

Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity

katedra pedagogiky a psychologie

studium učitelství pro mateřské školy

MŠ v systému ucelené rehabilitace

Nursery school in the system of comprehensive rehabilitation

Bakalářská práce

2010

Vedoucí bakalářské práce :
PaedDr. Eva Suchánková, Ph.D.

Autor:
Martina Kolářová

Prohlášení

P r o h l a š u j i, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 31.3. 2010

Martina Kolářová

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní PaedDr. Evě Suchánkové, Ph.D. za pomoc a cenné rady při vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Štěpánce Rešlové, Mgr. Ivaně Slámové, Lence Votavové a Editě Zachařové za informace důležité pro mou práci.

ABSTRAKT:

Bakalářská práce se zabývá provázaností složek systému ucelené rehabilitace v České republice s akcentem na složku výchovně vzdělávací. Zaměřuje se na individualizaci v předškolní výchově a vzdělávání dětí s narušenou komunikační schopností formou alternativní komunikační metody VOKS.

ABSTRACT:

The bachelor thesis deals with the cohesion of components of a system of the comprehensive rehabilitation in the Czech Republic with an emphasis on the educational component. It is focused on individualization in a pre-school education and education of children with disturbed communication ability through the method of alternative communication VOKS.

OBSAH

Úvod.....	5
1. Rehabilitace.....	5
1.1 Přístupy v pojetí ucelené rehabilitace.....	7
1.2 Charakteristika jednotlivých složek ucelené rehabilitace.....	9
2. Centrum ARPIDA, o.s.	11
2.1 Sociální prostředky rehabilitace.....	12
2.2 Léčebné prostředky rehabilitace.....	12
2.3 Pedagogické prostředky rehabilitace.....	14
2.4 Pracovní prostředky rehabilitace.....	15
3. Mateřská škola při centru ARPIDA, o.p.s.....	16
3.1 Zaměření mateřské školy při centru ARPIDA,o.p.s.....	16
3.2 Pojetí a cíle předškolního vzdělávání podle RVP PV.....	18
3.3 Komunikativní kompetence RVP PV.....	19
4. Komunikace a komunikační schopnost.....	20
4.1 Narušená komunikační schopnost (NKS).....	21
4.2 Symptomatické poruchy řeči.....	22
4.2.1 Dětská mozková obrna (DMO).....	22
4.2.2 Řeč dětí s DMO.....	23
5. Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS).....	24
5.1 Individuální práce u dětí předškolního věku pomocí VOKS.....	26
5.1.1 Cíl šetření, popis šetřeného vzorku.....	26
5.1.2 Metody a metodika šetření.....	26
5.1.3 Vybrané kazuistiky dětí s NKS	27
6. Výsledky šetření.....	37
Závěr.....	38
Shrnutí.....	39
Seznam literatury.....	40
Přílohy.....	42

Úvod

Ve chvíli, kdy si rodiče, ať už sami nebo na základě dostupných vyšetření, uvědomí, že s jejich dítětem není něco v pořádku, začnou hledat pomoc, radu, řešení. Velmi záleží na tom, jaké pomoci se jim dostane a od koho. Obecně platí, že čím dříve se začne s hledáním vhodného řešení, tím bude následný dopad na vývoj dítěte menší. Prostředky tzv. nápravy mají široký záběr a neobejdou se bez týmové spolupráce zainteresovaných odborníků ve smyslu mezioborové kooperace, resp. kruhové péče, jak ji popisuje Jankovský ve své knize o ucelené rehabilitaci. (*Jankovský, 2006*)

Tyto služby mohou zajišťovat různá zařízení, ale jako nejoptimálnější řešení se jeví dostupnost multidisciplinárního týmu „pod jednou střechou“ - v odborném zařízení s nabídkou všech důležitých služeb rodičům a jejich dětem. Tento předpoklad bych chtěla v práci ověřit, či jej vyvrátit.

1. Rehabilitace

Počátky rehabilitace jsou spojeny se začátky vědeckého lékařství v antice, středověku a renesanci, kdy se provádělo léčebné cvičení. Pojem rehabilitace je utvořen z latinského „habilis“, což znamená schopný a z předpony „re“, značící znovu. Výraz je to novolatinský a je poprvé písemně uveden v r. 1439 v generální kapitule cisterciáckého řádu jako výraz pro znovuzařazení do plné výkonnosti ve společnosti.

Na IX. konferenci ministrů zdravotnictví některých evropských zemí v Praze v r. 1967 byla předložena níže uvedená definice.

Rehabilitace je soustava státních, sociálně ekonomických i jiných opatření, zaměřených na předcházení vzniku dočasné či trvalé ztráty pracovní schopnosti, na účinné a včasné navrácení postižených občanů do společensky užitečné práce. Novější definice rehabilitace byla navržena Světovou zdravotnickou organizací za deset let v tomto pojetí a to, že rehabilitace je kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti v rámci začleňování do společnosti.

V rehabilitaci se musí jednotlivá společenská opatření prolínat nebo na sebe plynule navazovat ve snaze dosáhnout cíle, tj. společenské socializace či resocializace člověka s

postižením. Jde o jednotlivé zákony, nařízení, směrnice a pokyny, vydané státními, politickými, hospodářskými a dalšími společenskými orgány, které vytvářejí předpoklady pro úspěšné a komplexní provádění rehabilitace. Vytvoření skutečných podmínek je závislé na realizaci těchto předpokladů.

Moderní rehabilitace tvoří tedy souhrn společenských opatření, jejichž cílem je integrace postiženého v co možná největší míře do společnosti zdravých lidí. Zajišťuje těmto občanům základní práva na zdraví, na výchovu a vzdělání, na práci, na plnohodnotný život.

Je tedy zřejmé, že rehabilitace je jevem širokospektrálního charakteru. V tomto smyslu se o ní dá hovořit jako o rehabilitaci komplexní neboli integrální. Ucelené rehabilitaci osob se zdravotním postižením se věnuje mezinárodní organizace tzv. Mezinárodní rehabilitace (RI), která pořádá světové kongresy. Rehabilitation International je plným názvem International Society for Rehabilitation of the Disabled (Mezinárodní společnost pro rehabilitaci postižených). Ve svém dokumentu na 80. léta, zveřejněném v r. 1980 na 14. světovém kongresu RI ve Winnipegu v Kanadě, definuje rehabilitaci takto:

„Rehabilitace je proces, při kterém kombinované a koordinované uplatnění léčebných, výchovných sociálních a pracovních opatření umožní zdravotně postiženému úpravu porušených funkcí a plné zařazení do společnosti. Přitom předpona re – znamená návrat k původnímu stavu. V tomto smyslu lze rehabilitaci chápat u dospělých osob, u kterých došlo k postižení následkem nemoci či úrazu.“

Habilitace:

U postiženého dítěte je situace však jiná. Řada dětí je postižena již od narození, takže nikdy nebyla ve stavu plného zdraví, k němuž by se mohla navrátit. Postižení vytváří pro normální vývoj překážku. Důležitým cílem v péči o postižené dítě je proto podporovat jeho vývoj i přesto, že samo postižení vývoji brání a že přes veškeré úsilí často nemůžeme dosáhnout stejných výsledků jako u dětí zdravých. Z těchto důvodů byl pro rehabilitaci v dětském věku, jako jedné z hlavních metod využívaných při práci s těmito dětmi, doporučen výraz „habilitace“, který už nevyjadřuje návrat k původnímu stavu. Ten se ovšem zatím neujal. (<http://publib.upol.cz/>)

1.1 Přístupy v pojetí ucelené (neboli komplexní, komprehenzivní, integrální) rehabilitace

Sovák (1980) rehabilitaci zařazuje vedle *kompence* a *reedukace* do speciálně pedagogických metod, které jsou pro osoby s postižením zcela zásadní:

„Rehabilitace (*habilis* = schopný, tedy: uschopnění) je souhrn speciálně pedagogických postupů, jimiž se upravují společenské vztahy i možnosti pracovního uplatnění a subjektivního uspokojení postiženého jedince. Výsledky předchozích metod tvoří základnu pro vytváření individuálně psychologických i společenských podmínek socializace. Rehabilitace se proto už nezaměřuje pouze na biologické faktory samotného člověka s jeho porušenými funkcemi, ale spíše na jeho porušené (nevytvořené, omezené) sociální vztahy. Je tu zřejmý posun působení z oblasti individuálně biologické do oblasti sociální“ (Sovák, 1980, s. 33).

Z toho vyplývá, že chceme-li pozitivně ovlivnit psychiku člověka, musíme zvolit přístup komplexní a rehabilitaci ucelenou.

Při členění integrální rehabilitace na jednotlivé složky se setkáváme s různými přístupy:

Kábele člení komplexní rehabilitaci na 4 složky základní:

- léčebnou
- pedagogickou
- sociální
- pracovní
-

4 složky podpůrné:

- psychologickou
- právní
- technickou
- ekonomickou

(<http://www.brousci.kvalitne.cz/KRHB.doc>)

Novosad ucelenou rehabilitaci dělí na složku:

- zdravotní
- psychologickou
- sociální
- pedagogickou
- rodinnou
- pracovní
- volnočasovou

Jesenský užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatého termínu komprehenzivní rehabilitace a člení ji podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní používány na čtyři hlavní složky: zdravotní

- léčebnou
- pracovní
- sociální
- pedagogickou

Jankovský (2006) se soustředí též na čtyři hlavní složky komplexní rehabilitace:

- léčebnou
- sociální
- pedagogickou
- pracovní

Současné pojetí rehabilitace není tedy chápáno pouze jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale i sociálně právní, pedagogicko psychologickou a pracovní. Na význam nově pojaté rehabilitace poukazuje *Pfeifer*, který uvádí, že rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmů naší politiky. Evropská unie všechny své členy vyzývá, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky státu. Právě tento typ informací nám otevírá oči

a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných i pracovních (Jankovský, 2006).

1.2 Charakteristika jednotlivých složek ucelené rehabilitace

- zdravotní složka:

Uplatňuje se zejména u osob s mentální retardací (dále jen MR) a jedinců s kombinovanými vadami (dále jen KV). Zdravotní složka navazuje na léčbu poruchy hybnosti dítěte. Spočívá v aplikaci léčebných metod (např. medikace, fyzioterapie, ergoterapie, aj.) vedoucích ke stabilizaci zdravotního stavu jedince. Vede i k obnovení ztracených funkcí a k tvorbě nových schopností organismu, popř. ke zmírnění následků a prevenci progresu MR či KV nebo vzniku dalšího postižení, onemocnění či zdravotního oslabení. Kromě metod léčebných využívá také prostředky psychologické a pedagogické.

- psychologická složka:

Psychologická rehabilitace usiluje o zvládnutí psychických krizí, které jsou u jedinců s MR a KV spojeny zejména se změnami zdravotního stavu. Dále se jedná především podporu rozvoje sebepojetí, sebehodnocení, tvorbu životní perspektivy jedince s MR a KV i jeho rodiny. Psychorehabilitace zahrnuje nejen individuální a skupinovou psychoterapii, ale také psychoterapii aplikovanou v podobě muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, kinezioterapie a hipoterapie.

- sociální složka:

Cílem sociální rehabilitace je vytvoření předpokladů pro samostatnost, nezávislost, integraci a pracovní uplatnění jedince s MR a KV. Funkčnost sociální oblasti těchto jedinců je založena na symbióze vnějších – tj. materiálních podmínek a vnitřních podmínek. V zájmu maximalizace socializace jde o přímé či nepřímé působení na jedince s MR a KV a jeho nejbližší okolí. Jeho úkolem je vyrovnání se s faktem mentálního či kombinovaného postižení. Zejména však s dyskomfortem, který mu přináší. I tito lidé by měli žít kvalitním životem tak, aby nedocházelo k jejich frustracím a deprivacím, neboť ty negativně ovlivňují

vývoj celé jejich osobnosti.

- pedagogická složka:

Pedagogická složka komplexní rehabilitace je u osob s MR a KV zaměřena na aplikaci speciálně pedagogických metod (stimulace, reedukace, kompenzace, rehabilitace) do edukace. Jejím cílem je především rozvoj individuálních schopností a soběstačnosti. Mezi prostředky pedagogické rehabilitace osob s MR a KV řadíme zejména edukační programy (programy aktivizační, programy doplňující vzdělání atp.)

- rodinná složka:

Rodina představuje pro člověka s MR a KV nukleární sociální jednotku, která je zdrojem primárních zkušeností a předpokladem rozvoje jeho osobnosti. Rodinná rehabilitace se proto nezaměřuje pouze na jedince s MR a KV, ale i na ostatní členy jeho rodiny. Usiluje o celkovou podporu a případně i nápravu rodinných vztahů, které mohou být faktorem mentálního postižení narušeny.

- pracovní složka:

Je oblastí zaměřenou na pracovní uplatnění jedince. – např. chráněné zaměstnávání.

- volnočasová složka:

Jedná se o složku zaměřenou na oblast pozitivní seberealizace osob s MR a KV, zahrnující jejich zájmové, sportovní a kulturní aktivity. (<http://www.brousci.kvalitne.cz/KRHB.doc>)

Z Jankovského uceleného pojetí rehabilitace vychází činnost centra ARPIDA o.s.

2. Centrum ARPIDA, o.s.

Název ARPIDA je odvozen z počátečních písmen následujících slov: Akce, Rehabilitace, Pomoc, Integrace, Dobrovolnost, Agapé (jako projev křesťanské lásky vycházející z ochoty nezištně pomoci bližnímu).

Areál centra ARPIDA byl vybudován bez finanční účasti státu v letech 1990 – 1993. Odborný provoz byl zahájen v roce 1993. Centrum ARPIDA je nestátní nezisková organizace pracující na bázi občanského sdružení (o.s. – vlastní centrum) a obecně prospěšné společnosti (o.p.s. – školy a školská zařízení).

Centrum ARPIDA poskytuje v rámci svého areálu komplexní péči v duchu ucelené rehabilitace zejména dětem, v některých oblastech též mládeži a mladým lidem, s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením. Zajišťuje odbornou činnost detekční, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, realitní, výchovně vzdělávací, zájmovou, poradenskou, metodickou, posudkovou a preventivní, včetně tzv. rané péče (podpory). Sdružuje subjekty, které spadají pod jednotlivá ministerstva:

MŠMT ČR...Školy a školská zařízení při centru ARPIDA, o.p.s.

MPSV ČR.....Sociální služby centra ARPIDA, o.s.

MZ ČRNestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA, o.s.

Cílem poskytované péče je dosažení pokud možno optimálního vývoje každého jednotlivého klienta ve smyslu jeho maximální možné soběstačnosti a integrace v jeho přirozeném sociálním prostředí, tedy především v rodině. Při veškeré činnosti se ARPIDA opírá o základní principy křesťanské etiky respektující vzájemnou úctu, solidaritu a porozumění. V odborné práci jsou maximálně respektovány mezioborové vztahy. Při veškeré činnosti je kladen důraz jednak na vysokou odbornost, ale zároveň i na lidský rozměr poskytované péče. Služby jsou zaměřeny nejen na dítě s postižením, ale i na jeho rodinu. Rodiče (zákonní zástupci) klienta jsou vnímáni jako partneři a stávají se tak důležitými členy týmu.

Ucelený systém rehabilitace centra využívá především tyto prostředky rehabilitace:

2.1 Sociální prostředky rehabilitace

Sociální služby centra ARPIDA:

- *denní stacionář* pro děti s těžkým kombinovaným postižením při centru ARPIDA, o.s.
- *osobní asistence* pro klienty centra ARPIDA, o.s.
- *raná péče* - čtrnáctidenní socio-rehabilitační pobyty dětí s rodiči v centru ARPIDA, o.s.
- *sociálně terapeutické dílny* a chráněná pracovní místa při centru ARPIDA, o.s.
- *sociální rehabilitace* - modelové chráněné bydlení při centru ARPIDA, o.s.
- *základní sociální poradenství*

2.2 Léčebné prostředky rehabilitace

Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA (NZZ):

- *čtrnáctidenní rehabilitační pobyty dětí s rodiči*
 - rodiče bydlí s dětmi v garsonkách centra ARPIDA a společně s nimi se účastní realizace všech prostředků uceleného systému rehabilitace (zejména prostředků léčebných a sociálních)
 - u dětí do 7 let věku se jedná o sociální službu raná péče (viz sociální služby)
- *skupinový léčebný tělocvik*
 - využívána je tělocvična v centru ARPIDA a její vybavení
 - indikuje jej vedoucí lékař centra, dětský neurolog, realizován je speciálně vyškolenými fyzioterapeuty pod supervizí rehabilitačního lékaře centra
- *ergoterapie – (té předchází ergodiagnostika)*
 - indikuje ji vedoucí lékař centra, dětský neurolog, realizována je speciálně vyškolenými

ergoterapeuty pod supervizí rehabilitačního lékaře centra

-úsek ergoterapie je propojen též se sociální rehabilitací, resp. s modelovým cvičným bydlením (viz sociální služby)

- *vodoléčba (hydroterapie)*

- realizována je vířivá a perličková lázeň

- dále je realizováno cvičení v rehabilitačním bazénu s teplotou vody 32°C pod supervizí fyzioterapeutů (tzv. hydrokinezioterapie)

- *animoterapie*

- realizovány jsou všechny tři složky hiporehabilitace:

1. hipoterapie

2. léčebně pedagogické ježdění

3. sportovní ježdění handicapovaných

- dále je ve spolupráci s externími canisterapeuty realizována canisterapie

- *elektroléčba, termoterapie, magnetoterapie, akupunktura*

- v centru ARPIDA je k dispozici moderní přístrojové vybavení pro realizaci těchto terapií

- indikovány jsou vedoucím lékařem centra, dětským neurologem, popřípadě rehabilitačním lékařem

- všechny metody, vyjma akupunktury, jsou realizovány fyzioterapeuty

- akupunktura je realizována lékařem specialistou, který pravidelně dojíždí do centra ARPIDA z Prahy

- *klinická logopedie a psychologická péče*

- v centru ARPIDA pracují tři klinické logopedky zajišťující systematickou logopedickou péči v úzké spolupráci se Speciálně pedagogickým centrem

- jsou k dispozici též dva dětské psychologové, kteří zajišťují psychologickou péči

V odborném týmu NZZ pracují:

- dětský neurolog (vedoucí lékař)
- rehabilitační lékař
- pediatr
- ortoped
- 2 dětské psychologové (SPC)
- 3 kliničtí logopedi
- 10 fyzioterapeutů
- 4 ergoterapeuti
- další terapeuti (arteterapeut, muzikoterapeut - SPC)
- 2 dětské sestry
- hipolog

(<http://www.arpida.cz>)

2.3 Pedagogické prostředky rehabilitace

Školy a školská zařízení při centru ARPIDA:

Název: Mateřská škola, Základní škola a Praktická škola při centru ARPIDA, o.p.s.

- zajišťuje výchovu a vzdělávání dětí a žáků s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením

-sdružuje celkem deset druhů škol a školských zařízení.

Jsou to tato:

- Mateřská škola (více viz dále)
- Základní škola
- Základní škola praktická
- Základní škola speciální včetně rehabilitačního vzdělávacího programu
- Přípravný stupeň ZŠ speciální
- Praktická škola dvouletá

- Speciálně pedagogické centrum

- Školní družina
- Stanice zájmových činností
- Školní jídelna

Pedagogické prostředky rehabilitace představují jednu ze čtyř hlavních složek uceleného systému rehabilitace a přestože v této oblasti přetrvává stále určitá terminologická nejednotnost způsobená zejména úzkou vazbou pedagogiky na speciální pedagogiku, respektive na psychologii nelze pedagogickým prostředkům rehabilitace upřít jejich široký záběr v daném problému. Ačkoliv se pedagogické prostředky rehabilitace prolínají s prostředky léčebnými, sociálními i pracovními, je nesporné, že tento systém rehabilitace je nutno chápat též jako pedagogický jev. Při socializaci člověka hraje totiž výchova (edukace) významnou roli a nelze ji rozhodně vnímat jen jako aktivitu, která má vztah pouze k dětství či dospívání. I když je výchova permanentní, celoživotní proces a vzdělávání je nutno chápat jako otevřený systém, přesto však je pedagogická rehabilitace nejvýznamnější právě v období dětství a dospívání. Všechny tyto skutečnosti platí obecně a týkají se jak lidí s postižením, tak intaktní populace. Hledat zde tedy ostré hranice mezi výchovou, vzděláváním a rehabilitací by bylo neproduktivní. (Jankovský, 2006)

2.4 Pracovní prostředky rehabilitace

Pracovní rehabilitace v sobě zahrnuje péči věnovanou lidem se zdravotním postižením a to tak, aby se mohli co nejlépe uplatnit na trhu práce. Předpokladem toho je obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost, nebo jsou práce neschopni. Naléhavost pracovní integrace je také dána tím, že práce patří mezi základní potřeby člověka. V centru ARPIDA, o.s. je vytvořeno několik *pracovních míst* pro osoby se změněnou pracovní schopností a s těžším zdravotním postižením (ZTP), popřípadě ZTP/P. Většina jsou absolventi zvláštní či pomocné školy (dřívější označení ZŠ praktické a ZŠ speciální), kteří žijí ve společné domácnosti s rodiči a pobírají částečný nebo plný invalidní důchod. (Novák, 2009)

Podrobněji bych se chtěla zabývat předškolním vzděláváním v centru ARPIDA.

3. Mateřská škola při centru ARPIDA, o.p.s. (dále jen MŠ)

MŠ plně respektuje všechny základní principy činnosti centra ARPIDA, o.s., jehož je nedílnou součástí. Jsou tak respektovány:

- základní principy křesťanské etiky (vzájemná úcta, solidarita a porozumění)
- vysoká odbornost
- lidská dimenze poskytované péče
- týmová práce při maximální osobní odpovědnosti každého pracovníka
- účinná spolupráce s rodinami klientů
- péče je zaměřena nejen na dítě s postižením, ale také na rodinu jako celek
- mezioborová spolupráce (propojení péče v oblasti výchovně vzdělávací, sociální a zdravotní)
- přirozená a nenásilná integrace (inkluze)

3.1 Zaměření mateřské školy

Školní vzdělávací program (dále jen ŠVP) vychází z koncepce Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV). Při tvorbě ŠVP bylo vycházeno z nutnosti přizpůsobit výuku současným podmínkám MŠ a možnostem dětí.

MŠ navštěvují děti s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením. V naprosté většině se jedná o děti s nejrůznějšími formami dětské mozkové obrny (DMO). Nejčastějšími přidruženými postiženími DMO jsou mentální retardace, epilepsie a popřípadě i smyslová (zejména zraková) postižení. Dále se zde setkáme s dětmi, kteří trpí neuromuskulárními a svalovými onemocněními, ale i ortopedickými a jinými postiženími. Nezanedbatelnou skupinu tvoří též klienti po závažných úrazech CNS (zejména kontuze mozku), po polytraumatech, apalickém syndromu (vegetativní stav), atp. Je přirozené, že všechny tyto skutečnosti ŠVP reflektuje.

V MŠ jsou 2 třídy (Včeliček a Berušek). Jedna třída má 7 dětí (z toho 3 na vozíčku) a druhá třída 8 dětí (z toho také 3 na vozíčku). Rozdělení dětí do tříd tedy není dle věku, nýbrž podle typu postižení. Věkové rozpětí u dětí je 3-7 let.

Zaměstnány jsou zde 4 učitelky a 1 uklízečka. Pracovní doba učitelek je oproti běžným MŠ upravena a učitelky se v tomto systému střídají po týdnu.

- 7- 13,15 h
- 8-14,15 h
- 8,45-11,45 h
- 9,15 – 15,30 h

Takto je prakticky vyřešena přítomnost asistenta pedagoga, učitelky si „asistují“ navzájem. Všechny učitelky MŠ jsou též vyškoleny v osobní asistenci.

Je zde bezbariérový přístup na šk. zahradu, kde je altánek a dřevěné prolézačky vyhovující dětem s postižením. V interiéru školy nechybí umývárna a herny, které slouží i jako jídelny a lehátka na spaní se zde rozkládají.

Vzdělávací i výchovné strategie jsou přizpůsobeny fyzickým i psychickým možnostem dětí. Při všech činnostech je důsledně uplatňován *individuální přístup*. K aktivnímu osvojení vědomostí a dovedností jsou využívány moderní metody a postupy včetně speciálně-pedagogických metod a také speciální kompenzační pomůcky. Rozvíjeno je rovněž estetické cítění dětí. Svými výtvarnými pracemi spoluvytváří prostředí školy a prezentují je také na veřejnosti.

Vizi MŠ je předškolní zařízení, které připraví děti s postižením na vstup do základní školy a na co nejlepší integraci (inkluzi) mezi zdravé vrstevníky.

Mezi základní zásady přístupu speciálně - pedagogické péče MŠ patří tedy obecně platné zásady speciální pedagogiky:

- zásada vývojovosti
- zásada reflexnosti
- zásada rytmizace
- zásada komplexnosti
- zásada přiměřenosti
- zásada individuálního přístupu
- zásada názornosti

3.2 Pojetí a cíle předškolního vzdělávání MŠ při centru ARPIDA, o.p.s.

Pojetí a cíle vycházejí z rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV).

Úkolem institucionálního předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a s ohledem na ni pomáhat zajistit dítěti prostředí s dostatkem mnohostranných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení. Úkolem předškolního vzdělávání není vyrovnat výkony dětí, ale vyrovnat jejich vzdělávací šance.

Důležité je vytvářet dobré předpoklady pro pokračování ve vzdělávání tím, že za všech okolností budou maximálně podporovány individuální rozvojové možnosti dětí. Na základě dlouhodobého a každodenního styku s dítětem i jeho rodiči může předškolní vzdělávání plnit i úkol diagnostický, zejména ve vztahu k dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Dětem, které to potřebují (dětem s nerovnoměrnostmi ve vývoji, dětem se zdravotním postižením, se zdravotním a sociálním znevýhodněním), má předškolní vzdělávání, na základě znalosti aktuální úrovně rozvoje dítěte i jeho dalších rozvojových možností, poskytovat včasnou speciálně pedagogickou péči tím zlepšovat jejich životní i vzdělávací šance.

Předškolní vzdělávání se maximálně přizpůsobuje vývojovým fyziologickým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám dětí této věkové skupiny a dbá, aby tato vývojová specifika byla při vzdělávání dětí v plné míře respektována.

„Každému dítěti je třeba poskytnout pomoc a podporu v míře, kterou individuálně potřebuje, a v kvalitě, která mu vyhovuje. Proto je nutné, aby vzdělávací působení pedagoga vycházelo z pedagogické analýzy – z pozorování a uvědomění si individuálních potřeb a zájmů dítěte, ze znalosti jeho aktuálního rozvojového stavu i konkrétní životní a sociální situace a pravidelného sledování jeho rozvojových i vzdělávacích pokroků. Jen tak je možno zajistit, aby pedagogické aktivity probíhaly v rozsahu potřeb jednotlivých dětí, aby každé dítě bylo stimulováno, citlivě podněcováno k učení a pozitivně motivováno k vlastnímu vzdělávacímu úsilí způsobem a v míře jemu vyhovující. Dítě tak může dosahovat vzdělávacích a rozvojových pokroků vzhledem k jeho možnostem optimálním a samo se může cítit úspěšné, svým okolím uznávané a přijímané“. (*Autorský kolektiv, vedoucí týmu: PhDr. Kateřina Smolíková, 2006, s. 8*)

RVP PV vychází ve své koncepci z respektování individuálních potřeb a možností dítěte a proto je RVP PV základním východiskem i pro přípravu vzdělávacích programů pro děti se speciálními potřebami, ať už jsou tyto děti vzdělávány v běžné mateřské škole či v mateřské škole s upraveným vzdělávacím programem. Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou tak pro vzdělávání všech dětí společné. Snahou pedagogů by - stejně jako ve vzdělávání dětí, které speciální vzdělávací potřeby nemají – mělo být vytvoření optimálních podmínek k rozvoji osobnosti dítěte, k učení i ke komunikaci s ostatními a pomoci mu, aby dosáhlo co největší samostatnosti. Oproti vzdělávání běžné populace dětí vyžaduje vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami obvykle některé jiné nebo další podmínky, stanovené v RVP PV. Podmínky pro vzdělávání dětí se zdravotním znevýhodněním a zdravotním postižením. Vzdělávání je třeba přizpůsobit potřebám, které vyplývají ze zdravotního oslabení dítěte, které jsou důsledkem jeho dlouhodobější nemoci, nebo které jsou dány lehčími poruchami jeho učení a chování.

Vzdělávání dětí se zdravotním postižením v mateřských školách či třídách se vzdělávacím programem upraveným podle speciálních potřeb dětí je personálně posíleno v osobě dalšího pedagogického pracovníka a zabezpečeno dle potřeby souběžným působením dvou pedagogických pracovníků ve třídě. Pro integrované vzdělávání není tato podmínka (možnost) legislativně stanovená. Pokud je však vzdělávání dítěte a péče o ně natolik náročná, že vyžaduje péči dalšího pedagoga či jiného pracovníka, je vhodné jeho účast zajistit. Jednou z klíčových kompetencí RVP PV je rozvíjení kompetence komunikativní. Touto oblastí se také chce ve své práci zabývat.

3.3 Komunikativní kompetence RVP PV:

Dítě má např. zvládat :

- vyjadřovat se a sdělovat své prožitky, pocity a nálady různými prostředky (řečovými, výtvarnými, hudebními, dramatickými apod.)
- domlouvat se gesty i slovy, rozlišuje některé symboly, rozumí jejich významu i funkci
- v běžných situacích komunikovat bez zábran a ostychu s dětmi i s dospělými; chápat, že být komunikativní, vstřícné, iniciativní je výhodou

- průběžně si rozšiřovat svou slovní zásobu a aktivně ji používat k dokonalejší komunikaci s okolím, využívat informativní a komunikativní prostředky, se kterými se běžně setkává (knížky apod.)

(Autorský kolektiv, vedoucí týmu: PhDr. Kateřina Smolíková, 2006)

Tato oblast dovedností je jednou z těch, která však bývá u dětí se zdravotním postižením nejvíce narušena.

4. Komunikace a komunikační schopnost

Komunikace (z lat. *communicatio*, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat dohodnuté výrazové prostředky. V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz interakce, vzájemného ovlivňování dvou nebo více subjektů, podílejících se na komunikaci. Cílem komunikativního chování je vedle vzájemného dorozumívání a výměny informací též možnost vytvářet a udržovat mezilidské vztahy. *(Klenková, 2006)*

Proces a fáze komunikace

Pro samotný proces komunikace jsou nezbytné čtyři základní prvky –*komunikátor* (ten, kdo něco sděluje, zdroj informace), *komunikant* (příjemce informace), *komuniké* (obsah sdělení) a *komunikační kanál* (cesta sloužící k předávání informací s nutností používat dohodnutého kódu pro oboustranné porozumění).

V komunikaci rozlišujeme šest fází – *ideovou genezi* (vznik myšlenky komunikátora), *zakódování* (vyjádření myšlenky ve srozumitelné formě), *přenos* (vedení vysílaného obsahu), *příjem* (situace, kdy komunikant obdrží informaci), *dekódování* (proces interpretace přijatých symbolů) a *akce* (aktivita příjemce, vyvolaná přijatou informací). Aby komunikace mohla začít, probíhat a plnit svůj smysl, musí být obě komunikující

strany schopny třech základních duševních operací – schopnosti informace vnímat, zhodnotit a uchovat nebo předat. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003)

Přijímání a dekodování sdělení adresátem v rámci jeho mentálních struktur je nazýváno recepcí. Této aktivitě předchází percepce, která je závislá na fungování smyslových orgánů.

Verbální a neverbální komunikace

V komunikaci hraje hlavní roli projev verbální, ale podstatnou část sebevyjádření dotváří i prostředky neverbální povahy. Do skupiny slovní (verbální) komunikace jsou zahrnovány všechny komunikační procesy realizované za pomoci mluvené nebo psané řeči.

Neverbální komunikace obsahuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či jako doprovod slovní komunikace. Udává se, informační podíl této složky je významný, závisí na ní až 38% obsahu sdělení. (Vágnerová, 2004)

V oblasti neverbální komunikace je možno rozlišovat fenomény vokální (paralingvistické) a nonvokální (extralingvistické), zahrnující mimiku, haptiku, gestiku, posturiku.

4.1 Narušená komunikační schopnost

Existují dva možné způsoby definování narušené komunikační schopnosti. První způsob, úzce vázaný na konkrétní jazykové prostředí, definuje narušenou komunikační schopnost jako odchylku od vžitě (kodifikované) jazykové normy. Druhá, častěji používaná definice, vychází z komunikačního záměru jednotlivce – komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (či více rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Může se přitom jednat o rovinu foneticko – fonologickou, lexikálně – sémantickou, morfologicko – syntaktickou i pragmatickou. Porucha se může manifestovat ve verbální i neverbální, mluvené i grafické formě komunikace, může postihnout receptivní i expresivní složku. Narušená komunikační schopnost se může projevit jako vrozená vada nebo získaná porucha řeči, může být úplná či částečná, trvalá nebo přechodná.

(Klenková, 2006)

Za narušení komunikační schopnosti není možno považovat určité projevy, které jsou v ontogenezi dětské řeči běžné. Fyziologickou dysfluenci (neplynulost) ve čtvrtém roce života a fyziologický dysgramatismus do čtyř let věku. Také nesprávná výslovnost, fyziologická dyslalie (neschopnost užívat jednotlivé hlásky či skupiny hlásek v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem) je, po určitou dobu, přirozenou součástí vývoje řeči. (Grofková, 2007)

4.2 Symptomatické poruchy řeči

Narušená komunikační schopnost může být v celkovém klinickém obrazu dominantní, hlavní symptom, nebo může být symptomem jiného dominantního postižení. Symptomatické poruchy řeči jsou příkladem narušení komunikační schopnosti, které provází jiné dominující postižení, poruchu nebo onemocnění. Na vzniku symptomatických poruch řeči se podílejí vlivy prenatálního, perinatálního či postnatálního poškození CNS, smyslových i pohybových orgánů a další negativní vlivy, které působí na organismus (nádorová onemocnění, infekce, úrazy, degenerativní onemocnění). (Škodová, Jedlička, 2003)

S narušenou komunikační schopností se nejčastěji setkáváme při vrozeném poškození centrální nervové soustavy (CNS), zejména v souvislosti s diagnózou dětské mozkové obrny (DMO).

4.2.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Jedná se o neprogresivní, ale nikoli neměnné postižení, které postihuje motorický systém, descendentní nervová vlákna motorické kůry a často se spojuje s neurokognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi.

Dětská mozková obrna se projevuje v několika formách.

Spastická diparéza je charakterizována většinou postižením dolních končetin, kdy převážná část svalových skupin má zvýšené svalové napětí, hypertonii, a proto dochází k jejich zkracování. S mírnými obtížemi se setkáváme i na horních končetinách. Tato drobná centrální symptomatika se jeví jako určitá neobratnost, zvláště v pohybech prstů.

Epilepsie se vyskytuje relativně zřídka a vhodná terapie ji snadno kompenzuje. Častý je strabismus a problémy s vizuální percepcí. (Kraus a kol., 2005). Intelektové schopnosti dětí s diparetickou formou DMO zůstávají většinou zachovány. U *spastické hemiparézy* bývá převažující postižení horní končetiny s charakteristickým držením. Postižení dolní končetiny bývá menší než u diparetické formy DMO. Růst postižené poloviny těla bývá opožděn. Při postižení pravé hemisféry bývá kognitivní kapacita těchto dětí nejčastěji lehce subnormální (IQ 80 - 90) s převahou verbální složky, při postižení levé hemisféry asi polovina dětí nejeví známky deficitu, u druhé poloviny bývá inteligence snížena, nejčastěji do pásma lehké mentální retardace (IQ 50 - 69). (Říčan, Krejčířová, 1997)

Spastická kvadruparéza je nejtěžší formou DMO, jedná se o postižení všech čtyř končetin. Projevuje se buď jako diparéza s rozšířením spasticity a paréz i na horní končetiny nebo jako oboustranná hemiparéza s převahou postižení horních končetin. K této formě se řadí i triparéza, postižení tří končetin, které se vyskytuje málokdy. Kvadruparéza bývá častěji spojena s epilepsií, mentální retardací, mikrocefalií, významnou dysartrií (porucha řeči, charakterizovaná špatnou artikulací) až anartrií (porucha článkování řeči, vynechávání hlásek a jejich přeskupování), dále s poruchami slinění, žvýkání, polykání.

Dyskinetická forma, dříve nazývaná extrapyramidová, se vyznačuje přítomností mimovolních, nepotlačitelných pohybů. Je provázena poruchami polykání, problémy ve verbální komunikaci, často se vykytuje strabismus, někdy poruchy sluchu. Méně často se u dětí s dyskinetickou formou DMO setkáváme s epilepsií či sníženým intelektem. *Mozečková* nebo také *ataktická forma* se samostatně vyskytuje zřídka a vyznačuje se snížením svalového napětí a poruchami pohybové koordinace. Těžší formy postižení jsou většinou doprovázeny mentální retardací, epilepsií, poruchou artikulace, mikrocefalií. (Grofková, 2007)

4.2.2 Řeč dětí s DMO

Již v preverbálním období je u dětí s DMO možno pozorovat různé odchylky. Časté jsou těžkosti s dýcháním a sáním, zřídka se objevuje broukání, hra s končetinami, mluvidly, chybí pudové žvatlání. K nápadným znakům orálního vývoje dětí s DMO patří zaostávání orálních reflexů, hypersenzibilita nebo hyposenzibilita v ústní oblasti, poruchy koordinace

čelisti, rtů a jazyka, obtíže při žvýkání a polykání, nápadnosti v tvoření hlasu při křiku, pláči, smíchu. Vývoj řeči ovlivňují vedle základních motorických poruch i přidružená onemocnění – smyslové poruchy, mentální retardace, epileptické záchvaty. (*Vítková, 2004*)

Nejčastější formou narušené komunikační schopnosti u dětí s DMO je dysartrie až anartrie, dyslalie, časté jsou problémy s modulačními faktory řeči (tempo řeči, a poruchy tvorby hlasu, intenzita hlasu), vyskytují se poruchy dýchání, huhňavost. (*Klenková, 2006*)

V rovině foneticko – fonologické je odchýlný vývoj nejmarkantnější, protože porucha hybnosti se projevuje i v motorice mluvních orgánů a neumožňuje správné tvoření hlásek. Vážné i fonematické diferenciaci. Omezené možnosti aktivního získávání poznatků o prostředí se negativně projevují v rozvoji lexikálně – sémantické roviny. Opoždění v rovině morfologicko – syntaktické je nejvýraznější u DMO s přidruženou mentální retardací. Narušené koverbální chování je dáno celkovým obrazem motoriky a při komunikaci může působit velmi rušivě. Jedná se o zvýšený slinotok, mimické pohyby bez vztahu k vnějšímu podnětu nebo naopak absenci mimiky. (*Škodová, Jedlička, 2003*)

Právě děti s DMO tvoří převážnou část klientů MŠ při centru ARPIDA. Jako výzkumný vzorek jsem si vybrala 3 děti s diagnózou DMO, které navštěvovaly či navštěvují MŠ při centru ARPIDA.

Chtěla jsem ověřit, jak může spolupracovat interdisciplinární tým: rodič, pedagog, spec. pedagog, psycholog a logoped na rozvoji řečových dovedností dítěte s narušenou komunikační schopností. Z metod spolupráce jsem si vybrala užití komunikačního systému VOKS (viz dále), který mne ve své pedagogické praxi zaujal.

5. Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS

Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS) teoreticky vychází z principů The Picture Exchange Communication System (PECS). Na rozdíl od ostatních komunikačních systémů, využívající vizuální symboly, je VOKS v prvotní fázi nácviku založen pouze na faktické výměně, později na přinášení obrázků, nikoli na jejich ukazování. (*Knapcová, 2003*)

Výměnný obrázkový komunikační systém je určen především pro osoby s poruchou autistického spektra a zohledňuje jejich specifické komunikační obtíže – problémy

s navazováním sociálních kontaktů a neschopnost účinné verbální komunikace. S úspěchem lze tento systém uplatnit i u osob s MR, DMO, afázií či dysfázií.

Cílem systému VOKS je rychlé nabytí komunikačních dovedností, objasnění způsobu a smyslu komunikace, zajištění samostatnosti a iniciativy v komunikaci. VOKS nebrzdí vývoj řeči, ale naopak zvyšuje pravděpodobnost jejího rozvoje, a proto je vhodné výměnný obrázkový komunikační systémem začít užívat ihned, jakmile je zřejmé, že dítě má problémy s funkční komunikací. Systém VOKS je možno zavést jen u osob, které bezpečně zvládají diferenciaci reálných předmětů (chápou, k čemu daný předmět slouží). Přiřazování reálných předmětů k obrázkům se jedinci učí prostřednictvím nácviku komunikačního systému VOKS, a proto tato schopnost není nezbytným předpokladem zahájení komunikace prostřednictvím metody VOKS.

K úspěšnému zvládnutí této metody komunikace je vedle přítomnosti komunikačního partnera zpočátku nutná i asistence další osoby. Ta má za úkol fyzicky podporovat komunikující osobu a do vlastní komunikace nezasahuje. Na rozdíl od původní metody PECS se v tomto systému klade důraz i na vizuální podporu řeči komunikačního partnera, která odpovídá verbální promluvě, a která napomáhá porozumění řeči. Proces nácviku a osvojování této komunikační metody je založen na předchozím důkladném výběru oblíbených potravin a předmětů, které komunikující osobu motivují k výměně obrázkového symbolu za požadovaný předmět či pochutinu. Významný rozdíl, oproti ostatním komunikačním systémům, je i v době, kdy začínáme komunikující osobě klást otázky typu „Co chceš ?“. Tím je už od počátku podporována vlastní iniciativa komunikující osoby. Pro uložení obrázkových symbolů je využívána tzv. komunikační kniha, složená z jednotlivých barevných listů. Každá barva koresponduje s určitým typem slov, a tak usnadňuje orientaci. (*Knapcová, 2006*)

Grafická podoba symbolů není striktně dána, jsou využívány běžně dostupné Piktogramy, obrázky či fotky vytvořené pro konkrétní dítě rodiči a učiteli nebo třeba části obalů oblíbených pochutin nalepené na tvrdším papíru požadovaného rozměru. Pro děti s těžším mentálním postižením lze využít i zmenšeniny konkrétních předmětů. (*Grofková, 2007*)

5.1 Individuální práce u dětí předškolního věku pomocí alternativní komunikační metody VOKS

Jakožto speciálního pedagoga (Spgš a 2leté doplňující studium speciální pedagogiky) působícího v Základní škole speciální při centru ARPIDA,o.p.s., mne zajímaly formy práce s touto metodou alternativní komunikace s přesahem do školní práce. Přípravný stupeň základní školy speciální totiž vychází z koncepce RVP PV, která je dětem bližší než koncepce RVP ZV (Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání).

5.1.1 Cíl šetření

Cílem mého šetření je zjistit využití a efektivnost metody VOKS při individuální práci s dítětem s narušenou komunikační schopností v duchu systému ucelené rehabilitace. Případové studie se zabývají propojeností složek komplexní rehabilitace MŠ, SPC (speciálně pedagogického centra), klinického logopeda při centru ARPIDA s přesahem do ostatních složek systému ucelené rehabilitace. Přičemž komunikující osoba při užití VOKS je v tomto případě dítě, komunikační partner - klinický logoped a další osoba - tzv. komunikační asistent - speciální pedagog .

Šetřený vzorek představují dvě děti (C.C.- věk: 6,8 a B.B.- věk: 5,7) z mateřské školy při centru ARPIDA, o.p.s. ze třídy Berušek, kde je 8 dětí bez pedagogického asistenta a jedno dítě (A.A.- věk:7,3) v současné době v ZŠ speciální.Tam je ve třídě 5 dětí, tř. učitel a pedagogický asistent. Všechny tři děti s diagnózou DMO - viz dále.

5.1.2 Metody a metodika šetření

K naplnění cíle práce byla užity *metody*:

- pozorování
- rozhovoru
- kazuistické studie

Metodika:

Příprava a realizace mé bakalářské práce probíhala v těchto etapách:

- Nejdříve jsem si shromáždila potřebné informace k dané problematice zejména z odborné literatury a dalších zdrojů - např. z internetu.
- Důkladně jsem tyto materiály včetně potřebných informací k mým případovým studiím prostudovala, roztřídila je a analyzovala.
- Získané poznatky jsem si osobně prověřila na případech z praxe
- Poslední etapou mé práce bylo shrnutí načerpaných a ověřených poznatků do podoby bakalářské práce.

Výzkumné šetření probíhalo v jarních měsících školního roku 2008/2009 a podzimních měsících školního roku 2009/ 2010, byla jsem přítomna u některých lekcí nácviku komunikace metodou VOKS.

5.1.3 Vybrané kazuistiky dětí s narušenou komunikační schopností

V kazuistických studiích budou u vybraných dětí postihnuty tyto aspekty šetření:

- rodinná anamnéza
- osobní anamnéza
- současný stav dítěte
- školní vývoj
- průběh služeb logopedické péče
- příklady práce metodou VOKS ,
- analýza případu, návrh intervence
- hodnocení úspěšnosti nácviku bodovým hodnocením 1-5

(shodné se školním hodnocením, kde 1=nejlépe x 5=nejhůře) z mého hlediska (jakožto nezaujaté osoby), učitelky MŠ, speciálního pedagoga SPC, klinického logopeda, rodiče dítěte.

- **Případ A.A., věk - 7,3 :**

Rodinná anamnéza:

Rodina úplná, bydlí v panelovém domě.

Otec: posunovač ČD

Matka: osobní a pedagogický asistent

Sourozenci: nemá

Osobní anamnéza:

A.A. se narodila z druhé nekomplikované gravidity (těhotenství) matky, v 41. týdnu ustaly pohyby, porod per SC (tzv. císařským řezem) pro hypoxii plodu (nedostatek kyslíku pro tělesný metabolismus). Kříšena. Od 5. týdne věku reflexní léčba, MRI (magnetická rezonance) v 8. měsíci věku potvrdila atrofii (regresivní změnu postihující normálně vyvinutý orgán nebo tkáň) mozku. A.A. je v péči dětské neurologie v Motole, kde se opakovaně podrobila aplikaci BTX (botulotoxinu). Dlouhodobá reflexní léčba 3x – 4x denně.

Současný stav dítěte :

Jedná se o děvče s dg. DMO – diparetická forma, epilepsie – kompensace, opožděný vývoj řeči. Opakovaně absolvovala rehabilitační pobyty v centru ARPIDA, od 1.září 2008 navštěvovala MŠ při centru ARPIDA. Ve šk. roce 2008/9 měla odklad školní docházky. Na tomto případě bych chtěla ukázat přínos metody pro školní práci. V současné době (šk. rok 2009/10) je A.A. 8 let a je žákyní 1. ročníku ZŠ speciální. V úvodním kontaktu je méně otevřená, postupně naváže velmi dobrou spolupráci, je snaživá, emočně pozitivně naladěná. Soustředění kolísá v návaznosti na řešený úkol, změna činnosti, pochvala vede ke zlepšení motivace. Při delší mentální zátěži jsou znatelné mírnější projevy negativizmu.

Řeč – opožděný vývoj, rozumí jednoduchým instrukcím. Používá jednoduchá slova, spojuje v jednoduchou větu (2-3 slova) i v souvislosti s aktuální situací, snaží se zopakovat některá slova, spontánní verbální projev je méně srozumitelný. Aktivně, pravidelně pracuje s komunikačním slovníkem a s dotykovou obrazovkou počítače. Napodobuje zvuky některých zvířat. Správně určí jednotlivé části lidského těla na obrázku, rozlišuje některé předměty dle použití, dle názvu, zvládá jednoduché příkazy.

Hrubá motorika – schopna chůze s dopomocí, o širší bázi, s chodítkem sama, ale nezatočí, používá dětský mechanický vozík.

Jemná motorika – zřejmá nižší rozvinutost, do činnosti zapojuje obě ruce, s velkou snahou uchopuje i drobnější předměty, snaží se postavit kostky na sebe. *Grafomotorika* – subnormní, tužku uchopuje do pravé ruky, s nástavcem správně, spontánně čmárá.

Sebeobsluha – snaží se pomáhat, u jídla částečně samostatná, používá lžici, napije se z hrníčku s náustkem, tělesnou čistotu neudrží.

Školní vývoj:

Mateřskou školu při centru ARPIDA začala A.A. navštěvovat ve šk. roce 2008/2009, kdy jí byl na základě psychologického vyšetření doporučen odklad školní docházky. Nyní je žákyní 1. ročníku ZŠ speciální při centru ARPIDA, v prvním pololetí šk. roku 2009/2010 prospěla. Má ráda hudební výchovu a pracovní výtvarné činnosti.

Ve škole se projevuje jako tiché děvče, děti se spíše straní, ráda je pozoruje. Vyhledává raději přítomnost dospělých osob.

Průběh logopedické péče :

V oblasti komunikace probíhá v rámci klinické logopedie nácvik VOKS.

Výrazně je narušena zejména expresivní stránka řeči.

Kontakt naváže bez problému, jednoduchým pokynům rozumí. Srozumitelně řekne několik slov, opakováním se ale srozumitelnost zhoršuje. Dokáže napodobit fouknutí, otevírání úst, ostatní nenapodobí. V poslední době se chce více prosazovat a často používá: „Neumím, nechci.“ Zvládne přiložit několik párových obrázků. Používá komunikační slovník, ve kterém se částečně orientuje (ukáže členy širší rodiny, některé hračky, jídlo a činnosti). Je nutná spolupráce s komunikačním partnerem, sama není schopna účelně použít. V současné době probíhá nácvik VOKS. Zvládá výměnu obrázků za několik pochutin a hraček. Ve spolupráci s komunikačním partnerem použije komunikační lištu k vyjádření přání, spolupráce s matkou je na dobré úrovni. Pracuje s komunikátorem typu „Go Talk 20“.

Konkrétní příklady práce metodou VOKS :

- A.A. pracuje s komunikátorem s obrázky zvířátek. Před sebou má jejich figurky. Vybírá vždy po jednom zvířátku, komunikační partner se pomocí komunikátoru ptá: „Co je to?“ A.A. slovně odpovídá bū, haf, ale na komunikátoru obrázků nevybere. V druhé části lekce pracuje s pohádkou Červená Karkulka. Po seznámení s obrázky (dějovými) je společně přikládá na předlohu s komunikačním asistentem. Samostatně obrázky nepřiloží.
- A.A. ve školní třídě - 3. vyučovací hodinu pracuje s třídní učitelkou, tématem hodiny jsou barvy. Je unavená po plavání, nepracuje příliš ochotně. S učitelkou slovně komunikuje, názvy barev řekne, rozliší je, přiřadí je na komunikační paletě správně k sobě, asistenci zatím nepotřebuje.

Tab. č.1: Hodnocení komunikace pomocí metody VOKS dítěte A.A.:

Nezaujatá osoba	učitelky MŠ	speciální pedagog SPC	klinický logoped	rodiče
1	2	2	2	1

Průměrné hodnocení: 1,6

A.A. se velmi dobře se rozmluvila, dokonce má i čistou výslovnost. Nadále se při logopedické péči bude věnovat obsahové stránce řeči. Již ví „jak“ něco říci, nyní je nutné rozvíjet slovní zásobu a procvičovat „co“ chce říci.

Analýza případu a návrh intervence:

Aktuálně nerovnoměrný rozvoj mentálních dispozic na podkladě org. poškození CNS, pohybující se v pásmu středně těžké mentální retardace, opožděný je vývoj řeči. A. je citlivá, snaživá, vnímavá k pochvalě. Je u ní jednoznačný pozitivní směr vývoje rozumových schopností. Nadále je důležité podněcovat rozvoj jednotlivých dovedností péči ve smyslu uceleného systému rehabilitace. Součástí péče je také využívání speciálních

kompenzačních pomůcek, tudíž přidělení adekvátního dětského mechanického vozíku jí pomůže nejenom po motorické stránce, ale i z hlediska mentálního vývoje, přispěje k dílčí samostatnosti, k lepšímu začlenění se do sociálního prostředí. V současné době je A.A. schopná samostatně dětský mechanický vozík ovládat. Péči ze strany rodiny považují za příkladnou a důslednou, spolupráce s centrem ARPIDA je navázána na velmi dobré úrovni.

- ***Případ B.B., věk - 6,8 :***

Rodinná anamnéza :

Rodina: úplná, rodiče zdraví, bydlí v domě.

Matka: nastoupila do zaměstnání (manuální výroba)

Otec: číšník

Sourozenci: mladší sestra - lehké vývojové opožďení (navštěvuje běžnou MŠ)

Osobní anamnéza:

B.B. je z 1.gravidity, porod ve 39. týdnu per SC, hypoxie, hypotrofie (nízká hmotnost) plodu - porodní váha 1495 g/41 cm, Apgar score 7-8-9, modrá hlava, inkubátor, O₂, v péči neurologa, rehabilitace Vojtovou metodou dosud. Seděl v 18ti měsících, chodil ve 30ti měsících. Těžká MR a porucha koordinace jemné motoriky dle neurologického nálezu. Sledován u kardiologa .

Současný stav dítěte:

Jedná se hochu s mozečkovou formou DMO. Rozumí jednoduchým pokynům, spolupracuje. K práci jej lze stimulovat podstatně delší dobu, než tomu bylo při počátečních kontaktech. Pokud mu ovšem něco „nesedne“, pak se dostaví negativismus, resp. vehementně prosazuje svou.

Hrubá motorika – chodí samostatně, chůze je nekoordinovaná a o širší bázi.

Jemná motorika – hbitě uchopuje předměty (opozice palce), zvládne pinzetový úchop i špetku. Postaví kostky na sebe, i když je vzápětí smete. Bez problémů obrací listy v obrázkovém časopise.

Grafomotorika - zatím spíše nulová – odmítá uchopit tužku

Informovanost – v obrázkovém slovníku ukáže (palcem) boty, kytku, auto, telefon, jablíčko, hrneček, panenku, míč. Na postavě označí (palcem) ruce, nohy, vlasy, pusu. Na pokyn podá jmenovaný předmět, tyto předměty bezpečně rozlišuje. Ukáže namalované kolečko a kostku. S jistotou určí jen bílou barvu.

Řeč – dosud nebyla zachycena žádná hláska či slabika, ani ve smyslu dětského žargonu. Jedná se spíše jen o neartikulované projevy. Patrná však je potřeba chlapce verbálně komunikovat a dále též bazální pasivní slovní zásoba (viz výše).

Sociabilita – v kontaktu je již mnohem jistější, nebojí se, reaguje na pokyny, např. umí pohladit.

Jídlo – je krmen, drží-li se však lžíce v jeho dlani, pak je schopen při jídle i spolupracovat.

Tělesná čistota – neudrží ji, nicméně lze ho vysazovat na spec. upravené WC (nástavec s možností fixace).

Školní vývoj :

Od roku 2005 navštěvuje chlapec MŠ při centru ARPIDA. V roce 2009 mu byla školní docházka odložena o 1 rok. Docházka do MŠ je pravidelná, celodenní, v poslední době zajišťuje dopravu Maltézská pomoc. B.B. se v činnostech stále po všech stránkách zlepšuje, baví ho kreslení. Při výchovném vedení je uplatňována vlídná důslednost.

Průběh logopedické péče:

B.B. navazuje kontakt bez problémů, jde na logoterapii s radostí. Přecitlivělost v oblasti orofaciální je stále velká, nenechá si sáhnout na tváře a rty. Žádné zvuky nenapodobí. Souhlas, nesouhlas a přání doprovází výsknutím. Rád listuje obrázkové knihy, ukáže známé nebo oblíbené obrázky. Nenacvičené ukazuje tak, že se postupně dotýká všech okolních a pátrá, až se strefí. Dokáže podle názvu vybrat písmena: B, M, T, K, C, S, V, L, H. Vybírá je jako obrázek, bez pochopení smyslu. Od března 2007 nacvičuje VOKS. Odtrhává obrázky z komunikační tabule a vyměňuje za hračky, se kterými se pak učí adekvátně manipulovat. Komunikační tabuli má i v MŠ, kde zvládá odtrhávat obrázky s WC při jeho potřebě a nosí jej paní učitelce.

Konkrétní příklady práce metodou VOKS:

- V pracovní logopedce odtrhává obrázky z komunikační tabule. Preferuje kostky – staví věž, s pomocí asistenta přináší obrázek auta – kostky skládá do auta. Pokud ho nabízená hračka nezaujme, pracuje neochotně, je negativistický.
- V pracovní logopedce pracuje u komunikační tabule. Pohybuje se po místnosti, přináší obrázky, ale o nabízené věci nemá příliš zájem. Rád pracuje, dnes pouze s kostkami, s komunikačním asistentem staví věže.

Tab. č. 2: Hodnocení komunikace pomocí metody VOKS dítěte B.B.:

Nezaujatá osoba	učitelky MŠ	speciální pedagog SPC	klinický logoped	rodiče
3	2	3	3	2

Průměrné hodnocení: 2,6

Za hračky přinese obrázky z komunikační tabule. Vybere i několik velkých písmen, které vnímá spíše jako obrázky. Zvládá ukazovat dobře naučené obrázky. Má menší slovní zásobu a porozumění smyslu obrázků je též horší. Některé symboly (WC) užívá běžně, v sociálním kontaktu mu každopádně VOKS pomáhá.

Analýza případu a návrh intervence:

Aktuální úroveň vývoje mentálních dispozic chlapce odpovídá pásmu středně těžké mentální retardace - směrem k dolní hranici pásma. Vzhledem k tomu, že je u chlapce patrný pozvolný pozitivní vývoj, rozhodně pokračovat v dosavadní intenzivní péči v duchu uceleného systému rehabilitace, v logopedické péči v MŠ a ze strany klinického logopeda. Měla by být věnována pozornost rozvíjení zrakové a sluchové percepce, nácviku VOKS, koordinaci oko x ruka, účelné hry s hračkami, rozvoji slovní zásoby, podpoře spolupráce MŠ a rodiny.

Na základě celkového posouzení mu byl pro školní rok 2009/ 2010 plně indikován roční

odklad nástupu povinné školní docházky, dle § 37 odst. 1 šk. zákona č. 561/2004 Sb.

B.B. zůstává nadále v péči centra. Spolupráce s rodinou je navázána na dobré úrovni. Rodiče akceptují doporučení.

- ***Případ C.C., věk – 5,7 :***

Rodinná anamnéza:

Rodina neúplná, C.C. žije u matky v tzv. „sociálním bytě“ s výtahem

Otec: bez záznamů

Matka: Ukrajinka - doma mluví na chlapce jak česky, tak ukrajinsky

Sourozenci: nemá

Osobní anamnéza:

C.C. se narodil z první gravidity, asi ve čtvrtém až pátém měsíci prodělala matka virozu bez horečky, jinak gravidita bez komplikací. Porod v 36. týdnu, kříšen, poté byl asi 5 dní v inkubátoru. Silnější icterus (novorozenecká žloutenka). Kojen nebyl (slabý sací reflex), prospíval hůře. Asi od 4. měsíce pozorovala matka menší spontánní pohybovou aktivitu. C.C. byl nápadně klidný, motorický vývoj se vůči vrstevníkům začínal opožďovat. Byla doporučena reflexní léčba. Jedná se o dítě s diagnózou DMO, centrální hypotonický syndrom, opožděný vývoj řeči. Je v péči neurologa a v péči centra ARPIDA.

Současný stav dítěte:

C.C. je v kontaktu pozitivně emočně naladěný, sedí ve speciální židli sed musí být fixovaný, přetrvává psychomotorický neklid. *Řeč* – bohatá řečová produkce na úrovni předřečových projevů, slabiky, ma –ma, ba –.ba...směje se. Oční kontakt již déle udrží, krátkodobě pozoruje, reaguje na oslovení.

Jemná motorika - předkládané hračky ho zaujmou. Hra ve stadiu manipulace, úchop bez výrazných nápadností, hází na zem, střídá obě ruce, živě reaguje na hrací panel, ozvučené hračky. Dětské leporelo prohlíží, neobrací stránky. Napodobuje zvonění zvonečku, mačkání papíru, ježdění autíčkem. Na vyzvání hračku nepodává, nedává kostky z – do krabičky, spontánně bouchá do stolu. S tužkou nečmárá, hází na zem, manipuluje. Napodobí tleskání

(paci-paci).

Hrubá motorika – ze sedu se dostane do vysokého kleku, který je lehce nejistý, lokomoce hopkáním, v ortopedické obuvi schopen stoje s oporou, samostatně nechodí. V sebeobsluze je plně odkázán na pomoc dospělé osoby. U jídla nesamostatný, krmen, nedává kousky samostatně do pusy. Tělesnou čistotu neudrží.

Školní vývoj:

Mateřskou školu při centru ARPIDA navštěvuje C.C. od září 2008. Je rád mezi dětmi, pouze když je unavený, tak vzdoruje. Rád si hraje se zvukovými hračkami, líbí se mu veškeré hudební činnosti.

Průběh logopedické péče:

Chlapec je v logopedické péči od února 2007. Měl problémy s příjmem potravy a pitím. Matka dostala instrukci k masáží, k technice krmení a pití. V současné době je již bez větších problémů. Porozumění řeči stále vážne, vyjadřuje se neartikulovanými zvuky. Ojedinele řekne: mama, brm. Nenapodobí fouknutí ani prvky motoriky mluvidel. Očima fixuje předměty, či obrázky minimálně, vážne koordinace oko x ruka. Nabízenou hračku si vezme, ale nedá. Líbí se mu mašinka, včelka a míček. S těmito hračkami i manipuluje. Rád se pozoruje v zrcadle. Části obličeje neukáže, při zpěvu tleská mimo rytmus. Od září 2008 nácvik VOKS. Za dobu nácviku se zlepšilo pozorování obrázků a hraček, které má oblíbené. Pro další nácvik je přítomnost komunikačního partnera nezbytná.

Konkrétní příklady práce metodou VOKS:

- Pracuje s plnou asistencí, o hračky má zájem, krátce fixuje očima obrázek, ale při výměně ho již nesleduje a výměnu pravděpodobně nevnímá. V pracovní logopedky pracuje opět s plnou podporou komunikačního asistenta. Tentokrát ochutnává čokoládu a lentilky. Obrázek je mu vkládán do ruky, pohyb vlastní ruky při výměně nefixuje očima. Komunikační partner mu musí vždy ještě předmět spolu s obrázkem ukazovat, aby se na něj zadíval – ne vždy úspěšně.
- V pracovní logopedky pracuje s jednotlivými obrázky pochutin a hraček. Mezi pochutiny je nově zařazena sušenka. Pracuje s plnou podporou komunikačního asistenta.

Očima fixuje hračky i pochutiny, obrázek při nastavení před oči spolu s předmětem. Při výměně mu obrázek do ruky vkládá asistent, sám ho neuchopí. Výměnu nesleduje. Ke konci lekce je plačtivý.

Tab. č. 3: Hodnocení komunikace pomocí metody VOKS dítěte C.C. :

Nezaujatá osoba	učitelky MŠ	speciální pedagog SPC	klinický logoped	rodiče
4	4	4	4	4

Průměrné hodnocení: 4

Metoda VOKS se u C.C. začala nacvičovat na základě informace matky, že si syn rád prohlíží knihy. Obrázky ovšem nechápe po obsahové stránce. Bude se tedy pokračovat s nácvikem v řidší intenzitě, dokud se u C.C. nezaznamená pokrok ve vývoji. Na tomto případě je zajímavé to, že ačkoli matka dělala C.C. při několika lekcích komunikačního asistenta v rodném jazyce, efekt nácviku byl stejný. I tak byl zaznamenán pokrok v tom, že dříve C.C. hračky pouze zahazoval a nyní je sleduje, popř. zvukové hračky zkouší spustit.

Analýza případu a návrh intervence:

U tohoto chlapce se jedná o kombinované postižení motorické, mentální a řečové. Aktuálně vývoj mentálních dispozic směřuje do hraničního pásma středně těžké a těžké mentální retardace. Je pozitivně emočně naladěný, sociabilní, má projevy hyperaktivního chování. Nadále je důležité pokračovat v již zavedené komplexní rehabilitační péči v centru ARPIDA, v průběžném nácviku VOKS (koordinace oko x ruka), nacvičovat manipulaci s hračkou. Je nutné též podporovat zrakové a sluchové vnímání, rytmičtější říkadla, rozvoj slovní zásoby. Matka je vnímavá k potřebám dítěte, pozoruje pokrok ve vývoji jednotlivých dovedností chlapce. Při systematické péči lze očekávat pozitivní vývoj.

6. Výsledky šetření

Z mého šetření je patrné, že dříve než začne jakákoli individuální práce s dítětem, je pro všechny zúčastněné výchovně vzdělávacího procesu nutné seznámit se s rodinnou anamnézou, osobní anamnézou a aktuálním stavem dítěte z psychologického hlediska. V centru ARPIDA je možné jak přímé oslovení odborného pracovníka (lékaře, psychologa, rehabilitačního pracovníka apod.), tak důkladné prostudování dokumentace v archivu centra, přičemž je důsledně sledována důvěrnost těchto údajů a přístup k nim je umožněn pouze oprávněným osobám. Právě zde je vidět výhoda komplexní péče v jednom zařízení. Jakýkoli problém ohledně dítěte se může řešit prakticky ihned konzultací s odborníky centra. V praxi to znamená např. to, že bude-li se při logopedickém sezení logopedovi zdát, že dítě reaguje na některou pomůcku dobře, nabídne ji např. k zapůjčení či pořízení učitelkám MŠ a následně rodičům. Obrázky VOKS jsou běžně využitelné jak ke znázornění či označení režimu MŠ - (např. WC, spaní, jídlo), tak v domácím prostředí dětí. Zde se právě projevují největší rozdíly v úspěšnosti nácviku komunikace metodou VOKS. Na případu A.A. je vidět výrazný pokrok v komunikaci VOKS a to zejména proto, že matka je odpovědným rodičem a veškerá doporučení ze strany odborníků intenzivně aplikuje v prostředí domova. Vylepuje tématické symboly VOKS na různá místa v bytě: např. v koupelně a na WC (viz příloha č.1). Skládá z používaných obrázků dítěti básničky (viz příloha č. 2) nebo písničky (viz příloha č.3). Z obrázků VOKS se dá též složit komunikační slovník pro dítě (viz příloha č. 4) či použít zmenšeniny obrázků do komunikační tabulky „GO TALK 20“. (viz příloha č.5)

To znamená, že VOKS je možné užít jak v domácím, tak školním prostředí. Přičemž logoped se soustředí na samotný nácvik komunikace metodou VOKS, speciální pedagog se soustředí na rozvíjení školních dovedností, které zavádí do školního procesu prostřednictvím učitelek MŠ. Dítěti umožňuje touto formou reagovat na požadavky učitelek, užít získaných vědomostí a v neposlední řadě komunikovat se svými vrstevníky. Rodič má v celém systému nezastupitelnou roli v procvičování dovedností a jejich praktickém užití.

Závěr:

Metoda VOKS je velkým pomocníkem při nácviku komunikace u dětí s narušenou komunikační schopností. Zabraňuje prohlubování deprivace (nedostatečné uspokojení důležité psychické potřeby jednotlivce) dítěte způsobené komunikačním a sociálním handicapem. Výhodou této metody je, že děti na obrázky neukazují, ale komunikačnímu partnerovi je přinášejí. V počátcích nácviku obrázky vyměňují za dobroty či oblíbené věci, takže motivace je v tomto případě velká a výměna smysluplná, protože dítě dostává to, co opravdu chce. Tím pádem si dítě komunikační systém rychle osvojuje a bývá též iniciátorem komunikace. Výhodou je dobrá využitelnost systému jak doma, tak ve škole. Je-li přístup k dítěti ze strany zúčastněných osob jednotný, dítěte se cítí bezpečně a zažívá pocit úspěšnosti.

Shrnutí:

V této práci jsem se zabývala individualizací v předškolní výchově a vzděláváním dětí s narušenou komunikační schopností jakožto důsledku primárního onemocnění dětskou mozkovou obrnou. Z oblasti vzdělávání jsem se zaměřila především na komunikační dovednosti dětí. Věnovala jsem pozornost pozitivním přínosům společných metod práce jednotlivých odborníků v rámci uceleného systému rehabilitace při využití alternativní komunikační metody Výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS). Na základě získaných poznatků jsem ověřila předpoklad, že je velmi důležitá provázanost systému ucelené péče v zavedení intervenčních programů vedoucích ke zlepšení dalšího vývoje u dětí s postižením. Potvrdilo se mi, že dosah těchto služeb v jednom prostředí má pro děti, jejich rodiče i členy interdisciplinárního týmu značný význam. Odpadá dojíždění na terapie, složité vytelefonování potřebných údajů o dítěti, v neposlední řadě úzkost rodiny z nového prostředí. Právě stálost prostředí je pro děti s narušenou komunikační schopností velkou výhodou. Též individuální práce je jednodušší, má-li dítě spolupracovat s člověkem, který je mu důvěrně známý z každodenního kontaktu. Někdo by mohl namítnout, zda dítě není v tomto případě izolované od běžného sociálního prostředí. Na to je dbáno formou spolupráce podobných typů zařízení (např. Jedličkův ústav a školy) nebo pořádáním akcí pro širokou veřejnost.

Seznam literatury

AUTORSKÝ KOLEKTIV, vedoucí týmu: PhDr. Kateřina Smolíková *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, dotisk 1. vydání*. Praha: VÚP - TAURIS, 2006. ISBN 80-87000-00-5

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie, 4. vyd.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-386-4

GROFKOVÁ, K., *Využití metod augmentativní a alternativní komunikace v terapii narušené komunikační schopnosti u dětí*, 2007 diplomová práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, 2.vydání. Praha: Triton, 2006.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie, 1. vyd.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9

KNAPCOVÁ, M. Výměnný obrázkový komunikační systém. *Speciální pedagogika*, 2003, roč. 13, č. 3, s. 199-203. ISSN 1211-2720

KNAPCOVÁ, M. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS, 1. vyd.* Praha: IPPP, 2006. ISBN 80-86856-14-3

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna, 1. vyd.* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8

NOVÁK, J.: *Důsledky zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v péči o klienty centra ARPIDA, o.s.Č.Bud.*, 2009 bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie, 3. vyd.* Praha: Grada, 1997.

ISBN 80-7169-512-2

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha : SPN, 1980

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie, 1. vyd.* Praha: Portál, 2003.

ISBN 80-7178546-6

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd.* Praha: Portál, 2004.

ISBN 80-7178-802-3

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. 2. vyd.* Brno: Paido, 2004.

ISBN 80-7315-071-9

Internetové zdroje:

http://www.arpida.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=29

<http://www.brousci.kvalitne.cz/KRHB.doc>

http://publib.upol.cz/~obd/fulltext/SpecialniPedagogika8/SpecialniPedagogika8_02.pdf

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 – Využití VOKS v koupelně a na WC

Příloha 2 – Básnička složená z obrázků VOKS

Příloha 3 – Písnička složená z obrázků VOKS

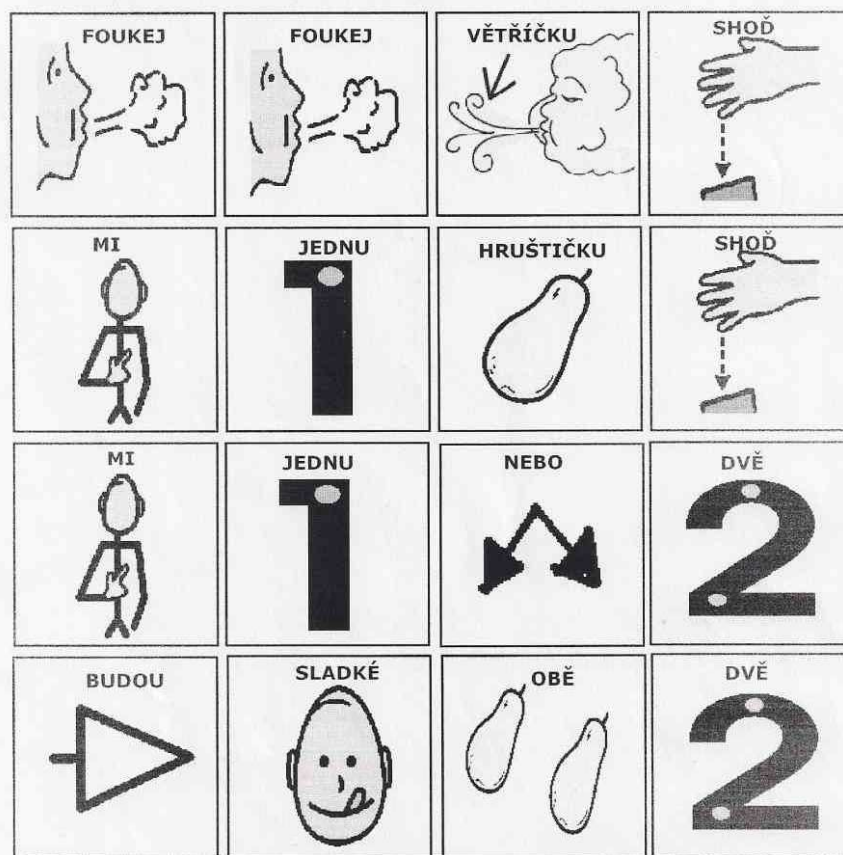
Příloha 4 – Obrázky VOKS v komunikačním slovníku

Příloha 5 – Obrázky VOKS v komunikační tabulce „GO TALK 20“

Příloha 1 – Využití VOKS v koupelně a na WC

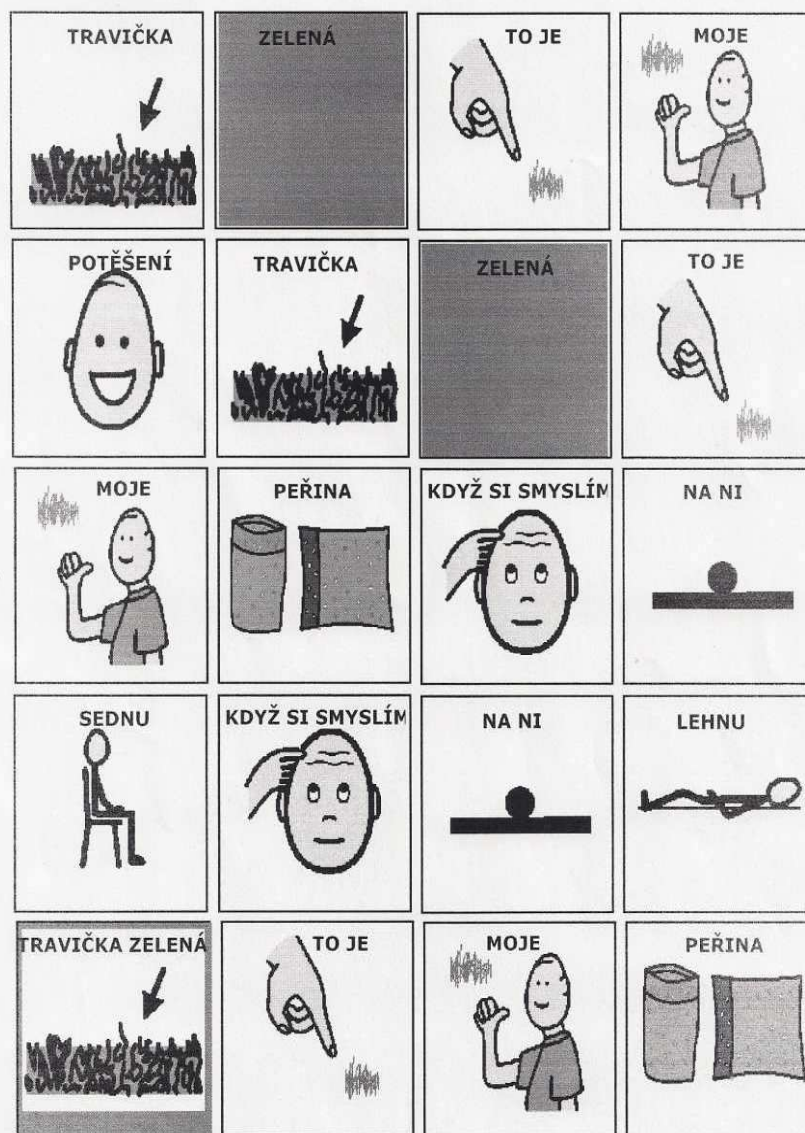


Příloha 2 – Básnička složená z obrázků VOKS



FOUKEJ, FOUKEJ VĚTRÍČKU

Příloha 3 – Písnička složená z obrázků VOKS



TRAVIČKA ZELENÁ

Příloha 4 – Obrázky VOKS v komunikačním slovníku



Příloha 5 – Obrázky VOKS v komunikační tabulce „GO TALK 20“

