúčané postupy včasnej intervencie. EURLY AID - E.A.E.C.I* [online]. [accessed 2025-4-2]. Dostupné z: <https://www.eurllyaid.eu/eciguidebook-slovakedition/>
- Peter Limbrick, 2019. Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=GDM8KEqwimk>
- RP EDUCO Zlín, 2025. *Tým okolo dieťa*. Stredisko rané péče EDUCO Zlín z. s. Dostupné z: <https://ranapecezlin.cz/tym-okolo-dite-a-kreditovany-kurz-2025/>
- NAŠE ROVNOVÁHA, 2025. *Setkání okolo dieťa* [online]. Naše rovnováha, podporujeme deti s handicapem [accessed 2025-4-2]. Dostupné z: <https://naserovnovaha.cz/setkani-okolo-dite/>
- (Educo Zlín, RP: pro rodiny s dieťom od narodenia do 7 let, ktoré má zdravotní postihnenie, alebo obtiaže vo vývoji, a to dieťo s: mentálnym, telesným, alebo kombinovaným postihnením; poruchou autistického spektra (PAS), neurovývojovými poruchami, poruchou komunikácie; predčasne narodené (i v kombinácii so zmyslovým postihnením, pokiaľ zmyslové postihnenie nie je pre jeho vývoj urujúci); ohrozeným vývojom z dôvodu rôznych vlivů – biologických, psychických, sociálnych)

Raná péče predstavuje kľúčovú oblasť podpory detí so špecifickými potrebami a ich rodín. Je založená na multidisciplinárnej spolupráci odborníkov, ktorí spoločne pracujú na optimálnom rozvoji dieťaťa. Táto spolupráca je nevyhnutná pre zajišenie komplexnej péče a zahŕňa odborníkov z rôznych oblastí, ako sú psychologové, fyzioterapeuti, logopedi a ďalší špecialisti.

Odporúčané postupy včasnej intervencie definujú spoluprácu takto:

„Spolupráca je spoločná práca na rovnakom úkole alebo pracovnej úlohe.“

MODELY SPOLUPRÁCE ODBORNÍKŮ dle „Odporúčané postupy včasnej intervencie“:

- **Multidisciplinárny model** – Odborníci z rôznych oblastí konajú paralelne a separátne v interakcii s jedným dieťom alebo rodinou podľa konkrétnych identifikovaných obtiaží.
- **Interdisciplinárny model** – Také zahŕňa simultánnu intervenciu rôznych odborníkov so separátnymi plánmi a špecifickým zameraním na dané dieťo, avšak tu už dochádza k určitej interakcii a výmene informácií medzi odborníkmi.
- **Transdisciplinárny model** – Aplikuje komplexný a integrovaný plán, ktorý je vytvorený vo spolupráci tímu a rodiny, jež sa stáva jeho integračnou súčasťou. V optimálnom prípade jeden z odborníkov (kľúčový pracovník rodiny) podporuje rodinu pri implementácii tohto plánu v úzkej spolupráci a s pomocou ostatných odborníkov v čase.

Tabuľka 5.4 Aký je rozdiel medzi transdisciplinárnou perspektívou na jednej strane a multidisciplinárnou a interdisciplinárnou perspektívou na strane druhej v rámci fungovania tímu? (podľa Felgueiras, 2000; Franco, 2015; Woodruff a Hanson, 1987)

	Multidisciplinárny tím	Interdisciplinárny tím	Transdisciplinárny tím
Hlavná filozofia	Jednotlivé zložky tímu uznávajú dôležitosť a prínos ostatných vedných disciplín	Jednotlivé zložky tímu separátne vyvíjajú vlastný program ako súčasť intervenčného plánu, no vymieňajú si medzi sebou niektoré informácie	Odhodlanie jednotlivých zložiek tímu k spoločnému vyučovaniu, učeniu a spolupráci, ktoré prekonávajú hranice jednotlivých oblastí s cieľom implementovať jednotný intervenčný plán
Participácia rodiny	Rodina sa stretáva s jednotlivými zložkami tímu individuálne	Rodina sa môže stretnúť s celým tímom alebo jeho zástupcom	Rodina je plnohodnotným a aktívnym členom tímu a participuje na všetkých fázach procesu
Forma komunikácie medzi zložkami tímu	Zvyčajne neformálna	Občasné stretnutia tímu nad prípadovými štúdiami	Pravidelné stretnutia tímu: zdieľanie informácií, vedomostí a kompetencií medzi jednotlivými zložkami

Nejčastejšie problémy meziresortní spolupráce:

Konkurence mezi resorty

„Územní“ konflikt (úkoly, pravomoci); nedostatek informací o roli/funkci ostatních resortů/slужeb; politické zájmy.

Nedostatečná organizační struktura v oblasti koordinace

Odlíšné filozofie; odlíšné ciele (někdy až protichůdné); nízká konzistentnost a nepravidelnost týmové práce, chybějící facilitátor; nedostatečný monitorovací a hodnotící proces; nedostatečné plánování; nedostatečná pravomoc na přijímání a implementaci rozhodnutí.

Praktické faktory

Omezené zdroje: odborníci, čas, rozpočet; logistika: vzdálenost, geografické faktory.

Personální faktory

Příliš úzce zaměřené a omezené zájmy jednotlivých odborníků a institucionálních cílů; odpor vůči změnám; osobní postoje odborníků; nedostatek angažovanosti pro potřeby komunity; nedostatečná podpora administrativy; žargon a specifické pohledy na konkrétní problematiku.

RODINA JAKO SOUČÁST TÝMU

Rodina hraje klíčovou roli v rané péči a měla by být aktivním partnerem v procesu intervence. Dítě tráví nejvíce času se svými nejbližšími, a proto je důležité, aby rodina byla zapojena do veškerých terapeutických a edukačních aktivit. Efektivní spolupráce mezi odborníky a rodinou zvyšuje úspěšnost intervence a podporuje celkový vývoj dítěte.

Role rodiny v multidisciplinární spolupráci

- **Poskytování informací o potřebách dítěte** – rodiče znají své dítě nejlépe a mohou odborníkům poskytnout cenné informace o jeho chování, reakcích a preferencích.

- **Zapojení do terapeutických aktivit** – rodiče by měli být aktivními účastníky intervencí, učit se techniky a strategie, které mohou používat v domácím prostředí.
- **Podpora kontinuity péče** – odborníci mohou dítěti pomoci v určitém čase, ale zásadní je každodenní podpora rodiny, která zajišťuje trvalý rozvoj.
- **Emoční podpora dítěte** – rodiče jsou hlavními oporami dítěte, jejich pozitivní přístup a motivace mohou významně přispět k úspěchu intervence.
- **Spolupráce s odborníky** – otevřená komunikace mezi rodiči a specialisty umožňuje lépe přizpůsobit intervenční program individuálním potřebám dítěte.

Doporučení pro efektivní spolupráci s rodinou

- Edukace rodičů – poskytování informací o specifických potřebách dítěte a vhodných metodách podpory.
- Respektování individuálních možností rodiny – každá rodina má jiné zázemí, finanční možnosti a časové kapacity, což je nutné při plánování spolupráce zohlednit.
- Budování důvěry – vztah mezi rodinou a odborníky by měl být založen na vzájemném respektu a otevřené komunikaci.
- Podpora rodičů – odborníci by měli poskytovat rodičům nejen informace, ale i emoční podporu a motivaci.

TOD (Tým okolo dítěte)

EDUCO přišlo s metodou Tým okolo dítěte v roce 2017. Tuto metodu jsme převzali od Petera Limbricka z Velké Británie a nadále ji rozvíjíme v českém prostředí. Poskytujeme metodu TOD svým klientským rodinám s dětmi se zdravotním postižením.

Peter Limbrick:

- Tod je určen pro dítě a jeho rodiče, spojuje všechny profesionály dohromady, mohou tedy všichni pracovat na stejném programu – místo samostatné práce „zpívat píseň z jednoho listu, tahat za jeden provaz“. Všichni směřují k jednomu společnému cíli – dítě rozvíjet a učit.
- Pokud to není nastaveno, odborníci nevědí, co dělá druhý, rodiče jsou frustrováni, musí oni skládat všechny dílky dohromady, musí se naučit mnoho složitých věcí → tod se zaměřuje i na potřeby rodičů, rodiče jsou součástí TOD (vědí o zálibách dítěte, schopností, zkušenostech) – rozhodují, jak nejlépe pomoci svému dítěti
- TOD – šetří čas rodině i odborníkům; odborníci zde pracují jako tým, v jiných případech radí dle svého uvážení, často ale neví, jak pracují ostatní

Na setkáních Týmu okolo dítěte propojujeme práci odborníků ze zdravotnictví, školství a sociálních služeb. Jde o jedinečné setkání rodičů a odborných pracovníků ze všech tří resortů u jednoho stolu. Přínos metody spočívá v nastavení **Plánu podpory dítěte**, na jehož obsahu pracují rodiče i odborníci společně.

Jak TOD probíhá

- Žadatel kontaktuje koordinátora TOD s tématem, které chce s jím vybranými odborníky řešit. Společně nadefinují cíl, k němuž by mělo setkání vést. Koordinátor organizuje setkání (účastnit by se mělo max. 10 osob).
- Setkáním skupinu provází vyškolený **facilitátor**, který dohlíží na dodržování zásad metody TOD, udržuje bezpečné prostředí pro všechny přítomné a směřuje komunikaci účastníků k

vytvoření, přidělení a přijetí dílčích kroků vedoucích k dosažení stanoveného cíle. Setkání trvá přesně 90 minut.

Možná témata, s nimiž se na nás mohou rodiny obracet:

- pomoc s rozhodnutím, do jaké školy či školky dítě zařadit
- nastavení vhodných podpůrných opatření ve školce
- problémové chování dítěte v domácím prostředí či kolektivu
- nesoulad v názorech odborníků apod.

Zásady setkání TOD

- **Důvěra**
Účastníci setkání TOD souhlasí, že s veškerými získanými údaji o rodině a dítěti budou nakládat jako s osobními a citlivými údaji, které podléhají ochraně dle zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů, tzn. že tyto údaje nebudou šířeny dalším osobám.
- **Respekt**
Tým respektuje jedinečnost každého dítěte a každé rodiny. Respektuje jejich možnosti, prostředí, víru a kulturní hodnoty. Tým respektuje finanční a organizační možnosti rodiny při realizaci doporučení setkání TOD. Tým respektuje, že rodič má konečnou odpovědnost za své dítě.
- **Rodinnost**
Setkání je týmovou snahou najít možná řešení situace rodiny a dítěte. Setkání je prostorem pro vzájemné sdílení vnímání dítěte, vlastní práce, zkušeností, řešení problémových situací. Setkání nemá hierarchii. Účastníci setkání TOD jsou si rovni.
- **Empatie**
Účastníci TOD mají snahu vzájemně si naslouchat a pochopit postoj druhých. Každé setkání využívá zájem, moudrost, znalosti a dovednosti všech přítomných odborných pracovníků.
- **Čestnost**
Účastníci TOD jsou v prezentaci svých postojů otevření, upřímní, objektivní. Ve svém vyjadřování vystupují tak, aby jejich sdělení bylo lidské a empatické.

Výstupem setkání TOD je **plán podpory dítěte a rodiny**. Klíčový pracovník vytvoří plán, který projedná a odsouhlasí s rodiči. Koordinátor rozešle plán všem odborníkům, kteří se setkání účastnili, jako podklad pro další práci.

Vhodná frekvence

- Setkání může proběhnout jednorázově či opakovaně dle potřeb klientů.

Hlavní složky týmu okolo dítěte:

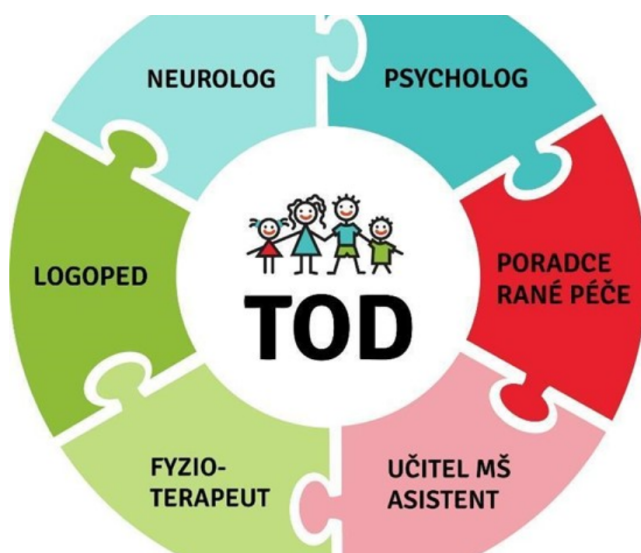
Tým okolo dítěte je **soubor odborníků, kteří spolupracují na poskytování komplexní péče dítěti a jeho rodině**. Tento tým je složen z různých specialistů, kteří přispívají k rozvoji dítěte v různých oblastech, jako je zdravotní stav, psychologické a emocionální potřeby, vzdělávání nebo sociální podpora.

1. **Pediatr – Lékař**, který se stará o celkové zdraví dítěte, diagnostikuje zdravotní problémy a zajišťuje preventivní péči.
2. **Psycholog** – Poskytuje podporu v oblasti duševního zdraví, pomáhá dítěti zvládat emocionální problémy a chování.
3. **Speciální pedagog** – Pomáhá dítěti s vývojovými problémy nebo speciálními vzdělávacími potřebami, jako jsou problémy s učením nebo chováním.

4. Logoped – Zaměřuje se na problémy s řečí a komunikací, poskytuje terapii pro zlepšení jazykových dovedností.
5. Sociální pracovník – Pomáhá rodinám se sociálními a finančními problémy, zajišťuje přístup k sociálním službám a podporuje rodiče při řešení životních situací.
6. Terapeut (ergoterapeut, fyzioterapeut) – Pokud je to potřeba, terapeut se zaměřuje na zlepšení motorických dovedností dítěte, rehabilitaci nebo rozvoj jiných funkcí.

Cíle týmu okolo dítěte:

- **Komplexní podpora:** Cílem týmu je poskytnout dítěti komplexní péči, která pokrývá všechny jeho potřeby – zdravotní, vzdělávací, psychologické a sociální. Rodiče mají přístup k širšímu spektru odborné pomoci, což jim umožňuje lépe zvládat situaci a efektivněji podporovat své dítě.
- **Koordinovaná péče:** Odborníci spolupracují, aby poskytli konzistentní a propojenou péči, která bude přizpůsobena individuálním potřebám dítěte.
- **Individuální plánování:** Tým společně vytváří a upravuje individuální plán péče, který zohledňuje silné stránky a výzvy dítěte a rodiny.



NAŠE ROVNOVÁHA Z.S.

- Naše rovnováha z.s., Podporujeme rodiny a děti s hendikepem, kromě setkání okol dítěte nabízí také vzdělávání, právní podporu, podporu otců
- Nabízí Setkání okolo dítěte – RP, rodiče, lékař, logoped, fyzioterapeut, facilitátor, učitelky (aby nemluvil jen jeden, chránil rodiče, ukotvuje to, drží se cíle...)
- **Setkání okolo dítěte je porada odborníků vedená facilitátorem.** Odborníky spojuje **stejný klient / pacient** nebo **rodina**. V čase **90 minut** se tým po prezentaci případu z pohledu různých odborností snaží najít **nový pohled nebo přístup k léčbě**.
- Rodiče a odborníci v řízené diskusi najdou vždy něco nového, co může dítěti a rodině pomoci. A to právě oproti situaci, kdy nad dítětem přemýšlí každý sám.
- Dochází rovněž ke **sjednání postupů a výchovy mezi všemi zúčastněnými, tudíž se rodina nesetká s protichůdnými doporučeními.**

7. Metody a strategie pro rozvoj smyslového vnímání u dětí se smyslovým postižením - edukační postupy pro děti se zrakovým a sluchovým postižením. Tvorba smyslově bohatého prostředí.

Úvod – význam smyslového vnímání

Smyslové vnímání představuje základní proces, díky němuž dítě poznává svět kolem sebe. Skrze zrak, sluch, hmat, čich, chuť, propriocepci a vestibulární systém dítě získává informace, které mu umožňují rozvíjet řeč, myšlení, sociální dovednosti i motoriku.

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) jsou smyslové vjemy výchozím bodem celého vývoje – tvoří základ nejen pro poznávání, ale i pro vytváření vztahů, orientaci v prostředí a sebeuvědomění. Děti se smyslovým postižením však nemají k těmto podnětům plný přístup, což se může projevit vývojovým zpožděním, komunikačními bariérami i sníženým sebevědomím. Proto je důležité smyslové vnímání aktivně rozvíjet cílenými metodami a prostřednictvím podnětného a bezpečného prostředí.

Klasifikace smyslového vnímání podle Olgy Zelinkové

Olga Zelinková (2001) rozděluje smyslové vnímání do sedmi oblastí:

- ✓ Zrakové vnímání – vnímání barev, tvarů, velikostí, vzdáleností, prostoru.
- ✓ Sluchové vnímání – schopnost rozlišit zvuky, rytmus, tón, hlásky, slova a věty.
- ✓ Hmatové vnímání – rozpoznávání struktury, teploty, tvaru a povrchu předmětů dotykem.
- ✓ Čichové vnímání – vnímání pachů, ovlivňuje paměť a emoce.
- ✓ Chuťové vnímání – vnímání základních chutí (sladká, slaná, kyselá, hořká).
- ✓ Propriocepce – vnímání polohy a pohybu těla, napětí svalů, kloubů.
- ✓ Vestibulární vnímání – vnímání rovnováhy, směru a rychlosti pohybu.

Smysly jsou v praxi propojené a jejich koordinované fungování je klíčové pro zdravý vývoj dítěte.

Typy smyslového postižení – rozšířená klasifikace

1. Zrakové postižení

Z lékařského hlediska se zrakové postižení klasifikuje podle zrakové ostrosti a zorného pole na nejlépe vidoucím oku při nejlepší možné korekci. Klasifikace WHO:

- ✓ Střední slabozrakost: zraková ostrost $< 6/18$ až $6/60$. Dítě má potíže s čtením, rozeznáváním detailů a orientací.
- ✓ Silná slabozrakost: zraková ostrost $< 6/60$ až $3/60$. Vnímání větších objektů je možné, ale rozlišování je značně omezené.

- ✓ Těžce slabý zrak: zraková ostrost $< 3/60$ až $1/60$ nebo zorné pole menší než 20 stupňů. Dítě vnímá světlo a pohyb, ale ne tvary.
- ✓ Praktická nevidomost: zraková ostrost $< 1/60$ nebo světlocit s chybnou projekcí. Rozpoznávání objektů není možné, pouze vnímání světla.
- ✓ Úplná nevidomost: úplná absence světlocitu. Dítě nevnímá žádné vizuální podněty.

2. Sluchové postižení

Podle úrovně ztráty sluchu se rozlišují následující typy:

- ✓ Lehká nedoslýchavost (21–40 dB) – problémy s vnímáním tichých zvuků, šumu, vzdálené řeči.
- ✓ Střední nedoslýchavost (41–70 dB) – bez sluchadel je řeč nesrozumitelná.
- ✓ Těžká nedoslýchavost (71–90 dB) – dítě reaguje jen na hlasité zvuky.
- ✓ Úplná hluchota (> 90 dB) – nevnímá žádné zvuky, je nutné využít znakový jazyk nebo alternativní komunikaci.

3. Hluchoslepota

Kombinace zrakového a sluchového postižení, která zásadně ovlivňuje:

- ✓ komunikaci,
- ✓ samostatnost,
- ✓ orientaci v prostoru,
- ✓ sociální interakci a vzdělávání.

Rozlišujeme:

- ✓ Částečnou hluchoslepotu – zachovány zbytky zraku a/nebo sluchu, lze využít kompenzační pomůcky.
- ✓ Těžkou hluchoslepotu – zbytky smyslů nejsou funkčně využitelné, nutná taktilní komunikace.
- ✓ Úplnou hluchoslepotu – dítě nevnímá žádné zrakové ani sluchové podněty, nutnost Lormovy abecedy, vibračních systémů a hluboce individualizovaného přístupu.

Metody a strategie pro děti se zrakovým postižením

Hlavní potřeby:

- ✓ kompenzace nedostatku zrakových informací,

- ✓ rozvoj ostatních smyslů (sluch, hmat, čich, pohyb),
- ✓ podpora orientace a samostatnosti,
- ✓ přístupnost informací a učiva.

Vhodné strategie:

- ✓ Zraková stimulace (pokud je funkční zbytek zraku): kontrastní obrázky, světelné panely, stínohry.
- ✓ Hmatové podněty: textury, reliéfní písmo, hmatové knihy, práce s hlinou, modelínou.
- ✓ Braillovo písmo: nácvik čtení a psaní.
- ✓ Trénink prostorové orientace: vodící linie, akustické body, cvičení s bílou holí.
- ✓ Multisenzorická výuka: zapojení vůní, chutí, zvuků a pohybu do každodenních aktivit.

Metody a strategie pro děti se sluchovým postižením

Hlavní potřeby:

- ✓ porozumění mluvené řeči,
- ✓ rozvoj řečových dovedností,
- ✓ vizuální podpora komunikace.

Vhodné strategie:

- ✓ Auditivní trénink – rozlišování zvuků pomocí sluchadel nebo implantátu.
- ✓ Zraková opora komunikace – mimika, gesta, odezírání.
- ✓ Znakový jazyk / znak do řeči – v závislosti na stupni postižení.
- ✓ Používání piktogramů a vizuálních schémat – pro orientaci v čase i prostoru.
- ✓ Hudebně-rytmické aktivity – práce s vibracemi (bubny, tanec, pohybové hry).

Tvorba smyslově bohatého prostředí

Smyslově bohaté prostředí má zásadní význam v edukaci dětí se smyslovým postižením. Mělo by nejen kompenzovat ztrátu jednoho ze smyslů, ale také přirozeně stimulovat smysly funkční a podporovat samostatnost, bezpečí, orientaci a motivaci k učení.

Obecné zásady:

- ✓ Bezpečnost a přehlednost – dítě se potřebuje cítit jistě. Volíme stabilní uspořádání prostoru, vyvarujeme se zbytečných změn.

- ✓ Strukturovanost – prostředí má jasné zóny (klid, aktivita, odpočinek) a předvídatelný řád.
- ✓ Přístupnost – pomůcky a informace by měly být fyzicky i smyslově dostupné.
- ✓ Multisenzorická stimulace – podněty pro více smyslů současně.

Pro děti se zrakovým postižením:

- ✓ Barevné kontrasty mezi objekty a pozadím, například barevně výrazné hrany schodů.
- ✓ Hmatové značení – reliéfní symboly, různé materiály, vodící čáry, odlišné povrchy podlah.
- ✓ Značení objektů zvukem nebo hmatem – např. zvonky, vibrační pomůcky.
- ✓ Stabilní a logické rozmístění předmětů – dítě se učí prostor nazpaměť.
- ✓ Předměty denní potřeby – přístupné, srozumitelně označené, podporující nácvik soběstačnosti.

Pro děti se sluchovým postižením:

- ✓ Akusticky upravené prostory – protihlukové závěsy, koberce, panely pohlcující zvuk.
- ✓ Dobré osvětlení – zajišťuje viditelnost obličeje pedagoga pro odezírání.
- ✓ Zrcadla – dítě může sledovat svou mimiku a artikulaci.
- ✓ Světelná signalizace – např. blikání při přerušení činnosti.
- ✓ Rozvrhy, instrukce a piktogramy – dítě má jasný přehled o čase, aktivitách a očekáváních.

Speciální podnětová prostředí:

- ✓ Snoezelen místnosti – terapeutické multisenzorické prostředí využívající světla, vůně, vibrace, hudbu a pohyb.
- ✓ Smyslové koutky – tematické stanoviště pro zkoumání vůní, hmatových materiálů, zvukových a vizuálních efektů.
- ✓ Smyslové zahrady a cestičky – různé povrchy (kámen, mech, písek), zvonky, aromatické rostliny a přírodní podněty.
- ✓ Hmatové stěny a boxy – podporují zvědavost, orientaci, rozvoj hmatového vnímání i spolupráci mezi dětmi.

Rozvoj smyslového vnímání u dětí se smyslovým postižením je komplexní a mezioborový úkol, který vyžaduje jak pedagogickou odbornost, tak citlivý a individualizovaný přístup. Smyslové postižení zasahuje celou osobnost dítěte – ovlivňuje jeho komunikační schopnosti, pohyb, vztah k sobě samému i okolnímu světu. Cílená stimulace, využívání kompenzačních metod a tvorba smyslově podnětného prostředí jsou klíčové kroky ke zvýšení kvality života, sebevědomí a vzdělávacího potenciálu těchto dětí.

8. Psychosociální aspekty zdravotního postižení a jejich vliv na vývoj dítěte - vliv zdravotního postižení na sebepojetí a sociální vztahy dítěte. Podpora adaptace a začleňování do kolektivu.

Úvod a teoretické ukotvení

Zdravotní postižení je komplexní životní situací, která ovlivňuje vývoj dítěte ve všech jeho složkách – biologické, psychické, sociální i emoční. V současné době převažuje pohled, který vychází z bio-psycho-sociálního modelu (WHO). Tento model chápe postižení jako výsledek interakce mezi zdravotním stavem jedince a faktory prostředí. Z tohoto hlediska je psychosociální vývoj dítěte s postižením ovlivněn nejen charakterem samotného postižení, ale i tím, jak na něj reaguje okolí – rodina, vrstevníci, škola i širší společnost.

Vymezení klíčových pojmů

Zdravotní postižení – znevýhodnění v oblasti funkcí těla nebo mysli, které omezuje běžné životní aktivity. Může být tělesné, smyslové, mentální, psychické nebo kombinované. Dle WHO zahrnuje poruchy funkcí, omezení činností a participace.

Psychosociální aspekty – psychologické a sociální faktory, které ovlivňují vývoj dítěte, jeho prožívání, sebepojetí, vztahy s ostatními, schopnost adaptace a začlenění.

Sebepojetí – souhrn představ, názorů a postojů, které má jedinec o sobě samém. U dětí se formuje prostřednictvím zpětné vazby od okolí, srovnávání s vrstevníky a vlastních zkušeností.

Sociální vztahy – interakce dítěte s lidmi v jeho okolí, především s vrstevníky, rodiči, učiteli a dalšími blízkými osobami. Jsou zásadní pro proces socializace, budování identity a rozvoj emocí.

Adaptace – psychický proces vyrovnávání se s náročnou životní situací, včetně přijetí postižení a vývoje zvládacích strategií.

Začleňování (inkluze) – aktivní vytváření podmínek pro to, aby dítě s postižením mohlo plnohodnotně fungovat v běžné společnosti (např. ve škole, mezi vrstevníky, v zájmových činnostech).

Vliv zdravotního postižení na psychosociální vývoj dítěte:

Vliv na sebepojetí

Sebepojetí je klíčové pro emocionální stabilitu a vývoj identity dítěte. U dětí se zdravotním postižením je jeho utváření často narušeno.

Negativní faktory:

- ✓ opakované neúspěchy a srovnávání se zdravými vrstevníky,
- ✓ stigmatizace, nepochopení či litování ze strany okolí,

- ✓ závislost na dospělých (např. při sebeobsluze),
- ✓ nadhodnocování nebo naopak podceňování schopností,
- ✓ absence role modelů se stejným postižením.

Důsledky:

- ✓ nízké sebehodnocení,
- ✓ pocity méněcennosti a viny,
- ✓ sebestigmatizace (vnitřní přijetí negativního obrazu),
- ✓ zvýšené riziko depresivních stavů, uzavřenosti a rezignace.

Pozitivní utváření sebepojetí je možné pouze za předpokladu podpory ze strany rodiny, pedagogů a vrstevníků. Sebeпоjetí dítěte není statické – může se vyvíjet směrem k větší stabilitě a sebedůvěře i přes zdravotní omezení, pokud dítě zažívá úspěch, přijetí a respekt.

Vliv na sociální vztahy

Děti se zdravotním postižením často zažívají omezení v oblasti mezilidských vztahů, a to v důsledku různých faktorů:

- ✓ komunikační bariéry (např. u dětí se sluchovým postižením, PAS, těžší mentální retardací),
- ✓ omezená mobilita (např. u tělesného postižení) – dítě se nemůže zapojit do pohybových aktivit,
- ✓ nepochopení vrstevníků („je jiný“, „nerozumíme si“),
- ✓ odlišné zájmy nebo potřeby,
- ✓ šikana, zesměšňování, opomíjení.

Důsledkem může být:

- ✓ osamělost, izolace,
- ✓ snížená motivace k interakci,
- ✓ ztráta důvěry v sociální kontakt,
- ✓ zhoršení dovedností potřebných k navazování a udržení vztahů.

Zejména v období adolescence, kdy je pro dítě klíčové začlenění do kolektivu a hledání identity skrze vrstevníky, může mít sociální vyloučení hluboký dopad na psychiku.

Faktory ovlivňující psychosociální důsledky postižení

- ✓ Typ a míra postižení – zřetelnost postižení (např. zjevné tělesné postižení vs. specifické poruchy učení) ovlivňuje míru stigmatizace.
- ✓ Věk dítěte – čím starší dítě je, tím více vnímá rozdíly mezi sebou a ostatními.
- ✓ Rodinné zázemí – přijetí dítěte v rodině a její stabilita hrají klíčovou roli.
- ✓ Postoje společnosti a školy – respektující prostředí může minimalizovat negativní dopady.
- ✓ Zkušenosti s přijetím či odmítnutím – tyto zkušenosti se ukládají do vnitřního obrazu dítěte o sobě.

Podpora adaptace dítěte na postižení

- ✓ Psychologická pomoc – podpora sebedůvěry, práce s emocemi, terapie zaměřené na zvládání úzkostí nebo traumatu.
- ✓ Speciálněpedagogická intervence – vytvoření strukturovaného a přehledného prostředí, práce se silnými stránkami dítěte.
- ✓ Podpora identity – ukotvení sebevědomí skrze aktivity, ve kterých dítě může být úspěšné (např. výtvarná činnost, práce se zvířaty, hudba).
- ✓ Respekt k tempu dítěte – přizpůsobení nároků jeho schopnostem, neporovnávání s ostatními.

Podpora začleňování do kolektivu

- ✓ Inkluzivní vzdělávání – výuka dětí se zdravotním postižením v běžné třídě s odpovídajícími podpůrnými opatřeními (asistent pedagoga, IVP, kompenzační pomůcky).
- ✓ Výchova ke spolupráci – rozvoj spolupráce mezi dětmi, sdílení odpovědnosti, vytváření pozitivního třídního klimatu.
- ✓ Zapojení do kolektivních aktivit – výlety, hry, školní projekty, ve kterých dítě není vyčleňováno.
- ✓ Spolupráce s rodinou – pravidelný kontakt učitele s rodiči, sladění přístupů doma i ve škole.
- ✓ Podpora vrstevníků – vedení třídního kolektivu k přijetí a respektu, vysvětlení potřeb dítěte, posilování empatie.

Specifika podpory dle typu postižení

- ✓ U dětí se zrakovým postižením je důležitá verbální komunikace, prostorová orientace, rozvoj hmatového vnímání.
- ✓ U dětí se sluchovým postižením se využívá vizuální podpora, odezírání, znakový jazyk, případně tlumočník.

- ✓ U dětí s tělesným postižením je klíčová bezbariérovost, pomoc při pohybu a sebeobsluze, důraz na autonomii.
- ✓ U dětí s mentálním postižením je třeba práce s konkrétními pomůckami, jednoduché a srozumitelné pokyny, časté opakování.
- ✓ U dětí s PAS je nezbytná predikovatelnost, struktura, vizualizace, nácvik sociálních dovedností.

Psychosociální vývoj dítěte se zdravotním postižením je komplexní a citlivý proces. Sebepojetí, sebedůvěra, schopnost navazovat vztahy a začlenit se do společnosti jsou významně ovlivněny jednak samotným charakterem postižení, ale především reakcemi okolí. Zásadní roli hraje rodina, škola, pedagogové a vrstevníci. Je nezbytné vnímat každé dítě individuálně, podporovat jeho silné stránky a vytvářet prostředí, ve kterém se může cítit bezpečně, přijímané a hodnotné.

Literatura:

- Vágnerová, M. (2015). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Karolinum.
- Pipeková, J. (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Paido.
- Ludíková, L. (2012). *Inkluzivní pedagogika*. MU Brno.
- Čábalová, D. (2018). *Psychologie zdravotně postižených*. Portál.
- MŠMT. (2020). *Katalog podpůrných opatření*.
- WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.
- Lechta, V. (2015). *Poruchy komunikace v kontextu inkluzivní pedagogiky*.
- Helus, Z. (2009). *Sociální psychologie pro pedagogy*.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*.

9. Vývoj raného a předškolního dítěte se zdravotním postižením

Fáze psychomotorického a sociálního vývoje, specifika vývoje u dětí se zdravotním postižením a vliv zdravotních omezení na celkový rozvoj.

- Vývoj je celistvým, za normálních okolností, nezvratným procesem, zahrnuje somatickou i psychickou složku, které jsou ve vzájemné interakci
- K zástavě vývoje, jeho regresi a úbytku dochází jen v patologických případech
- Psychický vývoj je zákonitým procesem, ve kterém na sebe postupně navazují jednotlivé vývojové fáze, které jsou stabilní a neměnitelné, představují postupnou proměnu od méně dokonalé úrovně k dokonalejší
- Na vývoji se podílí procesy zrání a učení, přičemž zrání ovlivňuje předpoklady pro rozvoj psychických projevů a učení je umožňující
- Vývoj neprobíhá zcela plynule a rovnoměrně, v jeho procesu dochází k latencím, vývojovým skokům apod.
- Průběh vývoje je vždy individuálně specifický, specifická se projevuje v tempu, ve vyzrálosti vlastností, ve výkyvech a v interakci genetických dispozic a konkrétních životních podmínek
- Vývojové mezníky – typické změny v jednotlivých fázích vývoje, které danou vývojovou fázi charakterizují, přechod mezi fázemi není plynulý, občas se projeví určitá tenze (vývojová krize)
- Senzitivní fáze – časový úsek, v němž je dítě zvýšeně vnímavé k podnětům určitého druhu, které jsou potřebné k psychickému vývoji v určité oblasti

Dělení z hlediska vlivu na osobnost jedince:

- Primární postižení – změny, které jedince omezují v oblasti jeho předpokladů pro rozvoj normálních funkcí (např. omezení v oblasti smyslového vnímání v důsledku zrakového či sluchového postižení)
- Sekundární postižení – působení zejména psychosociálních vlivů vycházejících z existence primárního postižení, na vzniku sekundárních změn se podílí i specifické osobnostní charakteristiky daného jedince a vlivy jeho sociálního prostředí. Tyto faktory působí ve vzájemné interakci a výsledkem bývá změna životní situace člověka s postižením.

Dělení z hlediska etiologie:

- Vrozené postižení – ovlivňuje vývoj dítěte a omezuje rozvoj jeho důležitých vývojových kompetencí, zatím nemá velký vliv na psychické prožívání jedince.
- Získané postižení v průběhu života – pro svého nositele představuje značnou psychickou zátěž, člověk může srovnávat s kvalitou předchozího životního období. Výhodou může být zachování dřívějších zkušeností a kompetencí (např. u zrakového postižení zachovaná představa barev, prostoru, tvarů).

Vliv vrozeného postižení na psychiku

- Zdravotní postižení významně omezuje a znesnadňuje získávání zkušeností z podnětů, které prostředí dítěti nabízí
- Nedostatek zkušeností negativně ovlivňuje možnosti učení dítěte a jeho další adaptaci v sociálním prostředí
- Rozvoj poznávacích procesů probíhá jinak než u zdravého dítěte, některé dovednosti se nemohou rozvíjet přirozeným způsobem, za to jiné kompetence kompenzují omezené možnosti vývoje (např. hmat, sluch, verbální komunikace nahrazuje zrak), rozvoj kompenzačních dovedností je nutné dítě cíleně učit a stimulovat

- Rozvoj osobnosti závisí na přijetí dítěte s postižením jeho sociálním prostředím, na způsobu výchovy, na možnosti a příležitosti ke vzájemným kontaktům s jinými lidmi – možnost získání různých sociálních rolí a v důsledku toho i sociálních zkušeností
- Vývoj socializace závisí na chování sociálního prostředí k dítěti, na možnostech k rozvoji sociálních dovedností

(Opatřilová 2006)

PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ

Kojenecké období (1 měsíc – 1 rok)

- První rok života je naplněn klíčovými úseky pro rozvoj různých vlastností, dovedností a schopností, které by měly být správně stimulovány
- Jestliže tomu tak není a vlivy prostředí nejsou harmonizovány se zralostí dítěte, dochází buď k podnětové deprivaci a vývojovému opoždění nebo opačně, k nepřiměřené či nadměrné stimulaci, na kterou není organismus zralý
- Kojenecké období je charakterizováno jako období receptivní, kdy dítě přijímá podněty z okolního světa
- Smyslem této fáze je získání základního pocitu důvěry, jeho naplnění je spojeno s adekvátností mateřské péče
- U dětí s postižením může dojít k různě závažné deprivaci v oblasti základních psychických potřeb, příčinou mohou být omezení daná zdravotním stavem, ale i změny v mateřských postojích a chování k dítěti
- Mezi dětmi jsou individuální rozdíly v chování, prožívání i celkovém vývoji, dané vnějšími vlivy i vnitřními dispozicemi
- Vývoj je zatížen primárními a sekundárními následky postižení, raná zkušenost se v mnoha směrech liší od zkušeností zdravého dítěte
- Nejvýznamnější vývojové pokroky: rozvoj lokomoce a řeči (směřují k osamostatnění dítěte a jeho větší expanzi do prostředí, ve kterém žije)
- Emoční a socializační vývoj – dítě navazuje a prožívá blízký vztah s matkou, získává potřebné zkušenosti, teprve později se z této vazby stále více uvolňuje a rozšiřuje své sociální kontakty (v pozdějším období)

Vývoj hrubé motoriky

- Za normálních okolností dochází v kojeneckém věku ke značnému rozvoji motorických dovedností, s tím souvisí i vývoj poznávacích procesů a socializace
- Sed – pozorování světa z jiného zorného úhlu
- Lezení – dítě se může samo přiblížit k zajímavým objektům, není vázáno na pomoc druhých
- Pohybový vývoj i adekvátní vnímání svého těla má pro kojence velký význam, protože dětské sebepojetí je v tomto věku vztaženo především k vlastnímu tělu, jeho aktivitám a kompetencím. Narušení pohybu se tedy může projevit v dalším rozvoji osobnosti dítěte s postižením (hůře dosažitelné uvědomování vlastního já).
- Děti s DMO – narušení hybnosti může být různého stupně, až po velmi závažná postižení zcela znemožňující pohyblivost, chudý projev bez motorické aktivity, mimických a často i hlasových reakcí, utlumuje zájem rodičů se dítěti věnovat, děti mohou být méně stimulovány, ačkoliv potřebují, aby byli rodiče směrem k nim aktivnější. Úměrně k závažnosti pohybového deficitu se opoždí celkový vývoj. Změněna může být i jejich aktivační úroveň – neklidnost, zvýšená dráždivost, častý pláč, poruchy spánku a stravování nebo naopak apatie, ospalost, nezájem.

- Děti s MP – v případě závažného stupně MP se pohybové dovednosti nerozvinou vůbec.
- Děti se zrakovým postižením – omezená senzorická stimulace má negativní vliv na vývoj pohybových dovedností, nejsou vizuálně podněcovány k pohybovým aktivitám, vlivem obtížné orientace v prostoru jsou opožděné v samostatné lokomoci, jeví se méně aktivní.

Vývoj jemné motoriky

- Poznávací aktivity jsou úzce spojeny s manipulací, která je na rozvoji ovládání ruky a úchopu závislá
- Děti s DMO – opoždění vývoje v důsledku tělesného postižení.
- Děti s MP – nižší aktivační úroveň, rušivé vlivy zvýšené dráždivosti a neklidu, jemná motorika se vyvíjí opožděně.
- Děti se zrakovým postižením – menší stimulace, snížení aktivační úrovně, v důsledku toho opoždění jemné motoriky, potřeba specifické stimulace dítěte.
- Děti se sluchovým postižením – pohybový vývoj probíhá v normě, v tomto věku se může dítě jevit ještě jako zcela zdravé.

Vývoj řeči

- Přípravné období vývoj řeči, v jednom roce dovršeno aktivním používáním několika jednoduchých slov a porozuměním základním pojmům či pokynům
- Děti s DMO – narušení motoriky mluvidel, dysartrie, kombinace s mentálním postižením.
- Děti s MP – vývoj řeči závisí na stupni MP, řeč je opožděna ve všech jazykových rovinách, u těžších stupňů se v kojeneckém věku neobjevují první aktivní slova ani porozumění.
- Děti se zrakovým postižením – řeč se vyvíjí normálně, s výjimkou dětí zanedbaných nebo v případě přítomnosti vícečetného postižení. Sluchové vnímání má pro dítě poznávací, komunikační i kompenzační smysl. Hra s řečí je častá a uspokojující, stejně jako počátek rozvoje pasivní řeči (porozumění). První slova se objevují okolo 1 roku.
- Děti se sluchovým postižením – neslyšící děti začínají broukat, ale protože chybí zpětná vazba, předřečový vývoj se zastavuje a dítě nezačne žvatlat. Komunikace je omezena na vizuální, pohybové a dotekové podněty.

Vývoj poznávacích procesů

- U dětí s postižením bude vždy nějakým způsobem ovlivněn
- Velký význam má prostředí, protože děti jsou vzhledem k postižení více závislé na aktivitě jiných lidí

Rozvoj psychických potřeb

- V kojeneckém věku mají největší význam tři základní potřeby:
- Potřeba stimulace – bývá z různých důvodů hůře uspokojována. Je závislá na přiměřenosti a citlivosti výchovné péče rodičů, a to ve větší míře, než u dětí zdravých. Často není dosažitelné ani částečné osamostatnění v oblasti uspokojování této potřeby.
- Potřeba smysluplného učení, porozumění světu a jeho pravidlům – závislé na možnostech dítěte a výchovném přístupu. Nutné porozumění specifickým omezením dítěte, přizpůsobení výchovného vedení možnostem dítěte, větší pomoc při zvládnutí určitých vývojových kroků (které jsou u zdravých dětí spontánní), zprostředkování základních zkušeností rodiči.

- Potřeba citového vztahu a bezpečí – velmi důležité, citová vazba pomáhá překonat mnohé problémy, které onemocnění přináší. Emoční vztahy mají zásadní význam pro celkovou, somatickou i psychickou odolnost dítěte.
- Citové prožitky a projevy se u dětí rozvíjí, narušení rozvoje bývá dáno charakterem rodinné výchovy
- Citové prožitky mají základní regulační význam, usměrňují reakce dítěte směrem k pozitivně prožívaným podnětům a aktivitám

Batolecí období (1 – 3 roky)

- Hlavním vývojovým úkolem je expanze do širšího prostředí a odpoutání od předchozí těsné vazby s matkou
- Rozvoj dětské osobnosti, identity batolete, které se již neztotožňuje s osobností matky, jako tomu bylo v 1. roce života
- Batolecí období je označováno jako období autonomie, separace, které dítě dosahuje především pomocí svalové aktivity

Vývoj motoriky

- Schopnost lokomoce je důležitá, protože zbavuje dítě závislosti na dalších osobách, umožňuje mu uspokojovat potřebu stimulace a částečně i potřebu učení
- Nedostatky v motorickém vývoji se automaticky odrážejí i v ostatních oblastech vývoje
- Neschopnost samostatné lokomoce je příčinou omezení v oblasti stimulace, získávání nových zkušeností a navazování nových vztahů
- Neschopnost samostatného pohybu ovlivňuje také postoje dospělých, rodiče mají tendence chovat se k dítěti ve všech oblastech jako ke kojenci
- Děti s DMO – narušení hybnosti může být různého stupně, až po velmi závažná postižení zcela znemožňující pohyblivost, narušena koordinace ruky a oka.
- Děti s MP – opoždění pohybového vývoje v různé míře vzhledem k etiologii a stupni MP.
- Děti se zrakovým postižením – omezená možnost orientace na větší vzdálenost, obavy ze samostatného pohybu, omezená koordinace ruky a oka.

Vývoj řeči

- Řeč umožňuje osamostatnění prostřednictvím komunikace a rozvoje poznávacích funkcí
- Děti s DMO – poškození motoriky mluvidel, komunikační obtíže a celkové omezení sociálního kontaktu.
- Děti s MP – opoždění vývoje řeči, chudý aktivní i pasivní slovník, 2-3 slovné věty, dysgramatismy.
- Děti se sluchovým postižením – u nekompenzovaných neslyšících dětí se celkově opoždí psychický vývoj, a to hlavně tam, kde má řeč největší význam, tedy v rozvoji poznávacích procesů a sociálních vztahů. Vývoj myšlení nemůže plynule přecházet na vyšší, symbolickou úroveň, chybí mu znaková soustava jazyka. Má omezené možnosti ve vyjádření svých potřeb a pocitů, a v porozumění svému okolí.

Vývoj poznávacích procesů

- Spojen s úrovní pohybové aktivity
- Pohybová autonomie poskytuje možnost vnímat širší okruh podnětů, u většiny dětí s postižením přetrvává vazba na zprostředkující aktivitu jiných lidí

- Osamostatňování je závislé na porozumění a podpoře dospělého, rodiče by měli dítě učit aktivně a samostatně poznávat, nečekat až samo projeví zájem
- Charakteristickou vlastností batolat je zvědavost, která může být u zdravých dětí uspokojována vlastní aktivitou, většinou je tato aktivita spojena s pohybem
- Batole je snadno, ale krátkodobě upoutáváno všemi možnými podněty, kterým se snaží přiblížit a prozkoumat je
- Děti s postižením dávají přednost závislosti a vazbě na aktivitu dospělého, chybí jim spontaneita spojena se zvědavostí
- Mají sníženou aktivační úroveň a menší zájem o stimulaci, může dojít k přesunu k dostupnějším podnětům (např. sluchové podněty u dětí se ZP), někdy se děti ve větší míře soustředí na vlastní tělo a manipulaci s ním (autostimulace, automatismy – mačkání očí, kývání)

Rozvoj psychických potřeb

- Potřeba stimulace – bývá snížena, především v cizím prostředí, kde se hůře orientují, pohybují, bojí se.
- Potřeba účinného učení – děti s postižením jsou nějakým způsobem omezeny, mají proto méně zkušeností, mohou se cítit snadněji ohroženy a hledat tak oporu ve stereotypu nebo u dospělého.

Rozvoj vztahů k druhým

- Vztah s matkou zůstává primárním zdrojem jistoty a bezpečí
- U dítěte s postižením přetrvává závislost na takovém vztahu mnohem déle

Rozvoj vědomí sebe sama, vlastní osobnosti i svých možností

- Děti s poruchou hybnosti – omezená hybnost je udržuje v pasivitě a komplexní závislosti, nemají možnost se prosadit, dělat něco samostatně. U těchto dětí se neobjevuje stadium negativismu, které je signálem osamostatňování a rozvoje identity vlastní osobnosti, může se objevit v pozdějším období s netypickými projevy. Tendence k sebeprosazování se mohou ventilovat ve formě bezmocných záchvatů vzteku.
 - Děti s MP – v rámci celkově opožděného vývoje je opožděn i rozvoj sebeuvědomování, dítě je déle závislé na dospělé osobě, potřeba sebevymezení a sebeprosazení se v batolecím věku ještě neobjevuje.
 - Děti se SP – výrazně převažuje pohybová samostatnost, v oblasti sociální může jít spíše o izolaci.
 - Rozvoj osobnosti těchto dětí bývá limitován na úrovni možností vlastní aktivity, tak i menším rozsahem zkušeností, aktivní separaci mohou bránit i nepřiměřené výchovné postoje rodičů
 - Pasivita a závislost se negativně projeví i v rozvoji autoregulace, schopnost alespoň částečně ovládat své jednání se rozvíjí později
- ➔ Dosažení základní autonomie souvisí s vývojem všech složek v jejich vzájemné interakci. Jakékoliv opoždění v oblasti samostatné lokomoce, manuální zručnosti, řeči i poznávacích procesů naruší rozvoj celé osobnosti a ovlivní i socializaci.

Předškolní období (3 – 6-7 let)

- Označováno jako fáze iniciativy, hlavním motivem je potřeba aktivity a sebeprosazení, která v tomto období vrcholí na zralejší úrovni, kdy děti dobře zvládají samostatnou lokomoci a dovedou lépe ovládat své tělo

- Vývoj pokračuje plynule, ale stále dost intenzivně
- Aktivita dětí s postižením nemůže být tak intenzivní a nemůže se projevovat ve všech oblastech
- Samo postižení a jeho následky se v tomto věku v mnoha případech stabilizují
- Mohou se objevovat první pokusy o emancipaci

Vývoj motoriky

- Zlepšuje se na tolik, že se většina dětí dokáže nějakým způsobem sama pohybovat (kromě těžších tělesných postižení)
- V jemné motorice přetrvávají obtíže u dětí s DMO, u nevidomých dětí chybění vizuální kontroly pohybu

Vývoj řeči

- Důležitá složka psychického vývoje, její zvládnutí je podmínkou pro rozvoj v mnoha dalších oblastech psychiky dítěte
- Děti s DMO – akustická dysgnózie (potíže ve sluchové diferenciaci řečových stimulů), narušení motorické realizace řeči (dysartrie).
- Děti s MP – opoždění vývoje řeči ve všech jazykových rovinách, chudý řečový projev, dysgramatismy, často obtížně srozumitelné, zhoršené porozumění, malá slovní zásoba.
- Narušení formální i obsahové stránky řeči

Vývoj poznávacích procesů

- Je opožděn nerovnoměrně, v závislosti na charakteru postižení
- U dětí s tělesným či smyslovým postižením může být ovlivněn celou řadou faktorů, působících spíše v oblasti výkonnosti a využití schopností
- Vývoj je závislý na adekvátní stimulaci a sociálních vlivech
- Pro rozvoj rozumových schopností je v tomto věku významný vztah dvou protichůdných motivů – potřeba změny (často dosahované vlastní iniciativou), a potřeba stability, jistoty a bezpečí, který by měl být vyvážený

Rozvoj psychických potřeb

- Vyrovnaný vývoj osobnosti předpokládá adekvátní uspokojování základních psychických potřeb
- U dítěte s postižením dochází častěji k určitému strádání v oblasti různých psychických potřeb, některé se ani nemusí rozvinout, mohou být potlačeny

Rozvoj osobnosti

- Projevuje se také rozvojem sebepojetí a potřebou sebeuplatnění
- Rozvoj závisí na citlivosti a přiměřenosti výchovy, dítě má menší možnosti a zkušenosti s osamostatňováním, hůře se prosazuje, nemá dostatečně rozvinutou schopnost autoregulace

Vývoj kognitivních schopností

- Pozornost bývá i za normálních okolností ještě nezralá, krátkodobá a povrchní, u dětí s postižením může být nenacvičená a velmi slabá (nižší aktivací úroveň, podnětová deprivace, organické poškození CNS)
- Paměť bývá převážně mechanická, krátkodobá a konkrétní, spontánní zapamatování je ovlivněno omezenou nabídkou podnětů nebo nižší úrovní poznávacích schopností

- Myšlení přechází kolem 4. roku věku na vyšší úroveň – myšlení názorné, intuitivní. Na počátku děti uvažují v určitých pojmech, které jsou ještě hodně konkrétní, často nepřesné a obsahující různé nepodstatné znaky. S pokračujícím vývojem dochází k jejich zpřesňování, děti si začínají vytvářet pojmové skupiny, které mají určitou společnou vlastnost (např. pták i letadlo létají).
- Děti s MP – u těchto dětí je postižení kognitivních schopností primární, u dětí s lehkým stupněm MP je myšlení stále svázáno s konkrétní činností, konkrétními představami, malou slovní zásobou, značnou stereotypií a těžkopádností v řešení běžných situací.
- Děti s tělesným a zrakovým postižením – vývoj myšlení prochází stejnými fázemi, pokud není postižení v kombinaci s jiným a dítě je vhodně výchovně vedeno, nedochází k výraznějšímu opoždění. Lze pozorovat vliv menší zkušenosti, omezenější zásoby představ.

SOCIÁLNÍ VÝVOJ

Novorozenecké období (1. měsíc)

- Dítě je v interakci od počátku aktivním činitelem, ne pouze pasivním příjemcem podnětů z prostředí
- Rozdíly v chování novorozenců modifikují motivaci a chování dospělého
- Jestliže odezva dítěte z nějakého důvodu chybí, rodiče mají tendence snižovat četnost vzájemného kontaktu, který neodpovídá jejich očekávání

Kojenecké období (1 měsíc – 1 rok)

- Rozvíjejí se primární sociální vztahy a interakce v rodině (nebo jiné náhradní mikrostruktuře, kde kojenec žije)
- V prvním roce života je socializace závislá především na adekvátní aktivitě dospělé osoby (vesměš matky), která stimuluje a ve významné míře spoluroučuje charakter interakce a komunikace s dítětem
- Postižení je faktorem, který interakci mezi matkou a dítětem podstatně mění, jak na úrovni možností a reálných projevů dítěte, tak na úrovni očekávání a skutečného chování matky

Děti s poruchami hybnosti

- Nereaguje na rodiče očekávanou motorickou aktivitou
- Jeho mimika bývá chudá, pokud je narušena motorika mluvidel, chybí také artikulační projev
- Nedostatek reakcí utlumuje rodičovskou aktivitu, ačkoliv takové dítě je na ni odkázáno mnohem více než dítě zdravé

Děti s MP

- Bývají obecně méně aktivní, spavé, klidné až apatické
- Poskytují rodičům méně odezvy, jejich reakce bývají slabé, stereotypní, na vývojově nižší úrovni

Děti nevidomé

- V sociální interakci chybí vizuální kontakt, signální význam lidského obličeje se ztrácí
- Přítomnost matky se projevuje jen taktilně kinestetickými a sluchovými podněty
- Děti také reagují úsměvem na matčin hlas, ale reakce bývá méně výrazná a nepravidelná

Děti neslyšící

- Sociální kontakt je omezen na vizuální a taktilně kinestetické podněty
- Deprivace v oblasti sluchových podnětů

Stadia vývoje sociálních vztahů v kojeneckém věku

1. Stadium předobjektální (0.-3. měsíc)

- Dítě ještě přesně nerozlišuje mezi objekty ve svém prostředí, ať už to jsou živé bytosti nebo neživé předměty
- Nerozeznává zcela přesně ani známé a neznámé osoby
- Malé dítě vnímá svět kolem sebe především zrakem
- Opoždění v této oblasti bude především u dětí s těžkým zrakovým postižením a u dětí s jinými druhy těžkého postižení (DMO, MP), které jsou výrazně apatické

2. Stadium předběžného objektu (3.-6. měsíc)

- Dítě se naučí rozlišovat lidi od jiných objektů a reaguje na ně odlišným způsobem
- V interakci reaguje pohledem, úsměvem, pohybem a broukáním, lidský obličej má význam signálu, na který dítě specificky reaguje
- V 6. měsíci již interakci samo iniciuje, upoutává na sebe pozornost
- Největším omezením jsou poruchy vidění a MP, které snižuje aktivační úroveň, rozsah stimulů i kvalitu jejich zpracování
- Děti s postižením mívají chudší reakce, sociální stimuly je upoutávají jen krátkodobě nebo vůbec, nejsou schopny iniciovat interakci

3. Stadium objektu (6.-12. měsíc)

- Dítě začíná být schopné rozlišovat mezi blízkými a cizími osobami, objevuje se strach z cizích lidí
- V této době probíhá také vývoj pochopení pojmu stálosti, trvalosti objektu, což je nezbytným předpokladem pro rozlišení osob s různým významem a pro vznik stabilního vztahu s matkou
- Děti se zrakovým postižením – vnímání objektů v omezeném rozsahu i jiném obsahu, získávají méně přesné informace
- Děti s MP – velmi obtížně rozlišují mezi objekty ve svém okolí, nemívají tudíž vytvořeny specifické reakce, kterými by diferencovaly v interakci
- Socializace dítěte s postižením se v tomto období opoždí v oblasti interakce a počáteční regulace chování a vztahů k lidem
- Diferenciace blízké osoby od cizí a z toho vyplývající různost chování, stejně tak i zkušenost trvalého vztahu s blízkým člověkem, je prvním nezbytným stupněm rozvoje vztahů k lidem i celé společnosti
- U dětí s postižením se vytváří později, proces socializace je modifikován možnostmi a omezeními vázanými na dané postižení
- Tyto děti v prvním roce života vesměs nenapodobují různé sociální aktivity, v interakci s dospělým bývají pasivní, mají opožděné porozumění i aktivní řeč, mnohdy nerozlišují mezi lidmi v jejich okolí, nemají zájem rozšiřovat okruh známých osob, nenavazují kontakt s neznámým člověkem
- I dítě s postižením má dispozice k rozvoji sociální interakce a navazování trvalejších vztahů k lidem, tyto dispozice lze ale rozvinout jen v prostředí, které je adekvátně stimuluje a respektuje jejich omezení

Batolecí období (1 – 3 roky)

- Dochází ke změnám daným osamostatňováním i potřebou rozšířit oblast sociálních kontaktů
- Ve 2. roce života děti navazují trvalejší vztahy k dalším známým osobám, přestože matka zůstává stále primárním zdrojem jistoty a bezpečí
- U dětí s postižením je třeba zaměřit výchovné úsilí na překonání intenzivní závislosti na matce

- Při navazování vztahu s cizí osobou působí překážky v podobě omezenější možnosti kontaktu s kýmkoliv mimo vlastní rodinu, postoje společnosti, ale také reálné překážky, které dítě samo bez pomoci nepřekoná
- Děti s DMO – bývá postižena i motorika mluvidel, interakce s okolím má spíše pasivní, receptivní charakter
- Děti s MP – obtíže v chápání rozdílů chování různých lidí, pomalejší učení, opožděný vývoj řeči, déle trvající závislost na matce
- Děti se zrakovým postižením – omezená orientace v situaci, izolace, odmítání kontaktu, neverbální složka komunikace nedostupná
- Děti neslyšící – překážkou je opožděný či odlišný vývoj řeči, omezená komunikace s cizími lidmi
- Normy chování si dítě osvojuje sociálním učením, především v rodinném prostředí – zpětná vazba, nápodoba, hodnocení chování jiných lidí v podobných situacích, uspokojuje se tak základní potřeba orientace a učení, dítě získává větší pocit jistoty
- U dětí s postižením je tato oblast socializace ovlivněna faktickými omezeními (obtížnější porozumění, nepřiměřená dráždivost ad.), ale i změnou postojů rodičů, kteří chování dítěte velmi málo regulují

Předškolní období (3 – 6-7 let)

- Sociální aktivita dětí s postižením je často omezena jen na okruh široké rodiny, popř. na zdravotnické zařízení prostředí MŠ
- I tyto děti se naučí novým sociálním aktivitám, naučí se, že je třeba diferencovat chování k dospělým a vrstevníkům, v rámci pochopení různých rolí rozlišují odpovídající způsoby chování
- Opoždění v oblasti socializace může být dáno samotným postižením, ale také nevhodnými způsoby výchovy, které brzdí dětskou iniciativu, neposkytují dost příležitostí k sociálnímu učení a vedou tak k izolaci dítěte
- Děti s poruchami hybnosti – rozvoj sociální aktivity omezen vynucenou vazbou na úzký fyzický a sociální prostor
- Děti s MP – potíže v porozumění různým variantám lidského chování a jejich rozlišení, obtížně se učí, kdy je jejich chování přiměřené. Opoždění v oblasti řeči, řečový projev je chudý, porozumění omezené.
- Děti nevidomé – omezení v oblasti orientace v novém prostředí, nemožnost sledovat neverbální prvky v komunikaci

Vývoj sociálních norem

- Pro adekvátní rozvoj dětské osobnosti je nezbytné, aby dítě pochopilo životní pravidla a řád, který je nutno respektovat
- Přijetí a zvnitřnění norem je zřejmé z pocitů viny, které dítě prožívá, jestliže normy překročí
- Společnost určuje pravidla chování, které musí dítě akceptovat, aby se do této společnosti odpovídajícím způsobem začlenilo
- Dítě s postižením potřebuje získat potřebné zkušenosti a naučit se, které způsoby chování jsou v určitých situacích žádoucí nebo alespoň přijatelné, aby nebylo v budoucnu sociálně handicapováno

- Specifické potíže v pochopení a akceptování sociálních norem bývají u dětí s postižením spojeny s nedostatky adekvátní zkušenosti
- U dětí s MP je vývoj sociálních norem ovlivněn v přímé závislosti na jejich intelektu (míra omezení chápání a učení, z toho vyplývající adaptace na prostředí)

Osvojení sociálních rolí

- Závisí na rozšiřování sociálních kontaktů dítěte, jeho zkušenosti s různým prostředím
- I dítě s postižením zaujímá různé role, které se postupně naučí zvládat
- Předškolní děti ovládají svoji roli v rodině, popřípadě v mateřské škole nebo mezi vrstevníky
- Možnosti těchto dětí bývají omezené a jejich role jsou často modifikovány skutečností, že mají navíc i roli jedince s handicapem
- Ve vztahu k vrstevníkům se mohou na základě nezkušenosti objevovat problémy v podobě neschopnosti navazovat kontakt, nejistoty a obtíží v diferenciaci sociálního chování

(Vágnerová 2003)

ZDROJE

OPATŘILOVÁ, Dagmar (ed.). Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.

VÁGNEROVÁ, Marie a HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Psychologie handicapu. 3. část, Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku. Vyd. 2. opr. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-772-1.

Další:

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie. 2., aktualizované vydání, dotisk 6. Psyché. Praha: Grada, 2018. ISBN 9788024712840.

OPATŘILOVÁ, Dagmar (ed.). Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.

Kapitola 1 Charakteristika dětského věku

OPATŘILOVÁ, Dagmar; NOVÁKOVÁ, Zita a VÍTKOVÁ, Marie. Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-240-6.

Kapitoly 3, 4, 5, 6, 7

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

12. Význam rodiny a spolupráce s rodinou dítěte se zdravotním postižením. Vztahy mezi rodinou a odborníky, podpora rodiny, konzultace, zapojení rodičů do terapeutických a vzdělávacích plánů, krize a zvládání zátěže.

Význam rodiny

- Základním sociálním vztahem dítěte je jeho vztah k rodičům (v prvním období zvláště k matce)
 - Tento vztah vytváří předpoklad vývoje osobnosti dítěte, protože první zkušenosti, které dítě prožívá, ovlivňují budování jeho vlastní identity a zásadním způsobem determinují interpretaci všech dalších sociálních zkušeností, se kterými se v budoucnu setká
 - Podle tohoto vztahu dítě buduje a prožívá další vztahy se svým okolím, které ovlivňují a posilují jeho představu o sobě samém, to zase ovlivňuje jeho vztahy k okolí
 - Rodiče svým chováním, reakcemi a podněty, které směřují k dítěti, pomáhají dítěti strukturovat okolní svět, poznávat ho a orientovat se v něm, organizovat informace a zkušenosti do významových vzorců, tvoří se základní struktura, nové zkušenosti a podněty se poté začleňují do existujících struktur
- (Vágnerová 2003)
- Rodina je důležitá sociální skupina, která plní celou řadu biologických, ekonomických, sociálních i psychologických funkcí. Poskytuje svým členům potřebné zázemí, uspokojuje jejich potřeby a zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde

(Opatřilová 2012)

Spolupráce s rodinou

- I když je podpora rodině s dítětem s postižením dobře koordinovaná a v rodině panuje otevřená atmosféra, dítě a jeho rodina se stále pohybuje mezi domovem, školou a institucemi medicínského a terapeutického charakteru
 - Rodiče požadují větší provázanost služeb jednotlivých institucí a resortů, a také větší informovanost veřejnosti
- (Opatřilová 2012)
- Informace ze strany odborníka by měl být podána v souladu s profesionální a lidskou etikou, měl by si na rodiče udělat čas, vysvětlit jim podstatu postižení, možnosti léčby a dalšího vývoje srozumitelným způsobem, dát rodičům možnost volby a současně i naději do budoucna
 - Rodiče by měli být zapojeni do procesu diagnostiky i terapie, předpokladem je odborníkově přijetí rodičů jako rovnocenných partnerů
 - Rodiče znají nejlépe své dítě a jeho potřeby, ale také potřeby celé rodiny, lépe přijímají závěry, které vytvoří společně s odborníky (jsou pro ně platnější a přijatelnější)
 - Setkání rodičů s odborníky by měla mít podobu setkání rovnocenných partnerů
 - Každý člověk má právo svobodně si zvolit odborníka, ke kterému má důvěru
- (Opatřilová 2006)
- Při práci s rodinou bychom měli zohlednit následující faktory: typ a stupeň postižení, etiologie, prognóza, osobní charakteristiky dítěte, náročnost péče a její časový aspekt, sociálně ekonomická situace rodiny, dostupnost podpůrných služeb, vztahy v rodině, dosavadní zkušenosti rodičů, odolnost vůči zátěži...
 - Musíme brát v úvahu také emoční ladění rodiny, očekávání a schopnost podílet se na intervenci
 - Nezbytné posilování rodičovských kompetencí – souhrn různých vlastností, dovedností, schopností a znalostí rodičů, které uplatňují při výchově

(Hanáková 2017)

Cíle

- Emocionálně pozitivní, podporující a strukturované klima výchovy
- Rodinná soudržnost, modely pozitivního zvládání dané situace

- Kompetentní a starostliví dospělí mimo úzký okruh rodiny (příbuzní, přátelé, sousedé, známí)
- Informovanost, orientace
- Pozitivní zkušenosti s institucemi

(Opatřilová, 2012)

Vztahy mezi rodinou a odborníky (podpora rodiny, konzultace, zapojení rodičů)

Raná intervence

- Ranou intervencí se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace
- Význam včasné péče a podpory pro tělesný, psychický a sociální vývoj dítěte (zmírnění nebo eliminování vznikajícího postižení, účinnost rané stimulace
- Cílovou skupinou jsou rodiny, které v souvislosti s nepříznivým vývojem dítěte hledají další informace, pomoc a podporu, rodiče, kteří mají pochybnosti ohledně vývoje svého dítěte, rodiny s podezřením na konkrétní postižení nebo s již diagnostikovaným postižením, a to od narození až po zařazení do školního vzdělávání
- Cílem rané intervence je podpořit a podněcovat senzorio-motorický, emocionální, sociální a intelektuální vývoj dítěte tak, aby se mohlo co možná nejsamostatněji aktivně zapojit do života ve společnosti
- Typy intervence, které jsou zapotřebí v prvních letech života dítěte a které postihují odhalování problémů spojených s postižením (a sociální, rodinnou či vzdělávací deprivací), prevenci postižení či dalších obtíží, stimulaci vývoje a pomoc a podporu v rodině
- V medicínské terminologii se hovoří o včasné terapii (např. fyzioterapie, medikamentózní terapie), v pedagogickém ohledu o rané podpoře, včasné intervenci, rané péči.
- Funkčnost podpory záleží na úzké spolupráci všech zainteresovaných odborníků (lékaři, psycholog, speciální pedagogové, terapeuti..) s rodiči dítěte, těžiště jejich práce je v poradenství rodičům a podpoře dítěte, kompetence rodičů jako přirozených vychovatelů dítěte musí být zachovány a vhodným způsobem posilovány

(Opatřilová 2006)

Raná péče

- Raná péče je odborná terénní služba pro rodiny dětí do 7 let, jejichž vývoj je ohrožený v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, nebo dětí se zdravotním postižením. Služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby
- Má preventivní charakter, protože snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného
- Posiluje rodinu, využívá jejích přirozených zdrojů tak, že i dítě s postižením může vyrůstat a prospívat v jejím prostředí
- Znamená ekonomický přínos, postupně činí rodiče nezávislémi na institucích, snižuje nutnost ústavního pobytu a šetří tím státní výdaje
- Je předpokladem úspěšné sociální integrace
- Je poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte. Základním přirozeným prostředím je rodina
- Služby rané péče jsou sestavovány na základě analýzy individuálních potřeb rodiny
- Základní činnosti poskytované zejména formou poradenství – konzultací, realizovaných určeným poradcem rané péče v místě bydliště rodiny (tzv. konzultace v rodině).
- Interval mezi konzultacemi je 1–3 měsíce a je předmětem vzájemné domluvy, délka konzultace je zpravidla cca 2 hodiny
- Terénní forma služby může být doplněna také formou ambulantní, ta probíhá zpravidla v prostorách pracoviště rané péče

(Společnost pro ranou péči)

Poskytované služby:

- Podpora rodiny v období krize
- Posouzení vývojové úrovně dítěte
- Vypracování individuálního plánu, návrh stimulačního programu
- Poradenství při výběru a získání rehabilitačních pomůcek, půjčování hraček a pomůcek
- Pomoc při prosazování práv a zájmů rodiny (např. při jednání s institucemi)
- Sociálně právní poradenství
- Zprostředkování kontaktů na další odborníky, instituce
- Zprostředkování kontaktů mezi rodinami navzájem, pravidelná setkání klientských rodin, společné pobyty

(Opatřilová 2006)

- Metody práce: krizová intervence, podpůrný rozhovor, poradenství, doprovázení, referenční rodiny, nácvik terapií a rehabilitace, podpora a nácvik interakce a komunikace s dítětem
- Péče zaměřená na rodinu, rodina je tedy součástí plánování, má prostor k vyjádření svých pocitů a přání
- Individuální plán se odvíjí od potřeb rodiny

Centrum provázení

- Centrum provázení nabízí podporu rodinám dětských pacientů při léčebné i paliativní péči. Jde o děti: se vzácným onemocněním, s těžkým zdravotním postižením, narozené předčasně, narozené s nízkou či extrémně nízkou porodní hmotností
- Období přípravy, sdělování a následné péče po sdělení závažné a nepříznivé zdravotní diagnózy.
- Podpora rodiny dětského pacienta v prvních fázích: stabilizace rodinného systému, pomoc s orientací v nových informacích, krizová spolupráce.
- Rodiče poté snáz reagují na situaci, v níž se ocitli, spolupracují s lékaři a jsou tak schopni zajistit co nejlepší péči o dítě.
- Centrum provázení zahajuje své služby vždy na doporučení lékaře a se souhlasem rodiny dítěte. Provázení se odehrává ve zdravotnickém zařízení, nejčastěji v nemocnici.
- Provázení se odvíjí podle aktuálních potřeb rodiny a ošetřujícího personálu. Trvá zpravidla 1-6 měsíců, u závažných diagnóz s infaustní (nepříznivou) prognózou i déle.

(Centrum provázení)

SPC, PPP

- Školská poradenská zařízení
- Jejich činnost vymezena v zákoně č. 561/2004 Sb., a vyhlášce č. 72/2005
- Podpora výchovně-vzdělávacího procesu u dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami
- Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření
- Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.
- Např. úpravy organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání, zabezpečení výuky předmětů speciálněpedagogické péče, prodloužení délky vzdělávání, používání kompenzačních pomůcek, vzdělávání podle IVP, asistent pedagoga
- Základem poradenské činnosti jsou diagnostické, intervenční, terapeutické, konzultační a informační služby

Pedagogicko-psychologická poradna

- Pedagogická, psychologická a speciálněpedagogická podpora při výchovně vzdělávacím procesu
- Tým tvoří speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci
- V rámci služeb PPP jsou řešeny výchovné problémy, výukové a vzdělávací problémy a problematika profesní orientace

Speciálněpedagogické centrum

- Podílí se na výchově a vzdělávání dětí, žáků a studentů s mentálním, zrakovým, sluchovým, tělesným postižením, NKS, kombinovaným postižením, PAS
- Klienty jsou zpravidla děti, žáci, studenti ve věku 3 až 19 let
- Tým tvoří psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci

Oblast činnosti:

- Zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků a přihlíží přitom k lékařskému posouzení zdravotního stavu nebo posouzení jiným odborníkem, zpracovává podklady pro nastavení podpůrných opatření pro tyto žáky a pro jejich zařazení nebo přeřazení do škol, vypracovává zprávy z vyšetření a doporučení ke vzdělávání žáků
- Poskytuje speciálněpedagogickou péči a speciálněpedagogické vzdělávání pro žáky se stanoveným jiným způsobem plnění školní docházky (vzdělávání žáků s hlubokou MR)
- Vykonává speciálněpedagogickou a psychologickou diagnostiku
- Poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti
- Poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům
- Poskytuje kariérové poradenství
- Zjišťuje připravenost žáků na povinnou školní docházku

(Dokoupilová 2017)

- Rodiče součástí plánování, mají prostor vyjádřit své pocity, svá přání, svůj názor a způsoby řešení
- Předávají pracovníkům důležité informace, anamnézu, lékařské zprávy, vysvětlují projevy dítěte
- Pracovník s rodiči společně vybírají nejlepší možnost pro dítě

Odborníci – lékaři

- Rodiče zapojení do terapeutického plánu např. v případě fyzioterapie (cvičení doma)
- Míra zapojení rodiny se odvíjí od postoje lékaře, ale také postoje rodiny, a jejich vzájemného vztahu (rodiny mohou být aktivní, neutrální, pasivní)
- V ideálním případě Tým okolo dítěte (viz níže)

Okolnosti diagnostického procesu a sdělování nepříznivé zprávy

- Přítomnost obou rodičů
- Potvrzení diagnózy a její definitivnost
- Adekvátní jazyk (srozumitelné, bez nevysvětlených odborných výrazů, empaticky)
- Odpovídající zázemí (klidná místnost, kam nikdo cizí nevstupuje, odstranění bariér mezi rodiči a lékaři, dostatečný čas, vypnutí telefonu)
- Profesionální odstup, ale zároveň projev empatie lékařem
- Vysvětlení diagnózy, její příčiny, projevy, důsledky
- Zásadní informace sděluje lékař (ne např. zdravotní sestra)
- Podstata sdělení by měla být sdělena srozumitelně, pomalu, v případě potřeby opakovaně
- Představit dostupnou léčbu, včetně případných alternativ či rizik vyplývajících z jejího přijetí či odmítnutí
- Nezamlčet nepříznivou diagnózu či neexistenci léčby, neslibovat nerealistické údaje
- Počítat s neobvyklými emočními projevy v chování pacienta či rodiny, a tyto projevy umět profesionálně zvládnout

Tým okolo dítěte

- Metoda mezioborové spolupráce zaměřená na podporu rodin se zdravotním postižením.
- Propojuje spolupráci odborníků ve zdravotnictví, školství a sociálních služeb, rodiny a klíčového pracovníka rané péče.
- K TOD jsou přizváni odborníci, kteří jsou v kontaktu s dítětem a rodinou.

- Součástí setkání je tzv. facilitátor, nestranný externí pracovník, který řídí diskusi mezi přítomnými – provádí diskusi a směřuje skupinu k vytyčenému cíli.
- Metoda je inspirována metodikou Petera Limbricka – Team Around Child.
- Metoda umožňuje rodičům a odborníkům společně probrat téma, které je pro rodinu vzhledem k potřebám dítěte aktuální.
- Rodiče a odborníci vzájemně sdílejí své postřehy, znalosti, zkušenosti, v průběhu diskuse směřují ke společnému cíli – dítě dále rozvíjet a učit.
- Výsledkem setkání je vytvoření Plánu podpory dítěte a rodiny na nejbližší období.
- TOD přináší pro odborníky výhodu v získání celistvého pohledu na dítě a rodinu.
- Středisko rané péče EDUCO Zlín z.s. pořádá akreditované kurzy TOD
- https://www.youtube.com/watch?v=VIMFFUV_mes

(Raná péče Zlín)

Team around child

- „Jedinečný a vyvíjející se tým několika účastníků, kteří se setkávají s dítětem a rodinou pravidelně za účelem poskytnutí praktické podpory ve vzdělání, léčbě a dalších ošetřeních“.
- Tým čítá 5-6 osob, probíhá v domácím prostředí rodiny.
- Klíčový pracovník je zároveň zdrojem podpory pro rodiny dětí s postižením a prostředníkem, díky kterému jsou další služby zpřístupněny a efektivně využívány.

Pět základních principů:

1. Všichni klíčoví odborníci dítěte souhlasí s blízkou spoluprací a individuálním týmem
2. Rodiče jsou rovnocennými členy týmu
3. Tým facilituje klíčový pracovník
4. Programy léčby, sociální služby, rozvoje a vzdělávání jsou integrovány tak, jak je to jen možné – maximální míra propojenosti všech služeb napříč resorty
5. Aktivní snaha o to, aby se tým nacházel v efektivní síti vztahů

(Praktická příručka – Naše rovnováha z.s.)

Setkání okolo dítěte

- Poskytováno prostřednictvím spolku Naše rovnováha z.s.
- Porada odborníků vedená facilitátorem, odborníky spojuje stejný klient nebo rodina
- V čase 90 minut se tým po prezentaci případu z pohledu různých odborností snaží najít nový pohled nebo přístup k léčbě
- Tým odborníků může být složen z různých institucí, organizací, škol nebo sociálních služeb
- Celý tým je veden nezaujatým facilitátorem, který se stará jen o konstruktivní a vyváženou komunikaci týmu směřující k cíli
- Záměrem je jakýkoliv posun ve vedení nebo léčbě, zesílení spolupráce klienta a propojení odborníků
- Setkání může probíhat v domácím prostředí rodiny nebo v zařízení zdravotních či sociálních služeb, či na „neutrální půdě“ (např. kavárna)

(Naše rovnováha z.s.)

Krize, zvládání zátěže

- Po narození dítěte se závažnou vadou prochází rodina krizí, musí řešit mnoho důležitých otázek, měnit řadu svých představ a rozhodnutí, zpracovávat nemálo nových zážitků

(Hanáková 2017)

Krize rodičovské identity

- Doba, kdy je dítě definitivně označeno jako „postižené“, je potvrzeno poškození jeho zdravotního stavu stanovením určité diagnózy (Vágnerová 2003)
- Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že jejich dítě má zdravotní postižení, a nebude se vyvíjet stejně jako děti zdravé

- Narození dítěte s postižením představuje pro rodiče těžký zásah do jejich osobní identity. Dítě se zdravotním postižením nemůže splňovat očekávání a představy svých rodičů, které si o něm vytvořili ještě před jeho narozením. Proto mezi převažující pocity rodičů patří pocit vlastní selhání, neschopnosti mít zdravé dítě, což se projeví v oblasti sebehodnocení jako pocit méněcennosti a v oblasti emočního prožívání vede ke zvýšené úzkosti.

(Opatřilová 2012)

Krise rodinu zasahuje na několika úrovních:

- Behaviorální – organizace chodu rodiny, rozvržení času, zvládání nestandardní péče o dítě
- Emoční – zpracování pocitů smutku, zlosti, viny, bezmocnosti a izolace
- Fyzické – somatické symptomy provázející stresovou situaci
- Interpersonální – reakce okolí, pocit jinakosti, schopnost být oporou členům rodiny
- Kognitivní – schopnost interiorizovat informace o postižení, schopnost akceptace pozměněné reality, plánů a očekávání

Fáze reakce rodičů na postižení jejich dítěte

- Reakce rodičů na zdravotní postižení jsou charakteristické určitou posloupností, přičemž intenzita a délka trvání je individuálně specifická (Hanáková 2017)

Fáze šoku a popření:

- Šok je první reakcí na subjektivně nepřijatelnou traumatizující skutečnost
- Situace je natolik tíživá, že ji nelze přijmout, a proto dochází k jejímu popření
- Nepřijetí je projevem obrany před ztrátou psychické rovnováhy
- Neočekávaná negativní změna situace, ztráta předpokládané hodnoty (zdravé dítě) přináší prožitek traumatu a očekávání dlouhodobého stresu
- Postupně se proměňuje v deprivaci potřeby seberealizace v rodičovské roli, otevřené budoucnosti i ohrožení v oblasti pocitu bezpečí

Fáze postupného vyrovnávání

- Její průběh závisí na emocionálních i racionálních faktorech
- Je ovlivněn získáním většího množství informací, porozuměním podstatě postižení jejich dítěte a možnostmi jeho dalšího rozvoje
- Racionálnímu zpracování takové informace mnohdy brání emoční vyladění rodičů – hněv, zoufalství či deprese – reakce na prožité trauma, může mít individuálně různou intenzitu či délku trvání
- Úroveň vyrovnávání závisí na zralosti osobnosti rodičů, jejich životních zkušenostech, na kvalitě jejich citového zázemí, na individuální frustrační toleranci a aktuálním psychickém i somatickém stavu
- Může dojít ke vzniku nejrůznějších psychických obran, které mění prožívání, uvažování i chování člověka: obranné reakce mohou být charakterizované jako únik nebo útok
- Únik ze situace, kterou člověk nedokáže zvládnout nebo se s ní vyrovnat, představuje pasivnější způsob ochrany. Může to být: odložení dítěte do péče někoho jiného, odchod z rodiny, přetrvávající popření situace, racionalizace (zkreslený způsob výkladu skutečnosti, interpretace subjektivně přijatelnějším způsobem), únik do fantazie, substituce (např. aktivita ve sdružení, alkohol), rezignace, regrese (přesun zodpovědnosti na někoho jiného), únik do izolace
- Útok představuje obecnou tendenci s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat, často se projevuje přenosem (hledáním viníka), agresivitou vůči zdravotnickým či pedagogickým pracovníkům, obranou zvýšenou aktivitou (hledání lékaře či léčitele, nadměrně intenzivní nebo frekventované rehabilitační cvičení s dítětem)

Fáze smlouvání

- Po dosažení úrovně zpracování zátěže
- Tendence získat alespoň něco, malé zlepšení
- Vyjádření určité naděje, která není zcela realistická
- Např. dítě bude chodit alespoň s berlemi, bude alespoň částečně vidět...

Fáze vyrovnání a přijetí skutečnosti

- (může být nazýváno i jako fáze realistického postoje)
- Vyrovnání se situací, akceptace dítěte takového, jaké je
- Rodiče jsou ochotni a schopni dítě rozvíjet v mezích jeho možností
- Tohoto vyrovnání nemusí nedosáhnout úplně všichni, může dojít k zafixování neadekvátního obranného postoje (např. hyperprotektivní, nekritický, ochranný postoj) nebo ambiciózního s nepřiměřeně náročnými požadavky vůči dítěti

(Vágnerová 2003)

Možné strategie sociální práce s lidmi v krizi:

- Tvorba vztahu ke klientovi – aktivní naslouchání, poskytování emoční podpory, zajištění bezpečného vztahu
- Věnování pozornosti příčině a významu krize pro klienta
- Zapojení blízkých do řešení krize
- Dostatečný prostor k vyjádření emocí
- Sdílení naděje – víra, že klient krizi zvládne
- Hledání nové perspektivy – zaujetí věcnějšího postoje klienta k situaci, získání odstupů (kladení otázek, zájem o podrobnosti problémové situace, širší okolnosti klientova života)
- Fragmentace problému – rozčlenění na menší kroky, které lze v krátkém čase realizovat
- Započít zvládání problému – v situacích vyžadujících konkrétní opatření je třeba s nimi co nejdříve začít
- Pomoc při rozhodování a pojmenování důsledků jednání
- Posilovat adaptivní jednání – funkční vzorce jednání
- Téma smyslu krize – změna pohledu na krizi samotnou, najít v tom něco „dobrého“

(Novosad 2009)

DOKOUPILOVÁ, Ivana; HANÁKOVÁ, Adéla; POTMĚŠIL, Miloň; SOLDANOVÁ, Jana; ŠTĚPNIČKOVÁ, Nikola et al. Rodina a dítě se zdravotním postižením. Brno: Paido, 2017. ISBN 978-80-7315-262-8.

OPATŘILOVÁ, Dagmar (ed.). Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.

OPATŘILOVÁ, Dagmar; NOVÁKOVÁ, Zita a VÍTKOVÁ, Marie. Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-240-6.

VÁGNEROVÁ, Marie a HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Psychologie handicapu. 2. část, Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince. Vyd. 2. opr. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-764-0.

<https://www.ranapece.cz/pro-rodice/co-je-rana-pece/>

<https://ranapecezin.cz/pro-odborniky/#/pro-odborniky/#!/metoda-tod>

<https://naserovnovaha.cz/setkani-okolo-ditete/>

https://issuu.com/bulletinkolibrik/docs/metodika_sod_web?utm_medium=referral&utm_source=naserovnovaha.cz

<https://centrumprovazeni.cz/centrum-provazeni/>

13 Vývoj řeči a komunikace u dětí se zdravotním postižením. Základní principy vývoje řeči u dětí s postižením, diagnostika řečových poruch, možnosti logopedické intervence a alternativní formy komunikace.

Vývoj řeči a komunikace u dětí se zdravotním postižením

Řečový vývoj probíhá v několika fázích:

- **Předřečové období (0–1 rok)** – broukání, žvatlání, první neverbální komunikace
- **Období prvních slov (1–3 roky)** – první slova, dvouslovné věty, imitace řeči
- **Období rozvoje gramatiky (3–6 let)** – větná stavba, slovní zásoba, artikulace
- **Školní věk (6 let a více)** – rozvoj slovní zásoby, složitější větné struktury, složitější věty, správná výslovnost většiny hlásek.

Faktory ovlivňující vývoj řeči u dětí se zdravotním postižením

- **Druh a stupeň postižení** – sluchové postižení ovlivňuje rozvoj mluvené řeči jinak než mentální postižení.
- **Včasnost diagnostiky a intervence** – čím dříve se zahájí podpora, tím lepší mohou být výsledky.
- **Sociální a rodinné prostředí** – podpora rodičů, přístup učitelů a terapeutů hraje klíčovou roli.
- **Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)** – u dětí s těžkými poruchami řeči může být klíčová pro rozvoj komunikace.

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

AAK je klíčovým prvkem pro děti, které nemohou využívat běžnou řeč. Existují dva základní typy:

- **Neinstrumentální AAK** – využívá neverbální komunikaci, gesta, mimiku.
- **Instrumentální AAK** – využívá různé pomůcky - piktogramy, elektronické komunikační zařízení, znakový jazyk.

Příklady AAK metod:

- **PECS/VOKS** – systém výměny obrázků pro komunikaci.
- **Makaton** – kombinace gest, symbolů a mluvené řeči.
- **Komunikační aplikace (např. GoTalk, Proloquo2Go)** – digitální nástroje nahrazující řeč.

Logopedická a speciálně pedagogická intervence

Logopedická péče

- Zabývá se zlepšením výslovnosti, rozvoji slovní zásoby a porozumění řeči.
- Používá techniky jako artikulační cvičení, dechová cvičení, rytmizace řeči.

Speciální pedagogika

- Zaměřuje se na komplexní rozvoj komunikace dítěte v rámci jeho možností.
- Využívá strukturované učení, vizuální podporu a přizpůsobené výukové metody.
- Mezioborová spolupráce

Význam inkluzivního vzdělávání pro děti s poruchami řeči

V inkluzivní škole:

- Děti se zdravotním postižením mají přístup ke vzdělání společně se svými vrstevníky.
- Jsou jim poskytovány **individuální vzdělávací plány (IVP)**.
- Jsou využívány **asistivní technologie a alternativní komunikační metody**.

Základní principy vývoje řeči u dětí s postižením

Vývoj řeči je klíčovým aspektem dětského vývoje, ovlivňujícím kognitivní, sociální a emocionální dovednosti. U dětí se zdravotním postižením může být tento proces narušen, zpomalen nebo výrazně omezen. Porozumění základním principům vývoje řeči u těchto dětí umožňuje efektivnější diagnostiku a cílenou intervenci.

Vývoj řeči a jeho klíčové faktory

Vývoj řeči probíhá v několika fázích, které jsou ovlivněny biologickými, psychologickými a sociálními faktory.

- **Biologické faktory** – genetika, neurologický vývoj, sluchové a motorické schopnosti.
- **Psychologické faktory** – kognitivní úroveň, pozornost, paměť.
- **Sociální faktory** – interakce s rodiči, prostředí, podnětnost výchovy.
- U dětí s postižením může být vývoj řeči opožděný, odlišný nebo výrazně narušený.

Druhy postižení a jejich vliv na řečový vývoj:

Mentální postižení/snížený intelekt

- Opožděný vývoj slovní zásoby a gramatiky.
- Problémy s abstraktním myšlením a porozuměním složitým větám.
- používání alternativní a augmentativní komunikace (AAK).
 - VOKS, komunikační tabulky
- Strukturovaná komunikace – krátké věty, vizuální podpora (piktogramy, obrázky).

Poruchy autistického spektra (PAS)

- Častá echolálie (opakování slyšených slov).
- Problémy s porozuměním neverbálních signálů a sociální komunikací.
- Možná absence spontánní řeči
- Možnosti podpory:
 - Vizuální podpora (piktogramy, obrázky, sociální scénáře).
 - Strukturované učení (TEACCH metoda).
 - Komunikační systémy jako PECS nebo využití tabletů s AAK aplikacemi.
 - Použití ABA terapie

Dětská mozková obrna (DMO)

- Problémy s artikulací kvůli omezené motorice mluvidel.
- Možná dysartrie (porucha výslovnosti a plynulosti řeči).
- Často využití komunikačních pomůcek (znakový jazyk, elektronické pomůcky)
- Logopedická terapie zaměřená na zlepšení motoriky mluvidel.

- Alternativní komunikace – komunikační tabulky, hlasové výstupy.

Sluchové postižení

- Opožděný vývoj řeči kvůli omezenému sluchovému vnímání.
- Možnost využití znakové řeči nebo kochleárního implantátu.
- Pro děti s lehčí vadou důležitý nácvik odezírání a sluchového vnímání.
- **Kochleární implantáty** a sluchadla
- **Znakový jazyk** – český znakový jazyk (ČZJ) jako primární komunikační prostředek.
- **Orální metoda a bilingvální přístup** – kombinace znakového jazyka a mluvené řeči.

Specifické poruchy řeči (např. vývojová dysfázie)

- Obtížné osvojování slov a gramatiky.
- Problémy s vyjadřováním i porozuměním.
- Možnost kombinace logopedické terapie a podpory psané formy komunikace.

Zásady rozvoje řeči u dětí s postižením

Efektivní podpora řečového vývoje vychází z individuálního přístupu k dítěti a využívání různých metod.

Hlavní principy podpory řeči:

Včasná diagnostika a intervence

- Klíčová je spolupráce odborníků (logoped, psycholog, speciální pedagog).
- Využití diagnostických metod (jazykové testy, sluchové testy, pozorování).

Multisenzorický přístup

- Zapojení sluchu, zraku, hmatu (např. používání obrázků, gest, piktogramů).
- Podpora motorického vývoje pro lepší artikulaci (oromotorická cvičení).

Podnětné komunikační prostředí

- Mluvení na dítě, popisování činností, čtení knih.
- Povzbuzování dítěte k odpovědím a interakci.

Individuální logopedická terapie

- Cílená cvičení na slovní zásobu, výslovnost a porozumění.
- Použití speciálních pomůcek (komunikační knihy, hlasové výstupy).

Využití alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

- Pro děti, které se nemohou vyjadřovat verbálně.
- Použití znakové řeči, komunikačních aplikací, PECS (obrázkové systémy).

Vývoj řeči u dětí s různým typem postižení

Vývoj řeči u dětí s postižením je ovlivněn typem a závažností postižení. Různá postižení mají odlišný dopad na vývoj řečových schopností, porozumění i produkci řeči.

Vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením

Charakteristika postižení

- lehká až hluboká ztráta sluchu.
- Důležitá je doba vzniku sluchového postižení – před nebo po rozvoji řeči.
 - Prelingvální (0-6 let)
 - Postlingvální

Vliv na vývoj řeči

- Omezený nebo žádný přístup k mluvenému jazyku.
- Potíže s artikulací a intonací
- Zhoršené rozlišování zvuků -> problémům ve fonematickém sluchu.
- omezená slovní zásoba a potíže s gramatickou strukturou vět.

Možnosti podpory

- Včasná diagnostika a používání sluchadel nebo kochleárního implantátu.
- Speciální logopedická terapie zaměřená na rozvoj artikulace a sluchového vnímání.
- Učení znakového jazyka nebo totální komunikace (kombinace mluvené řeči, znaků a vizuálních podnětů).

Vývoj řeči u dětí se zrakovým postižením

Charakteristika postižení

- Děti s vrozenou nebo časně získanou slepotou nemají vizuální zpětnou vazbu při komunikaci.
- Chybí mimika, gesta a vizuální kontext, které pomáhají rozvoji řeči.

Vliv na vývoj řeči

- Normální nebo opožděný vývoj řeči – závisí na kvalitě verbálního prostředí.
- Omezené chápání abstraktních pojmů a slov spojených s vizuální zkušeností (např. barvy, tvary).
 - verbalismus
- Potíže s neverbální složkou komunikace (gestikulace, mimika, oční kontakt).

Možnosti podpory

- Zvýšený důraz na sluchové a hmatové vjemy při učení.
- Popisování okolí, slovní vysvětlování vizuálních jevů.
- Rozvoj hmatu - Braillova abeceda, orientačních dovedností.

Vývoj řeči u dětí s mentálním postižením

Charakteristika postižení

- Snížená úroveň kognitivních schopností, která ovlivňuje porozumění a produkci řeči.
- Možné souběžné poruchy motoriky a sluchového vnímání.

Vliv na vývoj řeči

- Opožděný nástup řeči.
- Omezená slovní zásoba a jednodušší gramatická struktura vět.
- Obtíže v porozumění složitým větám a abstraktním pojmům.
- Možná přítomnost echolálie (opakování slov a vět).

Možnosti podpory

- Individuální logopedická terapie zaměřená na rozvoj slovní zásoby a porozumění.
- Využití vizuálních pomůcek, piktogramů a alternativní komunikace.
- Podpora sociální komunikace a nácvik základních komunikačních dovedností.

Vývoj řeči u dětí s tělesným postižením

Charakteristika postižení

- Může zahrnovat dětskou mozkovou obrnu, svalovou dystrofii, spastické stavy aj.
- Problémy s motorikou mluvidel (dysartrie) a dýcháním.

Vliv na vývoj řeči

- Opožděný vývoj řeči kvůli narušené motorice artikulace.
- Obtíže s plynulostí řeči, hlasovým projevem nebo intonací.
- V těžších případech nutnost alternativní komunikace.

Možnosti podpory

- Logopedická terapie zaměřená na motoriku mluvidel.
- Použití alternativní a augmentativní komunikace (piktogramy, komunikátory).
- Dechová cvičení pro podporu hlasového projevu.

Vývoj řeči u dětí s poruchou autistického spektra (PAS)

Charakteristika postižení

- Potíže v sociální komunikaci a interakci.
- Specifické vzorce chování a zájmů.

Vliv na vývoj řeči

- U některých dětí chybí spontánní řeč nebo je velmi opožděná.
- Potíže s pragmatikou řeči – nerozumí neverbálním signálům, gestům, mimice.
- Časté echolálie (opakování slyšených slov a frází).
- Nedostatečná schopnost vést dialog a odpovídat na otázky.

Možnosti podpory

- Strukturované učení a vizuální podpora komunikace (např. piktogramy, obrázkové kartičky).
- Sociální trénink zaměřený na rozvoj dialogu.
- Použití alternativních metod komunikace, pokud dítě neovládá řeč.

Diagnostika řečových poruch, možnosti logopedické intervence a alternativní formy komunikace

Vývoj řeči je klíčovým aspektem dětského vývoje. Pokud je narušen, může ovlivnit celkové učení, sociální interakce i sebevědomí dítěte. Diagnostika řečových poruch, vhodná logopedická intervence a alternativní formy komunikace jsou proto zásadními nástroji pro podporu dětí s narušenou komunikační schopností.

Diagnostika řečových poruch

Diagnostika řečových poruch zahrnuje několik kroků:

- **Anamnéza** – rodinná a zdravotní historie dítěte, prenatální a postnatální faktory.
- **Pozorování dítěte** – jeho spontánní komunikace, artikulace, slovní zásoba a gramatika.
- **Standardizované testy** – hodnotí úroveň řeči, porozumění a výslovnost (např. Testy jazykového vývoje, Test fonemického sluchu).
- **Neuropsychologické a foniatrické vyšetření** – vyloučení organických poruch (např. sluchová vada, neurologické poruchy).

Metody logopedické diagnostiky narušení artikulace mluvené řeči

Logopedická diagnostika narušení artikulace mluvené řeči zahrnuje různé metody a přístupy k posouzení výslovnosti hlásek a jejich užití v běžné řeči.

- Zkoumá se fonetická (zvuková realizace) ifonologická (pravidla jazykového systému) složka řeči.

Hlavní diagnostické metody:

Spontánní mluvní projev

- Klíčová metoda poskytující přirozený zvukový obraz artikulace.
- Provádí se prostřednictvím rozhovoru, vyprávění na dané téma nebo popisu obrázků.
- Nevýhoda: ne vždy umožní vyšetřit všechny hlásky.

Pojmenování obrázků

- Obrázky obsahují cílené hlásky v různých pozicích (začátek, střed, konec slova).
- Pomáhá zjistit, zda dítě správně vyslovuje jednotlivé hlásky i jejich kombinace.

Opakování hlásek a slov

Vyšetření fonologických projevů

Fonetická transkripce

- Přesný záznam realizace hlásek pomocí fonetických symbolů.
- Zaznamenává se i případná náhrada (substituce), vynechání (eliminace) či zkreslení (distorze) hlásky.

Analýza příčin narušení artikulace

- Zjišťuje se, zda je příčinou nesprávná poloha jazyka, čelistní úhel, orofaciální dysfunkce nebo deficity ve fonemickém sluchu.

Nejčastější řečové poruchy a jejich diagnostika:

Dyslalie (vadná výslovnost hlásek)

- Dítě neumí správně vyslovovat některé hlásky (např. "r", "ř", sykavky).
- Diagnostika: artikulační testy, poslech dítěte, zjišťování fonemického sluchu.

Dysfázie (vývojová porucha řeči)

- opožděný nebo narušený vývoj řeči, potíže s tvorbou vět a slovní zásobou.
- Diagnostika: testy verbálního porozumění, analýza spontánní řeči, psychologické vyšetření.

Koktavost (balbuties)

- Opakování slabik, bloky ve výslovnosti
- Diagnostika: sledování plynulosti řeči, poslech v různých situacích, neurologické vyšetření.

Breptavost

- Nadměrně rychlá, nesrozumitelná řeč.
- Diagnostika: poslech řeči, analýza tempa a rytmu

Afázie (získaná porucha řeči, obvykle po úrazu nebo mrtvici)

- Problémy s vyjadřováním nebo porozuměním řeči.
- Diagnostika: neurologické vyšetření, jazykové testy.

Mutismus (psychická porucha řeči)

- elektivní mutismus X selektivní mutismus
- Diagnostika: psychologické vyšetření, pozorování chování dítěte v různých situacích.

Možnosti logopedické intervence

Logopedická terapie je vždy individuální a přizpůsobená potřebám dítěte. Zaměřuje se na rozvoj výslovnosti, slovní zásoby, gramatiky i plynulosti řeči.

Metody logopedické terapie:

- **Artikulační terapie** – zaměřená na správnou výslovnost hlásek.
- **Dechová a rytmická cvičení** – pomáhají dětem s koktavostí a breptavostí.
- **Vizuální podpora** – využívání obrázků, piktogramů a kartiček pro podporu slovní zásoby.
- **Metoda opozice (kontrastní terapie)** – využívá kontrastních slov pro zlepšení výslovnosti (např. "pata" – "bata").

- **Multimodální přístupy** – kombinace sluchové, zrakové a hmatové stimulace.

Využití technologií v logopedii

- **Aplikace pro trénink výslovnosti** – např. Logopedie – Hláskování.
- **Interaktivní tabule a počítačové programy** – pro motivaci dětí ke cvičení.

Alternativní formy komunikace

AAK – Augmentativní a alternativní komunikace

AAK se používá u osob, které nemohou komunikovat verbálně nebo mají výrazné řečové obtíže. Pomáhá jim vyjádřit potřeby a lépe se zapojit do sociálního prostředí.

Typy alternativní komunikace:

Neinstrumentální komunikace

- Používání gest, mimiky a znaků

Instrumentální komunikace

- Použití symbolů, obrázků a elektronických zařízení.
- **PECS (Picture Exchange Communication System)** – výměna obrázků za požadované předměty nebo odpovědi.
- **Komunikační aplikace** – Proloquo2Go, Grid 3, GoTalk.

Znakové systémy

- **vizuálně-motorické komunikační systémy** = systémy, které jako prostředek přenosu informace používají **specifické vizuálně-pohybové prostředky** (tvary, pozice, postavení a pohyby rukou, pozice hlavy, mimiku aj.)
- je možné je podle jejich podstaty rozdělit do 2 skupin:
 - **PŘÍROZENÉ JAZYKOVÉ SYSTÉMY**
 - ty, které vznikly dlouhodobým přirozeným vývojem
 - **národní znakové jazyky** – přirozený jazyk neslyšících (u nás česká varianta)
 - **tzv. dětské znakové jazyky**
 - **UMĚLE VYTVOŘENÉ ZNAKOVÉ SYSTÉMY**
 - „kompromisní“ jazykové systémy → umožňují obdobně jako prstové abecedy a fonemické znakové kódy vzájemnou interkulturní komunikaci slyšících a neslyšících
 - nevznikly na rozdíl od přirozených komunikačních systémů spontánním a dlouhodobým vývojem, nýbrž cíleným a řízeným procesem s konkrétním cílem
 - **znakový národní jazyk** – slovo národní si nahradíme ekvivalentem „český“ (zkráceně znaková čeština)
 - **Gestuno**
 - **Makaton**

Znakovaná čeština

- patří do skupiny manuálně kódovaných mluvených jazyků
- z lingvistického hlediska není na rozdíl od českého znakového jazyka přirozeným jazykovým systémem, ale uměle vytvořeným systémem → sestavili ho slyšící lidé, aby se domluvili s neslyšícími uživateli znakového jazyka

- věta artikulovaná ve znakové češtině je sestavena podle gramatických a syntaktických pravidel českého jazyka, místo slov však využívá znaků „vypůjčených“ z českého znakového jazyka → kombinace dvou na sobě nezávislých jazykových systémů
- autory znakových jazyků byly pravděpodobně učitelé v ústavech pro hluchoněmé, protože si uvědomili, že umí znakový jazyk a měli by se naučit česky
- znaková čeština se dá využít, když chceme dětem neslyšícím vysvětlit, jak funguje česká věta / postlingválně sluchově postižení (např. vysokoškoláci, protože i neslyšící musí maturovat z čj)

Typické rysy znakové češtiny:

- důsledné dodržování slovosledu transliterované české věty
- většinové využívání slovníkové podoby znaků českého znakového jazyka a menšinové využívání „vlastních“ znaků uměle vytvořených
- mimika neplní při produkci znakové češtiny gramatickou funkci, jako je tomu v případě ČZJ
- jak odlišit ČZJ a ZČ: artikulace, expresivnější a ZČ asi dokážeme porozumět

Český znakový jazyk

- **plnohodnotný** a svébytný jazyk, který má vlastní gramatiku
- **přirozený jazyk** = takový komunikační systém, jsme schopni se ho naučit pouze tím, že ho slyšíme, spontánně
- může být mateřský jazyk X většinou to neplatí, protože se 90-95 % neslyšících dětí rodí slyšícím rodičům, kteří ho neovládají
- tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky (tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu)
- má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické
- Český znakový jazyk může být využíván jako komunikační systém hluchoslepých osob v taktilní formě, která spočívá ve vnímání jeho výrazových prostředků prostřednictvím hmatu
- český znakový jazyk si je s českým jazykem naprosto roven X vyvíjel se samostatně, jsou vůči sobě cizí

Prstové abecedy

- znaky prstové abecedy:
 - **ikonické** = tvar prstů kopíruje tvar tištěných písmen
 - **arbitrární** = vizuální podobnost mezi tištěným a „prstovým“ písmenem není zcela zřejmá
- **jednoruční abeceda**
 - používá ji naprostá většina států a i ta česká má svůj základ v mezinárodní prstové abecedě X dvouruční prstová abeceda je rozšířena pouze v České republice, Slovenské republice a Velké Británii
 - nejčastěji využívána ve školách pro SP jako podpůrná metoda při analyticko-syntetické metodě nácviku čtenářských dovedností v předškolním věku → podporuje zapamatování slov, pomáhá při vyvozování jednotlivých hlásek a vizuální fixaci gramatiky českého jazyka
- **dvouruční prstová abeceda**
 - tvary rukou poměrně věrně kopírují tvary velkých tiskacích písmen české abecedy a tím je produkce i percepce mnohem pohodlnější a jednodušší, než je tomu u prstové abecedy jednoruční
 - neslyšící uživatelé oceňují také to, že dvouruční prstovou abecedu znají v různé míře i slyšící obyvatelé České republiky
 - příčinou je zřejmě velká obliba skautingu, kde znalost prstové abecedy je součástí skautské zkoušky nebo splnění bobříka
 - preferována dospělými SP
 - užívána jako doplněk znakového jazyka v situacích, kdy není k dispozici odpovídající znak, nebo slouží k dorozumění se slyšícím okolím

14 Raný a předškolní věk dítěte se sluchovým postižením; Vývojová specifika dětí se sluchovým postižením.; Vliv sluchového postižení na vývoj kognitivních a sociálních dovedností. Vývoj verbální a neverbální komunikace u dětí se sluchovým postižením.

Raný a předškolní věk dítěte se sluchovým postižením

Raný věk dítěte se sluchovým postižením:

Raný věk (od narození do přibližně 3 let) je klíčovým obdobím pro rozvoj základních dovedností dítěte. U dětí se sluchovým postižením je včasná diagnostika a intervence zásadní pro minimalizaci negativních dopadů na jejich vývoj.

- Včasná diagnostika
- adekvátní intervence a podpora rodiny jsou klíčové pro zajištění optimálního vývoje těchto dětí
- Spolupráce mezi rodinou, odborníky a komunitou je nezbytná pro úspěšnou integraci a rozvoj dítěte.

Klíčové aspekty rané intervence:

- **Včasná diagnostika:** Čím dříve je sluchové postižení identifikováno, tím efektivnější mohou být následné intervence.
- **Raná péče:** Poskytování podpory rodinám a dětem se sluchovým postižením, zahrnující poradenství, edukaci a emocionální podporu.
- **Kompenzační pomůcky:** Využití sluchadel nebo kochleárních implantátů k podpoře sluchového vnímání.
- **Rozvoj komunikace:** Implementace vhodných komunikačních strategií, jako je znakový jazyk nebo bimodální komunikace (kombinace mluvené řeči a znakování).

Předškolní věk dítěte se sluchovým postižením:

Předškolní období (3–6 let) je důležité pro rozvoj sociálních, kognitivních a jazykových dovedností. Děti se sluchovým postižením mohou čelit specifickým výzvám v těchto oblastech.

Specifika předškolního věku:

- **Jazykový rozvoj:** Děti se sluchovým postižením mohou mít omezený přístup k mluvenému jazyku, což ovlivňuje jejich slovní zásobu a gramatiku.
- **Sociální interakce:** Komunikační bariéry mohou vést k izolaci nebo obtížím při navazování vztahů s vrstevníky.
- **Kognitivní vývoj:** Omezený přístup k informacím může zpomalit některé aspekty kognitivního vývoje.

Podpůrné strategie:

- **Speciální vzdělávací programy:** Zařazení do programů přizpůsobených potřeb dětí se sluchovým postižením.
- **Vizualizace:** Použití vizuálních pomůcek a gest k podpoře porozumění.
- **Spolupráce s rodinou:** Zapojení rodiny do vzdělávacího procesu a poskytování podpory v domácím prostředí.

Vývojová specifika dětí se sluchovým postižením

Oblasti ovlivněné sluchovým postižením:

- **Komunikace:** Obtíže v porozumění a produkci mluvené řeči.
- **Sociální dovednosti:** Možné problémy s navazováním a udržováním sociálních vztahů.
- **Akademické dovednosti:** Výzvy v oblasti čtení, psaní a dalších školních dovedností.
- **Emocionální vývoj:** Riziko nízkého sebevědomí nebo pocitu izolace.

Faktory ovlivňující vývoj:

- **Stupeň a typ sluchového postižení:** Různé typy a stupně postižení mají odlišný dopad na vývoj dítěte.
- **Doba vzniku postižení:** Vrozené nebo časně získané postižení má větší dopad než postižení získané později.
- **Rodinné prostředí:** Podpora a angažovanost rodiny hrají klíčovou roli ve vývoji dítěte.

Doporučení pro práci s dětmi se sluchovým postižením

Pro pedagogy a odborníky:

- **Individualizace přístupu:** Přizpůsobení výukových metod individuálním potřebám dítěte.
- **Vzdělávání v oblasti sluchového postižení:** Pravidelné školení a zvyšování povědomí o specifikách sluchového postižení.
- **Multidisciplinární spolupráce:** Spolupráce s audiology, logopedy, psychology a dalšími odborníky.

Pro rodiče:

- **Aktivní zapojení:** Účast na terapeutických sezeních a vzdělávacích aktivitách.
- **Vytváření podnětného prostředí:** Poskytování bohatého jazykového a sociálního prostředí doma.
- **Vyhledávání podpory:** Zapojení do podpůrných skupin a komunit pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením.

Vliv sluchového postižení na vývoj kognitivních a sociálních dovedností. Vývoj verbální a neverbální komunikace u dětí se sluchovým postižením.

Sluchové postižení patří mezi senzorická postižení, která zásadním způsobem ovlivňují vývoj dítěte, zejména v oblasti **komunikace, kognitivního vývoje a sociálních dovedností**. Míra dopadu závisí na:

- Stupni a typu sluchového postižení (lehké, středně těžké, těžké, úplná hluchota)
- Věk vzniku postižení (vrozené vs. získané)
- Včasnosti diagnostiky a zahájení intervence
- Využívání kompenzačních pomůcek (sluchadla, kochleární implantáty)
- Prostedí, ve kterém dítě vyrůstá (podpora rodiny, dostupnost rané péče)

Vliv sluchového postižení na kognitivní vývoj

Sluchové postižení **primárně ovlivňuje získávání informací**, protože děti nemají přirozený přístup k verbálním podnětům. To má důsledky na:

- Myšlení
- Paměť
- Pozornost
- Řešení problémů
- Abstraktní myšlení

Jazyková deprivace a její vliv na kognitivní vývoj

Pokud dítě není vystaveno jazyku (mluvenému nebo znakovému) v raném věku, může dojít k tzv. **jazykové deprivaci**, která výrazně zpomaluje:

- Vývoj slovní zásoby
- Gramatické struktury
- Porozumění instrukcím
- Zpracování informací

Vývoj paměti

Výzkumy ukazují, že děti se sluchovým postižením mají:

- Horší **slovně-zvukovou paměť**
- Lepší **vizuálně-prostorovou paměť**

Vliv sluchového postižení na sociální dovednosti

Sluchové postižení může negativně ovlivnit:

- Navazování sociálních vztahů
- Schopnost porozumět emocím druhých
- Sociální adaptaci
- Spolupráci s vrstevníky

Faktory ovlivňující sociální vývoj

- Včasná komunikační intervence
- Podpora rodičů
- Přítomnost sluchových pomůcek
- Začlenění do kolektivu (mateřská škola, škola)

Rizika sociální izolace

Děti se sluchovým postižením mají zvýšené riziko **sociální izolace** a **nízké sebedůvěry**, zejména pokud nemají adekvátní komunikační prostředky.

Vývoj verbální komunikace

- celosvětově nejpoužívanějším způsobem interpersonální komunikace → její zvládnutí je základní podmínkou úspěšné socializace do společnosti
- osoby se sluchovým postižením ovšem nemohou kvůli existující objektivní smyslové bariéře (částečné nebo úplné ztrátě sluchu) své řečové kompetence spontánně rozvíjet, a tak dochází k následným obtížím v socializaci a integraci do slyšící majoritní společnosti
- úspěšnost při rozvoji mluvené řeči závisí na celém komplexu faktorů, které jsou limitovány:
 - **věkem sluchově postiženého**
 - **charakterem sluchové vady**
 - **individuálními zvláštnostmi psychického vývoje**
 - **sociálním zázemím a úrovní organizace a odbornosti komplexní péče**

Specifika řečové produkce

- narušení ve všech fázích řečové produkce
 - **respirace** – nedostatečná koordinace mezi vdechem a výdechem, hlasité dýchání, nedostatečné
 - **fonace** – kolísání síly i výšky hlasu, monotónnost hlasového projevu atd.
 - **artikulace** – specificky změněná artikulace téměř všech vokálů i konsonantů

- narušení řečového projevu se v závislosti na řadě faktorů projevuje rovněž v jednotlivých jazykových rovinách:
 - **lexikálně-sémantické**
 - **morfologicko-syntaktické**
 - **foneticko-fonologické**
 - **pragmatické**
- charakteristika mluvené řeči je nejvíce závislá na stupni sluchového postižení a době vzniku sluchové poruchy
 - **nedoslýchaví** - narušena:
 - **artikulace**
 - **síla hlasu** (s ní související tichý mluvní projev → nezřetelnost a nesrozumitelnost řeči)
 - **prelingválního sluchového postižení** - narušena:
 - již fáze **fonace** (těžce sluchově postižený člověk obvykle neví, že součástí mluvené řeči je zvukový komponent X může ho zaznamenat prostřednictvím taktilně-vibračního vnímání na krku nebo hrudníku mluvící osoby) → hlas většinou nepřírozený (chraptivý, tlačенý, drsný, nepřiměřeně vysoký nebo nízký apod.)
 - **dynamika**
 - **rytmizace** mluveného projevu
 - **postlingvální sluchové postižení** - narušena:
 - **dynamika řeči**
 - **intonace**
 - v oblasti **artikulace** poté dochází nejčastěji k nezřetelné artikulaci sibilant a afrikát (v případě zanedbání příslušné logopedické péče poté může dojít k postupnému zhoršování mluveného projevu)

Vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením

- charakteristické změny ve vývoji řeči lze zjišťovat už od hranice 60 dB ztráty sluchu
- v obou situacích je ovšem vhodné zaměřovat se na osvojování nových pojmů a slov v kontextu, nikoli izolovaně → pouhá znalost slovníkových tvarů jednotlivých slov není ovšem pro jazykovou komunikaci dostatečná, proto je potřeba rozvíjet současně i gramatickou složku daného jazyka

Vývoj řeči u prelingválně neslyšících

- u dětí prelingválně neslyšících je třeba slovní zásobu rozvíjet promyšleně, systematicky a pokud možno s využitím multisenzoriálního přístupu
- dítě prochází ve vývoji řeči stadiem reflexního křiku, emocionálního křiku, broukání a částečně stadiem pudového žvatlání
- každé nebo téměř každé těžce sluchově postižené dítě si žvatlá, ale v období mezi 17-26 týdnem života výrazně omezuje až zastavuje žvatlání (čímž se velice odlišuje od slyšících dětí, u kterých se právě v této době žvatlání naopak velmi silně rozvíjí na základě napodobování řeči)
- stadium zrakového napodobování mluvních pohybů je posledním dosahovaným stadiem spontánního vývoje řeči těžce sluchově postižených dětí v přirozených neovlivňovaných podmínkách
- hlas bývá méně výrazný, křik nemodulovaný, hlasové projevy řídké
- vokalizace často postrádá rytmus a napodobování modulace mluvy
- v dalším vývoji se spontánně řeč nevyvíjí

Vývoj řeči u postlingválně neslyšících

- záleží na věku, kdy k postižení došlo
- určitou hranici tvoří rozmezí sedmého roku, kdy se řeč považuje za dostatečně zafixovanou
- ztráta po sedmém roce také způsobuje postupný úbytek akustických charakteristik

- ztráta sluchu získaná ve věku s dostatečně zafixovanou řečí má bez odborné a dlouhodobé logopedické péče negativní důsledky ve všech jejích akustických charakteristikách i jazykových rovinách
- po 7. roce – dostatečně zafixovány mluvní stereotypy, rozvinuta slovní zásoba, slovní formy myšlení a vnitřní řeč, pozitivní roli sehrávají procesy čtení a psaní
- v případě dětí nedoslýchavých nebo dětí postlingválně sluchově postižených je potřeba zaměřit se na kontrolu funkčního mentálního slovníku a případná neznámá slova v kontextu objasňovat

Vývoj řeči závisí na:

- Stupni sluchového postižení
- Délce používání sluchadel nebo kochleárních implantátů
- Logopedické intervenci

Logopedická intervence

- logopedická péče je jedním ze základních pilířů orálního přístupu ke vzdělávání těchto osob
- pro rozvoj schopnosti používat v komunikaci orální řeč je nezbytné zabezpečení optimálního rozvoje gramatické a lexikální stránky mluveného jazyka
- s včasnou řečovou výchovou je třeba začít v co nejranějším věku a s využitím odpovídající strategie
- rozvoj NKS (narušená komunikační schopnost) v oblasti mluvené řeči
- péče o srozumitelný mluvní projev je předmětem intenzivní logopedické péče (na rozdíl od slyšících omezené možnosti využívat vlastní sluchovou kontrolu dítěte)
- vývoj mluvené řeči u dětí se SP je obvykle v jisté míře:
 - **opožděný** (u nedoslýchavých dětí)
 - **přerušovaný** (při ztrátě sluchu od určitého věku)
 - **omezený** (především u těžce sluchově postižených dětí)
- míra dosažené komunikační schopnosti v mluvené řeči závisí na několika individuálních předpokladech dítěte → charakter vývoje mluvené řeči podmíněn těmito faktory:
 - stupeň sluchového postižení
 - případné další přidružené postižení
 - věk a dosažené stadium vývoje řeči v době vzniku sluchového postižení
 - exogenní sociální faktory stimulačního rodinného prostředí z hlediska úspěšné nebo neúspěšné obousměrné komunikace
 - období, kdy bylo sluchové postižení diagnostikováno, a následné zahájení speciálně-pedagogické péče
- Lechta dělí logopedické přístupy na:
 - **TRADIČNÍ PŘÍSTUPY** – současně už méně využívané → usměrňují vývoj orální řeči dítěte s použitím těchto složek:
 - **artikulační** – zahrnuje především výstavbu výslovnosti a později nácvik výslovnosti chybějících, případně nesprávně vyslovovaných hlásek
 - **fonační** – regulace intenzity a polohy hlasu, zvláště na odstraňování případných patologických odchylek
 - **optická a kinestetická** - základnou využití kompenzačních mechanismů v tradičních přístupech k osvojování řeči
 - **optická** - se zaměřuje na vizuální percepci řeči – odezírání
 - **kinestetická** - nácvik cílevědomé artikulace, která slouží k percepci svého vlastního projevu
 - **percepční a vybavovací** - nácvik asociací mezi slovem a představou a vybavování představ podle mluvených tvarů, které dítě odezřelo nebo přečetlo
 - **MODERNÍ PŘÍSTUPY** – vypracováno několik metod a postupů, které s využitím poznatků z moderní techniky (zesilovací a kompenzační pomůcky) a medicíny

(zejména kochleární implantáty) umožňují dosáhnout ve výstavbě orální řeči sluchově postižených poměrně vysokých cílů

▪ **Reflexivní metoda mateřské řeči**

- vypracovaná nizozemským učitelem neslyšících Van Udenem
- klade důraz zejména na zachování přirozeného přístupu v orální komunikaci matky s dítětem (bez ohledu na stupeň sluchového postižení) s využitím rytmického vyprávění, výuky čtení, průběžné diferenciatní diagnostiky
- základním cílem je zabránit tomu, aby dítě přestalo používat svůj hlas, ztratilo orientaci na tvář a přestalo si uvědomovat existenci zvuků

▪ **Verbotonální metoda**

- přínos je hlavně na úrovni rozvíjení rytmu, intonace, artikulace a poslechu orální řeči

▪ **Auditivně-verbální přístup**

- na rozdíl od obou předchozích metod unisenzorický → zaměřený zejména na rozvoj sluchového vnímání

Vývoj neverbální komunikace

- **vizuálně-motorické komunikační systémy** = systémy, které jako prostředek přenosu informace používají **specifické vizuálně-pohybové prostředky** (tvary, pozice, postavení a pohyby rukou, pozice hlavy, mimiku aj.)
- je možné je podle jejich podstaty rozdělit do 2 skupin:
 - **PŘIROZENÉ JAZYKOVÉ SYSTÉMY**
 - ty, které vznikly dlouhodobým přirozeným vývojem
 - **národní znakové jazyky** – přirozený jazyk neslyšících (u nás česká varianta)
 - **tzv. dětské znakové jazyky**
 - **UMĚLE VYTVOŘENÉ ZNAKOVÉ SYSTÉMY**
 - „kompromisní“ jazykové systémy → umožňují obdobně jako prstové abecedy a fonemické znakové kódy vzájemnou interkulturní komunikaci slyšících a neslyšících
 - nevznikly na rozdíl od přirozených komunikačních systémů spontánním a dlouhodobým vývojem, nýbrž cíleným a řízeným procesem s konkrétním cílem
 - **znakový národní jazyk** – slovo národní si nahradíme ekvivalentem „český“ (zkráceně znaková čeština)
 - **Gestuno**
 - **Makaton**

Znakový jazyk

- **Znakový jazyk** je plnohodnotný jazyk s vlastní gramatikou a slovní zásobou
- **vizuálně-motorický komunikační systém** → významy nejsou neseny zvukem X dvojím typem specializovaných nosičů:
 - **lexikální významy** jsou neseny manuálními nosiči = **tzv. manuální faktory** (místo artikulace, tvar, pozice a pohyb rukou)
 - **gramatické významy** jsou neseny nemanuálními nosiči = **tzv. nemanuální faktory** (mimika, pozice a pohyby hlavy a horní část trupu)
- využívání trojrozměrného prostoru (k vyjádření subjektivních vztahů a časových údajů) – významnou odlišností znakových jazyků od mluvených
- 1998: přijetí *zákona o znakové řeči č. 155/1998 Sb.*, uznává český znakový jazyk za rovnocenný ostatním jazykům → neslyšící občané mají proto, stejně jako slyšící, právo získávat informace ve svém jazyce
 - novelizace a současně přejmenování na *zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 Sb., ve znění novely č. 384/2008 Sb.*

znaková čeština a její rysy:

- patří do skupiny manuálně kódovaných mluvených jazyků

- z lingvistického hlediska není na rozdíl od českého znakového jazyka přirozeným jazykovým systémem, ale uměle vytvořeným systémem → sestavili ho slyšící lidé, aby se domluvili s neslyšícími uživateli znakového jazyka
- věta artikulovaná ve znakové češtině je sestavena podle gramatických a syntaktických pravidel českého jazyka, místo slov však využívá znaků „vypůjčených“ z českého znakového jazyka → **je tedy uměle vytvořeným pidginem** = kombinace dvou na sobě nezávislých jazykových systémů
- důsledné dodržování slovosledu transliterované české věty
- většinové využívání slovníkové podoby znaků českého znakového jazyka a menšinové využívání „vlastních“ znaků uměle vytvořených
- mimika neplní při produkci znakové češtiny gramatickou funkci, jako je tomu v případě ČZJ
- jak odlišit ČZJ a ZČ: artikulace, expresivnější a ZČ asi dokážeme porozumět

Možnosti komunikační intervence

Komunikační metody

Metoda	Charakteristika	Vhodná pro
Orální metoda	Zaměřena na rozvoj mluvené řeči	Děti s lehkou až střední sluch. ztrátou
Bimodální komunikace	Kombinace mluvené řeči a znaků	Děti s různým stupněm sluch. ztráty
Totální komunikace	Kombinace všech dostupných forem komunikace	Všechny stupně postižení
Znakový jazyk	Primární komunikační prostředek	Děti s těžkým nebo úplným sluchovou vadou

Kompenzační pomůcky

- Sluchadla
- Kochleární implantáty
- FM systémy
- Aplikace na podporu komunikace

Role rodiny a školy

- Zapojení rodičů do rané intervence
- Podpora komunikace v každodenním životě
- Vzdělávání rodičů v komunikačních metodách
- Spolupráce se školami a speciálními pedagogy

Sluchová výchova (edukace sluchu)

- synonymní. výraz: **reedukace sluchu**
 - o souhrn spp postupů zaměřených na zdokonalování výkonosti funkce poškozeného nebo nedostatečně vyvinutého sluchového orgánu
 - o využívá přitom komplexnosti smyslového vnímání a rozvíjíme je speciálními metodickými postupy s použitím vhodných pomůcek a přístrojů
- označuje se podle A. Leonhardta
- všechny cílové aktivity, které rozvíjí zbylé sluchové kapacity dětí se SP, napomáhají komplexní stimulaci řeči a zlepšují jejich optimální orientaci v akustickém prostředí
- speciálně pedagogická činnost zaměřená na optimální využití sluchových zbytků nebo i vibrační vnímání pro pochopení a pro výstavbu a rozvoj řeči (Pulda)
- historie – Sovák, Carrión, Pereira, Déschamps
- přístupy:
 - o dle Janotové: monosenzoriální, multisenzoriální
 - o dle Svobodové: neformální, formální

Čtyři stupně slyšení

- jednotlivé metody se navzájem doplňují → tak, aby dokázaly reagovat na individuální potřeby dítěte, a zajistily jeho optimální rozvoj
- stupně podle vzrůstající náročnosti (Leonhardt i Svobodová)
 - **detekce** = uvědomění si přítomnosti zvuku (slyším X neslyším)
 - **diskriminace** = porovnání dvou podnětů (stejně X jiné)
 - **identifikace** = určení zvukového podnětu (co slyším)
 - **komprehenzace** = porozumění slyšenému hovoru

Zdroje

Česká literatura

- Škodová, E., & Jedlička, I. (2003). **Logopedie**. Portál.
- Pipeková, J. (2014). **Speciální pedagogika**. Brno: Paido.
- Langer, 2013
- Horáková, MUNI

Zahraniční literatura

- Marschark, M. (2007). **Raising and Educating Deaf Children**. Oxford University Press.
- Paul, P. V. (2009). **Language and Deafness**. Singular Publishing Group.
- Spencer, P. E., & Marschark, M. (2010). **Advances in the Spoken Language Development of Deaf and Hard-of-Hearing Children**. Oxford University Press.

15. Psychologické aspekty života dětí se sluchovým postižením

Psychické a sociální aspekty raného a předškolního věku u dětí se sluchovým postižením

Psychologická charakteristika sluchově postižených (Vágnerová, 2012, Psychopatologie pro pomáhající profese)

Míra odlišnosti v této oblasti závisí na:

- Závažnosti sluchového postižení
- době jeho vzniku
- Včasném diagnostikování vady
- Specializované komplexní péči.

1. Komunikace sluchově postižených (viz specifika vývoje mluveného jazyka)
2. Specifické rysy poznávacích schopností

Nestandardní rozvoj řeči negativně ovlivní i vývoj dalších psychických funkcí. Opožděné, respektive narušené zvládnutí řeči jako znakového systému vede k **omezení přístupu informací určitého typu**. Další znevýhodnění vyplývá z možnosti získávat poznatky jen v přímém vizuálním, respektive hmatovém kontaktu. Tato kvantitativní i kvalitativní deprivace se projeví nápadnostmi ve vývoji poznávacích procesů.

Myšlení je více vázáno na konkrétní realitu, na skutečný svět. Je těžké dosáhnout abstraktního a hypotetického myšlení.

Děti s nestandardním rozvojem řeči nevěnují dostatečnou pozornost vzájemným souvislostem. Jednotlivé informace neumí přiměřeně využít v jiné souvislosti a **ulpívají na konkrétním kontextu**. Vázanost na aktuální skutečnost se projevuje i nechtějí a obtížemi v plánování (plánování budoucnosti), a obdobně i v bilancování, tj. zobecnění a zhodnocení minulé zkušenosti.

Rozvoj logických operací bývá pomalejší, **pojmové myšlení** se vyvíjí obtížněji, dokonce i u těch dospívajících, kteří si osvojili řeč v přijatelné míře.

Sluchové postižení vytváří informační bariéru. Náhradním zdrojem poznatků by mohlo být čtení, ale i v tomto případě může být zábranou omezenější rozvoj jazykových kompetencí. Formální zvládnutí dovednosti čtení není dostatečným předpokladem, protože je třeba chápat obsah jednotlivých slov, slovních vazeb i celkového kontextu tištěné informace. Nevýhodou je omezená slovní zásoba, respektive její nedostatečná významová diferenciací.

Jejich slova mají často jen konkrétní nominativní význam. **Vzhledem k obtížím v porozumění smyslu textu se čtení nestane atraktivním zdrojem informací. Podobné nebo i větší problémy mají s psaným vyjádřením.** Protože neznají dobře jazyk, dělají mnoho chyb, a to příslušníky majoritní společnosti posiluje v přesvědčení, že jde zřejmě o jedince s nižší úrovní inteligence.

3. Socializace sluchově postižených

Vývoj osobnosti sluchově postiženého ovlivňuje celá řada faktorů, dominující bývá jejich omezení v oblasti komunikace, respektive izolace v určitém prostředí a z toho vyplývající **obtíže v sociální orientaci**. Bývají snáze dezorientovaní, protože všemu nerozumějí, a mohou tedy reagovat méně přiměřeně.

Těžká sluchová vada prelingvální – zvláštnosti jejich chování jsou dané obtížemi v porozumění:

- Aktuální verbální sdělení
- Vysvětlení obecných pravidel chování
- Vymezení jednotlivých sociálních rolí (vhodnost způsobu reagování v určitém sociálním kontextu)
- Nechápu, jaké chování je žádoucí, co je dovoleno a co je zakázáno
- Mnohdy nevědí, co po nich druhí chtějí
- Hůře se sociálně orientují
- Těžko chápou význam různých situací
- Nerozumějí kontinuitě určitého dění
- Obtížně se orienetují v mezilidských vztazích
- Mohou být méně empatictí, mívají problémy v porozumění jiným lidem, v pochopení jejich pocitů, názorů a postojů

V kontaktu se slyšícími obtíže v porozumění řeči. Mohou se cítit nejistí, bezmocní, méněcenní. Zlostné a výbušné reakce vyplývají ze stresu navozeného obtížností porozumění. Zátěž komunikace vede k jejímu omezení.

Sociální izolace. Obvykle jde o stejně postižené, nanejvýš rodinné příslušníky. Nevýhodou preference zankového jazyka je posílení sociální izolace v minoritní skupině sluchově postižených. Důraz na komunikaci se stejně postiženými vyplývá ze snadnosti vzájemného dorozumění.

Autoregulace chování

Lidé s prelingválním sluchovým postižením – **obtíže v sebeovládání** – řídí se i v dospělém věku svými aktuálními pocity a potřebami. Schopnost sebeovládání se běžně rozvíjí pomocí verbálně sdělených požadavků spojených s vysvětlením důvodu a hodnocení jejich plnění. Komplex těchto norem je postupně zvnitřněn a stane se individuálním systémem regulace vlastního chování. **Proces osvojení norem u prelingválně postižených vždycky takto neprobíhá.** To se projeví chyběním pocitů studu či viny, které jsou běžnou reakcí na přestupek. Tyto děti někdy ani dobře nechápou význam omezení, neuvědomují si, že každý člověk je za své jednání odpovědný. Vzhledem k významu výkladu pro rozvoj těchto kompetencí dosahují lepší úrovně děti neslyšících rodičů, kteří s nimi komunikují od raného věku znakovým jazykem.

Překážky sociální adaptace sluchově postižených:

- Nápadnosti v chování
- Neschopnost jednat očekávaným způsobem
- Ovládat své projevy (mnohdy si neuvědomují, jak jejich chování působí na ostatní lidi, a často je to ani nezajímá)
- Mají sklon jednat impulzivně, bez rozmyslu
- Jejich rozhodování je okamžité, mnohdy iracionální reakce na úkor zvažování účelnosti určitého způsobu jednání (Jde o to, že nejsou schopni zpracovat dostatečně účinné všechny důležité podněty a přizpůsobit těmto informacím své chování)
- Bývají koncentrováni na vlastní aktuální uspokojení
- Mívají menší zábrany a sklon k afektivním výbuchům
- Emoční ladění se jednoznačně projevuje v jejich mimice a pantomimice

Vnější regulace sociálně nepřiměřeného chování často bývá hodnocena jako projev omezování a manipulace, proti níž je třeba se bránit. Negativní postoj majoritní populace může dále prohlubovat nejistotu sluchově postižených a zhoršovat jejich sebevědomí.

Role rodiny, vrstevníků a širšího sociálního prostředí

Rodina dítěte se sluchovým postižením

rodina dítěte s postižením je stále považována za jeden z nejdůležitějších segmentů ovlivňujících vývoj dítěte v kontextu rozvoje potřebných kompetencí k integraci do společnosti v dospělosti

rodina se svými základními funkcemi, jak jsou obvykle definovány, tvoří předpokládaný základ, jehož kvalita a efektivita se doráží v životě dítěte a tedy i v jeho školní práci a úspěšnosti

takto uvažované fungování rodiny je v případě dítěte se SP ovlivněno nejen vadou sluchu a jejím širokospektrálním dopadem, ale u většiny dětí také nutností využít možnosti internátního ubytování

- výčet funkcí rodiny bude možné převést do kategorie požadavků, které by měly být kladeny na speciální předškolní zařízení a později i školy proto, aby byly zajištěny podmínky pro zdravý psychický vývoj dítěte

Nízká úroveň jazykových a komunikačních kompetencí - převážná většina uvedených prvků je vysvětlitelná nedostatečnou úrovní funkční komunikace a z ní vyplývající neznalostí či nepochopením:

sociální oblast

- závislost na obdivu, asociálnost, příslušnost k určitému klanu, soupeřivost, lehkovážnost, nedostatek citu pro spravedlnost, neposlušnost, závislost, nezralost v jednání, nespolehlivost, izolace, nízké morální vědomí, rigidita rolí, plachost, submisivita, sugestibilita a sociální nezačleněnost

kognitivní oblast

- slabé koncepční myšlení, konkrétnost v myšlení, nejistota, nedostatek externality a internality, omezený rozhled, nedostatek introspekce, nevyhovující řeč, naivita, omezené uvažování, nejasné myšlení

oblast chování

- agresivita, hédonismus, impulzivita, nezralost, nedostatek iniciativy, upřednostňování materiálních hodnot, nízký zájem o okolní dění, v dětství opožděný motorický vývoj, nerozvinutá osobnost, tvrdohlavost a nedůvěřivost

oblast emocionální

- strach, agresivita, emocionální nezralost a narušenost, nedostatek empatie, výbušnost, nízká frustrační tolerance, dráždivost, náladovost, neurotické a psychotické reakce, vášnivost, necitlivost

Specifika požadavků na rodiny dětí se sluchovým postižením

(vše se týká vlastně komunikace a přínos pro další práci - hlavně ve škole, klíčovou roli hrají rodiče, kteří připravují dítě na život)

transparentnost

- o jasná a srozumitelná komunikace, funkční zdůraznění vyjadřovaných citů a pocitů
- o základy pro příští sebereflexi jsou kladeny zatím v podobě uvědomování si existence pocitů ostatních osob v okolí jako reakcí na určité specifické podněty
- o reakce rodiče by pro slyšící dítě v kojeneckém věku byla dostatečně výrazná a srozumitelná, protože by byla doprovázena hlasem, řečí a jejich modulačními faktory, pro dítě bez možnosti příjmu akustických informací je třeba vše viditelně zdůraznit → "afektované projevy"
- o rodiče by měli své pocity (kladné i záporné) zdůrazňovat tak, aby byly evidentní i ve svých časových fázích (v počátcích, v proměnách, i při odeznívání)

předvídavost

- o schopnost porozumět projevům dítěte a předvídat jeho reakce na určité podněty
- o → schopnost, kterou člověk s běžným intelektovým vybavením a odpovídající pamětí používá v běžném životě, aniž by ji potřeboval zvýraznit nebo zesíleně kontrolovat
- o v případě sluchového postižení - předvídat z chování dítěte a využívat této schopnosti zejména pro odbourávání možných konfliktů, střetů nebo neúspěchů (stereotypy při kterých dítě vykazuje vzorce chování, jejichž průběh se obtížně ovlivňuje)
- o pokud tento stereotyp rodiče znají a vědí, které podněty nebo situace jej vyvolávají, pak mohou regulovat projevy chování a tím mít lepší přístup k pocitům, o kterých je potřeba s dítětem mluvit, utvrzovat ho v tom, že jsou normální, a dát první návody k reflektování jeho vlastních projevů
- o v případě sluchového postižení je lepší takovým reakcím prudkého charakteru (výbuchům vzteku) vhodné předcházet ještě v době, než k nim byl shledán ze strany dítěte důvod
- o → analýza videozáznamy, spolupráce s odborníkem - snížení negativních podnětů na minimum

motivace

- o důležitý nástroj především v rámci školy a výchovy - je důležité již v raném věku nastavit uchopitelnou formu pozitivní zpětné vazby
- o u dítěte se sluchovým postižením je potřeba, aby se rodiče naučili různé situace, v nichž může být dítě úspěšné, připravit a dokonce i postupovat tak, aby se opakovaly + zpětná vazba bude ve zvýšené míře a z formálního hlediska tak, aby ji dítě se sluchovým postižením umělo jako pochvalu dekodovat
- o důležitá hra

bezpečné prostředí (pocit jistoty a bezpečí)

- o uvědomění možnosti experimentovat, učit se a dělat chyby
- o pocit jistoty, že dítě nebude za neúspěch káráno - chyba musí být označena, pojmenována a napravena
- o vést rodiče k tomu, že chyba nebo neúspěch jsou stejně důležité jako jejich opak
- o dítě by se tak nemělo bát reflektovat i svoje neúspěchy a pracovat s nimi jako s podněty pro další plánování a samostatný rozhodovací proces

jasná pravidla

- o chování dítěte, jeho projevy, prováděná činnost samostatně, s dopomocí
- o pravidla je potřeba vymezit jasně, avšak citlivě, s ohledem na SP a věk dítěte
- o dodržení nebo porušení pravidel by mělo být jasně označeno
- o reflexi a následně sebereflexi přesně daná pravidla usnadňují a tím i zpřístupní orientaci v neznámé oblasti, ať se jedná o skutečný fyzický prostor nebo pomyslnou oblast poznání
- o dítě tak má možnost kontrolovat prostředí, předpokládat a ovlivňovat do jisté míry dění, které se v něm odehrává
- o rodina by měla být prostředím, kde se pravidla stanovují, vysvětlují a dodržují
- o schopnost zvnitřnění se s pravidly je jedním z předpokladů pro institucionální vzdělávání

rozhodování a řešení problémů

- o zpočátku se zodpovědnosti za rozhodování a verbalizaci ujme některý z rodičů proto, aby se stal nositelem vzorce chování
- o rodič se v případě problému zastaví a přemýšlí o problému - dítě se i díky této přípravě naučí lépe pracovat s reflexí skutečnosti, hledání řešení a nakonec rozhodnutí

nepřesycení dítěte podněty

- o příliš mnoho podnětů a informací nedává nezralému dítěti možnost výběru a příjmu informací tak, aby se staly použitelnými
- o pro dítě se SP a jeho zdravý psychický vývoj by se mělo jednat o stimulaci, která bude z hlediska funkce a efektivity respektovat jeho potřeby, limity a možnosti
- o přestimulování - zahlcení dítěte podněty a informacemi, což se v konečném důsledku projeví sníženou pozorností, zmenšeným zájmem, zvýšenou únavou

Uvedený výčet položek, které přímo ovlivňují výchovu i vzdělávání dítěte se sluchovým postižením je nastaven tak, že počítá s funkční rodinou a efektivní rodinnou péčí. Ale asi **50 %** z celkového počtu dětí na "speciálních" školách je umístěno na **internátech**.

Zásady práce s dítětem se SP- z jiné knížky

základní pedagogické zásady - systematičnost, poslušnost, soustavnost, cílevědomost, návaznost, názornost, přiměřenost

specifické zásady

- *zásada stálého udržování zrakového kontaktu*
- *zásada komunikativnosti prostředí (oboustranná aktivní komunikace, pozitivní motivace ke komunikaci)*
- *zásada poskytování zpětné vazby (hodnocení výsledků, chování nejen v mluvené podobě)*
- *zásada jasné struktury a pravidel pro organizaci činností (nemůže využít zkušenost náhodného učení - něco odposlouchat - je proto nutné nový postup řádně vysvětlit)*
- *zásada uvádění nových vědomostí a dovedností do vztahů (podmiňuje motivaci, zvyšuje pochopení dané problematiky, vede k lepšímu zapamatování)*

Obecné metodické zásady, kterými by se postup rozvíjení schopností měl řídit

- pracovat s dítětem každý den
- pro rozvoj využívat aktuální zájem dítěte
- před začátkem hry vždy zkontrolovat funkčnost sluchadla, popř. KI
- při práci vyloučit z okolí všechny možné rušivé zdroje
- zvolit pro dítě vhodnou hru (možnosti dítěte, zábavná, individuálně přizpůsobená, motivace, dobrovolnost)
- cvičení je třeba co nejdříve zaměřit tak, aby se procvičovaly běžné komunikační situace
- začínat vždy na takové úrovni, která je pro dítě zvládnutelná, aby dítě zažilo úspěch
- zadání hry je třeba dítěti vždy vysvětlit a předvést
- vyměňovat si role během hry
- na dítě stále mluvit, obohacovat jeho slovník
- nikdy nenechat úkol nedokončený - je lepší ho dokončit společně
- obměňovat úkoly (mezi takové úkoly zařazovat i nějaký oblíbený starší)
- postupovat po malých krocích, za sebemenší pokrok je třeba dítě pochválit

Specifika vývoje mluveného jazyka a možnosti podpory jeho rozvoje

V diagnostice sluchové vady bývá velmi často zmiňováno **období mezi 6.-9. měsícem**, kdy je možné zpozorovat odchylky ve **vývoji řeči dítěte**. V tomto období dochází k přechodu z pudového žvatlání do žvatlání napodobivého.

Pudové žvatlání oproti napodobivému není opřeno o sluchové vjemy a probíhá proto i u dětí se sluchovým postižením.

Při **napodobivém žvatlání** dítě napodobuje řečové a hlasové projevy těch nejbližších v jeho okolí. Dítě nepřestane úplně modulovat, produkovat zvuky, hlásky, ale dochází k většímu úbytku než u dětí slyšících a hlasový projev se stane monotónním. Toto období však také není pro včasné zachycení diagnózy spolehlivé.

U **lehčích sluchových vad** je dítě stále blízko matky natolik, aby správně slyšelo sluchové podněty. V tomto případě dojde k výraznějším problémům v momentě, kdy dítě začne ložit a sluchové vjemy se vzdalují. Dítě v tomto okamžiku bývá zmatené, protože nerozezná zdroj zvuku a nedochází k propojení zvuku s jeho zdrojem.

U **těžších sluchových vad** může dojít ke kompenzaci sluchové ztráty pozorováním velkých gest a mimiky při promluvě matky. Reagují na silné zvuky a doprovodné vibrace. Proto je velmi těžké pro rodiče všimnout si sluchové ztráty. Matky většinou i cíleně potlačují své pochybnosti jako další zatěžující problém (Doležalová, Hricová, 2012). V případě, že se potvrdí sluchové postižení jsou dítěti indikována sluchadla podle typu a stupně sluchové ztráty. Uvádí se orientační doba kolem 6. měsíce věku dítěte. Pokud po aktivním nošení sluchadel, alespoň půl roku, nevidíme zlepšení reakcí na zvukové podněty a rozvoj mluvené řeči, stává se dítě kandidátem na kochleární implantaci (Kučerová, 2013).

Podle Macurové a Zbořilové (2023) neslyšící matka zahrnuje dítě mnohem menším počtem informací než matka slyšící. Slyšící matka může vše vysvětlit a komentovat, protože její výpověď může být slyšena dítětem bez omezení. Neslyšící matky musí nejprve dítě zaujmout zrak dítěte a potom mu cokoli sdělit. Komunikace neslyšící matky s neslyšícím dítětem se proto liší od matek s dítětem, jež slyší. Obě matky si však kladou stejný cíl, který zahrnuje úspěšnou komunikaci mezi sebou (Macurová, Zbořilová, 2023).

Na základě postižení sluchu dochází k **senzorické deprivaci** neboli ochuzení dítěte o okolní zvukové vjemy a k zúžení variability zkušeností. Následně vzniká komunikační bariéra jako sekundárně vzniklý handicap v důsledku sluchové

ztráty (Langer, 2013). Dítě se ocitne ve stavu tzv. **bezjazyčí**, který je charakteristický nedostatečnými jazykovými kompetencemi ani v jednom jazyce (v našem prostředí Český jazyk a Český znakový jazyk) (Červinková Houšková, 2004). Berme v potaz fakt, že 90 % dětí se sluchovým postižením se rodí slyšícím rodičům, pro které je mateřským jazykem Český jazyk opírající se o auditivní složku řeči. Dítě se sluchovým postižením si s velkou těžkostí může osvojit mluvený jazyk, kvůli své sluchové ztrátě. Znakový jazyk je pro dítě přístupnější, protože je vizuální. Rodič se dostává do kontaktu se znakovým jazykem až ve stejném momentě jako dítě. Důležité je, aby dítě se sluchovým postižením se co nejdříve dostalo k jazyku, nejpozději do pěti let. Znakový jazyk v rané komunikaci má příznivé důsledky v jazykovém, psychickém i sociálním rozvoji neslyšícího dítěte. Neslyšící děti vyrůstající v neslyšící rodině obklopeni znakovým jazykem od nejmladšího věku, mnohem lépe prospívají a rychleji se rozvíjejí než neslyšící děti ve slyšící rodině. Jako další faktor pro lepší prospívání u dětí je také pozitivnější postoj neslyšících rodičů k vadě sluchu jejich dítěte, než u slyšících rodičů (Langer, 2013).

Horáková (2017) popisuje **období tzv. kritické periody pro rozvoj jazykových schopností** u dětí. Dítě je od narození vybavené si osvojit jakýkoli přirozený jazyk. Tyto vrozené dispozice mohou být nazvány jako univerzální gramatika.

Podmínkou rozvoje jazyka je přísun podnětů v období tzv. kritické periody. V tomto období dochází ke zrání centrální nervové soustavy a organismus je připraven na vývoj některé nové funkce. Díky kvalitnějším zobrazovacím metodám při vyšetření mozku, můžeme dostávat kvalitnější informace o fungování sluchu. Přítomnost sluchového postižení ovlivňuje kvalitu sluchového vnímání a úplná ztráta sluchu zabraňuje mozku ve vytváření nervových spojů v průběhu kritického období. Autorka hovoří o tzv. cross-modální plasticitě mozku, kdy smyslová deprivace způsobí, že určitá oblast mozku není využívána obvykle a proto dojde k reorganizaci zpracování vnějších signálů v jiné části mozku.

Kritická perioda je tedy typická intenzivním kontaktem s jakýmkoliv jazykem (mluvený či znakový), k vytvoření potřebných spojů v mozku. V budoucnu dítě nebude mít problém si osvojit jiný jazyk, pokud si na dostatečné úrovni osvojí jeden jazyk v kritické periodě. Délka kritické periody pro rozvoj jazyka se podle různých autorů liší. Je vymezena do 2-2,5 let, někteří autoři za horní věkovou hranici považují 6 let. Pokud se v tomto období promešká osvojení si prvních jazykových vzorců, je velmi těžké je dohnat a plnohodnotně nahradit (Horáková, 2017).

Komunikace v Českém znakovém jazyce neslyšících matek se svými dětmi zastává následující pravidla. Matka upoutává pozornost dítěte různými způsoby. Jemně se dotýká různých částí těla, vsouvá hračky nebo své tělo do zorného pole dítěte. Výrazně pohybuje rukama nebo tělem a výrazně znakuje nebo používá tvar ruky, kterým ukazuje na předmět. Matka také přirozeně navazuje s dítětem zrakovým kontaktem. Pokud dítě zrakový kontakt přeruší, i ona přeruší komunikaci. Tímto způsobem dítě učí významu navázání zrakového kontaktu, který je nutný při komunikaci ve znakovém jazyce. Matka své dítě učí navázat zrakový kontakt jako výzvu ke komunikaci tím, že ho při společné hře celou dobu sleduje. Při společné hře si předměty, o kterých mluví, staví do zorného pole dítěte a znaky artikuluje v blízkosti předmětu. Matka komunikaci přizpůsobuje dle polohy dítěte, aby byla v postavení vůči němu. Ze začátku používá ke své komunikaci kratší výpovědi, jednotlivé znaky, a postupně je rozšiřuje (Macurová, Zbořilová, 2023, str. 113).

Jednotlivé **kritické momenty ve vývoji dítěte, které mohou vést k podezření na poruchu sluchu**. Důležitá je včasná diagnostika sluchové ztráty u dítěte a rodič je většinou první, který pojme toto podezření. Během prvního roku života nezaznamenáváme velké rozdíly mezi dítětem slyšícím a dítětem se sluchovým postižením. Dokonce i dítě s velmi těžkým sluchovým postižením může zareagovat na velmi silné zvukové podněty, jedná se nejčastěji o reakci na vibraci. Obvykle malou nebo žádnou reakci projeví na mluvené slovo nebo na vysoké tóny (zvuk píšťalky, zvonečku) (Horáková, 2017). Vývojová psycholingvistika také potvrzuje, že osvojování si jazyka probíhá u všech dětí zhruba ve stejném věku a to bez ohledu na povahu jazyka (Macurová, Zbořilová, 2023).

Kritické momenty ve vývoji dítěte, které mohou vést k podezření na poruchu sluchu se u novorozence a kojence projevují tak, že nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky. Novorozenec a kojeneček se neprobudí, když je kolem hluk. Nenapodobuje zvuky v okolí a neotáčí hlavu ve směru zvuku. Plačícího novorozence a kojence nelze utiшит pouhým hlasem. Dítě v období 6-12 měsíců neukáže na známou osobu či věc, nežvatlá nebo jeho předchozí žvatlání ustává (Horáková, 2017, str. 9). Děti neslyšících rodičů se dostávají do období tzv. manuálního žvatlání, kdy si jednotlivé komponenty znaku osvojují postupně. Nejdříve si osvojují místo artikulace znaku, později hrubý pohyb a nakonec tvar rukou. Vše závisí na postupném fyziologickém zrání organismu a na zrání jemné motoriky dítěte (Macurová, Zbořilová, 2023). V jednom roce nereaguje na výzvu typu „udělej pa“ nebo „paci, paci“, pokud mu pohyb nepředvedeme. Dítě v období 12 měsíců až 2 roky se neobrací ve směru hlasu na zavolání a nevěnuje pozornost zvukům z okolí. Dítě nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známe osoby a věci, které jej obklopují. Dítě nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky. Dítě nemluví stejně jako ostatní děti. Dítě nesleduje televizi, pokud je puštěna na normální hlasitost a nedochází u něj k postupnému zlepšování

porozumění řeči a rozvoji slovní zásoby. Všechny tyto kritické momenty ve vývoji dítěte mohou vést k podezření na poruchu sluchu (Horáková, 2017, str. 9).

Psychomotorický vývoj sluchově postiženého dítěte

Obecně lze říci, že čím dříve sluchová vada vznikne, tím závažnější jsou její důsledky. Celkový vývoj dítěte nejvíce omezují vrozené nebo prelingválně vzniklé percepční vady, tzn., že dítě se rodí se sluchovým postižením, případně ke sluchové poruše dochází před ukončením vývoje řeči.

Auditivní percepce v prenatálním období

U fyziologicky probíhajícího prenatálního vývoje je na konci prvního měsíce těhotenství plod přibližně 8 mm veliký. Na hlavičce lze pozorovat výčnělky, z nichž se postupně vyvíjejí oči, uši a nos. Vnitřní ucho se zakládá již počátkem 4. týdne gravidity. Začátkem 6. týdne se začíná vytvářet budoucí hlemýžď. (Jeho vývoj bývá ukončen kolem 8. měsíce). Na konci 7. týdne se nad primitivní bubínkovou dutinou přeměňují v chrupavkovité základy tři sluchové kůstky, které postupně osifikují v kladívko, kovádlíku a třmínek. Cortiho ográn dítěte je přibližně od 18. – 20. týdne funkčně způsobilý k vnímání akustických podnětů přicházejících jak z vnitřního prostředí, tak mimoděložního vnějšího prostředí¹.

Po celou dobu zrání sluchového orgánu, které je ukončeno kolem 8. měsíce gravidity, se v těle matky objevuje velké množství sluchových podnětů (převážně gastrointestinálních a kardiovaskulárních), ale tyto zvuky mají tak nízkou frekvenci, že na ně je lidské ucho jen málo citlivé. Na základě akustické analýzy nahrávek zvuků z dělohy je dokázáno, že zvuky pocházející z vnějšího prostředí vydávané v dostatečné intenzitě (60 dB) vystupují ze zvuků uvnitř dělohy². Jde-li o zvuky nízkofrekvenční, dochází v děloze k jejich oslabování. To ovšem neplatí u zvuků pohybujících se na frekvencích vyšších než 2000 Hz. V děloze se od ostatních zde vznikajících zvuků dobře odlišuje matčin hlas, více než jakýkoliv jiný stejně silný hlas. Tento jev je vysvětlován zesilovací funkcí dělohy, která je především ke konci těhotenství silně napjatá a roztažená.

¹(Vývoj sluchového analyzátoru [online] [cit. 12. 8. 2005] Dostupné na World Wide Web: <www.pef.zcu.cz/pef/kbi/php/studium/ftp/onto.doc>)

² (Pouthas, Jouen in Vitásková, 2002, s. 66)

Vývoj sluchově postiženého dítěte v kojeneckém a batolecím období

Sluchově postižené děti nebývají v prvním roce života příliš nápadné. Jejich vada není viditelná a ani jejich projevy nejsou natolik odlišné, aby jednoznačně signalizovaly existenci smyslového defektu. U novorozenců je ze smyslových orgánů nejvíce vyvinuto ústrojí polohové a pohybové. Dítě reaguje zejména na náhlé a silné zvuky, kterých se leká. Odpovídá na ně buď pohybem celého těla, nebo pláčem. Tento jev je označován jako Moorův reflex.

V prvních měsících života jsou nejdůležitější zrakové a taktilně-kinestetické podněty, které prelingválně sluchově postiženému dítěti nechybějí. Ani počátek předřečového vývoje není neobvyklý. Neslyšící dítě začíná broukat, protože tato aktivita je reflexního charakteru. Je vrozená a nezávisí na zkušenosti. V případě těžce sluchově postiženého dítěte postupně tyto projevy ustávají, protože dítěti chybí zpětná vazba. Jako diagnostický moment bývá označován 17. – 26. týden, kdy u dítěte nenastupuje období napodobivého žvatlání³.

Tab. č. 2 Vybraná vývojová data u kojence

Vývoj řeči	
<i>jednotlivé samohlásky</i>	od 2. měsíce
<i>brouká (a-a-a, e-e-e)</i>	od 3. měsíce
<i>jednotlivé slabiky (ba, da)</i>	po 6. měsíci
<i>zdvojování slabik</i>	8.–9. měsíci
<i>napodobuje zvuky</i>	od 8. měsíce
<i>1 slovo s významem</i>	od 9. měsíce
<i>2 slova s významem</i>	od 12. měsíce

(Cibochová 2004, s. 293)

³ (Vágnerová 2004, s. 224)

Tab. č. 3 Vybraná vývojová data u kojence - reakce dítěte na zevní podněty

Porozumění řeči	
<i>reaguje na hlas matky</i>	od 2.–3. týdne
<i>reaguje na zavolání jménem, na ne-ne</i>	od 8. měsíce
<i>dělá paci-paci apod. na výzvu</i>	od 9. měsíce
<i>podá předmět na výzvu, ale nepustí</i>	od 10.-11. měsíce
<i>podá předmět na výzvu a pustí z ruky</i>	od 12. měsíce
<i>vyhledá očima několik věcí podle názvu</i>	od 12. měsíce

(Cíbochová 2004, s. 293)

Podezření na poruchu sluchu můžeme mít, když⁴:

→ *novorozenec a kojeneček*

- ✓ nereaguje úlekem, pohybem, pláčem na neočekávané hlasité zvuky (houkačka, klíče...)
- ✓ neprobudí se, když je kolem hluk
- ✓ nenapodobuje zvuky v okolí
- ✓ neotáčí hlavu ve směru zvuku
- ✓ plačící dítě nelze utiшит pouhým hlasem

→ *dítě v období 6 – 12 měsíců*

- ✓ neukáže na známou osobu či věc
- ✓ dítě nežvatlá nebo jeho předchozí žvatlání ustává
- ✓ ani ve věku jednoho roku nereaguje na výzvy typu „udělej pa“, nebo „paci paci“, pokud mu pohyb nepředvedeme

→ *dítě v období 12 měsíců až 2 roky*

- ✓ neobrací se ve směru hlasu na zavolání
- ✓ nevěnuje pozornost zvukům z okolí
- ✓ nezačíná s napodobováním a s užíváním jednoduchých pojmenování pro známé osoby a věci, které jej obklopují
- ✓ nemluví stejně jako ostatní děti
- ✓ nesleduje televizi, pokud je puštěna na normální hlasitost
- ✓ nedochází u něj k postupnému zlepšování porozumění a rozvoji slovní zásoby.

⁴ (Herdová 2004, s. 212)

U zhruba 30% dětí je sluchová vada diagnostikovaná do 2. roku života a do konce čtvrtého roku života je dispensarizována méně než polovina sluchově handicapovaných dětí, čímž se snižuje možnost předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace.

Čím je porucha sluchu menší, tím hůře se prokazuje. Nejdříve bývá odhalena těžká nedoslýchavost a hluchota. Často jsou to rodiče, kteří si všimnou, že dítě nereaguje na zvukové podněty očekávaným způsobem. Ale zpravidla je nenapadne, že by mohlo jít o poruchu sluchu⁵. Přitom právě menší poruchy sluchu jsou poměrně úspěšně korigovatelné pomocí kompenzačních pomůcek, jejichž aplikace v raném věku může minimalizovat vliv na rozvoj komunikačních dovedností dítěte. Kompenzace vrozené poruchy sluchu v pozdějším věku a hlavně rozvoj komunikačních dovedností dítěte je spojen s podstatně větším úsilím, než které by bylo zapotřebí při včasném průkazu sluchové poruchy a většinou i úspěšnost je menší.

Ideální situaci znázorňuje tab. č. 4 , která zachycuje klíčová rozhodnutí v péči o sluchově postižené dítě:

Tab. č. 4 – Klíčové okamžiky v péči o dítě se závažnou poruchou sluchu

Věk dítěte	Intervence
0 - 2 měsíce	<i>Rozpoznání sluchového postižení, první kontakt s odborným lékařem, poradenství rodičům</i>
6 měsíců	<i>Nejvhodnější termín nasazení sluchadel</i>
18 měsíců	<i>Při závažné poruše sluchu může být doporučeno zavedení kochleárního implantátu, sluchové řečový trénink, pedagogické poradenství</i>
Předškolní věk	<i>Nejpozději v tomto okamžiku musí být jasné, zda dítě bude navštěvovat mateřskou a následně pak základní školu se svými slyšícími vrstevníky, případně zda bude třeba zapsat dítě do některé ze speciálních škol</i>

(Štefancová 2004, s. 14)

⁵ (Vágnerová 2004, s. 224)

Vývoj sluchově postiženého dítěte v předškolním období

V předškolním věku by mělo dojít k určitému osamostatňování. To je u jakkoliv postižených dětí obtížné. Sluchově postižené dítě nedokáže kontrolovat blízkost matky jinak než zrakově, z toho důvodu se může zvyšovat potřeba neustálého kontaktu s matkou. Do určité míry bývá osamostatňování blokováno i chováním rodičů. Ukázalo se např., že matky těžce sluchově postižených dětí se ke svým dětem chovají direktivnějším způsobem, více je korigují a méně podporují jejich iniciativu. Tendence k direktivnosti bývá posílena i typickými projevy sluchově postižených dětí: menším zájmem o standardní komunikaci s matkou (pokud užívá mluvenou řeč), upřednostňování interakce s hračkami, obtížemi v chápání a osvojování různých norem chování, sklonem k impulzivitě a nerespektování pokynů rodičů⁶.

U těžce sluchově postižených dětí také nelze opomenout skutečnost, že s touto vadou může být spojené organické poškození CNS, které se projevuje narušením koordinace a přesnosti pohybů⁷. Bylo zjištěno, že přibližně 30% dětí se sluchovým postižením má určitým způsobem narušenou jemnou motoriku. Tato porucha může postihnout i motoriku mluvidel, a v důsledku toho dochází k prohloubení potíží v řečovém vývoji. Ten navíc dítě vzhledem ke svému sluchovému postižení nemůže v dostatečné míře kontrolovat sluchovou cestou.

Funkce rodiny v oblasti rané péče

Narození postiženého dítěte je jednou z nejtěžších životních situací, která může člověka potkat. Je to zkouška, na kterou rodiče nejsou vůbec připraveni. První poznání, že jejich dítě má vážné problémy, že bude jiné, působí jako šok následovaný frustrací, beznadějí a ztrátou jistoty. Rodiče nechápou, proč právě jejich dítě je jiné, kladou si otázky, zda s ním budou umět zacházet, zda vůbec budou schopni zvládnout jeho výchovu.

Až 90% dětí s různým stupněm sluchového postižení se rodí slyšícím rodičům. To jim přináší permanentní zátěž spojenou se zvládáním psychického stresu, který si do rodičů vyžaduje⁸:

→ dlouhodobou adaptaci na vyrovnání se s emocionálně sociálními a adaptačními problémy

⁶ (Kročánová in Vágnerová 2004, s.226)

⁷ (Nováková in Vágnerová 2004, s.226)

⁸ (Kročánová 2001, s.91)

související s přítomností neslyšícího dítěte v rodině

- akceptace sluchového postižení, resp. dítěte i s jeho sluchovou vadou
- péče o výchovu (řešení problémů ve výchovných přístupech, zvládání pocitů nejistoty při výchovném usměrňování) a později i péče o vzdělávání sluchově postiženého dítěte
- rozhodnutí o volbě komunikačního kanálu, náročnost při budování úspěšné a plnohodnotné komunikaci s neslyšícím dítětem
- utváření komunikačních vztahů rodiče-dítě
- vyrovnávání se s přicházejícím pracovním a společenským omezením
- zkouška stability a zralosti jejich partnerského vztahu a jejich osobnostních kvalit
- prožívání negativních pocitů z pomalých pokroků ve vývoji dítěte a z nesplněných očekávání rodičů.

V nejranějším vývojovém období dítěte rodiče trápí sluchová vada více, než její nejzávažnější důsledek – řečové postižení. To zatím není zřejmé, neboť převažující nonverbální komunikace je v tomto období ještě plně funkční a adekvátní⁹. Úzký kontakt a rodinná vazba umožňují ještě dorozumění beze slov. Matka rozumí křiku a signálům svého dítěte, podle výrazu pozná jeho přání, takže dokáže správně zareagovat. Jde o navazování kontaktu zcela přirozeně, instinktivně. Dítě se učí vnímat a zpracovávat informace a to je základ pozdější komunikace.

Je opravdu nezbytně nutné, aby hned po stanovení diagnózy měli rodiče možnost navázat úzký kontakt se zkušeným odborníkem. Významný podíl na úspěchu rehabilitační péče totiž tvoří informovanost rodičů a jejich přístup. Odborný pracovník se většinou ve spolupráci s psychologem snaží na rodinu působit tak, aby byla schopna překonat počáteční trauma a vyrovnat se s tím, že jejich dítě je sluchově postižené. Podaří-li se mu přesvědčit rodiče, že narození dítěte s postižením neznamená konec jejich nadějí, je to dobrý začátek spolupráce.

Psychomotorický vývoj sluchově postiženého dítěte, zvláště v oblasti sluchového vnímání, se většinou uskutečňuje opožděně. Po tělesné stránce se ovšem vyvíjí obdobně jako slyšící dítě. Podmínky vývoje jsou však ztíženy, a to v závislosti na stupni a typu sluchového postižení.

⁹ (Roučková 1999, s.5)

Sluchově postiženému dítěti chybí především plná funkce sluchového vnímání, dostatečně hlasitý sluchový podnět, který dává impulsy k dalšímu rozvoji. Např. slyšící kojenec se začne otáčet za zvukem, později za ním začne lézt, brát si zvukovou hračku do ruky, apod. U sluchově postiženého dítěte je proto třeba se více soustředit na ostatní smysly a dovednosti, které by napomohly k celkovému rozvoji¹⁰.

Včasně osvojení si prvního jazyka u dítěte se sluchovým postižením, které se narodí do slyšící rodiny je velmi důležité. Jazyk, kterému dají rodiče v komunikaci přednost, by měl být co nejvíce smyslově přístupný pro jejich dítě (Macurová, Zbořilová, 2023). Následující tabulka popisuje vývojové fáze dítěte v mluveném i znakovém jazyku (viz tabulka č. 3).

Tabulka 1: **Projev neslyšícího dítěte vychovávaného v českém znakovém jazyce**

Přibližný věk dítěte	Charakteristika věku	
	mluvené jazyky	znakové jazyky
první měsíce života dítěte	broukání zahrnující všechny možné hlásky	broukání zahrnující všechny možné hlásky
6–12 měsíců	žvatlání obsahující pouze fonémy charakteristické pro jazyk, s nímž je kojenec v kontaktu	vokalizace ustupuje; manuální žvatlání obsahuje fonémy (např. tvary rukou) charakteristické pro znakový jazyk, ve kterém dítě vyrůstá
6–12 měsíců	výrazné manuální pohyby; kombinace deiktických gest spolu s prvními vyslovenými slovy omyl přílišného rozšiřování významu slov (= rozšiřování významu slova, př. <i>táta</i> = <i>jákykoliv muž</i>) (viz např. Sternberg, 2002) základy komunikačních norem , zejména střídání komunikačních rolí v dialogu (viz Saicová Římalová, 2013)	výrazné motorické chování dítěte; kombinace deiktických gest spolu s artikulací prvních znaků ; omyl přílišného rozšiřování významu znaků (Woll, 2001) osvojení základních komunikačních norem ; navazování zrakového kontaktu s matkou, pochopení dotyku matky jako výzvy k zahájení komunikace, schopnost dělit pozornost mezi matku a předmět komunikace

Obrázek 1 vývojové fáze dítěte v mluveném i znakovém jazyku (zdroj: Macurová, Zbořilová, 2023, str. 116)

Znakový jazyk u neslyšících

Přirozený jazyk

neslyšící nejsou pro osvojení ČJ disponovány → **znakový jazyk je pro těžce sluchově postižené jazykem přirozeným**, a neměl by jim tedy být odpírán

- ZN nemusí být jazykem mateřským (BEZJAZYČÍ ve slyšící rodině)

Bilingvismus - dva modely

skandinávský bilingvální model - nejprve 1 jazyk, pak druhý

hamburský bilingvální model - oba jazyky současně

Znakový jazyk u neslyšících v raném věku a jeho přínos pro rozvoj

malé neslyšící děti, které byly vystaveny znakovému jazyku, byly na svůj věk jazykově pokročilé

- zejména proto, že používaly vizuální jazyk během fáze, kdy je vizuální stimulace pro jazykový a kognitivní rozvoj důležitá

děti vychovávané ve znakovém jazyce tedy mnohem obezřetněji vizuálně sledují své bezprostřední okolí, dochází u nich k náhodnému a spontánnímu učení a získávání zkušeností, čímž se již v raném věku učí maximálně využívat svůj zrak

Raná komunikace znakovým jazykem má tedy pro další jazykový, psychický i sociální rozvoj neslyšícího dítěte příznivé důsledky

Rozdíl mezi dítětem se SP v slyšící a neslyšící rodině

vývoj sluchově postiženého dítěte je do podstatné míry závislý na adekvátnosti jeho **výchovného vedení**, protože neslyšící děti mají objektivně omezenou možnost získávat vlastním úsilím potřebné podněty

více než 90 % sluchově postižených dětí se rodí slyšícím rodičům

- pro které je narození neslyšícího dítěte zpravidla značnou **psychickou a emocionální zátěží**
- jedním z nejzávažnějších problémů je **neschopnost rodičů přirozeně a plnohodnotně komunikovat** s neslyšícím dítětem

v kontrastu s neslyšícími dětmi slyšících rodičů působily neslyšící děti vyrůstající v neslyšící rodině vždy jako mnohem lépe prosperující a rychleji se rozvíjející

- jedním z příznivých faktorů je používání znakového jazyka od nejmladšího věku
- + také postoj neslyšících rodičů k vadě sluchu jejich dítěte je pozitivnější než postoj rodičů slyšících

Raná komunikace - matka-dítě

Řeč orientovaná na dítě

jazykové roviny - všechny specifické při komunikaci s malým dítětem
fáze

- zaměření na osobu - nejdříve (máma)
- zaměření na předmět - chřastítka
- zaměření na osobu a předmět současně (k porozumění dochází až když dítě vnímá oba dva současně - dorozumívání)

Charakteristika komunikace SM a NM

slyšící matka neslyšícího dítěte musí převzít způsoby chování jako NM

kontakt

- SM v permanentním kontaktu (třeba je otočená, ale na dítě pořád mluví)
- → NM jen při funkčním **zrakovém kontaktu** (malé dítě - krátký zrakový kontakt)

rozdělování pozornosti

- SD si vezme auto, SM - máš autíčko a kde má kolečka? (může mluvit i z dálky, přitom dělat něco jiného)
- → ND vezme auto, matka musí **rozdělit pozornost** - má jen jedny ruce (NM vytváří sdělení rukama), NM odkazuje k věcem v bezprostředním okolí (např. ukazování obrázku - zároveň u toho nemluvit)

Pozorování

- SM na dítě stále mluví
- → NM dítě stále **pozoruje**

SP z neslyšícího prostředí očekávají informace z okolí

- ND a SR - neočekává zrakem žádné informace → musíme vést k vizuálnímu vnímání)
- ND a NR - neustále se dívá - **využití zorného pole** - naučit maximálně využívat

Navazování kontaktu

SM hlasem, zvukem, jménem

NM **zrakem, hmatem, bez oslovení** (zbytečné, když se nejdříve musí podívat)

Obsahová stránka

SM pojmenovává činnosti a děje, používá slovesa, podstatná jména, citoslovce, zdvořilky, oslovení

NM pojmenovává **předměty a děje**, znaky jsou převážně **ikonické** (přímý vztah - stůl, pít, jíst) a **deiktické** (ukazovací - nos)

SM i NM **informace opakují** (SM slovy, NM znaky)

Charakteristika projevu SM a NM

NM i SM krátké jednoduché výpovědi

- SM převaha vět tázacích
- NM **převaha vět oznamovacích**

omezení projevu

- SM projev ničím neomezen
- NM **bez modifikace znaků**, stabilní slovesa, bez inkorporace (inkorporace - např. minulý týden - 2 znaky v jednom) a simultánní artikulace

komunikace s dítětem (změkčení)

- SM výše posazený hlas, mazlivá intonace
- NM **zvýraznění v prostoru a prodloužení v čase + změna místa artikulace** znaků (fonetická - např. znak hodný - pohladit dítě - nevede ke změně významu)

hezitace - pauzy, které vedou k udržení pozornosti

- SM - hmmm
- NM **výraz tváře, ruka stop**

Sluchová výchova

= edukace sluchu, reedukace sluchu

souhrn SP postupů, jimiž se zlepšuje a zdokonaluje výkonnost v oblasti postižené funkce - reedukační metody se zaměřují na postiženou funkci

nápravná metoda, při které se cvičením (zvukové hračky, hlas, zvuky, pohyb) narušeného sluchového analyzátoru může docílit jeho žádoucí funkce

u dítěte je nutno rozvinout schopnosti auditivního vnímání a vybavit ho akustickými zkušenostmi, aby bylo možné auditivně podporovat řečové vnímání a produkci řeči

cílem sluchové výchovy u nedoslýchavých dětí je trénovat a rozvíjet zachované zbytky sluchu v mezích možností dítěte tak, aby se zlepšilo sluchové vnímání i mluvená řeč

k tomu, aby dítě mohlo využít zachované zbytky sluchu, musí být vybaveno vhodnými sluchadly (neslyšící - KI)

základní přístupy k rozvíjení schopnosti auditivního vnímání

- přístup unisenzoriální (monosenzoriální) - tvůrce Erik Wedenberg - stavět na zachovaném sluchu, tedy bez odezírání (metoda mluvení dítěti přímo do ucha)
- přístup multisenzoriální - využívá i ostatní smysly než jen sluch (odezírání, ZJ, psaná řeč)
- → v praxi se více osvědčuje metoda druhá - dítě s těžkou sluchovou vadou prakticky neslyší - po nastavení sluchadel se může objevit reakce na zvukové podněty - dítě se začíná **učit slyšet** - přiřazovat význam ke zvukům, poznávat zdroje zvuků - proto je zásadní vše v okolí dítěte **vizualizovat**

důležité předpoklady pro úspěšnou sluchovou výchovu

- kvalitní sluchadlo
- vzdálenost při komunikaci (klidné prostředí, běžná konverzační vzdálenost - méně jak 2 metry)
- vyšetření sluchu (audiometrické vyšetření čistými tóny, slovní audiometrie)
- diagnóza dítěte (komplexní diagnóza - další vady)
- motivace rodiny (aktivní přístup rodiny, který motivuje i dítě)

4 základní oblasti rozvíjení sluchu

vychází z faktu, že po přidělení sluchadel nebo KI se dítě teprve začíná učit slyšet, fáze:

Sluchově řečová rehabilitace

Detekce:

zjištění přítomnosti či nepřítomnosti zvuku a reakce na něj

Diskriminace

rozlišování zvuků

Identifikace:

rozpoznávání zdroje zvuku, spojování předmětů se zvuky a rozlišování mezi nimi

Porozumění:

Dítě se učí rozumět v různých poslechových situacích, je vedeno ke schopnosti komunikovat s jakýmkoliv komunikačním partnerem i v akusticky náročných podmínkách.



HOLMANOVÁ, J. (2002). Raná péče o dítě se sluchovým postižením. Praha: Septima

Příklady sluchových cvičení

Nácvik podmíněné reakce na zvuk

výchozí bod pro další hry, rozvíjí uvědomování si zvuku (detekci) - díky reakcím dítěte lze určit, které zvuky a z jaké vzdálenosti je dítě schopné vnímat

pomůcky - bubínek (otočený kyblík s vařečkou), kelímek, kostičky

postup

- sedněte si s dítětem naproti sobě
- vezměte si kostku a přidržte si ji u ucha - bouchněte na bubínek a potom vhod'te kostku do kelímku - výraz vašeho obličeje (i slovní doprovod) musí vyjadřovat, že jste zvuk slyšeli a že se vám líbí (několikrát zopakovat)
- potom vyzvěte dítě, aby si dalo kostku k uchu - zprvu mu pomáhejte správně reagovat - dítě musí vhodit kostku do kelímku poté, co uvidí a uslyší úder bubínku (zprvu může sledovat úder i hmatem rukou položenou na bubínku)

Poznáš, co to bylo?

hra je zaměřena na identifikaci neboli určení zvukového podnětu

pomůcky - bubínek, trumpeta a jejich obrázky (lze připevnit na tyčku jako praporek)

postup

- zabubnujte na bubínek a ihned poté zamávejte obrázkem bubínku
- zabubnujte znovu a nyní zamává obrázkem dítě
- stejný postup s trumpetou - až dítě pochopí, co je jeho úkolem, vybírá a zvedá podle zvuku obrázek samo
- cvičení zprvu provádějte se zrakovou kontrolou, později dítě zkouší odpovídat jen na základě poslechu

Potichu a nahlas

hra se zaměřuje na rozpoznávání kvality zvuku, konkrétně jeho intenzitu (potichu=málo, nahlas=moc)

pomůcky - bubínek, velký a malý kelímek, kostičky (rozinky, bonbony,...)

postup

- nejdříve postupně v přirozených situacích vysvětlíte dítěti význam slov potichu (málo) a nahlas (moc) - pokud dítě rozdíly chápe, přistupte ke hře se zvuky
- udeřte silně do bubínku a vysvětlíte dítěti (i mimicky), že to bylo moc silně - potom vhod'te kostičku do velkého kelímku
- nyní udeřte do bubínku slabě a opět naznačte, že to bylo málo - vhod'te kostičku do malého kelímku
- nyní to samé zkouší dítě - zprvu se určitě bude hodně řídit velikostí úderu (zraková kontrola)

+ Rozvíjení motoriky

→ sluchovou výchovu doplňujeme i souběžným rozvíjením pohybových dovedností

vnímání zvuku vzniklého vlastním pohybem, činností má zpětnou vazbu na řeč dítěte (řečová motorika, tělesná motorika)

pohybová cvičení rozvíjí smysl dítěte pro rytmus (vnímání rytmu - i řeč má sekvenční charakter - svůj charakteristický rytmus)

Budování komunikace a řečová výchova

Budování komunikace (co se dítě musí naučit)

Zrakový kontakt

aby dítě mohlo využívat zrak k získávání důležitých informací, musí umět navazovat zrakový kontakt, který je také základem pro komunikaci → navazování očního kontaktu by se mělo dítě učit hned po narození, pochopení významu zrakového kontaktu a jeho udržení trvá dítěti mnohem déle (6 měsíců)

jako prostředek pro navazování zrakového kontaktu, upoutání pozornosti a "oslovení" se v prostředí neslyšících používá fyzický kontakt (u dětí např. poklepávání na různé části těla, hlazení, lechtání, jemné pohybování rameny dítěte)

rodiče mohou proces vytvoření očního kontaktu podpořit např. tím, že budou upoutávat pozornost dítěte zajímavými podněty (v případě ZJ je třeba zvýraznit artikulaci jednotlivých znaků) a za jeho navázání dítě pochválí úsměvem, pohlazením,...

navázání zrakového kontaktu by se mělo stát přirozenou záležitostí
při přerušení zrakového kontaktu musí být ukončena komunikace

v prvních měsících probíhá komunikace na krátkou vzdálenost - malé neslyšící dítě navíc potřebuje častější doteky a blízkost rodičů, aby je vidělo, a byly tak uspokojeny jeho základní potřeby pocitu jistoty a bezpečí - vzdálenost se postupně s věkem prodlužuje

Rozdělování pozornosti mezi matku a předmět komunikace

dítě by mělo co nejrychleji dokázat střídat pozornost a znovu navazovat zrakový kontakt s matkou, aby mu mohla sdělovat potřebné informace

Řečová výchova

= tvoření a rozvíjení řeči (také jazyková výchova)

je propojena se sluchovou výchovou a odezíráním

při osvojování mluvy je nutné nejvíce rozlišit děti neslyšící, nedoslýchavé a děti s KI

- **u neslyšících** nelze rozvíjet mluvu přirozeným způsobem, musí se **vytvářet uměle** za pomoci zrakového, taktilního a vibračního vnímání (tato metoda je pro něj **namáhavá a zdoluhavá** → současné rozvíjení komunikace pomocí **vizuálně-motorických** systémů jako primárního způsobu komunikace)

- **u nedoslýchavých** dětí lze mluvu rozvíjet **spontánně sluchovou cestou**, i když deformovaně a opožděně, potřebné je, aby se dítě navíc naučilo, že to, co nemůže z hlasité řeči vnímat sluchem, doplní vnímáním zrakovým (**odezíráním**)
- **u dětí s KI** se ukazuje, že je vhodné **před a bezprostředně po** implantaci užívat v komunikaci **znaky**, což zvyšuje šanci, že se dítě stane vynikajícím uživatelem implantátu - implantované děti totiž s narůstající sluchovou zkušeností **překódují znaky do slov** a zcela přirozeně začínají preferovat známá slova před znaky

bez ohledu na předpokládanou závažnost sluchové vady je vhodné na dítě **mluvit v jednoduchých větách** (i pokud by dítě **neslyšelo vůbec nic**, začne si postupně všimnout pohybů mluvidel, což je nutné pro nácvik artikulace i odezírání)

- ALE - v tomto případě si dítě nemůže nová slova osvojit pouhým odezíráním - odezíráním bude vnímat pouze pohyb úst, obsah pojmu z tohoto pohybu samo nevyčte

pro rozvoj komunikace je zcela nezbytné využívat běžně opakujících se situací a **komentovat vše, co se děje v okolí** dítěte (při jídle, oblékání, koupání - je nutné volit stále stejná slova - dítě se jim naučí rozumět a osvojuje si tak jazyk v návaznosti na běžné činnosti)

u dětí s těžkou sluchovou vadou je třeba **mluvu navíc ještě podpořit jiným způsobem** - např.

- **názorným provedením** popisované činnosti, **ukázáním předmětu** (před jídlem ukázat lahvičku a až poté ho vzít a krmit)
- používání alespoň **klíčových znaků**, kterými je doplněna mluvená řeč
 - taková forma komunikace je pro slyšící rodiče nejjednodušší a nejpřirozenější - ale nejedná se o ryzí znakový jazyk
 - postupně lze rozšiřovat počet znaků ve větě podle toho, jak si rodič sám zvyšuje svou znalost znakového jazyka
 - i tak slyšící rodiče nebudou schopni dítěti předat ZJ na dostatečné úrovni - to později škola a neslyšící uživatelé

na ranou komunikaci se specializují střediska rané péče (Tamtam) - vznikla DVD:

- DVD - Raná komunikace v neslyšící rodině
- DVD - Chci se s tebou domluvit
- Mobilní aplikace - Znakujte s námi

Hračky a didaktické pomůcky

běžné hračky, hračky ve speciální funkci - hračky zvukové a hračky obohacující představy dětí a jejich řeč níže - didaktické pomůcky pro děti předškolního věku

Pomůcky pro rozumovou a jazykovou výchovu

Vizuální pomůcky

získávání informací, rozvoj slovní zásoby a motivace

- sady obrázků k určitému tématu
- obrázková kvarteta, pexesa, obrázkové karty
- omalovánky a domalovánky
- fotografie
- knížky - hračky (knihy s materiálem k další manipulaci - hraní, vystřihování, lepení)
- dětské knížky slovníkového a encyklopedického charakteru
- bohatě ilustrované dětské knihy, které dítě motivují k mluvení (pohádky, příběhy o zvířátkách, s dětským hrdinou,..)
- dětské časopisy

zlepšování výslovnosti

- speciální sady obrázků pro správnou výslovnost
- písemné texty pro správnou výslovnost (říkanky)
- hračky pro korekci správné výslovnosti (speciálně upravené a programově vybavené počítače, nafouknuté balonky)

Audiovizuální pomůcky

videopragramy naučného nebo motivačního charakteru

multimediální hry a knihy

Hračky a pomůcky pro hudební a sluchovou výchovu

Auditivní pomůcky

ozvučené hračky

dětské hudební nástroje (Orffův instrumentář)

klávesové nástroje

nahrávky neřečových zvuků z okolí (zvířata, dopravní prostředky, domácnost,...)

drobné hudební skladby k rozlišování rytmu, výšky, délky zvuků

kvalitní nahrávky řečových zvuků, říkanek a krátkých pohádek k procvičování rozlišování zvuků

hračky reagující na zvuky

Akustickovizuální pomůcky

ozvučené hračky se světelnou signalizací

Taktilní pomůcky

specifické pomůcky, které umožňují vnímání vibrací celým tělem nebo jeho částmi a pozitivně ovlivňují pohybovou koordinaci

LITERATURA:

DOLEŽALOVÁ, Lenka a HRICOVÁ, Lenka (2012). Raná intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s hluchoslepotou. In OPATŘILOVÁ, Dagmar a NOVÁKOVÁ, Zita. Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5880-4.

ČERVINKOVÁ HOUŠKOVÁ, Kateřina, 2004. Svět neslyšících část II. *Ruce.cz* [online]. 17. 4. 2004 [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/1/2-svet-neslysicich>

HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové vnímání dětí raného věku s postižením sluchu: funkční hodnocení. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 978-80-210-8130-7.

KUČEROVÁ, Anna, 2013. Raný a předškolní věk dítěte s postižením či znevýhodněním. In Jeřábková, Kateřina. *Úvod do speciální pedagogiky. Studijní opory*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3731-6.

LANGER, Jiří. Znakové systémy v komunikaci neslyšících. Studijní opory. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3746-0.

MACUROVÁ, Alena a ZBOŘILOVÁ, Radka. Jazyky v komunikaci neslyšících: český znakový jazyk a čeština. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2023. ISBN 978-80-246-5615-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

POTMĚŠIL, Miloň. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Online. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5184-3.

VÁGNEROVÁ, Marie; STRNADOVÁ, Iva a KREJČOVÁ, Lenka. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

HRONOVÁ, Anna Cícha a MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem: neslyšící matka se svým sluchově postiženým dítětem : slyšící matka se svým slyšícím dítětem*. V Praze: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2002.

HORÁKOVÁ, Radka. Specifika vývoje a včasná pedagogická intervence u dětí se sluchovým postižením. https://is.muni.cz/el/ped/jaro2008/SP4MK_SPVS/um/Specifika_vyvoje_a_vcasna_pedagog.intervence_u_SP.pdf

16. Péče o rodinu dítěte se sluchovým postižením

1. Možnosti poradenství a podpory rodinám dětí se sluchovým postižením.

SYSTÉM PORADENSKÝCH SLUŽEB ZAMĚŘENÝCH NA DÍTĚ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM A JEHO RODINU (LEGISLATIVNÍ A OBSAHOVÝ RÁMEC)

Resort zdravotnictví

- Dítě s vadou sluchu je **PACIENT**
- Pediatr, ORL lékař, foniatr, klinický logoped, klinický psycholog
- Centrum vysoce specializované péče o dětské pacienty s trvalou poruchou sluchu – PEDAUDIOLOGICKÉ CENTRUM – screening sluchu u novorozenců – 3. úroveň
- Komplexní diagnostika a korekce trvalé poruchy sluchu a péče a rozvoj řeči:
- **dětí bez potvrzení oboustranné trvalé poruchy sluchu** (normální sluch, lehká porucha sluchu, jednostranná trvalá porucha sluchu nevyžadující kompenzaci): sledování vývoje řeči (ve spolupráci s praktickým lékařem pro děti a dorost);
- **dětí s oboustrannou nebo jednostrannou trvalou poruchou sluchu**: sluchadlová korekce, u vrozených vad ideálně nejpozději od 6. měsíce věku;
- **dětí s oboustrannou nebo jednostrannou hluchotou**: předání ke kochleární implantaci, u vrozených vad ideálně nejpozději do 2. roku věku;
- **dětí s oboustrannou nebo jednostrannou malformací zevního a/nebo středního ucha**: korekce kostním sluchadlem (BAHD);
- Zajištění a sledování rozvoje řeči ve spolupráci s klinickým logopedem;
- Etiologické dořešení nedoslýchavosti ve spolupráci s dalšími obory;
- Screening sluchu 5letých dětí (superkonziliární pracoviště)

Resort školství

- Dítě s vadou sluchu je **ŽÁK**
- SPC a PPP os tří let věku dítěte (vyhláška č. 72/2005 Sb.)

PPP

- Komplexní nebo zaměřená psychologická a speciálně pedagogická **diagnostika**
- Psychologická a speciálně pedagogická **intervence**
- **Informační a metodická činnost** a příprava podkladů pro vzdělávací **opatření** a dokumentace

SPC standardní činnosti společné

- Komplexní nebo zaměřená speciálně pedagogická a psychologická **diagnostika**
- Speciálně pedagogická a psychologická **intervence** a poradenská **podpora**
- **Informační a metodická činnost**, podpora a evidence

SPC standardní činnosti speciální

Centrum poskytující služby žákům se sluchovým postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky

- Individuální speciálně pedagogická a psychologická **diagnostika** u žáků se sluchovým postižením pro účely stanovení podpůrných opatření a v případě potřeby i **zpracování návrhů na vzdělávání** žáka ve třídě zřízené pro žáky se sluchovým postižením.
- Budování a **rozvoj audioorální komunikace**, její složky receptivní, zejména poslechu a odezírání, a složky produktivní.
- Rozvoj **českého znakového jazyka** a dalších **komunikačních systémů** neslyšících a hluchoslepých osob.
- **Poskytování informací** o možnostech vzdělávání a komunikace osob se sluchovým postižením a jejich životě **zákonným zástupcům, popřípadě starším žákům.**
- **Podpora rodiny** v celkovém harmonickém rozvoji dětí, žáků a studentů.
- **Pořádání kurzů** komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob pro zákonné zástupce, pedagogické i nepedagogické pracovníky škol a školských zařízení.

- Spolupráce s příslušným **odborným zdravotnickým zařízením** na speciálně pedagogické přípravě žáka na vyšetření, případný zákrok, na využívání kompenzačních pomůcek a participace na následné rehabilitaci.
- Cvičení na posilování **nepostižených smyslových funkcí**.
- Individuální a skupinové **terapie pro zákonné zástupce vedené psychologem**.
- **Poradensko-terapeutické vedení rodin**, krizová terapie, terapie pro neslyšící zákonné zástupce.
- Sluchová výchova, zásady manuální komunikace, rozvoj motoriky dítěte, výstavba orální řeči, alternativních metod čtení, analytickosyntetická metoda čtení, vedení pojmových deníků, řešení výchovných problémů, nácvik čtení s porozuměním apod.
- Nácvik činností pro **vyšetření audiometrem a příprava na audiometrické vyšetření**.

Resort sociální

- Dítě s vadou sluchu v RODINĚ (v přirozeném prostředí)

Nepříznivá sociální situace (zákon č. 108/2006)

- “Oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“

§ 54 raná péče

- (1) Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.
- (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, c) sociálně terapeutické činnosti, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Nepříznivá sociální situace rodiny s dítětem se zdravotním postižením (Modely sociálních služeb)

- vystavení rodiny situaci a okolnostem, se kterými zpravidla **nemá zkušenost a s nimiž se těžce vyrovnává** (sdělení diagnózy, vážné zdravotní komplikace u dítěte, ohrožení jeho života...)
- **ohrožení fungování rodiny** (změna režimu rodiny, jejích zvyků, hodnot a plánů, zvýšená zátěž na partnerský vztah, riziko opomíjení potřeb sourozenců)
- **ohrožení rodiny sociálním vyloučením** (izolace od širší rodiny, přátel, známých, běžných služeb)
- **absence dostatečné podpory rodině** - rodičům/pečujícím osobám a dítěti/dětem (informační, finanční, praktické, projevení účasti, sdílení zkušeností apod.)
- **dlouhodobá vysoká míra fyzické a psychické zátěže rodičů/pečujících osob** při péči o dítě s postižením (může vést k vyčerpání, pocitu selhání, pocitu nekompetentnosti)
- ohrožení **dítěte ztrátou možnosti vyrůstat ve svém přirozeném sociálním prostředí** – v rodině
- ohrožení dítěte **psychickou deprivací, nedostatečně stimulujícím rodinným prostředím** – nedostatkem podnětů, senzorickou deprivací, kognitivní deprivací, citovou deprivací atd

základní činnosti rané péče – výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

- zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním
- specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám
- podpora a posilování rodičovských kompetencí
- upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny
- vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury

- nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte
- instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, senzorické, motorické a sociální

Základní činnosti rané péče – zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob
- podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů

Základní činnosti rané péče – sociálně terapeutické činnosti

- psychosociální podpora formou naslouchání
- podpora výměny zkušeností
- pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny

Základní činnosti rané péče – pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů
- doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte

§ 37 Sociální poradenství

(1) Sociální poradenství zahrnuje a) základní sociální poradenství, b) odborné sociální poradenství.

(2) Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

(3) Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, poradnách pro osoby s potřebou paliativní péče, přirozeném sociálním prostředí osoby a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

(4) Služba podle odstavce 3 obsahuje tyto základní činnosti: a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, b) sociálně terapeutické činnosti, c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, d) činnosti poskytující podporu pečujícím a činnosti, které spočívají v nácviku dovedností pečujících osob pro zvládání péče o osoby závislé na jejich pomoci.

(5) Základní sociální poradenství poskytované sociálními službami podle § 39, 40, 44 a 46 může být poskytováno také pečujícím osobám v rozsahu činností poskytujících podporu pečujícím a činností, které spočívají v nácviku dovedností pečujících osob pro zvládání péče o osoby závislé na jejich pomoci. Tyto činnosti jsou pro účely financování sociálních služeb považovány za základní činnost

Šedá/zelená zóna, soukromý sektor, nad rámec zdravotního pojištění

- fyzioterapie (bez smlouvy s pojišťovnou)
- rehabilitační klinika
- speciální pedagog
- logopedie (bez smlouvy s pojišťovnou)
- potravinové doplňky, diety
- léčitelství

POTŘEBY RODINY S DÍTĚTEM SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM RANÉHO A PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Hierarchie potřeb (Maslow, 1943):

- základní tělesné, fyziologické potřeby
- potřeba bezpečí a jistoty
- potřeba přijetí, lásky a sounáležitosti

- potřeby uznání, úcty potřeba seberealizace

Základní psychické potřeby (Langmajer, Matějček, 1974):

- Potřeba stimulace.
- Potřeba smysluplného světa.
- Potřeba životní jistoty.
- Potřeba pozitivní identity.
- Potřeba otevřené budoucnosti.

Základní psychické potřeby, které souvisí s rodičovskou rolí (Langmajer, Matějček, 1986):

- Potřeba přiměřené stimulace
- Potřeba smysluplnosti a řádu
- Potřeba citové vazby
- Potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže
- Potřeba životní perspektivy

2. Vliv rodiny na vývoj dítěte a spolupráce s rodinou při rané intervenci

Péče o dítě se SP v raném věku

- zde je nejdůležitějším úkolem **včasné zachycení poruchy a zahájení výchovné péče**
 - v tomto věkovém období je důležité realizovat diagnostiku v přirozeném prostředí dítěte
- **první rok života je klíčovým úsekem pro rozvoj** různých vlastností, dovedností, schopností, které by měly být správně stimulovány
 - pokud tomu tak není z důvodu podnětové deprivace, vývojového opoždění, nepřiměřenou nebo nadměrnou stimulací → vývoj neprobíhá optimálně
 - vychází především ze specifických potřeb - potřeba dostupného a plnohodnotného způsobu komunikace a potřeba adekvátního způsobu příjmu informací
- chápat **potřeby sluchově postiženého** dítěte je obtížnější, než v případě zdravého
 - většina neadekvátních výchovných postupů je ovlivňována neznalostí rodičů a mohla by být příznivě zlepšena včasným informováním rodiny
- k deprivaci dochází i tehdy, pokud **nebyl dosud defekt diagnostikován**

Diagnostika - rozdíl ve vývoji

- rozdíl mezi dítětem sluchově postiženým a slyšícím je **zpočátku nepatrný**
 - nejmenší kojenec reaguje pouze na náhlé a silné zvuky, kterých se leká
 - v průběhu vývoje reaguje na slabé zvuky a otáčí za nimi hlavičku - pátrá odkud pocházejí
- i neslyšící kojenec **brouká a žvatlá, to ustává mezi 17.-26. týdnem**, protože dítě neslyší svůj hlas
 - tím u sluchově postižených končí předřečové období, dítě žvatlat nezačne
 - v tomto období by bylo třeba hlasové projevy dítěte podchytit a **pomocí vibračního vnímání navozovat** žvatlání napodobivé, které se může stát základem pro pozdější výuku hlasité řeči

Raná péče

- obvykle jdou rodiče s dítětem na opětovné vyšetření k několika různým profesionálům
- z neúplných, nesprávných nebo zavádějících rad profesionálů nemají možnost udělat si představu o životě neslyšících lidí
- v této oblasti diagnostiky bude nutná větší kooperace lékařů se speciálně-pedagogickými odborníky

- jediným poskytovatelem RP pro děti s postižením sluchu, s postižením duálním nebo kombinovaným je Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. (dříve Federace rodičů a přátel sluchově postižených) - dvě střediska (Praha a Olomouc)
- po první návštěvě v rodině jsou rodiče s dítětem pozváni na vstupní konzultaci do střediska - přítomný širší tým pracovníků, informace o dalších službách, pořizován krátký záznam reakcí dítěte na zvukové podněty)
- oblasti rozvoje - sluch, komunikace, řeč
 - sluch - nácvik audiologického vyšetření pro podporu získání přesnějších výsledků o velikosti sluchové ztráty (vytváření podmíněných reakcí na zvukový podnět), sluchová cvičení zaměřená na rozlišování a určování jednotlivých zvuků
 - komunikace - rozvoj oboustranné funkční komunikace dle možností a potřeb dítěte (důležité je, aby si dítě osvojilo nutnost navazování očního kontaktu, podpora komunikace pomocí přirozených gest, gestických znaků, konkrétních předmětů, sad obrázků či fotografií, znaků, podpora mluvené řeči znakovým jazykem)
 - rozvoj řeči - především záležitost klinického logopeda (cvičení mluvidel, dechová cvičení, fonační cvičení, nácvik jednotlivých hlásek a slov, tvorba krátkých vět a sdělení), proto RP se na tuto oblast primárně nezaměřuje, spíše se jí snaží podpořit dalšími aktivitami (využití počítačových programů - zpětná vazba o orálním projevu)

Rodina dítěte se sluchovým postižením

- rodina dítěte s postižením je stále považována za jeden z nejdůležitějších segmentů ovlivňujících vývoj dítěte v kontextu rozvoje potřebných kompetencí k integraci do společnosti v dospělosti
- rodina se svými základními funkcemi, jak jsou obvykle definovány, tvoří předpokládaný základ, jehož kvalita a efektivita se doráží v životě dítěte a tedy i v jeho školní práci a úspěšnosti
- takto uvažované fungování rodiny je v případě dítěte se SP ovlivněno nejen vadou sluchu a jejím širokospektrálním dopadem, ale u většiny dětí také nutností využít možnosti internátního ubytování
 - výčet funkcí rodiny bude možné převést do kategorie požadavků, které by měly být kladeny na speciální předškolní zařízení a později i školy proto, aby byly zajištěny podmínky pro zdravý psychický vývoj dítěte

Nízká úroveň jazykových a komunikačních kompetencí - převážná většina uvedených prvků je vysvětlitelná nedostatečnou úrovní funkční komunikace a z ní vyplývající neznalostí či nepochopením:

sociální oblast

- závislost na obdivu, asociálnost, příslušnost k určitému klanu, soupeřivost, lehkovážnost, nedostatek citu pro spravedlnost, neposlušnost, závislost, nezralost v jednání, nespolehlivost, izolace, nízké morální vědomí, rigidita rolí, plachost, submisivita, sugestibilita a sociální nezačleněnost

kognitivní oblast

- slabé koncepční myšlení, konkrétnost v myšlení, nejistota, nedostatek externality a internality, omezený rozhled, nedostatek introspekce, nevyhovující řeč, naivita, omezené uvažování, nejasné myšlení

oblast chování

- agresivita, hédonismus, impulzivita, nezralost, nedostatek iniciativy, upřednostňování materiálních hodnot, nízký zájem o okolní dění, v dětství opožděný motorický vývoj, nerozvinutá osobnost, tvrdohlavost a nedůvěřivost

oblast emocionální

- strach, agresivita, emocionální nezralost a narušenost, nedostatek empatie, výbušnost, nízká frustrační tolerance, dráždivost, náladovost, neurotické a psychotické reakce, vášnivost, necitlivost

Specifika požadavků na rodiny dětí se sluchovým postižením

(vše se týká vlastně komunikace a přínos pro další práci - hlavně ve škole, klíčovou roli hrají rodiče, kteří připravují dítě na život)

transparentnost

- jasná a srozumitelná komunikace, funkční zdůraznění vyjadřovaných citů a pocitů
- základy pro příští sebereflexi jsou kladeny zatím v podobě uvědomování si existence pocitů ostatních osob v okolí jako reakcí na určité specifické podněty
- reakce rodiče by pro slyšící dítě v kojeneckém věku byla dostatečně výrazná a srozumitelná, protože by byla doprovázena hlasem, řečí a jejich modulačními faktory, pro dítě bez možnosti příjmu akustických informací je třeba vše viditelně zdůraznit → "afektované projevy"
- rodiče by měli své pocity (kladné i záporné) zdůrazňovat tak, aby byly evidentní i ve svých časových fázích (v počátcích, v proměnách, i při odeznívání)

předvídavost

- schopnost porozumět projevům dítěte a předvídat jeho reakce na určité podněty
- → schopnost, kterou člověk s běžným intelektovým vybavením a odpovídající pamětí používá v běžném životě, aniž by ji potřeboval zvýraznit nebo zesíleně kontrolovat
- v případě sluchového postižení - předvídat z chování dítěte a využívat této schopnosti zejména pro odbourávání možných konfliktů, střetů nebo neúspěchů (stereotypy při kterých dítě vykazuje vzorce chování, jejichž průběh se obtížně ovlivňuje)
- pokud tento stereotyp rodiče znají a vědí, které podněty nebo situace jej vyvolávají, pak můžou regulovat projevy chování a tím mít lepší přístup k pocitům, o kterých je potřeba s dítětem mluvit, utvrzovat ho v tom, že jsou normální, a dát první návody k reflektování jeho vlastních projevů
- v případě sluchového postižení je lepší takovým reakcím prudkého charakteru (výbuchům vzteku) vhodné předcházet ještě v době, než k nim byl shledán ze strany dítěte důvod
- → analýza videozáznamy, spolupráce s odborníkem - snížení negativních podnětů na minimum

motivace

- důležitý nástroj především v rámci školy a výchovy - je důležité již v raném věku nastavit uchopitelnou formu pozitivní zpětné vazby
- u dítěte se sluchovým postižením je potřeba, aby se rodiče naučili různé situace, v nichž může být dítě úspěšné, připravit a dokonce i postupovat tak, aby se opakovaly + zpětná vazba bude ve zvýšené míře a z formálního hlediska tak, aby ji dítě se sluchovým postižením umělo jako pochvalu dekodovat
- důležitá hra

bezpečné prostředí (pocit jistoty a bezpečí)

- uvědomění možnosti experimentovat, učit se a dělat chyby
- pocit jistoty, že dítě nebude za neúspěch káráno - chyba musí být označena, pojmenována a napravena
- vést rodiče k tomu, že chyba nebo neúspěch jsou stejně důležité jako jejich opak
- dítě by se tak nemělo bát reflektovat i svoje neúspěchy a pracovat s nimi jako s podněty pro další plánování a samostatný rozhodovací proces

jasná pravidla

- chování dítěte, jeho projevy, prováděná činnost samostatně, s dopomocí
- pravidla je potřeba vymezit jasně, avšak citlivě, s ohledem na SP a věk dítěte
- dodržení nebo porušení pravidel by mělo být jasně označeno
- reflexi a následně sebereflexi přesně daná pravidla usnadňují a tím i zpřístupní orientaci v neznámé oblasti, ať se jedná o skutečný fyzický prostor nebo pomyslnou oblast poznání
- dítě tak má možnost kontrolovat prostředí, předpokládat a ovlivňovat do jisté míry dění, které se v něm odehrává
- rodina by měla být prostředím, kde se pravidla stanovují, vysvětlují a dodržují
- schopnost zvnitřnění se s pravidly je jedním z předpokladů pro institucionální vzdělávání

rozhodování a řešení problémů

- zpočátku se zodpovědnosti za rozhodování a verbalizaci ujme některý z rodičů proto, aby se stal nositelem vzorce chování
- rodič se v případě problému zastaví a přemýšlí o problému - dítě se i díky této přípravě naučí lépe pracovat s reflexí skutečnosti, hledání řešení a nakonec rozhodnutí

nepřesycení dítěte podněty

- příliš mnoho podnětů a informací nedává nezralému dítěti možnost výběru a příjmu informací tak, aby se staly použitelnými
- pro dítě se SP a jeho zdravý psychický vývoj by se mělo jednat o stimulaci, která bude z hlediska funkce a efektivity respektovat jeho potřeby, limity a možnosti
- přestimulování - zahlcení dítěte podněty a informacemi, což se v konečném důsledku projeví sníženou pozorností, zmenšeným zájmem, zvýšenou únavou

Uvedený výčet položek, které přímo ovlivňují výchovu i vzdělávání dítěte se sluchovým postižením je nastaven tak, že počítá s funkční rodinou a efektivní rodinnou péčí. Ale asi **50 %** z celkového počtu dětí na "speciálních" školách je umístěno **na internátech**.

Zásady práce s dítětem se SP- z jiné knížky

základní pedagogické zásady - systematičnost, posloupnost, soustavnost, cílevědomost, návaznost, názornost, přiměřenost

specifické zásady

- *zásada stálého udržování zrakového kontaktu*
- *zásada komunikativnosti prostředí (oboustranná aktivní komunikace, pozitivní motivace ke komunikaci)*
- *zásada poskytování zpětné vazby (hodnocení výsledků, chování nejen v mluvené podobě)*
- *zásada jasné struktury a pravidel pro organizaci činností (nemůže využít zkušenost náhodného učení - něco odposlouchat - je proto nutné nový postup řádně vysvětlit)*
- *zásada uvádění nových vědomostí a dovedností do vztahů (podmiňuje motivaci, zvyšuje pochopení dané problematiky, vede k lepšímu zapamatování)*

Obecné metodické zásady, kterými by se postup rozvíjení schopností měl řídit

- pracovat s dítětem každý den
- pro rozvoj využívat aktuální zájem dítěte
- před začátkem hry vždy zkontrolovat funkčnost sluchadla, popř. KI
- při práci vyloučit z okolí všechny možné rušivé zdroje
- zvolit pro dítě vhodnou hru (možnosti dítěte, zábavná, individuálně přizpůsobená, motivace, dobrovolnost)
- cvičení je třeba co nejdříve zaměřit tak, aby se procvičovaly běžné komunikační situace
- začínat vždy na takové úrovni, která je pro dítě zvládnutelná, aby dítě zažilo úspěch
- zadání hry je třeba dítěti vždy vysvětlit a předvést
- vyměňovat si role během hry
- na dítě stále mluvit, obohacovat jeho slovník
- nikdy nenechat úkol nedokončený - je lepší ho dokončit společně
- obměňovat úkoly (mezi takové úkoly zařazovat i nějaký oblíbený starší)
- postupovat po malých krocích, za sebemenší pokrok je třeba dítě pochválit

17. Diagnostika vícečetného postižení. Metody a nástroje pro diagnostiku vícečetného postižení v raném a předškolním věku. Rozpoznávání potřeb a omezení u dětí s kombinovanými formami postižení.

Definice kombinovaného postižení

- „V defektologii jde o kombinované vady, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu“ (Sovák a kol., 1984, s. 181).
- „V lékařství se jedná o spojování určitých prvků do složitějších celků a znamená přidruženou nemoc k nemoci původní, přičemž etiologie obou je různá (např. zápal plic a zlomenina dolní končetiny). Jde-li však u přidružené nemoci o též etiologický základ, mluví se o komplikaci (např. angína s komplikací reumatismu, zánětu srdeční nitroblány apod.).“ (Sovák, 1980, s. 411);
- „Ve speciální pedagogice se toto tak přesně nerozlišuje, jelikož tu jde spíše o důsledky než o etiologické aspekty. Defekty, ať orgánové nebo funkční, i když s různou etiologií, se navzájem mezi sebou ovlivňují. Mění se kvalitativně během vývoje osobnosti postiženého, působí na jeho psychiku, na vztahy ke společnosti a z druhé strany jsou ovlivňovány psychikou, v níž se odráží postoj společnosti.“ Sovák
- „Vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologický podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.“

Syndrom

- Syndrom je odvozen z řeckého slova *syndromos* (současný běh) → současné působení více symptomů vyskytujících se v klinickém obraze
- z pohledu medicíny se zpravidla popisuje jako soubor příznaků, kterými je charakterizováno určité onemocnění
- **syndromatický charakter postižení** = takový formát postižení, jehož parametry budou při opakovaném výskytu pro speciálněpedagogickou intervenci velmi podobné. → znamená to, že medicínská diagnostika včetně genetického vyšetření, přinese obraz postižení, na který může podle již známého a ověřeného vzorce reagovat speciální pedagog, který může připravit formu a obsah intervence a následně, s ohledem na specifika konkrétního jedince, upravit je do přísně individualizované podoby
- příklad: syndrom CHARGE, pro který jsou stanovena hodnotící kritéria ve dvou základních skupinách → Skupina hlavních příznaků a skupina vedlejších příznaků.
 - K tomu, aby mohl být uvedený syndrom diagnosticky potvrzen, je třeba, aby byla shledána přítomnost všech hlavních kritérií, nebo alespoň tří hlavních a tří kritérií vedlejších.

Nesyndromatické postižení

- diagnosticky se postup mění, protože pokud se jedná o smyslovou vadu – například sluchu – a dále se potvrdí mentální retardace, potom je nutné pracovat se dvěma závěry → Vyšetření sluchové ztráty je dáno zpravidla v přesných hodnotách a mentální retardaci lze měřit pomocí standardizovaných nástrojů také
- není možné v takovém případě pracovat s každou ze zjištěných vad jako se samostatnou položkou speciálněpedagogické intervence. Kombinaci obou vad je třeba pojímat v komplexu, s pochopením jejich vzájemného ovlivňování a v neposlední řadě se zohledněním funkčnosti a podnětnosti zázemí, ve kterém se osoba vyskytuje
- Pokud se komplex má stát uceleným, potom je třeba zohlednit také individualitu klienta – osobnost, její vlastnosti a celkovou úroveň kompenzačních funkcí a mechanismů

Syndromatický nebo nesyndromatický charakter postižení je zásadním vstupem do speciálněpedagogické diagnostiky, tvorby individuálního plánu, výchovy, vzdělávání, aktivizace a specifických aktivit. K tomu, aby bylo možné dosáhnout stanovených cílů, považujeme znalost etiologie a schopnost operovat se základními pojmy za zcela nevyhnutelné kompetence.

Diagnostika

- Poznávací proces, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu našeho zájmu, a to všech jeho důležitých znaků a charakteristik a jejich vzájemných vztahů a souvislostí → výsledkem je diagnóza
- Diagnostika ve spp se zabývá průběhem dosavadního vývoje jedince a snaží se zjistit příčiny možných vývojových odchylek s ohledem na další rozvoj jeho osobnosti a uplatnění → součástí by mělo být také to:
 - jak se jedinec vyrovnal se svým ZP
 - jak jeho postižení ovlivnilo sociální prostředí, ve kterém žije (rodina, škola, vrstevníci, zájmy, profesní uplatnění)
 - jak působí sociální prostředí na člověka s postižením
 - jak se tyto skutečnosti odrážejí v jejich vzájemné komunikaci a interakci
- Cílem je vyhodnotit druhy a míru jednotlivých komponent kombinovaného postižení a s ohledem na uplatňované zásady stanovit míru jejich interference do normálního vývoje a funkčního výkonu
- Východiskem pro stanovení speciálněpedagogické diagnózy je **diferenciální přístup** = jedná se o takový postup, který vyloučí postupně všechny možnosti nepravdivých závěrů a zajistí eliminaci falešných diagnóz
- Důležitá je **včasnost diagnostiky** → především u vrozených vad, kdy na včasnosti jejich odhalení přímo závisí možnost komunikace a tím i možnost jeho dalšího rozvoje a vzdělávání
- Diagnostický proces v psychologii je postaven na 2 principech
 - **princip ekologický**
 - zohledňující prostředí, ve kterém klient žije, nejčastěji se vyskytuje
 - bývá doplněný pohledem do minulosti
 - pomáhá pochopit funkci prostředí, ve kterém se klient nachází a je jím ovlivňován → nejen prostředí fyzické – materiální, ale také sociální, a to se zohledněním jeho vnitřní dynamiky
 - druh prostředí se na vývoji klienta projevuje a má velkou diagnostickou hodnotu
 - od závěrů vytvořených s ohledem na tyto položky se bude odvíjet diagnostikovo doporučení na úpravy prostředí tak, aby bylo možné dosáhnout maximálního možného využití klientova potenciálu, a tím i nejvyšší možné míry jeho rozvoje
 - zaměřen na **faktor času (kontinuitu)**
 - jedná se o to, aby byly zachyceny všechny podstatné detaily objevující se v průběhu života klienta
 - Čím delší časové období má diagnostik možnost sledovat, tím přesnější budou jeho závěry
- Pro speciálněpedagogickou diagnostiku je možné oba 2 výše uvedené principy převzít a v plné míře je uplatňovat, protože oba jsou významné pro objektivizaci a funkční explikaci výsledků

Lékařská část diagnostiky

- Zpravidla primární postavení → odborný lékař stanoví druh a závažnost postižení a navrhne léčebný postup
- Zabývá se patologií, na základě které je navržena terapie
- Cílem je uzdravení nebo zlepšení či zamezení zhoršení zdravotního stavu

Psychologická diagnostika

- Určení stupně vývoje
- Zjištění příčin odchylky vývoje od věkové normy
- Zjištění individuálních zvláštností osobnosti
- Zjištění příčin, podstaty a podmínek individuálních odchylek

- Stanovení prognózy nebo predikce
- Zjištění normálních charakteristik jednotlivých psychických složek osobnosti (vlastnosti, procesy a stavy včetně postoje k vlastnímu postižení)

Speciálněpedagogická diagnostika

- Zjištění úrovně vychovanosti a vzdělanosti jedince s ohledem na možnosti jeho dalšího vzdělávání
- Sleduje kompetence, které jsou u jedince s postižením v důsledku jeho vady omezeny X zabývá se i dovednostmi, které zůstaly nenarušeny
- Sleduje úroveň a schopnosti v oblasti:
 - rozumové schopnosti
 - komunikační dovednosti
 - zraková percepce
 - sluchová percepce
 - kinestetická percepce
 - taktilní percepce
 - jemná a hrubá motorika
 - grafomotorika a kresba
 - školní zralost
 - pravolevá, prostorová a časová orientace
 - úroveň koncentrace
 - čtenářské schopnosti
 - matematické a početní schopnosti
 - lateralita
 - sebeobslužné činnosti
 - sebepojetí a sebehodnocení
 - diagnostika rodinného prostředí, zájmy atd.

Pokud chceme diagnostikovat klienta s postižením, je nutné se řídit obecně danými principy (Rádlová

- princip komplexního přístupu
- princip etiologického hlediska
- longitudinální princip
- princip dynamiky

Diagnostiku členíme podle časového sledu provádění následovně:

- diagnostika vstupní – od prvního vyšetření a převzetí jedince do péče
- diagnostika průběžná – během celkové doby péče 15
- diagnostika výstupní – při ukončení péče a při přeražení jedince k jinému odborníkovi, do jiné instituce, zařízení (Přinosilová, 2007)
- Primárním cílem je zajištění životně důležitých potřeb dítěte s těžkým postižením → teprve potom můžeme uskutečňovat svůj záměr co se týče podpory samostatnosti v sebeobsluze a v získávání zkušeností s okolím → z toho bychom měli vycházet i při diagnostice a vzhledem k tomu vybrat vhodné diagnostické metody
- S tím může souviset i celkové naladění dítěte v určitém jeho životním období → např. záchvatovitá choroba, nebo podávání léků se může projevit nepříznivě na vnímavost a celkové ladění dítěte s postižením, přičemž mnoho dětí s těžkým zdravotním postižením trpí např. epileptickými záchvaty
- Důležitá je:
 - Týmová spolupráce
 - Zapojení rodičů
 - Zapojení vychovatelů
 - Hra jako diagnostická situace

- Pokud se jedná o dítě s kombinovaným postižením, může být rozvoj hry značně opožděný
- Hra ukazuje na mnoho oblastí ve speciálně pedagogické diagnostice a může podle mého názoru provázet řadu diagnostických procesů
- hru lze diagnosticky využít pro pozorování:
 - rozumové schopnosti dítěte)
 - interakci se sociálním prostředím, fantazii, úroveň paměti
 - obratnost, šikovnost, hrubá a jemná motorika)
 - lateralitu (lze si povšimnout preferencí)
 - oblast percepce (funkce smyslových orgánů)
 - komunikačních schopností (komentování hry, komunikace s ostatními dětmi nebo dospělými, rozsah slovní zásoby a formy komunikace),
 - kvality pozornosti (délka soustředění, zájem)
 - úrovně volní složky (vytrvalost, snaha úkol dokončit, překonání překážek)

KLINICKÉ METODY

- založeny na kvalitativní analýze → umožňují poznat jedince z hlediska dynamiky jeho vývoje, komplexnosti a jedinečnosti
- nestandardní postupy, které nemají statický základ a nejsou psychometricky podloženy X umožňují více bezprostřední a přirozený kontakt mezi klientem a psychologem/speckařem
 - Anamnestické metody
 - Pozorování
 - systematické, plánovité, bezprostřední sledování jedince
 - úmyslné vnímání určité situace, činnosti, jednání, jehož cílem je proniknout do příčin a souvislostí daného projevu
 - můžeme pozorovat jednorázové jevy (krátkodobé pozorování), ale častěji se ve speciálně pedagogické diagnostice jedná o dlouhodobé a opakované pozorování, které umožňuje lépe poznat pozorovaného jedince, a dospět k potřebnému zobecnění
 - se uskutečňuje jak v přirozeném prostředí pro jedince, tak v navozených podmínkách, v terénu, pozorování reakcí dítěte na určitou situaci atd. (Monatová)
 - je jednou z nejdůležitějších metod diagnostiky, ale při pozorování dochází k subjektivnímu zkreslování toho, koho pozorujeme díky tradicím, haló efektu, stereotypizace atd. (Valenta in Rádlová, 2004)
 - Rozhovor
 - je prostředkem k přímému navázání kontaktu s daným jedincem, díky němuž získáváme důležité informace pro naši diagnostiku, nezískáváme jen informace, které jsou pro nás důležité, ale i názory, postoje, přání toho, koho diagnostikujeme. Rozhovor může být řízený, nebo neřízený
 - U dětí se doporučuje rozhovor přizpůsobit jejich vývojové úrovni, také s nimi hovořit v přítomnosti rodičů, navodit správnou atmosféru, přizpůsobit se způsobem komunikace a chápání dítěte
 - U dětí předškolního věku můžeme využít magických technik, kdy například nehovoříme s dítětem my, ale třeba plyšové zvířátko, maňásek atd
 - Při rozhovoru můžeme zachycovat i projevy strachu, nedůvěry, předvádění se, komunikace, úzkosti atd., což je pro speciálně pedagogickou diagnostiku opět přínosem. (Přinosilová, 2007)
 - Dotazník – slouží jako doplňková metoda → má své klady (promyšlení předem připravených otázek) i zápory (nelze požádat o upřesnění dané odpovědi, špatné pochopení otázky atd.)

- Analýza spontánních produktů

TESTOVÉ METODY

- STANDARDIZOVANÉ → důraz kladen na **shodnost podmínek**
- Všechny osoby pracují se stejným podnětovým materiálem, za stejných podmínek
- Odpovídají spíše na otázky vztahující se k dílčím stránkám osobnosti
- Lze je členit na:
 - Testy z oblasti vývojové diagnostiky
 - Testy inteligence a speciálních schopností
 - Neuropsychologické metody
 - Projektivní metody
 - Kresebné metody
 - Dotazníky
 - Objektivní testy osobnosti
 - Posuzovací škály
- Spíše pro psychology, pro speckáře např. Matějčkův a Žlabův test laterality
- Pro kombi děti nepoužitelné, protože jsou určeny pro zdravou populaci → mohou být příliš náročné a nevládnou splnit podmínky → vyžadují úpravy testů, tím už ale nemohou být vyhodnocovány standardizovaně a musí být modifikovány
- Pokud má jedinec tělesné postižení, bude tedy nutné mu upravit materiál tak, aby vyhovoval jeho motorickým schopnostem, stejně tak budeme muset materiál upravit dítěti se zrakovým postižením (například zvětšit písmo), u mentálního postižení upravit formu a obsah zadání atd. → Je tedy důležité, aby jedinec s postižením mohl náš např. test vykonat, a my mohli zjistit, jak na tom v dané oblasti je, a najít vhodnou reedukaci

Hrubá motorika

- U hrubé motoriky se u dětí s těžkým zdravotním postižením podle Opatřilové (2005) sleduje celková mobilita, hodnotí se samostatnost pohybu, schopnost samostatně provést změnu polohy, koordinace pohybů, držení těla, stoj, sed, leh, kontrola hlavy, rovnováha
- V případě, že se vyskytne nějaké omezení, je potřeba ho popsat
- je potřeba sledovat, zda dítě používá některé z podpůrných opatření, například ortopedické pomůcky (berle, kozička), nebo kompenzační pomůcky, jako jsou fixační pásy, různé opěrky, klín v sedu proti sesouvání, fixační límec na podporu hlavy
- Pro raný věk doporučuje Přinosilová (2007) ke speciálně pedagogické diagnostice použití vývojových škál
 - Gesellova vývojová škála (oblast hrubé motoriky)
 - Škála Bayleyové (motorická stupnice)

→ Tyto vývojové škály jsou založeny na plnění úkolů, které odpovídají věku dítěte bez postižení, výsledky jsou tedy srovnávané s normou a jsou zpravidla určeny pro raný věk

Jemná motorika

- využívají se vývojové škály (Gesellova – oblast jemné motoriky, škála Bayleyové – motorická stupnice) → s těmito škálami lze pracovat u dětí s kombinovaným postižením i v pozdějším věku, než pro jaký věk jsou určeny
- Ozereckého škálu, jedná se o část pro jemnou motoriku, kdy dítě má za úkol dávat mince nebo sirky do krabičky, navíjí nit na cívku atd.
- U dětí s tělesným postižením a kombinovanou vadou je vhodné zprvu diagnostikovat úroveň úchopu – není na to diagnostický materiál, pouze orientačně

Senzomotorická koordinace

- vizuomotorika se výrazně rozvíjí až začátkem školního věku → u dětí s kombinovaným postižením se může samozřejmě vyvíjet i později.
- vizuomotorická diagnostická cvičení: dopravování předmětu nohou na dané místo, běh mezi překážkami, přeskoky přes švihadlo, navlékání korálků, skládání předmětů podle předlohy, vystřihování podle linie, omalovánky, spojování prvků tužkou na papíře od bodu k bodu

Sebeobsluha

- zaměřujeme se na zjištění, v jakých oblastech je jedinec plně samostatný a jaká je pro něj míra potřeby pomoci
- je důležité oblast sebeobsluhy nepodceňovat, protože pokud dítě s postižením nebude vedeno k samostatnosti, může pak být společností přijímáno negativně, dokonce i pokud jeho rozumové schopnosti nebudou sníženy; a později může mít jeho sebemenší nesamostatnost negativní důsledky v oblasti sebehodnocení a sebevědomí
- Co je tedy potřeba v sebeobslužných činnostech u jedinců s těžkým postižením přesněji hodnotit, popisuje Opatřilová (2005):
 - používání toalety – naznačit potřebu, používání nočníku, chodí na toaletu samo, nutná pomoc při vyprazdňování, vyměšování, pravidelnost, zácpa, inkontinence
 - hygienické návyky – umývání a utírání obličeje, těla, rukou, vlasů, čištění zubů, úprava zevnějšku, intimní hygiena, používání kosmetických přípravků
 - oblékání, svlékání – zda je zcela závislé na asistenci druhé osoby, nebo spolupracuje pasivně, nebo se snaží pomáhat s oblékáním, nebo zda některé činnosti zvládá sám, či je schopen je udělat s pomocí
 - stolování a příjem potravy – stoluje samostatně, s pomocí, s plnou asistencí, krmení, spolupráce při krmení, sání, polykání, kousání stravy, žvýkání stravy, špulení úst na jídlo, přijímání potravy lžící, používání lžice, pití z lahve, z hrnečku s náhubkem, bez něj, tekutiny jsou podávány lžící, strava je mixovaná, pasírovaná, nebo v pevné podobě atd.

Grafomotorika

- můžeme u dětí s kombinovaným postižením společně diagnostikovat v rámci motorických oblastí Gesellovy vývojové škály, Škály Bayleyové a P-A-C archů

Komunikace

- *U těžce kombinovaně postižených je proces komunikace výrazně narušený a omezený*
- Pro speciálně pedagogickou diagnostiku komunikačních dovedností je základem znalost ontogenetického vývoje řeči
- Komunikaci je třeba chápat v širším slova smyslu, zařazujeme sem mimiku dítěte, gestiku a řeč celého těla, schopnosti verbálního vyjadřování, porozumění běžným sociálním situacím
- u osob s kombinovanými vadami dochází často k narušení (až znemožnění) komunikačního procesu v důsledku senzorických, kognitivních, motorických bariér nebo v oblasti emočně-volní
- Aby měly děti skombinovaným postižením možnost se stát rovnocennými komunikačními partnery, jsou využívány systémy alternativní a augmentativní komunikace

Zraková percepce

- U osob s těžkým postižením a více vadami se zrakové vnímání posuzuje z hlediska schopnosti rozlišovat tvar, barvu, velikost, vzdálenost, pohyb objektu

Sluchová percepce

- Pro děti s kombinovaným postižením není žádná testová metoda, nebo standardizovaná zkouška, jak hodnotit sluchovou percepci, je tedy na speciálním pedagogovi, aby si vytvořil diagnostická cvičení ušitá na míru konkrétnímu dítěti

Vhodné komplexnější diagnostické materiály pro děti s kombinovaným postižením v rámci speciálně pedagogické diagnostiky

- Gesellovy vývojové škály
 - nejznámější a nejrozšířenější obecnou vývojovou metodou u nás
 - snaží se zachytit aktuální úroveň vývoje dítěte
 - určena pro vyšetření dětí od 4 do 36 měsíců
 - účelem vyšetření je diagnostika poruch vývoje, informace o temperamentu dítěte, o jeho sociálních dovednostech, o jeho emoční stabilitě, frustrační toleranci, o povaze vztahu s rodiči
 - Položky jsou rozděleny do 5 sledovaných oblastí, které jsem popsala již výše v jednotlivých oblastech diagnostiky: adaptivní chování, hrubá motorika, jemná motorika, řeč, sociální chování
 - Při hodnocení jednotlivých položek v jednotlivých oblastech je nutné rozlišovat mezi trvalými a přechodnými vzorci chování, které v průběhu vývoje mizí a jsou nahrazovány zralejšími
- P-A-C archy Günzburga
 - tato zkratka znamená „pedagogickou analýzu a kurikulum“
 - Vítková (2001) zařazuje tento diagnostický materiál jako vhodný pro žáky s těžkým zdravotním postižením
 - základním nástrojem pomáhajícím v praktických otázkách, které jsou spojené s učením, nemůže být srovnávána s procedurami, které psychologové používají k měření inteligence
- Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením
 - „Nástroj pro správné a přesné stanovení speciálně pedagogické diagnózy a navazující metodiky pro stimulaci a vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením.“ (Kucharská a kol., 2005, 200)
 - Vznikl na základě potřeb poradenské a školské praxe jako absence nějakého uceleného nástroje pro správné a přesné stanovení speciálně pedagogické diagnózy a navazující metodiky pro žáky s těžkým a kombinovaným postižením
 - Při zpracování metodik se vycházelo z fyziologického vývoje dětí a na zpracovávání se podílel tým pracovníků SPC v Blansku, speciální pedagogové Speciální školy pro žáky s více vadami v Blansku a vysokoškolští pedagogové z Katedry speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně
- Záznamové archy používané v rehabilitačních třídách vypracované D. Poláškovou
 - Jako jednu z alternativ, jak hodnotit žáky s těžkým zdravotním postižením a vícenásobným postižením, mohou být záznamové archy D. Poláškové, které uvádí Vítková (2001)
 - Tyto záznamové archy, které se používají ke speciálně pedagogické diagnostice, jsou vytvořeny pro rehabilitační třídy a jednoduše představují hlavní vývojové kroky napříč základními oblastmi speciálně pedagogické diagnostiky
- Van Dijkova posuzovací metoda
 - Autorem této metody je Jan van Dijk, profesor institutu pro neslyšící
 - Metoda určena pro osoby s kombi postižením

- Výhoda: velmi intenzivní a přímý přístup k hodnocení → metoda počítá s dobou interakce mezi speckařem a dítětem
- Podpůrná diagnostika Fröhlich/Haupt

PORADENSTVÍ – DIAGNOSTIKA

- Speciálněpedagogická i psychologická diagnostika využívá množství testů, např. testy inteligence (WISC-III, Raven), testy pro diagnostiku specifických poruch učení, testy do různých předmětů (testy čtenářských schopností, matematických schopností)
- Rovněž pro diagnostiku motoriky se využívá mnoho standardizovaných i nestandardizovaných postupů.
- Mezi standardizované testy patří např. orientační test dynamické praxe (Vágnerová, Klégrová, 2008; Krejčířová, Svoboda, Vágnerová, 2009)
- Měří se většinou funkce jemné motoriky a grafomotorické dovednosti

PORADENSTVÍ – SPC

- K práci speciálního pedagoga v SPC patří také poradenství při zařazování žáků s kombinovaným postižením do příslušných vzdělávacích programů a rozhodování při výběru školy (integrace, či speciální škola)
- Protože v dřívějších speciálních školách jsou obvykle vytvořeny podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, je role poradenských pracovníků významnější pro zabezpečení integrace těchto žáků v běžných školách
- V optimálním případě by měl poradenský pracovník pomoci při:
 - vytváření vhodných podmínek pro integraci, což zahrnuje přípravu učitelů, asistenta pedagoga i třídy
 - pomoc při tvorbě individuálních vzdělávacích plánů
 - hledání vhodných forem a metod výuky
 - zapůjčení kompenzačních pomůcek
 - pomoc při zvládání náročných situací v edukačním procesu atd.

18. Vývoj motoriky a pohybová rehabilitace (u dětí s vícečetným postižením)

Kojenecký věk

- od 6. týdne do 12. – 15. měsíců
- končí osvojením si typicky lidských vlastností, jako jsou chůze a řeč
- dítě je pohybově aktivnější, aktivně sám mění svou polohu – POSTURÁLNÍ vývoj
- průměrná výška dítěte kolem 1 roku: 75 cm (rostou především končetiny a trup)
- průměrná váha: 10-11 kg

Pravidla ARNOLDA GESSELLE

1. Princip vývojového směru /gradientu/ = o způsobech ovládnutí těla:

- cefalokaudálně postup – ovládnutí těla od hlavy k patě (dítě nejprve hýbe s hlavičkou)
- proximodistální postup – od centra těla k periférii (velké pohyby v rameni až k prstům ruky)
- ulnoradiální postup – od malíčku k palci: ulnární úchop; radiální úchop; klešťový úchop

2. Princip střídavého proplétání = vývoj podle spirály

- když dítě dosáhne určité stupně ve vývoji (něco se naučí) v tu chvíli jako by se vrátilo zpátky – přirozené – dočasně zpětný návrat
- příroda dává dítěti energii, aby mohlo dále pokračovat – chvilková pauza

3. Princip Funkční asymetrie = tendence k postupné specializovanosti pravé a levé strany těla

- symetrické po narození
- kolem 1. měsíce se to prohodí a je asymetrické
- kolem 3. měsíce se opět symetrie vrací

4. Princip individualizace = každé dítě se rodí jako individualita

5. Princip autoregulace = vývoj je spojitý proces – jednoho člověka po nějaké křivce

- k pokrokům v rámci jednotlivých oblastí nedochází nevyrovnaně (neznamená, že když dítě začne chodit, začne také hned mluvit apod.)

Kojenecký věk je rozdělen do věkových pásem tzv. klíčových pásem v měsících: 3., 6., 9., 12.

Ve 12. měsíci: období symbolické především pro rodiče, ale ty opravdu významné vývojové změny se dějí před či po 1. roce života)

Vývoj motorických schopností

Kojenecké období je především etapou rychlého motorického vývoje. Pohybové kompetence, které mohou sloužit jako prostředek k dosažení nejrůznějších podnětů, se rozvíjejí kefalokaudálním a proximodistálním směrem (od hlavičky k dolním končetinám a od pohybů celé končetiny k jemnějším pohybům, např. prstů; prsty přitom dítě začíná ovládat postupně od malíku k palci).

- přibližně ve 2. měsíci: ovládnutí hlavičky – jakmile dítě spolehlivě zvedne a udrží hlavičku, zvětší se jeho zorné pole a tím i přísun podnětů (pasení koníků)
- zpravidla po 6-7 měsících: sezení – dítě vydrží samo sedět, dívá se na svět z výhodnější pozice, z polohy v leže není mnoho vidět.
- ke konci prvního roku: lezení (6-9 měsíců), pak první krůčky – počátky samostatné lokomoce, dítě se osamostatňuje (nemusí čekat až mu někdo jiný žádoucí objekt přiblíží) a poznává i vzdálenější okolí. Samostatná lokomoce slouží dítěti také jako obranný, únikový mechanismus

(Bronsonův experiment – dítě projevovalo z neznámého člověka menší strach, pokud bylo na podlaze, kde se mohlo pohybovat).

Batolecí věk

- tzv. útlý věk, 2. a 3. rok života dítěte
- dítě povyroste o 17 až 18 cm
- přibere na váze asi 4 kila
- tempo tělesného rozvoje je pomalu zpomaluje (růst i váha)
- výkonnost nervové soustavy roste
- mozek má na začátku období hmotnost 360 gramů, na konci až 1.000 gramů
- dítě má větší potřebu spánku: 12 až 13 hodin/den
- není to monofazický spánek – dítě pospává v průběhu celého dne, tento typ spánku se začíná objevovat až ve školním období

Vývoj motoriky

1. Vývoj hrubé motoriky

- patří zde velké pohyby a chůze
- patrný na první pohled
- dítě se snaží chodit, udržet rovnováhu, snaží se běhat, chodit do schodů a ze schodů
- schopnost chůze znamená pro dítě velký zisk - zvětší se prostor, kam se dostane, co si prohlédne atd.

2. Vývoj jemné motoriky

- řadíme zde práci rukou
- ve 2. roce vzrůstá zrakově pohybová souhra - hra s kostkami (postaví věž)
- zrak v kontaktu s rukou – spolupracují: vizuálně-motorická souhra
- dochází k vyhranění lateralit – v 1. roce používá obě ruce, poté se začíná vyhraňovat, tedy kolem 2 roku

Období předškolního věku

- Začíná vstupem do mateřské školy a končí vstupem do základní školy
- Vývoj motoriky
- v závislosti na intenzivním rozvoji mozkové kůry, který podmiňuje celý psychický vývoj, se mění pohybové funkce dítěte
- charakteristický je zřetelný pokrok
- pohyby jsou dokonalejší jak v lokomoci, tak v manipulaci
- zlepšuje se koordinace pohybů
- kostra je pružnější, kosti měkčí – méně zlomenin
- nebezpečí ortopedických poruch
- zvýšená potřeba pohybu
- hrubá motorika je podmíněna koordinací pohybů a rukou i nohou, které se chůzí automatizují, rovněž jako běh, skákání, pohyb po nerovném terénu, výstup a sestup po schodech Koncem tohoto období je schopno zvládat i činnosti vyžadující složitou pohybovou koordinaci, jako je jízda na koloběžce, kole, bruslení.
- rozvoj jemné motoriky umožňuje dětem manipulaci s tužkou, nůžkami, jíst příborem, házet a chytat míč, rozvíjí se manipulační zručnost
- dokončena lateralizace po 4. roce (dominance jedné ruky podmíněná převahou jedné mozkové hemisféry nad druhou), pokud přetrvává nevyhraněnost – mluvíme o ambidextrii
- Motorický vývoj v předškolním věku se u dětí neustále zdokonaluje a zlepšují se pohybové koordinace a elegance. Pohyb zůstává neustále nejpřirozenější potřebou dítěte.

DĚTSKÁ KRESBA

- V rámci dětské diagnostiky mluvíme o dětské kresbě jako o královské metodě poznání dětské psychiky
- Mnohé z diagnostických metod jsou dostupné až od určitého věku jedince
- Výtvarný projev se řadí mezi základní dětské aktivity – umožňují dítěti vyjádřit přání, obavy...
- Počátky dětského výtvarného pohybu se podobají dětské řeči – rané dětské čmáranice souvisí s dětským žvatláním a jsou prostým potěšením zanechat za sebou stopu
- kresba je velmi individuální, ale má určité znaky, které jsou stejné pro děti určitého věku – věkových kategorií

PŘÍHODA rozlišuje tato stádia kresby:

1. Stádium črtací experimentace

- před 2. rokem života
- motorická, málo koordinovaná, bezplánovitá a bezobsažná aktivita; čarání dítěte tužkou po papíru
- pohyb ruky vychází nejprve z ramene, později z kloubu zápěstního
- nejprve obloukové, nebo kyvadlové čáry, postupně se zakulacují

2. Stádium prvotního obrazu

- po 3. roce života
- nejprve spojuje kresbu s významem až v průběhu črtání, později kresbu předchází určení jejího významu
- pojmenovává teda to, co nakreslilo, výtvar dostává svůj význam
- kresba není srozumitelná

3. Stádium lineárního náčrtu

- kolem 4. roku života
- vytvořená hrubá podoba zvoleného objektu s jeho znaky
- kresba uvědomělá, tematicky zaměřena, nejčastěji na člověka
- dítě kreslí řízené subjektivním názorem a postojem
- stádium je výrazem komplexního vnímání světa, v němž fantazie dítěte splývá s realitou
- kreslí z představy (co o skutečnosti ví, ne co skutečně vidí), co se mu líbí, k čemu má kladný vztah
- nezvládá proporce a prostor
- transparence: dítě nakreslí srdce, i přesto že není vidět, nebo stůl v domě, problém pokud zdůrazňuje pohlaví (!)

4. Stádium realistické kresby

- 5. až 6. rok života – oddělení dětského zážitku od reality
- dítě kreslí podle vlastních představ, ne podle předlohy
- dvojdimenzionální kresba /2D/
- kresba je přesnější, realističtější, podrobnější

5. Stádium naturalistické kresby

- po 10. roce života
- ukončení vývoje dětské kresby
- dítě kreslí předmět takový, jak ho vidí, ne tak co o něm ví
- charakteristické zlepšováním proporcí

- objevuje se stínování, perspektiva, zachycení pohybu
- v 11. roce nastává krize kresebného pohybu
- počátek puberty - dítě se velmi kritické i k sobě samému a stydí se
- u talentovaných dětí se kresba stává výrazným expresivním prostředkem

Stádia vývoje hry u dítěte

Hra představuje klíčový prostředek učení v dětství. Je nejen formou zábavy, ale také zásadním nástrojem pro rozvoj motorických, kognitivních, sociálních a emočních dovedností. Vývoj hry je postupný a úzce souvisí s celkovým psychomotorickým vývojem dítěte. V následujícím textu budou popsána vývojová stádia hry dle různých hledisek – především z pohledu sociální interakce a obsahu hry.

1. Vývoj hry z hlediska sociální interakce

(Typologie dle *Mildred Parten*, 1932)

Mildred Parten identifikovala šest vývojových stádií hry, která reflektují rostoucí schopnost dítěte zapojovat se do sociálních interakcí s ostatními.

- Nevýznamná aktivita (unoccupied play) – cca 0–3 měsíce - Dítě se pohybuje bez zjevného cíle, pozoruje prostředí, začíná objevovat vlastní tělo. Jde o fázi přípravy na aktivní hru – rozvoj pozornosti a orientace.
- Osamělá (solitární) hra – cca 3–18 měsíců – Dítě si hraje samo bez zájmu o ostatní. Manipuluje s předměty, zkoumá je. Rozvíjí se soustředění, koordinace pohybů a smyslové vnímání.
- Pozorovací hra (onlooker play) – cca 18–24 měsíců – Dítě sleduje hru druhých, ale nepřipojuje se. Učí se prostřednictvím pozorování, dochází k napodobování a získávání sociálních vzorců.
- Paralelní hra – cca 2–3 roky – Děti si hrají vedle sebe se stejnými hračkami, bez spolupráce. Každé dítě sleduje vlastní cíl, ale vnímá přítomnost druhého. Dochází k neformální sociální interakci.
- Asociativní hra – cca 3–4 roky – Děti spolu komunikují, půjčují si hračky, ale hra není organizovaná společným cílem. Vyvíjejí se základy sociálních dovedností – sdílení, komunikace, napodobování.
- Kooperativní hra – cca od 4 let – Děti spolupracují, rozdělují si role, sledují společný cíl (např. postavit hrad, sehrát scénku). Rozvíjí se schopnost vyjednávání, empatie, respektování pravidel.

2. Vývoj hry z hlediska obsahu a funkce

Tato klasifikace sleduje převládající charakter hry a odpovídá kognitivní a psychomotorické úrovni dítěte. Rozlišujeme:

- Funkční hra (senzomotorická) – cca 0–2 roky – Založena na opakujících se pohybech a smyslovém zkoumání (bouchání, házení, žužlání). Pomáhá rozvoji smyslového vnímání a koordinace.
- Manipulační hra – cca 1–3 roky – Dítě cíleně manipuluje s předměty – staví, skládá, třídí. Rozvíjí se jemná motorika, pozornost, koordinace oko–ruka.
- Symbolická (předstíraná, imaginativní) hra – cca 2–7 let – Dítě si hraje „na něco“ – hra na maminku, lékaře, zvířata apod. Dochází k vnitřní reprezentaci reality, rozvoji představivosti a řeči.
- Konstruktivní hra – cca od 3 let – Dítě tvoří konkrétní výtvoř (stavění z kostek, modelování). Dochází k rozvoji kreativity, prostorové představivosti a vytrvalosti.

- Pravidlová hra – cca od 6 let – Objevují se hry s jasně stanovenými pravidly (přeskokování panáka, pexeso, deskové hry). Dítě se učí spolupráci, spravedlnosti, schopnosti podřídit se pravidlům.

3. Význam hry pro vývoj dítěte

Hra podporuje komplexní vývoj dítěte:

- Kognitivní – učení skrze zkušenost, rozvoj myšlení, řeči, představivosti.
- Sociální – učení pravidlům, spolupráci, řešení konfliktů.
- Emoční – vyjadřování emocí, práce s vnitřními prožitky.
- Motorický – rozvoj jemné i hrubé motoriky, koordinace.

Pohybová rehabilitace u dětí se zdravotním postižením

Pohybová rehabilitace představuje klíčovou součást komplexní péče o děti se zdravotním postižením. Pohyb je základní biologickou potřebou člověka a nezbytným prostředkem pro rozvoj fyzických, kognitivních i sociálních funkcí. V dětském věku hraje navíc zásadní roli při utváření základních dovedností a návyků, které podmiňují celkovou adaptaci dítěte na okolní svět. V případě dětí se zdravotním postižením, u kterých často dochází k narušení vývoje pohybových schopností, má rehabilitace nejen léčebnou, ale i preventivní a stimulační funkci.

Cílem pohybové rehabilitace je podpora maximální možné úrovně motorické samostatnosti, zlepšení funkční zdatnosti a kvality života dítěte. Rehabilitace přitom nespočívá pouze v obnově porušené motoriky, ale i v prevenci sekundárních komplikací (např. kontraktury, skoliózy, poruchy držení těla), podpoře psychické pohody a integrace dítěte do běžného života.

Vztah mezi motorikou a vývojem dítěte

Motorický vývoj je v úzkém vztahu s ostatními vývojovými oblastmi – zejména s vývojem poznávacích funkcí, řeči, emocionality a sociálních dovedností. Omezení v pohybové oblasti se proto může sekundárně odrážet i v dalších oblastech fungování dítěte. Například dítě s omezenou možností pohybu má méně příležitostí k exploraci prostředí, interakci s vrstevníky či rozvoji řečových dovedností.

Ve zdravém vývoji dítě spontánně prochází sekvencí vývojových milníků – od otáčení, přes sed, lezení, stání až k samostatné chůzi. Děti se zdravotním postižením však často vykazují opoždění nebo patologické vzorce motoriky. To může být způsobeno například poruchou centrálního nervového systému, vrozenou vývojovou vadou, poruchou svalového tonusu nebo poruchou hybnosti kloubů a svalů.

Rozlišujeme tzv. fyziologickou motoriku (přirozený vývojový průběh), opožděnou motoriku (typickou u dětí s lehkým postižením) a patologickou motoriku (charakteristickou pro těžší formy postižení, např. spasticita u DMO). Cílem rehabilitační intervence je stimulovat vývoj směrem k normě, nebo kompenzovat odchylky pomocí alternativních strategií.

Cílové skupiny pohybové rehabilitace

Pohybová rehabilitace je určena širokému spektru dětí se zdravotním postižením, přičemž postupy a cíle jsou vždy přizpůsobeny konkrétní diagnóze, věku dítěte a individuálním potřebám.

- Děti s dětskou mozkovou obrnou (DMO)

Jedná se o nejčastější příčinu těžšího hybného postižení u dětí. Klinický obraz zahrnuje poruchy svalového tonu (spasticita, hypotonie), poruchy koordinace a rovnováhy, deformity končetin a trupu.

Rehabilitace se zaměřuje na nácvik polohování, aktivaci funkčních pohybů a prevenci sekundárních komplikací.

- Děti s hybným postižením (parézy, plegie)

V důsledku periferních nebo centrálních poruch dochází k omezení nebo ztrátě pohyblivosti končetin. Cílem rehabilitace je maximální využití zachovaných funkcí a nácvik soběstačnosti.

- Děti s genetickými syndromy (např. Downův syndrom, Rettův syndrom)

Motorika bývá opožděná, často se vyskytuje hypotonie, poruchy rovnováhy a koordinace. Rehabilitace podporuje rozvoj pohybových dovedností, zpevnění svalového korzetu a celkovou aktivizaci dítěte.

Formy pohybové rehabilitace

Fyzioterapie

Základní terapeutická disciplína zaměřená na obnovu funkčních pohybových vzorců, posílení oslabených svalových skupin, mobilizaci kloubů a korekci držení těla. V dětské fyzioterapii je důležitý hravý přístup a zapojení rodiny.

Ergoterapie

Zaměřuje se na nácvik každodenních činností, rozvoj jemné motoriky a smyslového vnímání. Pomáhá dítěti získat větší míru samostatnosti a soběstačnosti.

Rehabilitační tělesná výchova

Probíhá individuálně či skupinově pod vedením odborníka, často jako součást školní výuky. Rozvíjí základní motorické dovednosti a pohybové stereotypy.

Specifické terapeutické koncepty:

- Vojtova metoda – princip reflexní lokomoce, aktivace svalových skupin prostřednictvím tlaku na spouštěvé zóny.
- Bobath koncept (NDT) – facilitace normálních pohybových vzorců, inhibice patologických reflexů.
- Bazální stimulace – práce se smyslovým vnímáním těla, vhodná pro děti s těžkým postižením.

Alternativní formy pohybové terapie

Patří sem plavání (hydroterapie), hipoterapie (jízda na koni), canisterapie, muzikoterapie s pohybem a další. Tyto formy přinášejí pozitivní emoční zážitky a motivaci k pohybu.

Principy efektivní rehabilitace u dětí

Rehabilitace by měla být koncipována jako dlouhodobý, individuálně přizpůsobený proces, který zohledňuje nejen typ a rozsah postižení, ale také věk, vývojovou úroveň, osobnost dítěte a jeho rodinné zázemí.

Klíčové principy:

- Včasný začátek – čím dříve je rehabilitace zahájena, tím větší je šance na pozitivní ovlivnění vývoje.
- Hravost a motivace – děti se nejlépe učí skrze hru, proto jsou terapeutické aktivity často přetvořeny do zábavných činností.

- Pravidelnost a vytrvalost – jen pravidelné cvičení přináší dlouhodobé výsledky.
- Multidisciplinární spolupráce – účast fyzioterapeuta, speciálního pedagoga, lékaře, psychologa a rodiny je nezbytná.
- Zapojení rodiny – rodiče by měli být součástí terapeutického procesu, motivováni k podpoře dítěte i mimo odborné prostředí.

Vliv postižení na vývoj motoriky

Dětská mozková obrna (DMO)

- Vývoj motoriky je opožděný, dítě má poruchy svalového napětí (hypertonus, hypotonus).
- Typický je „motorický přelom“ – období, kdy se očekávaný milník neobjeví nebo je nahrazen atypickým pohybem (např. místo lezení rotace).
- Narušené je také držení těla, rovnováha, koordinace.

Svalové dystrofie

- Progresivní ochabování svalů, často se zhoršuje v předškolním a školním věku.
- Vývoj pohybových dovedností je krátkodobě normální, poté se zastavuje nebo regrese.

Syndromy (např. Downův, Rettův)

- Downův syndrom – hypotonie, opoždění motorického vývoje, poruchy rovnováhy.
- Rettův syndrom – regres motoriky kolem 1.–2. roku, ztráta účelové manipulace.

Pohybová rehabilitace

Cílem není jen zlepšení pohybových schopností, ale i celková kvalita života, soběstačnost, podpora komunikace a prevence sekundárních komplikací (deformity, kontraktury, skolióza...).

Hlavní přístupy a metody:

1. Vojtova metoda – reflexní lokomoce, aktivace vrozených pohybových vzorců skrze tlak na určité body.
2. Bobath koncept (NDT) – neurovývojová terapie, zaměřená na facilitaci správného pohybu a inhibici abnormálních vzorců.
3. Kabatova metoda (PNF) – propioceptivní neuromuskulární facilitace, využívá diagonální pohyby a odpor.
4. Kineziotaping – podpůrná metoda pro stabilizaci svalů, zlepšení toku lymfy, snížení bolesti.
5. Multisenzorická stimulace (např. Snoezelen) – podporuje nejen motoriku, ale i orientaci, komunikaci a emoční stabilitu.

Rehabilitace v raném věku

- Časná intervence je klíčová – mozek dítěte je plastický a má schopnost reorganizace.
- Terapie probíhá formou hry a kontaktu s rodičem (např. handling, baby masáže, bazální stimulace).
- Důraz se klade na aktivní spolupráci rodičů a domácí cvičení.

Vývoj jemné motoriky v předškolním věku

Jemná motorika se v předškolním věku vyvíjí velmi dynamicky a hraje klíčovou roli v každodenním životě dítěte, zejména v oblastech sebeobsluhy (oblékání, stravování), komunikace (písmo, kreslení) a socializace (sdílení hraček, spolupráce v aktivitách). U dětí s handicapem je rozvoj jemné motoriky často opožděn nebo narušen, což může mít dopad na jejich školní připravenost.

Klíčové oblasti rozvoje jemné motoriky:

1. Úchop – zpevněný úchop (zralý úchop tužky, správný uchop lžičky).
2. Koordinace ruky a oka – např. při kreslení, skládání puzzlů.
3. Základní manipulace s předměty – otáčení knoflíků, zapínání zipu, vykrajování, tvoření z modelíny.
4. Rozvoj grafomotorických dovedností – kreslení čar, kroužků, prvních písmen.

U dětí s pohybovým postižením nebo jinými znevýhodněními se však tento vývoj může zpomalit. Rehabilitace v tomto ohledu pomáhá:

- Posilování zápěstí a prstů,
- Rozvoj koordinace ruka-oko, což je klíčové pro rozvoj psaní a kreslení.

Terapie pro jemnou motoriku:

- Ergoterapie – specializuje se na zlepšení jemné motoriky, využívá terapeutické nástroje (např. masážní kroužky, terapeutičtí roboti, hračky podporující úchop).
- Grafomotorické cvičení – nácvik kreslení, spojování bodů, skládání tvarů.
- Manipulace s předměty – nácvik šroubování, sestavování kostek.

Vliv motorických omezení na školní úspěšnost

Rozvoj motoriky je klíčový pro školní připravenost a úspěšnost v základní škole. Děti s motorickými problémy mohou mít výzvy nejen ve fyzických dovednostech, ale i v oblasti kognitivních a sociálních dovedností, což může ovlivnit jejich školní výkony.

Jak motorická omezení ovlivňují školní úspěšnost:

1. Nízká koordinace a jemná motorika – obtíže s psaním, kreslením, stříháním a dalšími školními aktivitami, které vyžadují jemnou motoriku.
2. Únava – děti s pohybovými omezeními se mohou rychleji unavit, což ovlivňuje jejich pozornost a schopnost se soustředit na výuku.
3. Sociální interakce – pohybové problémy mohou vést k sociální izolaci, pokud se dítě neúčastní kolektivních her a aktivit s vrstevníky.

Jak podpořit děti s motorickými problémy ve škole:

1. Individuální vzdělávací plán (IVP) – umožňuje přizpůsobení výuky a úkolů konkrétním potřebám dítěte (např. prodloužený čas na úkoly, asistence při psaní).
2. Pomůcky a adaptace – používání speciálních psacích nástrojů, počítačových pomůcek pro psaní, nástrojů pro vizuální a motorickou stimulaci.

3. Asistenti pedagoga – pomáhají dětem s motorickými omezeními v rámci školních aktivit, aby se zapojily do všech částí výuky.

Dítě s vícečetným postižením je dítě, které vykazuje kombinaci dvou nebo více typů postižení, přičemž jedno z nich je obvykle závažné. Taková kombinace může zahrnovat tělesné postižení (např. pohybová omezení), mentální postižení, smyslové poruchy (zrakové, sluchové) nebo další zdravotní problémy, jako jsou například poruchy dýchání, poruchy kardiovaskulárního systému atd. U těchto dětí může být motorický vývoj zásadně ovlivněn nejenom samotným postižením, ale i interakcemi mezi jednotlivými druhy postižení.

Příklady syndromů a kombinovaných postižení:

1. Downův syndrom (Trisomie 21) s kombinací tělesného postižení (např. poškození kloubů nebo poruchy motoriky způsobené hypotonií).
 - Pohybové schopnosti jsou opožděné, děti mají problémy s koordinací a rovnováhou. Náchylnost k vykloubení kyčlí a špatné držení těla.
 - Mentální retardace je obvykle přítomná, což znamená další výzvy v rozvoji kognitivních schopností a schopnosti se učit motorické dovednosti.
2. Rettův syndrom
 - Děti s Rettovým syndromem mají postupně ztracené motorické dovednosti, přičemž to začíná obvykle kolem 6–12 měsíců věku. Typické jsou problémy s jemnou motorikou, ztráta schopnosti používat ruce k účelové manipulaci (např. držení lžice, psaní), což vede k těžké závislosti na péči.
 - Mentální postižení je typické, většina dětí má intelektové zpoždění.
3. Cerebrální paralýza (Dětská mozková obrna) s kombinací sluchového postižení
 - U některých dětí s dětskou mozkovou obrnou mohou být přítomné nejen pohybové potíže, ale také problémy se sluchovým vnímáním, což vede k poruchám v řeči a komunikaci.
 - Tyto děti mají těžké pohybové potíže, například spasticitu, hypotonii (slabost svalů), což ztěžuje normální pohyby, a pokud k tomu dojde ještě sluchová ztráta, má to vážné důsledky na vnímání a interakci s okolím.
4. **Vysoký stupeň mentální retardace a slepota (kombinace tělesného a smyslového postižení)
 - Tělesná a smyslová postižení v tomto případě výrazně brání rozvoji motoriky. Děti mohou mít problematickou orientaci v prostoru, což ztěžuje rozvoj hrubé i jemné motoriky.
 - Zrakové postižení může negativně ovlivnit koordinaci rukou a očí, ale i základní orientaci v prostoru (např. dítě s těžkou slepotou často nedokáže efektivně používat pohyby rukou k orientaci).

Speciální přístupy k terapiím u dětí s vícečetným postižením

U dětí s vícečetným postižením je nezbytné mít **individuální přístup k rehabilitaci**, který zahrnuje jak terapii motoriky, tak i práci na smyslových vstupech.

Pohybová terapie, fyzioterapie a ergoterapie v raném věku

Pohybová terapie, fyzioterapie a ergoterapie jsou klíčové v raném vývoji dětí s různými formami postižení. Cílem těchto terapií je zlepšit motorické dovednosti, rozvíjet schopnosti pro každodenní aktivity a usnadnit adaptaci dítěte na jeho prostředí. V raném věku, kdy je vývoj dítěte nejdynamičtější, mohou tyto terapie výrazně ovlivnit kvalitu života dítěte a přispět k jeho základnímu rozvoji.

Pohybová terapie

Pohybová terapie je zaměřena na rozvoj hrubé motoriky, koordinace pohybů a rovnováhy. U dětí s různými typy postižení pomáhá zlepšit koordinační schopnosti, stabilitu trupu, rovnováhu, a obratnost.

Cíle pohybové terapie:

- Zlepšení flexibility a posílení svalů.
- Zvýšení kontroly nad pohyby, aby dítě mohlo vykonávat každodenní činnosti s menšími obtížemi.
- Prevence deformit a špatného držení těla, zejména u dětí s pohybovými poruchami, jako je DMO (dětská mozková obrna).

Příklady pohybové terapie:

- Metoda Bobath – speciální metoda pro děti s dětskou mozkovou obrnou (DMO), která se zaměřuje na zlepšení pohybové funkce a snížení svalové spasticity. Pomáhá dítěti učit se správné držení těla a přirozené pohyby.
- Kinezio taping – používání speciálních lepicích pásků na kůži pro podporu pohybového aparátu a zlepšení svalového napětí.

Fyzioterapie

Fyzioterapie se zaměřuje na funkci těla, jeho pohybové schopnosti a zlepšení kvality života. Fyzioterapeut se soustředí na obnovu pohybových schopností a prevence možných následků z pohybových poruch.

Cíle fyzioterapie:

- Obnova motoriky – například u dětí s těžkými poruchami hybnosti, jako je spasticita nebo hypotonie.
- Rehabilitace po úrazech nebo operacích – pomáhá regeneraci a zlepšuje koordinaci pohybů po operacích, jako jsou operace kyčlí nebo korekce deformit.
- Prevence skoliózy a jiných posturálních problémů, což je u dětí s DMO časté.

Příklady fyzioterapie:

- Cvičení podle Vojtovy metody – zaměřuje se na neuromotorické zajištění základních pohybových vzorců. Tento typ terapie je velmi účinný u dětí s DMO a poruchami motoriky.
- Cvičení na rehabilitačních stolech – používá se u dětí, které mají problém s udržením rovnováhy nebo mají silné svalové napětí. Pomáhá s rozvojem motorických schopností.

Ergoterapie

Ergoterapie je zaměřena na zlepšení jemné motoriky a rozvoj dovedností potřebných pro každodenní aktivity. U dětí s postiženími, jako je mentální retardace, motorické problémy nebo smyslové postižení, ergoterapie pomáhá rozvíjet praktické dovednosti (například oblékání, sebeobsluhu).

Cíle ergoterapie:

- Zlepšení schopnosti manipulovat s předměty – například při psaní, střihání nebo používání lžičky.
- Podpora samostatnosti dítěte v každodenních aktivitách.
- Rozvoj dovedností pro zapojení do školních a společenských aktivit.

Příklady ergoterapie:

- Cvičení s terapeutickými pomůckami (např. speciální psací nástroje pro děti s poruchami jemné motoriky).
- Výcvik aktivit denní péče – učení dětí, jak se samostatně obléknout, umýt si ruce nebo použít lžici.

Vývoj motoriky u dětí s vícečetným postižením ve věku od raného dětství po mladší školní věk

Děti s vícečetným postižením čelí specifickým výzvám, které se projevují jak v oblasti motorického vývoje, tak v kognitivních a komunikačních dovednostech. Vícečetné postižení znamená kombinaci dvou nebo více různých typů postižení, např. mentálního a pohybového postižení, sluchového a zrakového postižení, nebo mentálního postižení a autismu. Tento komplexní charakter postižení ovlivňuje každodenní činnosti, včetně motorických schopností a schopnosti vykonávat základní pohybové úkony, jako je chůze, lezení, běhání nebo manipulace s předměty.

Děti s vícečetným postižením často zažívají zpoždění ve vývoji motorických dovedností ve srovnání se zdravými dětmi. Z tohoto důvodu je zásadní věnovat se těmto dětem specifickými terapeutickými postupy a programy, které jim pomohou dosáhnout co největší nezávislosti a zlepšení kvality života.

Fáze motorického vývoje u dětí s vícečetným postižením

1. Raný věk (do 3 let):

- U dětí s vícečetným postižením je často pozorováno zpoždění v základních motorických dovednostech, jako je držení hlavy, otáčení, sedání, lezení nebo chůze.
- Pohybové poruchy, jako je spasticita, hypotonie (nízký svalový tonus) nebo tremory, mohou ovlivnit schopnost dítěte dosáhnout normálních vývojových milníků.
- Proprioceptivní vnímání a interakce s okolním světem se může stát omezeným, což má vliv na další motorické dovednosti.

2. Střední věk (3–6 let):

- Děti v této fázi mohou stále vykazovat slabší a neefektivní pohyby, pokud neexistuje dostatečná intervence.
- Funkční motorické dovednosti, jako je schopnost manipulovat s předměty, psát nebo oblékat se, jsou často narušeny kvůli kombinaci mentálních a pohybových obtíží.
- Kognitivní poruchy mohou ztížit proces učení a tím i osvojování komplexních pohybových dovedností.
- Důležitým cílem je práce na rozvoji koordinace, rovnováhy a svalové síly, což vyžaduje soustavný a individuálně zaměřený terapeutický přístup.

3. Mladší školní věk (6–10 let):

- Děti s vícečetným postižením v tomto věku mohou mít stále omezené schopnosti v oblasti motoriky. Například běhání, skákání, sádání do školy a manipulace s předměty mohou vyžadovat dlouhodobý trénink a podporu.
- Sociální a komunikační dovednosti jsou pro ně také klíčové, neboť děti ve školním věku potřebují nejen motorické schopnosti, ale i schopnost interagovat s ostatními dětmi a zapojit se do školních aktivit.
- V tomto věku může být důležitý důraz na zlepšení samostatnosti a zvládání každodenních úkolů, které jsou pro děti s vícečetným postižením výzvou.

Program PORTAGE pro děti s vícečetným postižením

Program PORTAGE je jedním z významných přístupů zaměřených na podporu vývoje u dětí s různými typy postižení. Tento program je specificky navržen pro děti s vývojovými zpožděními, včetně těch s vícečetným postižením. PORTAGE se zaměřuje na individuální přístup k dětem a podporu jejich vývoje pomocí cílené stimulace v různých oblastech, včetně motoriky, kognitivního vývoje a sociálních dovedností.

Klíčové principy programu PORTAGE

- Individuální přístup: Program je zaměřen na konkrétní potřeby každého dítěte. To znamená, že se program přizpůsobuje specifickým schopnostem dítěte a jeho konkrétnímu postižení.
- Zaměření na motorický vývoj: PORTAGE klade velký důraz na rozvoj motorických dovedností. Například u dětí s vícečetným postižením je důležité rozvíjet základní motoriku, jako je držení hlavy, pohyb rukou a nohou, manipulace s předměty, a koordinaci pohybů.
- Cílená stimulace: Program se zaměřuje na stimulaci rozvoje dítěte v oblastech, které jsou pro něj nejnáročnější. U dětí s vícečetným postižením může být tato stimulace zaměřena na různé oblasti, například rozvoj jemné motoriky, rovnováhy nebo koordinace.

Souvislost s motorickým vývojem u dětí s vícečetným postižením

Program PORTAGE je ideální pro práci s dětmi, které mají vícečetná postižení, protože umožňuje systematické sledování pokroku dítěte a přizpůsobení programu jeho individuálním potřebám. V případě dětí, které mají zpožděný motorický vývoj, umožňuje PORTAGE vybrat a aplikovat specifické terapeutické postupy zaměřené na posilování svalů, zlepšení koordinace a rozvoj jemné motoriky.

Příkladem konkrétního využití PORTAGE pro děti s vícečetným postižením je seznamování dítěte s jednoduchými motorickými dovednostmi, jako je například uchopování předmětů, otáčení rukou nebo aktivní pohyb na bříšku, což jsou základní kroky pro pozdější vývoj samostatné chůze a manipulace s předměty. U dětí s mentálním postižením lze připojit i stimulaci kognitivních funkcí v souvislosti s těmito motorickými aktivitami.

Propojení programu PORTAGE s fyzioterapií a ergoterapií

Program PORTAGE je komplementární k terapeutickým metodám, jako jsou fyzioterapie a ergoterapie, které pomáhají dětem s vícečetným postižením rozvíjet motoriku, koordinaci a každodenní dovednosti. Děti, které využívají program PORTAGE, mohou souběžně podstupovat fyzioterapeutické seance, kde se zaměřují na zpevňování svalového tonusu a zlepšení pohybových vzorců.

Díky propojení fyzioterapie (například pomocí metody Bobath nebo Vojtovy metody) s programem PORTAGE je možné integrovat pohybové cvičení do každodenního života dítěte. Tímto způsobem se vyhneme izolovanému tréninku motorických dovedností a začleníme je do praktických aktivit, které dítě s vícečetným postižením vykonává.

Ergoterapie se pak soustředí na jemnou motoriku a samostatnost v běžných činnostech, jako je stravování, oblékání nebo psaní, což v kombinaci s PORTAGE přispívá k maximálnímu rozvoji motorických a praktických dovedností dítěte.

19. Kognitivní rozvoj a stimulace poznávacích procesů; Možnosti stimulace kognitivního rozvoje u dětí s vícečetným postižením; Techniky práce s dětmi s poruchami pozornosti, paměti a dalších kognitivních funkcí

Kognitivní vývoj a stimulace poznávacích procesů u dětí

Kognitivní vývoj označuje proces postupného rozvoje **poznávacích funkcí**, které umožňují člověku:

- vnímat,
- chápat souvislosti,
- učit se,
- pamatovat si,
- řešit problémy a komunikovat.

Jde o základní složku psychického vývoje dítěte, která ovlivňuje jeho schopnost **interagovat s okolím, porozumět světu a učit se**.

Klíčové poznávací funkce

Mezi hlavní kognitivní funkce patří:

- **Pozornost** – selektivní zaměření na podněty, udržení koncentrace.
- **Vnímání** – schopnost zpracovávat smyslové podněty.
- **Paměť** – schopnost uchovávat a vybavovat si informace.
- **Myšlení** – operace s informacemi, řešení problémů, vytváření pojmů.
- **Řeč** – symbolický systém umožňující sdílení informací.
- **Exekutivní funkce** – plánování, organizace, regulace chování.

Piagetova teorie kognitivního vývoje (Vágnerová, Lisá, 2021; profesor- přednášky PSY RV)

Švýcarský psycholog **Jean Piaget** popsal vývoj poznávání jako **stadiální proces**, který probíhá v určitém sledu:

Stadium	Věk	Charakteristika
Senzomotorické	0–2 roky	Poznání skrze smysly a pohyb, vznik objektní stálosti. odlišuje sebe od objektů - sebe jako aktivního činitele, začíná jednat záměrně Reflexy - a jejich role ve vývoji - stálost a přetrvávání Primární cirkulární reakce (1-4m) - koncentrace na vlastní tělo a jeho projevy (reflexní činnosti nebo aktivity, které v této době dozrávají - plánování pohyby nohou - při zaujetí bez cíle opakovány (napr. lezení po 4 - děti nemají žádný cíl, přendáme a lezou, jako napr. beruska na klicech)

1. Etapa senzomotorická II.

Sekundární cirkulace reakce (4-8m)

- nema předem dany cíl, není aktem inteligence (důležitá pro rodiče)
- dítě manipuluje s předměty v dosahu
- láhev - dudlík/hracka - zaves

Koordinace sekundárních reakcí (8-10m)

- cíl nabyvá na významu
- řešení a dosažení cíle již dává zprávu o inteligenci (velmi letmou)
- začíná pracovat se schémata - vím, umím - dokazu

Terciární kruhové reakce a zvědavost (12-18m)

1. zvnitřnění schémata a hledání efektivních reakcí (dosažení, hracka,...) **První prvky řízené zábavy**

Předoperační

2-7 let

Symbolická hra, egocentrické myšlení, vnímání jednoho hlediska.

Fáze symbolického a předpojmového myšlení trvá od 2 do 4 let.

- dovede si představit nějaký objekt nebo činnost, ať by ji musel provádět; d. ví., že různé symboly (obrázky) mohou něco představovat. Rozvoj symbolického myšlení je spojeno s rozvojem jazyka, dítě se naučí získat informace z verbálního sdělení a tímto způsobem se vyjadřovat.

- senzitivní perioda pro vývoj řeči
- dítě poslouchá pohádku, ale ne vždy zdrojem poučení
- vytváření mentálních reprezentací, rozvoj fantazie (důležitost vyprávění)
- potřebu označovat předměty, vytváření symbolu
- chybná deduktivní logika (nevyřeší jednoduchý sylogismus)
- dynamismus - přičítá volní energii předmětu (Panenka nechce jít na procházku)
- na usudek má hlavní vliv vzhled - dítě myslí jen o jednom aspektu sledovaného problému (všechny vlaky jedou k babičce, všichni muži jsou tati)

Do hry se dostávají specifické předměty/podněty -> mentální reprezentace

Příklad situace: voda ve sklenici a hrnci.. Conservation of liquid quantity (Piaget)

Fáze názorného intuitivního myšlení - 4-7 let.

Uvažování - egocentrické, ulpívá na viditelných aspektech. Rozumění existenci trvalosti objektů vnějšího světa, ale ještě si neuvedomují, že trvale jsou i jejich podstatné vlastnosti.

- substadium názorného myšlení - 7/8 let
- dítě dokáže myslet o tom, co vidí a pro řešení problému se opírá o vizuální vjemy
- uvažuje v celostních pojmech, ve svých usudcích je stále ještě vázána na názor a nedokáže myslet logicky
- při posuzování/klasifikaci předmětu se zaměřuje jen na jeden aspekt a nerozlišuje třídu a podtřídy

Pri reseni koralkoveho experimentu tedy posuzuje jen barvu nebo material: 22 koralku ze dreva y toho 2 hnede..

Znaky nazorneho myslení

- antropomorfismus - tendence polidstovat predmety
- prezentismus - chapani vseho ve vztahu k pritomnosti
- fantazijni pristup - vliv fanatazie prevlada nad respektováním logickych skutečností

- Mezi 3. a 5. rokem zivota vyrazne narusta schopnost ditete uvedomovat si myslenky, prání, pocity a zamery druhych osob
- predpoklad empatie

- uci se uzivat jazyk a vytvaret mentální reprezentace objektů pomocí představ a slov
- myšlení je stale egocentricke, obtizne si uvedomuje hledisko druhých lidí
- třídí předměty podle jednoho znaku - dá dohromady všechny červené hracky bez ohledu na tvar, nebo vsechny kostky bez ohledu na barvu

Konkrétních operací 7–11 let Logické operace s konkrétními objekty, pochopení konzervace. Děti začínají respektovat základní zákony logiky. Myšlení - flexibilnější, postup obměňovat...)

- kategorizuje a usporadava predmety a jevy
- dokaze zaradit objekty podle velikosti, casove naslednosti - serialita
- chape logiku typu, když A je vetsi nez B a B je vetsi nez C, pak A je vetsi nez C
- uspeje v koralkovem experimentu
- je shcopno nekolika ruznych transformací v mysli soucasne
- je schpne brát v uvahu i hlediska jineho cloveka
- reverzibilita
- vzajemne spojeni ruznych myslenkovych procesu do jedno
- sekvence (posouzeni vysky a miry)
- chape, ze vlastnosti predmetu se nemeni se zmenami v jejich

Formálních operací od 12 let Abstraktní a hypotetické myšlení, systematické řešení problémů.

Důležitými procesy jsou **asimilace** (začlenění nové zkušenosti do stávajících schémat - způsob, jaký si dítě vykládá nové informace, aby jim rozumělo, např.: dítě vidí chlupaté a čtyřnohé zvíře, a protože se podobné psům, usoudí, že je to pes, i když má kopyta a žere trávu), **akomodace** (úprava schémat; spočívá v přepracování, reorganizaci stávajících schémat, která se pod vlivem nových informací jeví jako neúplná a nepřesná. Např. dítě vidí, že neznámé zvíře má i jiné znaky a jinak se chová, a proto hledá vysvětlení. Rodič mu potvrdí, že to není pes, ale ovce) a **ekvilibrace** (vyvažování poznávacích struktur).

x

Vygotskij (přednáška od prof. -

Myslení - vyvoj podle Vygotskeho

zameruje se na dite, bere v uvahu prostedi, bere ditete jako badatele - Piaget

L. S. Vygotskij

Piaget: x Vygotskij

Koncept zony proximalniho vyvoje - koncept Vygotskeho

- pokrok v mysleni deti dostatek blizkeho vedeni a podpory od znalejsich osob
- intencionalni - zamerne(moc nejde, protoze jakoby tam nikdo nebyl za pruvodce) a neintencionalni - nezamerne(jako vari, už je tam napr. pruvodce) uceni.

Videa - ytb - Sprouts

Vygotskij - Vygotsky's theory of cognitive development in social relationship

Piaget - Piaget's Theory of cognitive development

Sociální interakce

Vygotskij - hodne sociální interakce, jedno z vyznamnych je kultura - kulturni vlivy, zasady, postoje, stanoviska, ktera kultura prinasi, uloha komunikace a jazyka, kulturni nastroje, formovani myslenkovych procesu

- nepotřebujeme ani jedine slovo, nekde v mozku založen zaklad pro první kontakt/komunikaci

Vygotskij a hra

- dulezita vec- hra

- klicova slozka kognitivniho vyvoje

- u Vygotskeho - hra s nekym, nekdo se tam participuje

- hra a uceni

- hra a reseni problemu- jako cesta, pruvodce je tady strasne moc fajn, rika: jo zkus to ja jsem tady, dite zkousi vyresit problem a dale ho transferovat na dalsi problemy

- hra jako nastroj pro pedagogy i rodice - soucasna uskali

Srovnani Piaget x Vygotskij - socialni interakce

Piaget

navrhl, aby deti objevovali svet individualne

- dite si rozvijí porozumeni, ktere by samo nebylo schopno ziskat

- dite ziskava znalosti interakci se znalostmi ostatnimi (dospelymi nebo detmi)

Vygotskij

- navrhl, ze deti **nemusi a nemely** by samy objevovat

- dospeli vysvetluji, davaji pokyny atd

- dite se aktivně zapojuje do interakce s dospelymi tím, ze "pracuje"

Shrnutí rozdílu mezi Piagetem a Vygotským (Kozulin, 1998, Psychological tools. Harvard University Press):

Jean Piaget zdůrazňuje, že učení je spontánní proces, který vychází z **dítěte samotného**. Učení probíhá v interakci mezi **mentálními schématy dítěte a okolním světem**, bez zásahu dospělého. Klíčovým faktorem je **bohaté prostředí**, které dítěti umožní samostatně experimentovat a rozvíjet myšlení.

Lev Vygotskij naopak chápe učení jako **sociální proces**, probíhající v **interakci s dospělými** či zkušenějšími jedinci. Tito aktéři předávají dítěti **kulturní nástroje** (např. jazyk, symboly), pomocí nichž si dítě osvojuje nové způsoby myšlení. V důsledku toho se jeho **přirozené psychické funkce mění** a stávají se kulturně formovanými.

Hlavní rozdíl tedy spočívá v pojetí role dospělého a kultury při učení:

- **Piaget** – učení je individuální a vnitřně řízené.
- **Vygotskij** – učení je sociálně zprostředkované a formuje samotné myšlení.

Vliv prostředí na kognitivní vývoj

Kognitivní vývoj není pouze biologicky daný. Velkou roli hraje:

- podnětnost prostředí,
- přítomnost stimulujících podnětů,
- interakce s dospělými a vrstevníky,
- kvalita výchovy a vzdělávání.

Stimulace kognitivního vývoje u dětí s vícečetným postižením

Zásady pro spg. intervenci (prof.)

- Včasnost
- z. komunikativnosti
- potřeba zrakového kontaktu
- z. efektivní komunikace
- individuální přístup
- přiměřená náročnost a důslednost
- z. názornosti
- z. systematickosti

Stimulace:

- **individuální** – přizpůsobená konkrétním schopnostem dítěte,
- **strukturovaná** – činnost probíhá v předvídatelném rytmu,
- **motivující** – dítě musí mít důvod se učit, ideálně formou hry.

Děti s vícečetným postižením mívají omezené možnosti rozvoje poznávacích funkcí.

Multisenzoriální přístup – zapojuje více smyslů (např. zrak, sluch, hmat),

SI (smyslová integrace):

Smyslovou integraci tedy chápeme jako lidskou schopnost přijímat a zpracovávat smyslové informace přicházející z okolí a rozumět jim. V případě dítěte je důležité již v předškolním věku záměrně rozvíjet všechny smysly tak, aby mohly fungovat jako kompenzační mechanismy. Pro práci v rámci speciálněpedagogické intervence je třeba připomenout nutnost individuálního přístupu, který bude modifikován s ohledem na míru a druh kombinovaného postižení

Stimulace: cílené a organizované povzbuzování organismu k výkonu. Vnitřní stimulace je tvořena

výkony přáními a tužbami, Vnější stimulace je zajišťována podněty z okolí - materiálního i sociálního. Důležitost k výkonu a motivaci...

Pro stimulaci není stanoven jednotný postup, zejména u klientů s kombinovaným postižením, a není možné ji měřit jinak než sledováním odpovědi klienta a snad také mírou efektivity, kterou přináší. Jedná se o aktivitu vysoce individuální a individualizovanou – je to oboustranná výměna. Pokud jsou splněny individuální požadavky ze strany klienta, stimulace velmi dobře napomáhá ke splnění stanoveného cíle.

Zrak

- zraková percepce - jeden z nejdůležitějších informačních zdrojů pro zdravý vývoj lidského jedince
- !informovanost o stavu zraku
- Obecně lze konstatovat, že u klientů s nejtěžšími druhy vad se v základní rovině jedná o rozvoj schopností zaměřených na oblast vnímání a rozlišování světla a ne-světla, stínu, barev s ohledem na jejich výraznost, vnímání a diferenciaci tvarů. Dále se postupuje ve stimulaci takovým směrem a tempem, aby byl zrak využíván v plné míře svého fungování a nedocházelo k sensorické deprivaci.
- S ohledem na druh kombinovaného postižení je třeba zařadit další podnět, který zrakovou stimulaci doplní a usnadní její zpracování – sluchový, hmatový nebo další podnět s informační nebo potvrzující funkcí směrem ke klientovi. Jedná se o aktivity, které mohou být základem pro výstavbu komunikačního systému.
- respektování individuálního tempa práce a střídání odpočinku a pozornost.

Zraková stimulace

1. motivační fáze - předložení/nabídnutí aktivity
2. krok: výcvik v soustředění a zaměřování pozornosti na zdroj světla a předmět
3. krok činnosti v oblasti koordinace smyslového vnímání a motoriky

Náhodné a sociální učení

Zrakové vnímání se také významným podílem účastní podpory rozvoje a fungování náhodného a sociálního učení. Dokonce v případech, kdy se zrakový vjem neošetří výchovným aspektem, může docházet k projevům situačního chování bez uvědomění účelu a následku. Výsledek, který nenese stopy výchovy, je nevhodný, nebo neúčelný. Vzhledem k tomu, že zrak je opravdu považován za důležitý kompenzační smysl, je třeba u každého klienta, s respektováním jeho individuálních potřeb, důsledně dodržovat hygienu zrakového vnímání. Nemáme na mysli pouze potřebu střídání činností tak, aby jeden druh aktivity klienta zbytečně neunavoval, nepřetěžoval a tím nesnižoval míru úspěšnosti, což se mimo jiné projeví velmi rychle i na jeho motivovanosti pro danou činnost. Je třeba mimo výše uvedený požadavek dbát na správné osvětlení osob i předmětů. Například je známo, že dospělí jedinci se sluchovým postižením si dovedou svého slyšícího komunikačního partnera „nastavit“ tak, aby právě jeho obličej byl dostatečně osvětlen a nemuseli si stěžovat, že „má v puse tmu“.

Stimulace: v oblasti uvědomování si světla tmy, nácvik rozlišování barev (dostatečně kontrastních,...), rozlišování a přiřazování geometrických tvarů, práce s obrázky, nácvik psychomotorické koordinace „ruka – oko“ při činnostech v běžných denních situacích;

Sluch

- podílí se na rozvoji psychiky, základem pro výstavbu samostatnosti a nezávislosti klienta
- audiometrické vyšetření
- Směrové slyšení: zsluchové vnímání zpracovávání zvukových podnětů z hlediska orientace v prostoru
- sluchová paměť - významné místo
- Upravy podmínek: znalost “lepšího ucha”, viděli na ústa, tváří v tvář

Stimulace: vnímání zvuků o roznych frekvencí, libé a nelibé zvuky, zvuk ve spojení s lidským hlasem apod. Orffovy nástroje, poslech reprodukováné hudby, rozlišení pomalé a rychlé hudby, poslech a nápodoba slyšených zvuků,...

Hmat

- pokud je omezeno zrak a sluch. vnímání stává se hmat jedním z kompenzačních činitelů
- hmatové vnímání se podílí na komplexnějším obrazu prostředí, ve kterém se klient pohybuje
- klient může “ohmatávat” např. hlásky na vlastním těle

Stimulace: předměty různé velikosti, tvarů a vrchů, pro zapojení dalších částí těla je možné např. silné reproduktory umístěných na rezonanční podlaze. Rozlišování povrchů dotykem prstů, dlaní, rozlišování různých povrchů dotykem chodidel, práce s taktilními podněty v klidu a pohybu, vkládání drobných předmětů do nádoby, práce s různým materiálem, diferenciacie pomocí hmatu

chut'

- podílí se na komplexním obrazu vnímané skutečnosti
- na vývoj komunikačních schopností se příliš nepodílí, ale svůj význam má zejména v rozvoji pojmovotvorného procesu

Stimulace: uvědomování si růzností chuti, diferenciacie a přiřazování specifických chutí, diferenciacie v oblasti oblíbených a neoblíbených, integrace vjemů - chuť a čich.

Čich

- stejně jako chuť
- orientace v prostoru
- pro klienty s hluchoslepotou - klíčová informace
- vytváření paměťových stop

Stimulace: uvědomování si růzností čichových vjemů, diferenciacie a přiřazování specifických pachů a vůní, diferenciacie v oblasti oblíbených a neoblíbených pachů a vůní, integrace vjemů - chuť a čich, využití zkušenosti při orientaci v prostoru a samostatného pohybu

Rozvoj komunikace - komunikační kompetence -> důležitá -> aby se mohla stát pro rozvoj myšlení a dalších funkcí

- podnětné prostředí - rozhodující z hlediska motivace; u některých dětí z nepodnětného prostředí -> komunikační kompetence utlumené “zamlklé děti”
- dg. komunikačního aktu:
 1. iniciace komunikačního aktu;
 2. průběh komunikačního aktu;
 3. ukončení komunikačního aktu;
 4. použití uvědomělého nástroje pro fázi exprese; - doteky, gesta, hlas, mimika, mluvená řeč, piktogramy apod.
 5. preference komunikačního modu pro fázi recepce; —!!-----
 6. využití zpětné vazby pro potvrzení porozumění; - zda byla zpráva přijata
 7. sladění komunikace s partnerem;
 8. schopnost komunikace v triádě - dítě+2komunikující osoby;
 9. přechod komunikace v interakci.

Příklady technik:

- metoda **snoezelen** (multisenzorická stimulace),
- strukturované učení (TEACCH),
- využití alternativní komunikace (např. obrázky, piktogramy, komunikátory -high tech, low tech) - Makaton, ZdŘ, VOKS, Bliss

Techniky práce s dětmi s poruchami pozornosti, paměti a dalších funkcí

U poruch pozornosti (např. ADHD - Huttyrová):

- zkracování časových úseků práce,
- časté přestávky,
- vizuální plánování,
- minimalizace rušivých vlivů.
- podpora zaměření pozornosti pouze na určitý úsek činnosti - jedna úloha na stránce, jeden sloupek příkladů v matematice
- pomáhat zaměřovat pozornost na to, co je důležité, vést dítě k tomu aby si dokázalo utřídit informace
- vhodné využívat silné stránky dítěte dle individuálních charakteristik (verbální vyjádřování, grafické, apod.)

U poruch paměti:

- využívání opakování a asociací,
- mnemotechnické pomůcky,
- rozdělení informací do menších celků,
- zapojení více smyslů.

U oslabeného myšlení:

- práce s konkrétními situacemi,
- vizualizace pojmů,
- posilování logického uvažování přes hru a manipulaci.

Techniky:

FIE

Feuersteinova metoda, také známá jako "Feuersteinovo instrumentální obohacování" (FIE), je přístup ke kognitivnímu rozvoji a vzdělávání vyvinutý profesorem Reuvenem Feuersteinem, izraelským klinickým psychologem a pedagogem.

Klíčové aspekty Feuersteinovy metody zahrnují:

1. Strukturální kognitivní modifikovatelnost - Základní přesvědčení, že inteligence není pevně daná, ale lze ji rozvíjet a modifikovat v jakémkoliv věku a bez ohledu na etiologii.
2. Zprostředkované učení (MLE) - Speciální typ interakce, kdy se zprostředkovatel (učitel/rodič) vkládá mezi učícího se a podněty, aby pomohl organizovat, interpretovat a zlepšit vzdělávací zkušenost.
3. Instrumentální obohacování - Série systematických cvičení nebo "nástrojů" navržených ke zlepšení kognitivních funkcí jako prostorová orientace, porovnávání, kategorizace a logické uvažování.
4. Kognitivní mapa - Nástroj pro analýzu a popis mentálních procesů, který se používá k identifikaci a řešení kognitivních nedostatků.

Psychorelaxace jsou velmi příhodným typem terapie pro děti s diagnostikovaným syndromem ADHD/ADD. Technika psychorelaxace vychází z terapeutických metod posilujících sebedůvěru dítěte. Tento způsob terapie klade nemalé požadavky na psychoterapeuta, který musí být aktivní, kreativní, musí být schopen akceptovat velmi spontánní projevy dětí a jejich přání. Pro jedince jsou vymezena přesná pravidla co smějí a co nesmějí. Děti s hyperaktivitou by se měly naučit relaxovat, uvolnit se a zbavit se agresivity, z tohoto důvodu je důležité vytvářet prostory tzv. „relaxační místa“ a to doma i ve škole, kde by mohly relaxovat a znovu. (Kucharská, A., 1999).

Katalog PO - žák s oslabením kognitivních fcí

Posilování a trénink jednotlivých oslabených oblastí – trénink paměti, krátkodobé a dlouhodobé pozornosti, rozvoj řeči, slovní zásoby, porozumění řeči, schopnosti verbálně se vyjadřovat, podpora pojmového myšlení – a další vhodné intervenční postupy zaměřené na specifické deficity mohou vést ke komplexním změnám ve způsobu řešení problémů žáků, resp. osvojování znalostí a dovedností ve škole.

Tyto kognitivní funkce se totiž výrazněji projevují v době nástupu do školy, při osvojování gramatických pravidel českého jazyka i cizího jazyka, při řešení slovních úloh v matematice atd. Když se naopak příliš soustředíme na osvojení pouze konkrétního tématu učiva, je rozvoj žáka nesystematický a útržkovitý a také jeho znalosti budou pouze úzce vymezené.

Je vysoce pravděpodobné, že si nebude umět dát učivo do souvislostí (např. uvědomění si paralel mezi gramatickými jevy v českém jazyce a cizích jazycích nebo aplikace znalostí násobilky na řešení slovních úloh nenastanou). Při celkovém oslabení kognitivního výkonu je vždy žádoucí posilovat kognitivní funkce komplexně a věnovat se spíše jejich rozvoji než pouhému memorování učiva.

Např. st PO 1 - **didaktické pomůcky**: obrazově/graficky zpracovaný přehled učiva; číselná řada, tabulka násobků; sešity s pomocnými linkami; "slovníček" odborných pojmů; upravené učební texty, didaktické hry, stavebnice, názorné pomůcky, IT technika...

PO (Katalogy):

- časová úprava - v blocích; uspořádání zasedacího pořádku - k učiteli blízko anebo z boku vpředu - říkal Polínek v etu) do U;
- Strukturalizace výuky,
- strukturování úloh do menších celků, posloupnost,
- intervenční techniky (zooterapie - canisterapie),
- připomínání, opakování,
- rozvoj exekutivních funkcí - pracovní posloupnost,
- rozvoj a podpora myšlenkových operací - co je problém? jak ho vyřešit? co je menší x větší? co je stejné? co je rozdílné? → formou hry v MŠ
- rozvoj jazykových kompetencí - slovní zásoba, vyjadřování, podněcování k odpovědi celouvětou, popisování obrázků - děje,..
- posilování zrakové a sluchové percepce
- rozvoj vnímání prostoru a času apod.

Zdroje:

Katalogy PO (modrý) - žák s oslabeným kognitivním výkonem/mentální postižení, 2015 - online dostupné - <http://katalogpo.upol.cz/mentalni-postizeni-nebo-oslabeni-kognitivniho-vykonu/uvod-9/>

Hutyrová M. - Děti a problémy v chování, 2019

Potměšil M. - Úvod do speciální pedagogiky osob s kombinovaným postižením, 2013 - dostupné v úložišti od USS

+ přednášky od prof. Potměšila

20. Sociální služby a podpůrné programy pro rodiny s handicapovanými dětmi. Možnosti státní a nestátní podpory pro rodiny dětí s handicapem. Programy rané péče, sociální rehabilitace a financování pomůcek. Možnosti spolupráce poradenského pracovníka s jinými institucemi.

<https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>

<https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

Oddělení koncepce sociálních služeb

- vytváří koncepci poskytování sociálních služeb s ohledem na zajištění a realizaci systému kvality a odbornosti v sociálních službách,
- podílí se v rámci věcné působnosti oddělení na realizaci investiční politiky resortu v kontextu adekvátního rozvoje dostupné a kvalitní sítě sociálních služeb ve spolupráci s úsekem pro ekonomiku,
- vytváří koncepci ucelené (koordinované) rehabilitace osob se zdravotním postižením a koncepční řešení problematiky sociálně zdravotního pomezí v oblasti poskytování sociálních služeb,
- zajišťuje metodické vedení krajských úřadů v oblasti registrací poskytovatelů sociálních služeb a kontrol plnění registračních podmínek a za MPSV plní roli nadřízeného správního orgánu krajských úřadů v těchto oblastech,
- zajišťuje metodické vedení Úřadu práce ČR v oblasti provádění inspekce sociálních služeb a kontroluje u krajských poboček Úřadu práce ČR výkon této agendy,
- navrhuje inovační metody v oblasti kvality a inspekce sociálních služeb a kvalifikačního a dalšího vzdělávání inspektorů sociálních služeb,
- vykonává agendu registrací poskytovatelů sociálních služeb v případech, kdy je MPSV zřizovatelem poskytovatele a u těchto poskytovatelů provádí i kontrolu plnění registračních podmínek,
- zpracovává koncepci rozvoje činnosti přímo řízených zařízení sociálních služeb a metodicky řídí a kontroluje činnost přímo řízených zařízení sociálních služeb ve spolupráci s dalšími věcně příslušnými odbory MPSV,
- rozhoduje v odvolacím řízení proti uložení pokuty Úřadu práce ČR za spáchání správního deliktu podle zákona o sociálních službách,
- spolupracuje s útvary Úseku pro evropské fondy a odborem řízení projektů při tvorbě koncepce čerpání pomoci z evropských strukturálních fondů v oblasti opatření směřujících k podpoře sociální integrace; při implementaci strukturální pomoci a v realizaci individuálních projektů spolupracuje zejména v oblasti podpory deinstitucionalizace a humanizace sociálních služeb,
- z hlediska působnosti ministerstva se zabývá agendou Rady kvality ČR,
- úzce spolupracuje se sekretariátem Rady vlády pro nestátní neziskové organizace, a to zejména při zpracovávání podkladů pro jednání vlády,
- navrhuje způsoby zajištění péče, podpory a pomoci i prostřednictvím neformálních systémů pomoci,
- podílí se na tvorbě koncepce transformace systému psychiatrické péče

Cílem sociálních služeb je:

- zachovávat lidskou důstojnost klientů,
- vycházet z individuálně určených potřeb klientů,
- rozvíjet aktivně schopnosti klientů,
- zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů,
- poskytovat služby v zájmu klientů a v náležité kvalitě.

Druhy sociálních služeb

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci

s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

Služby sociální péče

Osobní asistence

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

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Služba se poskytuje za úhradu. Bez úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou vystaveny stálému riziku ohrožení zdraví nebo života, popřípadě náhlého zhoršení zdravotního stavu. Služba se poskytuje za úhradu.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tyto služby jsou poskytovány za úhradu.

Podpora samostatného bydlení

Podporované bydlení je terénní služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením chronickým onemocněním, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Centra denních služeb

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem služby je posílit samostatnost a soběstačnost osob v nepříznivé sociální situaci, která

může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Denní a týdenní stacionáře

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem se poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a další typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob., Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubyto-

vání, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Služby sociální prevence

Raná péče

Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

Telefonická krizová pomoc

Telefonická krizová pomoc je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Služba se poskytuje bez úhrady. Služba obsahuje telefonickou krizovou pomoc a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Tlumočnické služby

Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tlumočnické služby jsou poskytovány bez úhrady.

Azylové domy

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Domy na půl cesty

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba obsahuje činnosti poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je minimalizovat sociální a zdravotní rizika spojená se zneužíváním návykových látek. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, pomoc

při uplatňování práv a oprávněných zájmů a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Služba se poskytuje bez úhrady.

Krizová pomoc

Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svojí nepříznivou situaci vlastními silami. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

Intervenční centra

Intervenční centra poskytují pomoc osobám ohroženým domácím násilím. Na základě zákonné povinnosti kontaktují osobu ohroženou, a to nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykazání ze společného obydlí. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Pokud je poskytována formou pobytových služeb obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy. Součástí služby je zajištění spolupráce mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, OSPOD, obcemi, útvary Policie ČR a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy. Služba se poskytuje bez úhrady.

Nízkoprahová denní centra

Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní služby, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. V nízkoprahových denních centrech hradí osoby úhradu za stravu ve výši stanovené poskytovatelem.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem a mládeži ohroženým sociálním vyloučením. Služba je určena dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících s jejich způsobem života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohli řešit svoji nepříznivou sociální situaci. Služba může být poskytována osobám anonymně. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

Noclehárny

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí přenocování. Služba se poskytuje za úhradu ve výši stanovené poskytovatelem.

Služby následné péče

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstiniují. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého existují rizika ohrožení jeho vývoje, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umísitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím pracovní terapie. Služba obsahuje činnosti pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění a podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Služba se poskytuje za úhradu.

Terapeutické komunity

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba obsahuje činnosti poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Terénní programy

Terénní programy jsou služby poskytované osobám, které vedou nebo jsou ohroženy rizikovým způsobem života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek a omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být poskytována osobám anonymně. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

Sociální rehabilitace

Jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných činností pro samostatný život. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Terénní a ambulantní služba obsahuje činnosti nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Forma pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, **s účinností od 1.1. 2007**, poskytovány:

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu,
- osobě, které byl udělen azyl,
- občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie,
- cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

Vybrané typy sociálních služeb (azylové domy, kontaktní centra, noclehárny, terénní programy) jsou poskytovány také osobám legálně pobývajícím na území České republiky.

Na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení má nárok každá osoba.

Kdo sociální služby poskytuje

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby.

Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb.

Ministerstvo práce a sociálních věcí je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče.

<https://sancedetem.cz/doporuceni-pro-osoby-v-kontaktu-s-telesne-postizenymi-detmi>

- svépomocné skupiny

<https://www.tamtam.cz/co-delame/socialne-aktivizacni-sluzby-pro-rodiny-s-detmi/>

- saska

<https://www.ranapece.cz/pro-rodice/co-je-rana-pece/>

- raná péče

<https://www.viacordis.cz/nadace/>

- seznam nadací

<https://www.aperio.cz/poradna>

Aperio - Společnost pro zdravé rodičovství, z.s.

<https://www.aperio.cz/clanky/deti-se-zdravotnim-postizenim#prispevek-na-peci-a-jeho-vyse>

- příspěvek na péči, mobilitu, ZTP, příspěvek na zvláštní pomůcku

Rodiny s dětmi s postižením využívají zejména tyto služby: raná péče, osobní asistence, odlehčovací služby, denní nebo týdenní stacionář. Pokud si rodič dítěte s postižením nebo sama osoba s postižením neví rady s vyhledáním potřebné sociální služby v místě svého bydliště, má právo dle zákona o sociálních službách **požádat o pomoc obec**, ve které žije, aby jí zprostředkovala poskytnutí sociální služby anebo zprostředkovala kontakt s poskytovatelem sociálních služeb.

<https://pecovatazit.cz/2021/07/20/spolecne-bydleni-rodicu-a-jejich-deti-s-postizenim-v-zarizeni-socialni-pece/> **Společné bydlení rodičů a jejich dětí s postižením v zařízení sociální péče**

Česká republika má dvě dostupná zařízení, kde v rámci několika sociálních služeb ubytují dohromady rodiče seniora a mentálně handicapované dospělé dítě. V těchto zařízeních kombinují služby chráněného bydlení a odlehčovací služby. V prvním případě jde o zařízení zřizované Charitou ČR v Prostějově a jmenuje se Domov Daliborka. Druhým dostupným zařízením je Domov Laguna Psáry. Domov nabízí zcela nový typ služeb – možnost společného ubytování osob s mentálním postižením a jejich rodičů. Tyto služby jsou určeny pro staré rodiče, kteří prožili společně s dětmi celý život a pro svůj věk si již sami nemohou zajistit péči o sebe ani své dítě s mentálním postižením.

file:///C:/Users/V%C4%9Brka/Downloads/zajiutyny-socislly-pure-ve-vztahu-k-pot-ebsm-rodin-s-dytmi-s-mentslnym-pas-a-zrakovrm-posti%C3%97enym-final.pdf

sko rané péče SPRP Olomouc (i pro rodiny s

Informativní webové portály

www.dobromysl.cz > internetový server poskytující komplexní informace o problematice zdravotního postižení - konkrétně různých forem mentálního postižení a autismu - a o integraci lidí s tímto typem postižení do společnosti

www.postizenedeti.cz > pro rodiče a přátele dětí se zdravotním postižením nebo postižením ohrožených

www.dmoinfo.cz > sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně www.bazalni-stimulace.cz > stránky o bazální stimulaci

www.isrt.cz > Institut synergické reflexní terapie - Renata Vodičková, DiS. - vše o synergické reflexní terapii

www.apla.cz > asociace pomáhající lidem s autismem - vzdělávání, informace

www.downsyndrom.cz > společnost rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem

www.usmevy.cz > občanské sdružení pro pomoc lidem s Downovým syndromem a jejich rodinám

www.hiporehabilitace-cr.cz > Česká hiporehabilitační společnost

www.msmt.cz > Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

www.mpsv.cz > Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

www.ranapece.cz > Občanské sdružení Společnost pro ranou péči je nestátní organizace, která poskytuje odborné služby a programy ohroženým dětem, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem eliminovat nebo zmírnit důsledky postižení a poskytuje rodinám, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace, a to se zřetelem na včasnou diagnostiku a následnou péči.

www.uzis.cz > Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Státní a nestátní podpora

Pro rodiny dětí s handicapem existuje v České republice široká škála státní i nestátní podpory. Tato podpora zahrnuje finanční pomoc, sociální služby, poradenství, vzdělávací a rehabilitační programy, a další formy pomoci, které mohou zlepšit kvalitu života rodin a usnadnit péči o děti s různými druhy zdravotního postižení.

1. Státní podpora pro rodiny dětí s handicapem

a) Přídavek na dítě a příspěvek na péči

- **Přídavek na dítě:** Tento příspěvek je určen rodinám, které mají na své péči dítě, a to včetně dětí se zdravotním postižením. Výše přídatku závisí na věku dítěte a finanční situaci rodiny.
 - **Odkaz:** [Přídavek na dítě - MPSV](#)
- **Příspěvek na péči:** Tento příspěvek je určen pro osoby, které poskytují péči lidem se zdravotním postižením. Výše příspěvku závisí na stupni závislosti osoby na péči a může být poskytován rodinám dětí s handicapem.
 - **Odkaz:** [Příspěvek na péči - MPSV](#)

b) Sociální služby a podpora v oblasti vzdělávání

- **Sociální služby:** Rodiny dětí s handicapem mohou čerpat různé typy sociálních služeb, jako jsou například pomoc v domácnosti, osobní asistence, poradenské a terapeutické služby. Tyto služby jsou financovány státem, obcemi nebo kraji.
 - **Odkaz:** [Sociální služby - MPSV](#)
- **Služby pro děti se speciálními potřebami ve vzdělávání:** Děti s handicapem mohou využívat specializovaných škol, pedagogických asistentů nebo individuální výukové programy, které jim umožňují lepší integraci do běžného vzdělávacího procesu.
 - **Odkaz:** [Speciální školy a pedagogická podpora](#)

c) Dávky a kompenzační pomůcky

- **Kompenzační pomůcky:** K tomu, aby rodiny dětí s handicapem mohly zajistit lepší péči a životní podmínky pro své děti, stát poskytuje dávky na kompenzační pomůcky, jako jsou invalidní vozíky, speciální hračky, rehabilitační zařízení apod.
 - **Odkaz:** [Kompenzační pomůcky - MPSV](#)

2. Nestátní podpora pro rodiny dětí s handicapem

a) Neziskové organizace a charitativní projekty

- **Nadační fond pro děti:** Nadační fondy, jako například **Nadační fond pro děti**, podporují rodiny dětí s handicapem finančně i formou poradenství. Tyto fondy poskytují individuální pomoc, organizují sbírky nebo financují programy zaměřené na zlepšení kvality života dětí.
 - **Odkaz:** [Nadační fond pro děti](#)
- **Svaz paraplegiků:** Svaz paraplegiků se zaměřuje na pomoc rodinám dětí s těžkým fyzickým postižením a poskytuje poradenství, rehabilitační služby a další formy podpory.
 - **Odkaz:** [Svaz paraplegiků](#)

b) Poradenské a terapeutické služby

- **Poradenské služby pro rodiče:** Organizace, jako je **Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením**, nabízí rodičům poradenské služby týkající se péče o děti s mentálním postižením, poruchami chování, komunikace apod.
 - **Odkaz:** [Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením](#)
- **Rehabilitační programy a terapie:** Různé nestátní organizace poskytují rehabilitační programy, jako je **Rehabilitační centrum Cesta domů**, které se zaměřují na podporu dětí s těžkými zdravotními problémy.
 - **Odkaz:** [Rehabilitační centrum Cesta domů](#)

c) Finanční podpora a sbírky

- **Charitativní organizace:** Některé charitativní organizace pořádají sbírky nebo granty pro rodiny dětí s handicapem, které potřebují finanční pomoc na rehabilitaci, speciální pomůcky nebo úhradu různých terapií. Příkladem je **Nadace Leontinka**, která pomáhá dětem s poškozením zraku.
 - **Odkaz:** [Nadace Leontinka](#)

3. Podpůrné skupiny a komunity

- **Online podpora a fóra:** Rodiče dětí s handicapem mohou využívat online komunity a fóra, která poskytují poradenství a podporu, například **Rodiče za práva dětí s postižením**.
 - **Odkaz:** [Rodiče za práva dětí s postižením](#)

Závěr

Rodiny dětí s handicapem mohou čerpat z široké škály státní i nestátní podpory. Státní podpora zahrnuje přídavky na dítě, příspěvky na péči, kompenzační pomůcky a sociální služby, které jsou financovány prostřednictvím MPSV a dalších institucí. Na druhé straně neziskové organizace, nadace a charitativní projekty poskytují různé formy poradenství, rehabilitace a finanční pomoci. Důležité je využívat tyto různé možnosti podpory k zajištění nejlepší péče a pomoci pro děti a jejich rodiny.

Citace:

1. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (n.d.). Přídavek na dítě. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/web/cz/pridavek-na-dite>

2. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (n.d.). Příspěvek na péči. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/cz/prispevek-na-peci>
3. Nadační fond pro děti. (n.d.). Dostupné na <https://www.nadaceprodeti.cz>
4. Svaz paraplegiků. (n.d.). Dostupné na <https://www.svazparaplegiku.cz>
5. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením. (n.d.). Dostupné na <https://www.splmp.cz>

<https://www.mpsv.cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67->
SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Zákon:

§ 70 Sociální rehabilitace

(1) Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

(2) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

(3) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností, obsažených v odstavci 2 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.*

§ 35 Sociální rehabilitace

(1) Základní činnosti při poskytování sociální rehabilitace se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:

- 1. nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů,*
- 2. nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování,*
- 3. nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti,*
- 4. nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru,*
- 5. nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu,*

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- 1. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět,*
- 2. nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky,*
- 3. nácvik chování v různých společenských situacích,*
- 4. nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi,*

c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

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

- 1. podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,*
- 2. informační servis a zprostředkovávání služeb,*

e) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

- 1. ubytování,*
- 2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,*

f) poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

- 1. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,*
- 2. pomoc při podávání jídla a pití,*

g) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

- 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,*
- 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,*
- 3. pomoc při použití WC.*

Cíl a účel sociální služby a prostředky k jeho dosahování

Cílem poskytování služby **sociální rehabilitace** (§ 70) je pomoci lidem dosáhnout větší míry samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti v běžném životě. Poskytovatel služby sociální rehabilitace vždy nabízí klientům celé spektrum základních činností, prostřednictvím nichž lze tento cíl služby naplňovat. Pomáhá lidem rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, posilovat jejich pozitivní návyky a nacvičovat výkon běžných činností, které jsou nezbytné pro samostatný život. Spolupráci s klientem staví vždy na tom, že v maximální možné míře využívá jeho zachovaných schopností a kompetencí, které se snaží posilovat, upevňovat a dále je rozvíjet.

Možnosti spolupráce poradenského pracovníka s jinými institucemi

Spolupráce poradenského pracovníka s jinými institucemi je klíčová pro komplexní a efektivní podporu klientů. Využívání dostupných zdrojů, portálů a organizací umožňuje poradenským pracovníkům poskytovat lepší pomoc, informovat klienty o jejich právech, možnostech a přístupech k potřebné podpoře. Zde jsou některé užitečné odkazy na platformy a instituce, které mohou poradenským pracovníkům pomoci ve spolupráci s jinými institucemi:

1. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV)

- **Sociální služby** – MPSV nabízí informace o různých typech sociálních služeb a organizacích, které poskytují podporu v oblastech, jako je pomoc seniorům, lidem se zdravotním postižením, znevýhodněným osobám nebo dětem.
- **Odkaz:** [MPSV - Sociální služby](#)
- **Další informace:** K dispozici je i databáze sociálních služeb, která umožňuje vyhledávání konkrétních zařízení a pomoci.

2. Úřad práce ČR

- **Služby pro nezaměstnané a rekvalifikace** – Úřad práce ČR poskytuje podporu nezaměstnaným osobám, nabízí poradenství, rekvalifikační kurzy, finanční dávky a zprostředkování pracovních míst.
- **Odkaz:** [Úřad práce ČR](#)
- **Další informace:** Úřad práce má nástroje pro kariérové poradenství a možnost získání vzdělání či kvalifikace pro zlepšení šancí na trhu práce.

3. Člověk v tísni

- **Nezisková organizace** – Tato organizace poskytuje pomoc lidem v krizových situacích, včetně podpory v oblasti bydlení, duševního zdraví, integrace migrantů nebo řešení problémů domácího násilí.
- **Odkaz:** [Člověk v tísni](#)
- **Další informace:** Organizace nabízí programy na podporu v oblasti zaměstnanosti, vzdělávání a sociální začleňování.

4. Portál sociálních služeb

- **Databáze a vyhledávání poskytovatelů sociálních služeb** – Tento portál nabízí kompletní databázi poskytovatelů různých sociálních služeb po celé ČR. Poradenský pracovník může použít tuto platformu pro hledání konkrétních služeb podle regionu nebo typu pomoci.
- **Odkaz:** [Portál sociálních služeb MPSV](#)
- **Další informace:** Můžete zde najít podrobnosti o jednotlivých typech služeb a kontaktní údaje na poskytovatele.

5. Česká psychoterapeutická společnost

- **Psychoterapie a podpora duševního zdraví** – Poradenský pracovník může využít tuto organizaci k vyhledání certifikovaných psychoterapeutů a odborníků na duševní zdraví, kteří poskytují odbornou péči.
- **Odkaz:** [Česká psychoterapeutická společnost](#)
- **Další informace:** Organizace nabízí seznam kvalifikovaných psychoterapeutů a psychologů v ČR.

6. Bezplatná právní poradna

- **Právní poradenství** – Tato stránka poskytuje informace o právní pomoci a možnostech získání bezplatného právního poradenství pro osoby v tíživé situaci.
- **Odkaz:** [Bezplatná právní poradna](#)
- **Další informace:** Poradenský pracovník může doporučit tuto službu klientům, kteří potřebují poradenství v oblastech, jako jsou rodinné spory, pracovní právo nebo dluhové poradenství.

7. Armáda spásy

- **Sociální pomoc a podpora** – Armáda spásy poskytuje pomoc lidem v nouzi, včetně programů pro bezdomovce, osoby závislé na alkoholu nebo drogách, a oběti domácího násilí.
- **Odkaz:** [Armáda spásy](#)
- **Další informace:** Organizace má širokou síť zařízení po celé ČR, která poskytuje krizové ubytování, poradenství a dlouhodobou pomoc.

8. Portál pro rodiny – Rodinná politika ČR

- **Podpora rodinám a péče o děti** – Tento portál nabízí informace o programech a službách, které podporují rodiny, například poradenství pro rodiče, pomoc s péčí o děti, podpora při výchově dětí a podobně.
- **Odkaz:** [Rodinná politika ČR](#)
- **Další informace:** Zde jsou uvedeny konkrétní možnosti poradenství, podpora pro rodiče i rodinné příspěvky.

9. Krizová centra a podpora v krizových situacích

- **Krizová intervence a podpora v krizových okamžicích** – Poradenský pracovník může doporučit krizová centra, která poskytují okamžitou pomoc lidem v akutních krizových situacích, např. při ohrožení života nebo zdraví.
- **Odkaz:** [Krizová centra ČR](#)
- **Další informace:** Seznam krizových center a telefonních linek pro akutní podporu.

10. Centrum pro rodinný život

- **Podpora rodinám a dětem** – Tato organizace se zaměřuje na podporu rodin, dětí a těhotných žen, nabízí poradenství v oblasti výchovy dětí a vztahů v rodině.
- **Odkaz:** [Centrum pro rodinný život](#)
- **Další informace:** Organizace nabízí jak poradenství, tak také různé kurzy a akce pro zlepšení rodinné dynamiky.

Závěr:

Pro efektivní spolupráci poradenského pracovníka s jinými institucemi je důležité využívat různé webové portály, databáze a kontakty, které poskytují širokou škálu služeb v oblasti sociálních, právních a psychologických problémů. Výše uvedené odkazy mohou sloužit jako důležitý nástroj pro vyhledávání konkrétních institucí a specialistů, které mohou podpořit práci poradenského pracovníka a zajistit komplexní pomoc pro klienty.