



Nové možnosti rozvoje vzdělávání na Technické univerzitě v Liberci

Specifický cíl A4: Kurzy zaměřené na rozšiřování dovedností (upskilling)
nebo rekvalifikace (reskilling)

NPO_TUL_MSMT-16598/2022

Speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

2024



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



Národní
plán
obnovy

MSMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Název: Speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením

Autor: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Recenzentka: ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.

Za jazykovou správnost odpovídá autor.

Vydala Technická univerzita v Liberci v roce 2024.

ISBN 978-80-7494-690-5

Obsah

Úvod	4
1 Vymezení oboru	5
2 Místo v systému věd a vztah k dalším vědám.....	5
3 Terminologie a klasifikace oboru	7
4 Etiologie vícenásobného postižení.....	11
5 Specifika jedinců s vícenásobným postižením	13
5.1 Jedinci s mentálním postižením a dalším postižením	13
5.2 Jedinci s hluchoslepotou.....	16
5.3 Jedinci s poruchami chování a dalším postižením.....	26
5.4 Specifika přístupu k jedincům s vícenásobným postižením	29
6 Komunikace a jedinci s vícenásobným postižením.....	31
7 Pomůcky pro jedince s vícenásobným postižením	35
8 Vhodné metody u jedinců s vícenásobným postižením	38
8.1 Vojtova metoda	38
8.2 Bobath koncept	39
8.3 Kabatova metoda	40
8.4 Petöho terapie	41
8.5 Orofaciální terapie Castilla Moralese	42
8.6 Synergická reflexní terapie	43
8.7 Bazální stimulace	43
8.8 Snoezelen.....	44
9 Systém péče a podpory o jedince s vícenásobným postižením.....	47
9.1 Ucelená (komprehensivní) rehabilitace.....	47
9.2 Výchova a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením.....	55
9.2.1 Raná podpora	56
9.2.2 Předškolní věk	59
9.2.3 Školní věk – povinná školní docházka	63
9.2.4 Střední vzdělávání – profesní příprava.....	68
9.2.5 Vysokoškolské vzdělávání – profesní příprava.....	70
9.3 Život po institucionálním vzdělávání	70
Závěr	72
Seznam použitých zdrojů	73

Úvod

Speciální pedagogika jedinců¹ s vícenásobným postižením je speciálněpedagogický obor, který se věnuje jedincům, z nichž někteří jsou jedinci s nejzávažnějšími druhy a stupni postižení. Takovými lidmi mohou být např. lidé se souběžným nejzávažnějším postižením zraku a sluchu a poruchami hybnosti, popř. lidé s nejzávažnějšími poruchami hybnosti v kombinaci s nejzávažnějšími poruchami intelektového vývoje.² Pokud se jedná o jedince s vrozeným, popř. raně získaným vícenásobným postižením, bývá situace samotného jedince s vícenásobným postižením i lidí v jeho okolí ještě náročnější. Pro většinu běžné populace je pravděpodobně v podstatě nemožné „představit“ si situaci člověka, který je od narození (popř. raného věku), člověkem nevidícím, neslyšícím a k tomu ještě např. člověkem bez možnosti se běžným způsobem pohybovat (tedy člověkem s poruchou hybnosti). Pro takové dítě bývá obtížné a bez adekvátní péče v podstatě nemožné osvojit si „běžné“ dovednosti, které si děti bez postižení, popř. děti s méně závažnými druhy a stupni postižení, osvojují „tak nějak samy“.³ Těmito „běžnými“, ale pro život jak dítěte, tak pro život lidí v jeho okolí zásadními, dovednostmi jsou např.: příjem potravy (ad. sebeobslužné činnosti), komunikování, zvládnutí samostatného pohybu (pokud to stav dítěte reálně umožňuje). Velká část lidí pak neví, jak se k dítěti s vícenásobným postižením chovat, jak na vyvíjející se dítě s vícenásobným postižením působit tak, aby se v max. možné míře rozvinul jeho potenciál. Adekvátní vývoj takového jedince může být závažným vícenásobným postižením výrazně ohrožován. Míra tohoto ohrožení může být umenšována odpovídající péčí, která je jedinci k dispozici. Péči zprostředkovávají jak odborníci, tak „laici“ – povětšinou rodiče, popř. lidé, kteří rodiče z různých důvodů nahrazují. Z „laiků“, kteří se o dítě s vícenásobným postižením starají, se zpravidla postupem doby stávají do větší či menší míry odborníci. Díky tomu, že se při péči o dítě seznamují s vhodnými např. výchovně-vzdělávacími postupy. Díky tomu, že získávají potřebné informace jak od odborníků (profesionálů), tak např. od rodičů jiných dětí s podobným postižením. Díky tomu, jak získávají zkušenosti, znalosti a dovednosti související s péčí o dítě. Kombinací různých druhů a stupňů postižení, které se mohou u jedinců s vícenásobným postižením vyskytovat, je v podstatě „nekonečné“ množství. To je jedna ze zásadních charakteristik a jedno z ústředních specifíků jedinců s vícenásobným postižením. Proto to jsou právě jedinci s vícenásobným postižením, u kterých je velice důležité dodržovat princip individuálního přístupu a komplexního rozvoje jedince. Pokud tento text přispěje k tomu, že bude k jedincům s vícenásobným postižením přistupováno vhodněji, smysluplněji a lidštěji mělo jeho vytvoření smysl.

¹ S ohledem na přehlednost a srozumitelnost používáme v textu tzv. generické maskulinum: označení osob v mužském rodě, které je míněno jako neutrální z hlediska rodu biologického.

² V tomto textu používáme pojem „poruchy intelektového vývoje“ pro označování stavů, které bývaly označovány (někde tak mohou označovány stále být) jako „mentální retardace“. Důvodem je to, že pojem „mentální retardace“ používaný v končící 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-10) je v 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-11) nahrazen pojmem „poruchy intelektového vývoje“.

³ Pochopitelně i u dětí bez postižení, popř. u dětí s méně závažnými druhy a stupni postižení, je jejich správný vývoj závislý na odpovídající péči (na v širokém slova smyslu výchově a vzdělávání), které se jim dostává, ale tato závislost nebývá tak zásadní jako u dětí se závažnějšími druhy a stupni vícenásobného postižení.

1 Vymezení oboru

Speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením jako věda vznikla později než „tradiční“ speciálněpedagogické vědy.⁴ Jednou z příčin pozdějšího vzniku této vědy bylo to, že množství lidí s vícenásobným postižením rostlo (a roste) postupně tak, jak se rozvíjela a rozvíjí lékařská péče. Díky pokrokům v lékařské péči a díky její snadné dostupnosti⁵ na jedné straně přežívá poměrně velké množství dětí, které by v minulosti nepřežily porod, popř. dobu krátce po porodu – ovšem s tím, že u těchto dětí je poměrně vysoké riziko vzniku vícenásobného postižení, na druhé straně se relativně velké množství lidí dožívá poměrně vysokého věku – ovšem jedním z negativ dožití se vysokého věku je v mnoha případech to, že se člověk „dožije“ doby, ve které se stane jedincem s vícenásobným postižením.

Speciální pedagogiku jedinců s vícenásobným postižením lze definovat jako speciálněpedagogický obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním a všeobecným rozvojem jedinců s vícenásobným postižením. Předmětem této vědy je výchova, vzdělávání a všeobecný rozvoj jedinců s vícenásobným postižením.

Inspirování Kábelem (1992, s. 9) a Renotiérovou (2006, s. 209, 210) můžeme říci, že mezi úkoly speciální pedagogiky jedinců s vícenásobným postižením patří:

- rozpracovávat teorii výchovy, vzdělávání a rozvoje jedinců s vícenásobným postižením,
- zkoumat a ověřovat výchovně-vzdělávací, didaktické, reedukační, kompenzační, psychorehabilitační a resocializační postupy, které je (může být) vhodné u jedinců s vícenásobným postižením využívat,
- nabyté poznatky uplatňovat při vzdělávání pedagogických pracovníků, kteří pracují (resp. po dokončení vzdělávání budou pracovat) s jedinci s vícenásobným postižením a v činnosti škol, ad. institucí, které se věnují práci s jedinci s vícenásobným postižením.

2 Místo v systému věd a vztah k dalším vědám

Různé vědní obory navzájem spolupracují. Výsledky jedné vědy mnohdy nacházejí větší či menší využití i v řadě dalších věd. Platí to i ve vědních oborech, které spadají pod speciální

⁴ Např.: speciální pedagogika jedinců s mentálním postižením, speciální pedagogika jedinců se sluchovým postižením, speciální pedagogika jedinců se zrakovým postižením.

⁵ Píšeme o relativně bohatých a rozvinutých zemích (jako je např. soudobá Česká republika), ve kterých je lékařská péče dostupná (ideálně) celé populaci, a ve kterých je lékařská péče na aktuálně reálně dosažitelné úrovni. Např. péče o předčasně narozené děti je v České republice celosvětově na velice dobré úrovni a novorozenecká úmrtnost je u nás jedna z nejnižších. To mj. ilustruje skutečnost, že v roce 2014 byla v České republice vůbec nejnižší úmrtnost novorozenců do 1 týdne věku ze všech zemí Evropy – pouze 4,7 promile (Lidovky.cz, ČTK 2015). Bohužel stále na světě existuje řada zemí, ve kterých velká část populace přístup ke kvalitní lékařské péči nemá, v důsledku čehož umírají (popř. jsou zdravotně poškozeni) lidé, kteří by umřít (resp. být zdravotně poškozeni) nemuseli.

pedagogiku. Speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením má blízký vztah k mnoha vědním oborům a ze speciálněpedagogických věd je to právě ona, která má vztah k dalším vědám nejintenzivnější a nejširší. Je to důsledek toho, čím (resp. kým) se speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením zabývá. S ohledem na v podstatě nekončící šíři různých druhů a stupňů postižení, kterou lze u jedinců s vícenásobným postižením identifikovat, je logické, že musí spolupracovat s vědami, které mohou nacházet smysluplné uplatnění při v širokém slova smyslu péči o jedince s vícenásobným postižením, včetně jejich výchovy a vzdělávání.

Speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením spadá mezi tzv. společenské vědy, dále mezi vědy pedagogické a ještě konkrétněji patří mezi vědy speciálněpedagogické – viz obrázek 1.



Obrázek 1: Speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením v systému věd

Výše zmíněný blízký vztah k mnoha vědním oborům přibližuje obrázek 2⁶, ze kterého je patrné, že speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením má blízko k vědám společenským, přírodním i technickým.



Obrázek 2: Vztah speciální pedagogiky jedinců s vícenásobným postižením k dalším vědám

⁶ Na obrázku 2 jsou uvedeny pouze některé vědy, se kterými speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením kooperuje, popř. tam jsou zobrazeny pouze „základní vědy“, jako např. v případě psychologie, která se dále člení mj. na obecnou, vývojovou, sociální, kognitivní psychologii. Obrázek 2 tedy poskytuje pouze základní náhled na mezioborové vazby speciální pedagogiky jedinců s vícenásobným postižením.

Ze společenských věd to jsou mj. pedagogika, psychologie, sociologie, právo. Poznatky z pedagogiky bývají využívány při institucionální i neinstitutonální výchově a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením. Psychologie poskytuje speciální pedagogice jedinců s vícenásobným postižením např. poznatky o: duševních jevech, prožívání, motivaci chování, psychickém vývoji jedinců s vícenásobným postižením. Sociologie může zprostředkovat informace důležité pro sociální život jedinců s vícenásobným postižením, o možnostech jejich života v rámci různých sociálních skupin, o tom, jak se mohou jedinci s vícenásobným postižením projevat ve společnosti, apod. Právo, resp. vhodná legislativa, by měla zabezpečit to, že se lidem s vícenásobným postižením nebude dít příkoří, které by je mohlo poškodit, ohrozit na zdraví či životě, že budou mít zabezpečenu podporu, která bude v max. možné míře eliminovat nežádoucí dopady jejich postižení.

Z technických věd má speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením blízko např. k architektuře a stavebnictví, v rámci kterých bývá řešena architektonická bezbariérovost (resp. přístupnost) stavebních objektů. Důležité jsou i vazby na strojírenství, elektroniku a informatiku, což jsou obory, jejichž poznatky bývají využívány při navrhování a výrobě různých pomůcek, které jedinci s vícenásobným postižením mohou používat. Může se jednat o berle, vozíky, pomůcky pro sebeobsahu, pomůcky využívané při výchově a vzdělávání, protézy, prostředky informačních a komunikačních technologií (hardware i software), ad.

Velice úzké vztahy má speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením s mnoha lékařskými obory. Zmínit lze např. ortopedii a neurologii (jejichž poznatky jsou využívány např. u jedinců, kteří krom dalšího mají poruchy hybnosti), psychiatrii, foniatrii (její poznatky mohou být využívány např. u jedinců s narušenou komunikační schopností a dalším postižením). Dále lze uvést medicínský výzkum, v rámci kterého se čas od času podaří realizovat velice přínosné objevy, které (pokud se je podaří zavést do běžně dostupné praxe) mohou (nejen) jedincům s vícenásobným postižením buď přímo život zachránit, nebo život „pouze“ prodloužit, popř. zvýšit jejich kvalitu života. Každý podobný objev je třeba vysoce oceňovat.

3 Terminologie a klasifikace oboru

Pozdější vznik speciální pedagogiky jedinců s vícenásobným postižením se odrazil i na vývoji terminologie tohoto oboru. Kdy terminologie byla ještě relativně v nedávné době poměrně výrazně odlišná od současné. Na odehravších se změnách lze do nemalé míry vnímat i změnu (nejen terminologickou) v (nejen) naší speciální pedagogice. Např. i v Úvodu zmíněné MKN-11 je řada terminologických změn, které se snaží nahradit pojmy, jež lze vnímat pejorativně, pojmy, které pejorativní spojitosti⁷ nevyvolávají.

⁷ Jde o pojmy, které pejorativní spojitosti nevyvolávají v současnosti. Nelze vyloučit, že v budoucnu se mohou názory na pejorativní vyznívání různých pojmů měnit. Změna těchto názorů je celkem pravděpodobná.

Pomineme-li období, kdy se používalo dnes již zcela neakceptovatelné označení „kombinované vady“, „kombinované postižení“ – bez toho, že by byli zmíněni lidé s „kombinovanými vadami“, lidé s „kombinovaným postižením“, tak lze uvést následující přehled označování jedinců, které dnes označujeme jako jedince s vícenásobným postižením:⁸

- jedinci⁹ s přidruženými vadami,
- jedinci s multihandicapem,
- jedinci s multifaktoriálním postižením,
- jedinci s mnohočetným postižením,
- jedinci s více vadami,
- jedinci s kombinovaným postižením,
- jedinci s vícenásobným postižením¹⁰ ...

Je třeba si uvědomit, že vícenásobné postižení bývá: multifaktoriální (ovlivňuje mnoho faktorů života), multikauzální (bývá způsobeno více příčinami) a multisymptomatologické (má vícero – mnoho různých příznaků) (Vašek in Ludíková 2005, s. 9). Vícenásobné postižení je stav, kdy se u jedince současně vyskytují dva, popř. více druhů postižení, které mohou být různé úrovně závažnosti (Langer 2006, s. 69). Setkat se lze i s jedinci s vícenásobným postižením, kteří jsou současně mimořádně nadaní, resp. talentovaní (Ludíková 2006, s. 303).

Jasně vymezení (definování) jedinců s vícenásobným postižením není jednoduché. V minulosti (až do cca 80. let 20. století) u nás bylo uplatňováno pojetí Sováka, který hovořil o primárním a sekundárním defektu.¹¹ Primární defekt byl tím nejzávažnějším a dle něho byly vybírány vhodné speciálněpedagogické postupy, které byly u jedinců s vícenásobným postižením tehdy používány. Zřetel byl brán i na sekundární (přidružené) defekty, kterým byla snaha výše uvedené postupy vhodně upravovat (Langer 2006, s. 69).

Dnes je již zřejmé, že vícenásobné postižení nelze vnímat jako „pouhý“ součet různých postižení, která se u konkrétního jedince vyskytují. V současnosti jsou vícenásobná postižení vnímána spíše jako součin různých postižení. Výsledkem je tak zcela nový, osobitý druh postižení (Langer 2006, s. 69) (Ludíková 2005, s. 8). Jedinci s vícenásobným postižením mají narušení několika funkcí (popř. systémů) a tato narušení u nich nelze přiřadit k hlavnímu příznaku ve smyslu „klasického“ postižení, neboť tím by došlo k ignorování komplexnosti vícenásobného postižení i celistvosti jedince.

⁸ Řazení není přísně chronologické, krom toho, že je obtížné chronologii vzniku a používání uvedených označení jasně zjistit, je třeba si uvědomit i tu skutečnost, že řada označení byla a je používána současně.

⁹ Místo pojmu jedinec lze používat i pojmy: člověk, osoba, dítě, žák, student, ad. (včetně jejich množných čísel).

¹⁰ Na naší katedře jsme se rozhodli preferovat toto označení.

¹¹ Dobovou terminologií.

U jedinců s vícenásobným postižením bývá přítomna velmi široká škála nedostatků, které přecházejí plynule od průměrných projevů v oblasti fyzických, psychických i sociálních funkcí k podprůměrnému zhoršování určitých projevů až k velice závažným obtížím – v závislosti na druhu a závažnosti postižení (Monatová 1994, s. 168).

Jedince s vícenásobným postižením lze definovat jako jedince, kteří mají spojení dvou či více druhů postižení (postižení zrakové, sluchové, mentální, poruchy chování, poruchy hybnosti, příp. další). Jedná se tedy o poměrně široký pojem – vícenásobné postižení může mít mnoho forem a není možné dospět k nějakým kategorickým, jednoznačným typizacím postižení jedinců s vícenásobným postižením. K jedinci s vícenásobným postižením je nutné vždy přistupovat jako k jedinečné bytosti a využívat adekvátní přístupy k podpoře jeho max. vývoje, rozvoje.

Důsledkem vícenásobného postižení mohou být v závislosti na druhu a závažnosti vícenásobného postižení: obtíže v příjmu a zpracování informací (při senzoričném postižení a postižení intelektu), narušená schopnost komunikovat, obtíže při pohybu, popř. neschopnost samostatného pohybu, obtíže v myšlenkových operacích, obtíže s navazováním a udržováním sociálních vazeb – kontaktů, obtíže při sebeoblužných činnostech a mnohé další.

Speciální pedagogiku jedinců s vícenásobným postižením lze dle věku jedinců s vícenásobným postižením dělit na:

- speciální pedagogiku jedinců s vícenásobným postižením předškolního věku,
- speciální pedagogiku jedinců s vícenásobným postižením školního věku,
- speciální pedagogiku jedinců s vícenásobným postižením dospělého věku a stáří.

Přestože je klasifikování jedinců s vícenásobným postižením s ohledem na jejich výše uvedenou velikou různorodost dosti obtížné, někteří autoři ji zmiňují, např. klasifikaci dle Vaška uvádí Langer (2006, s. 70) i Ludíková (2006, s. 304) (Ludíková 2005, s. 10):

- jedinci s mentálním postižením¹² a dalším postižením – tito jedinci představují nejpočetnější skupinu mezi jedinci s vícenásobným postižením,
- jedinci s duálním smyslovým (senzoričným) postižením – jedinci s hluchoslepotou,
- jedinci s poruchami chování a dalším postižením.

¹² Pojem mentální postižení používáme v textu jako pojem s širším významem, jako pojem, který zahrnuje pojmy poruchy intelektového vývoje a demence. Přičemž pojem poruchy intelektového vývoje jsou stavy, které vznikají během vývoje jedince (v prenatálním období) a jsou charakteristické významně podprůměrnou úrovní intelektových funkcí a adaptivního chování. Oproti tomu pojem demence představuje stavy získané až v průběhu života, jedná se o důsledky: nemocí či úrazů, popř. užívání nevhodných látek, léků, popř. nedostatečné či chybné výživy, resp. vystavení se toxinům, které vedly k poškození mozku. Toto poškození mozku se projevuje mj. poruchami paměti, pozornosti, jazyka, sociálního poznávání a úsudku, psychomotorické rychlosti, vizuopercepční a vizuoprostorové schopnosti jedince s demencí (Náhled české verze Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize ... 2023).

Smysl výše uvedené klasifikace jedinců s vícenásobným postižením je především v tom, že přiřazení jedince s vícenásobným postižením do některé z uvedených skupin může usnadňovat následný výběr vhodných přístupů a pomůcek, které lze využívat při péči o takového jedince. Lze se díky tomu dostat k určité množině přístupů a pomůcek, jejichž využití může připadat v úvahu. Přesto je ale vždy nezbytné při výběru vhodných přístupů a pomůcek zohledňovat individuální specifika konkrétního jedince. U jedinců s vícenásobným postižením nezpochybnitelně platí, že je třeba se vyvarovat jakéhokoli zjednodušujícího „škatulkování“.

U jedinců s vícenásobným postižením může být obtížné jasně stanovit stupeň závažnosti postižení. Přičemž ale stanovení stupně závažnosti postižení je důležité pro výběr vhodných (nejen) výchovně-vzdělávacích přístupů a pomůcek. Pro účely speciální pedagogiky jedinců s vícenásobným postižením může být přínosné propojit stupeň (závažnost) vícenásobného postižení s projevem, s možnostmi jedinců s vícenásobným postižením v oblasti výchovy a vzdělávání – s tím, jaké dopady vícenásobné postižení může mít na výchovně-vzdělávací proces. Ludíková a Lančová (in Langer 2006, s. 71) tak hovoří o dvou skupinách jedinců s vícenásobným postižením, o jedincích:

- s lehkým vícenásobným postižením – tyto jedince lze vzdělávat buď v běžných školách v rámci školské integrace, resp. inkluze, nebo ve školách zřízených dle § 16. odst. 9 školského zákona,¹³ popř. mohou dle stejného § a odstavce školského zákona docházet do třídy, oddělení či studijní skupiny zřízené při „běžné“ škole či zřízené při škole, která se „většinově“ věnuje výchově a vzdělávání jedinců s jinými druhy postižení, tito jedinci bývají schopni zvládat běžný život a dosáhnout např. průměrné kvality života, mohou získat kvalifikaci a následně pracovat (byť třeba za specifických podmínek);
- s těžkým vícenásobným postižením – tito jedinci si obvykle osvojí pouze zvládnutí základních životních situací, ale zpravidla se neobejdou bez pomoci, komunikují povětšinou prostřednictvím vhodných metod augmentativní, popř. alternativní komunikace, většina z nich potřebuje celoživotní péči.

Nejen na výchovu a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením má krom závažnosti vícenásobného postižení značný vliv i doba (resp. stádium vývoje), ve které k postižení přišli. Dopady doby vzniku postižení bývají výrazné především u postižení zraku a sluchu. U postižení sluchu je zásadní to, zda k němu došlo před či po ukončení základního vývoje řeči (obvykle uváděnou hranicí bývá věk 6 let). Jestliže dítě přijde o sluch před ukončením základního vývoje řeči a současně mu není poskytována odpovídající péče, reálně hrozí,

¹³ Všechny v textu odkazované, zmiňované zákony a vyhlášky uvádíme v jejich aktuálním znění, resp. jsme pracovali s jejich aktuálním zněním, které bylo k dispozici v době tvoření tohoto textu. Je poměrně pravděpodobné, že s postupujícím časem se bude legislativa proměňovat. Prosíme tedy ctěné čtenáře, aby si informace čerpané z legislativy ověřovali v aktuálním znění předmětných zákonů a vyhlášek, popř. v zákonech a vyhláškách, které stávající zákony a vyhlášky nahradí.

že u dítěte dojde ke ztrátě doposud osvojených řečových dovedností. Závažné dopady může mít i vrozené, resp. časně získané zrakové postižení. U dítěte s vrozeným či časně získaným závažným zrakovým postižením bývá také negativně ovlivňována schopnost komunikace – u těchto dětí ale zpravidla dochází k dosažení běžné komunikační schopnosti – pochopitelně je opět předpokladem dosažení takového úspěchu odpovídající péče o dítě a adekvátní předpoklady na straně dítěte (např. dostatečná úroveň intelektu). Mnohem obtížnější bývá vyrovnat se s dopady scházející zrakové zkušenosti. Zraková zkušenost má za běžné situace u dětí bez postižení podstatný vliv na rozvoj prostorové orientace a schopnost samostatného pohybu. U dětí se závažnějšími formami zrakového postižení zraková zkušenost buď částečně, příp. zcela schází a v důsledku toho pro ně bývá obtížné osvojit si schopnost samostatného pohybu. Pokud se jedná o dítě s časně získaným vážným vícenásobným postižením zraku a sluchu, je jejich „výchozí pozice“ velice obtížná (Langer 2006, s. 71). Situace se výrazněji komplikuje ve chvíli, kdy je takové dítě postiženo ještě dalším druhem či druhy postižení – např. poruchou hybnosti a poruchou intelektového vývoje. Podrobněji se jedincům s hluchoslepotou věnujeme na jiném místě textu – v části 5.2 Jedinci s hluchoslepotou.

4 Etiologie vícenásobného postižení

Podobě jako samotná vícenásobná postižení mohou být velice různorodé i příčiny jejich vzniku. Někdy nelze přesné příčiny vzniku vícenásobného postižení jasně identifikovat. Vícenásobné postižení může vzniknout v jakékoli fázi života jedince. Příčiny vzniku vícenásobného postižení lze tedy dělit z hlediska doby vzniku na: prenatální, perinatální a postnatální. Samotná vícenásobná postižení lze dělit dle doby vzniku na vrozená (vznikají v době prenatální a perinatální) a získaná (vznikají v době postnatální).

Nejtěžší formy vícenásobného postižení vznikají zpravidla v prenatálním období. Vícenásobná postižení, která vznikla v prenatálním období, bývají způsobována např.: genetickými vlivy, chromozomálními aberacemi, infekcemi, popř. intoxikací matky během těhotenství, nesprávnou výživou matky během těhotenství, mechanickým poškozením vyvíjejícího se plodu, škodlivými vlivy sociálního a materiálního prostředí, ve kterém matka během těhotenství žije, psychickými traumaty matky během těhotenství (Ludíková 2005, s. 11). Poměrně častou příčinou jsou (výrazně) předčasné porody, které bývají spojeny s nízkou, popř. velice nízkou porodní hmotností dětí. Výše uvedené vlivy mohou vést mj. k poškození mozku dítěte. U některých onemocnění je vysoká pravděpodobnost toho, že jimi nemocný člověk bude nositelem vícenásobného postižení. Jedná se např. o mozkovou obrnu, Downův syndrom, Wolfův syndrom, fetální alkoholový syndrom, Patauův syndrom, Frölichův syndrom, Edwardsův syndrom, ad. (Ludíková 2006, s. 304).

Vícenásobná postižení mohou vzniknout i v době perinatální, což je doba těsně před porodem, doba porodu a doba krátce po porodu. Negativní důsledky může mít (jak bylo již

uvedeno) výrazně předčasný porod, dále poruchy krevního oběhu u novorozence (např. s následným poškozením mozku), hypoxie¹⁴, asfyxie¹⁵ (obě také vedou primárně k poškození mozku). Dále může v perinatální době vést k poranění novorozence s trvalými následky v podobě vícenásobného postižení abnormalita porodních cest, popř. samotného dítěte, které mohou negativně ovlivnit průběh porodu, mohou vést k poranění dítěte (popř. i matky). Negativní následky se mohou objevit i u dětí s těžkou novorozeneckou žloutenkou, při které toxiny škodlivě působí na mozek dítěte (především na nervové buňky v mozkovém kmeni). Vliv na příp. výskyt vícenásobného postižení u dítěte může mít i vyšší, popř. vysoký věk jeho rodičů. U matek bývá uváděno, že věk nad 35 let je spojen s významně vyšší pravděpodobností vzniku postižení u dítěte (plodu) během nitroděložního vývoje (Kozáková 2005, s. 30, 31).

Největší počet lidí s vícenásobným postižením ale k tomuto postižení přijde až v průběhu života – tedy v době postnatální. Obvyklý „scénář“ vzniku vícenásobného postižení v postnatálním období je takový, že se k jednomu vrozenému postižení přidá během života jedince další postižení – jako důsledek nemoci (nádorová onemocnění, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, diabetes, a mnohé další), úrazu či degenerativních změn organismu, ale i užívání návykových látek (resp. může jít i o důsledky tzv. nelátkových závislostí¹⁶). Nemoci, úrazy i degenerativní změny organismu se mohou týkat v podstatě jakékoli jeho části, systému, funkce. Může se jednat např. o poškození: zraku, sluchu, mozku, schopnosti pohybu, schopnosti komunikovat.

Příčiny vzniku vícenásobných postižení můžeme dělit i z hlediska původu příčin na: vnitřní a vnější. Vnitřními (endogenními) příčinami bývají dědičné vlivy a genetické vlivy – vliv mutagenních faktorů (tj. např. negativní vliv záření, hladovění, škodlivých chemikálií). Vnějšími příčinami mohou být příčiny anorganické (fyzikální: mechanické, záření; chemické: jedy, chemikálie; nevhodná, plod poškozující léčiva), biologické (viry, bakterie, plísně), psychosociální (např. negativní vlivy výchovy) (Langer 2006, s. 71, 72).

¹⁴ Hypoxie – označení pro nedostatek kyslíku.

¹⁵ Asfyxie – přerušování dodávky kyslíku (vzduchu) do organismu dítěte (jedince). Nedostatek kyslíku je nebezpečný především pro mozek, který začne být poškozován již po několika málo (4 až 5) minutách bez dostatečného zásobení kyslíkem (Kraus 2005, s. 35).

¹⁶ Nelátkové (nechemické – behaviorální – nedrogové) závislosti jsou takové závislosti, při kterých závislé osoby nejsou závislé přímo na nějaké psychoaktivní zvějšku podávané látce (droze), ale jsou závislé na určité činnosti, aktivitě. Takto závislé osoby se postupem času přestávají ovládat a pokračují ve vykonávání činnosti i přes rostoucí negativní důsledky. Mezi nelátkové závislosti jsou řazeny: gamblerství, workholismus, kleptománie, netolismus (závislost na tzv. virtuálních drogách – např. sociálních sítích, online hrách, neúměrném prohlížení webových stránek), stalking (patologické sledování, obtěžování jiného člověka), hypersexualita (Státní zdravotní ústav 2024).

5 Specifika jedinců s vícenásobným postižením

S ohledem na již výše zmíněnou velikou různorodost jedinců s vícenásobným postižením je obtížné jasně určit jejich zastoupení v populaci. Ze stejných důvodů je podobně obtížné formulovat jejich přesné charakteristiky. U každého jedince s vícenásobným postižením je (jak jsme již uváděli) v podstatě jedinečná kombinace různých druhů a stupňů postižení. Další různorodost vyplývá z toho, v jaké době (v jaké fázi života) konkrétní jedinec k vícenásobnému postižení přišel. Na další specifika a jedinečnosti lidí s vícenásobným postižením „navádějí“ následující „otázky“.

- Jedná se o jedince, u kterého bylo nejprve pouze jedno postižení, a další se k prvnímu přidalo až později, nebo jedinec má od počátku více postižení?
- Vzniklo další postižení náhle, nebo za delší dobu – např. jako důsledek dlouhodobé nemoci?
- Jaké jsou osobnostní charakteristiky jedince s vícenásobným postižením?
- Jaké má sociální zázemí (např. rodinné)?
- Jaká je kvalita a kvantita péče, kterou má k dispozici?
- Jak dlouho je vícenásobné postižení u jedince přítomno (Langer 2006, s. 70)?

Odpovědi na uvedené otázky více či méně ovlivňují to, jaké charakteristiky, jaká specifika u každého jednoho člověka s vícenásobným postižením lze identifikovat. Lidé s vícenásobným postižením tak skutečně tvoří velice různorodou skupinu, kterou je velmi nesnadné nějak „obecněji“ charakterizovat, popsat. Navzdory tomu se o to v dalším textu pokoušíme.

Výše v části 3 Terminologie a klasifikace oboru jsme uvedli klasifikaci jedinců s vícenásobným postižením dle Vaška (Langer 2006, s. 70) (Ludíková 2006, s. 304) (Ludíková 2005, s. 10), který jedince s vícenásobným postižením dělí na: jedince s mentálním postižením a dalším postižením (nejpočetnější skupina), jedince s duálním smyslovým (senzorickým) postižením (hluchoslepotou) a jedince s poruchami chování a dalším postižením. Nyní se těmto skupinám jedinců s vícenásobným postižením budeme věnovat podrobněji.

5.1 Jedinci s mentálním postižením a dalším postižením

Jedinci s mentálním postižením a dalším postižením tvoří (jak bylo již zmíněno) nejpočetnější skupinu mezi jedinci s vícenásobným postižením. Poměrně časté je mentální postižení v kombinaci s poruchami hybnosti, příp. senzorickým postižením. V podstatě u všech jedinců s poruchami intelektového vývoje bývá přítomna narušená komunikační schopnost v podobě symptomatických poruch řeči (Slowík 2007, s. 147) (Kozáková 2005, s. 35). Mezi jedinci s mentálním postižením a dalším druhem postižení dominují jedinci s mentálním postižením a narušenou komunikační schopností, s výrazným odstupem (s asi polovičním množstvím) následují jedinci s mentálním postižením a postižením zraku, pak to jsou už pouze s malými

odstupy jedinci s mentálním postižením a poruchami hybnosti, resp. poruchami chování. Mnohem méně je pak jedinců s mentálním postižením a postižením sluchu. Jiné zdroje uvádějí, že kombinace mentálního postižení a postižení sluchu bývá mnohem častější než kombinace mentálního postižení a postižení zraku (Kozáková 2005, s. 37). Slowík (2007, s. 147) uvádí, že nemalou část jedinců s vícenásobným postižením tvoří jedinci s mentálním postižením a poruchami hybnosti. Přičemž zdůrazňuje, že často se jedná o jedince s mozkovou obrnou¹⁷ – u kterých je krom poruchy hybnosti přítomno i mentální postižení, příp. i další např. sensorické postižení či narušená komunikační schopnost. Uvedené údaje je tedy nutné brát s určitou rezervou a spíše jako orientační. Dalším druhem postižení, které se může pojít s mentálním postižením, jsou poruchy autistického spektra. Bývá uváděno, že až 80 % jedinců s poruchami autistického spektra trpí i mentálním postižením. Někdy může být obtížné odlišit od sebe projevy mentálního postižení a poruch autistického spektra. Jedinci s mentálním postižením mohou trpět i sensorickým postižením – tedy postižením sluchu, resp. zraku. Pokud jedinci s mentálním postižením mají závažnější formu postižení sluchu či zraku, je zpravidla obtížné takové sensorické postižení vhodně kompenzovat. Důvodem je to, že jedinec s mentálním postižením má menší potenciál osvojit si vhodné formy augmentativní či alternativní komunikace – pokud je třeba u jedince využívat. Pověšinou je pak nutné využívat jednodušší formy augmentativní, resp. alternativní komunikace (založené např. na piktogramech) (Slowík 2007, s. 148).

Jedinci s mentálním postižením a narušenou komunikační schopností představují jednoznačně nejpočetnější skupinu jedinců, u kterých je kombinace mentálního a dalšího druhu postižení. Někteří autoři dokonce uvádějí, že všichni jedinci s mentálním postižením mají souběžně i narušenou komunikační schopnost. Důvodem je to, že mentální postižení mívá (v závislosti na závažnosti) negativní důsledky na vývoj řeči. U jedinců s mentálním postižením lze obvykle detekovat omezený vývoj řeči, dyslálii (jako důsledek nedostatečné úrovně motorické koordinace a omezené fonemické diferenciací), huhňavost, breptavost, popř. dysartrii (u jedinců s mozkovou obrnou). Jedinci s mentálním postižením mívají obtíže se schopností rozumění, hodnocení i programování komunikace. Jedinci s mentálním postižením mívají nesnáze ve všech čtyřech jazykových rovinách. Mívají pak obtíže v: rozvoji fonemického sluchu – nebývají schopni rozlišovat fonémy, v artikulaci – tyto obtíže bývají důsledkem nedostatečné úrovně jemné motoriky (motoriky artikulačních orgánů), v tvorbě odpovídajícího obsahu sdělení – což bývá důsledek neschopnosti správného pochopení sdělovaného obsahu a nedostatečné schopnosti produkovat situaci vhodný vlastní obsah sdělení. Proto je důležité u dětí s mentálním postižením zabezpečit vhodnou logopedickou intervenci (Kozáková 2005, s. 38, 39).

¹⁷ V textu používáme označení mozková obrna, neboť toto označení je používáno jak v končící MKN-10, tak v MKN-11, přestože v běžné praxi bývá u nás stále ještě poměrně často používán pojem dětská mozková obrna, u kterého bývá používána zkratka DMO.

Jedinců s mentálním postižením a poruchami hybnosti je relativně velké množství. Do jisté míry platí, že čím závažnější je mentální postižení, tím je vyšší pravděpodobnost přítomnosti poruchy hybnosti (Kozáková 2005, s. 41). Častá bývá kombinace mentálního postižení a mozkové obrny – u jedinců s kombinací těchto postižení bývá často přítomna i narušená komunikační schopnost (cca 2/3 jedinců s mozkovou obrnou má mentální postižení a cca 1/2 má i epilepsii a poměrně časté bývá i postižení zraku a sluchu a narušená komunikační schopnost). Mentální postižení i poruchy hybnosti nemusí být pouze vrozené (resp. časně získané), ale jedinec k nim může přijít i kdykoli během života. Kdy se jedná o důsledky nemocí a úrazů (Kozáková 2005, s. 42, 43).

Jedinci s mentálním postižením a zrakovým postižením mohou v důsledku zrakového postižení trpět podnětovou deprivací, která negativně ovlivňuje rozvoj poznávacích procesů, který negativně ovlivňuje i mentální postižení. Negativní dopady i výběr adekvátních speciálněpedagogických přístupů závisí pochopitelně i u těchto jedinců na závažnosti postižení a na době jeho vzniku (Kozáková 2005, s. 46). Pokud je zrakové postižení tak závažné, že podstatně či úplně omezuje možnosti získávat podněty zrakem, je nutné jedince rozvíjet prostřednictvím kompenzace. To ale bývá negativně ovlivňováno mentálním postižením, které má negativní dopady na paměť (rychlé zapomínání, nepřesné vybavování, důležité je časté opakování), myšlení, pozornost (bývá zaměřena na výrazně menší množství podnětů a snadno odklonitelná na jiné podněty – nestálá) i komunikaci. Jedinci s mentálním postižením a postižením zraku bývají také zvýšeně unavitelní. Osvojení si dostatečných kompenzačních mechanismů bývá u jedinců s mentálním postižením skutečně mnohem náročnější a delší než tomu bývá u jedinců s běžnou, popř. vyšší úrovní intelektu. Pro zabezpečení odpovídající komunikace může být u některých těchto jedinců potřeba využívat vhodné formy augmentativní a alternativní komunikace – např. Makaton, Bliss systém (pokud to je třeba převedený do reliéfní podoby), popř. lze použít Braillovo písmo u jedinců se závažnějšími formami postižení to může být tzv. totální komunikace¹⁸ (Kozáková 2005, s. 47).

Jedinci s mentálním postižením a postižením sluchu – důsledky této kombinace opět velice závisí na stupni postižení a na době jeho vzniku. Pokud to je u konkrétního jedince smysluplné může využívat vhodné kompenzační pomůcky pro jedince s postižením sluchu. Jedinci se závažnějším postižením sluchu mohou využívat odezírání, jehož osvojení ale pro jedince s mentálním postižením nemusí být snadné, popř. vůbec možné. Osvojení si odezírání je závislé např. na: úrovni pozornosti, postřehu, rychlosti a správnosti realizování potřebných myšlenkových operací, kvalitě krátkodobé i dlouhodobé paměti, schopnosti se soustředit a porozumět sdělovanému obsahu, úrovni slovní zásoby, míře zkušeností

¹⁸ Totální komunikaci lze vnímat i jako „filosofii“ přístupu k jedincům s postižením než pouhou komunikační metodou. Lze do ní zahrnout spojení akustických, vizuálních, verbálních, neverbálních i manuálních prostředků tak, aby v ideálním případě došlo k optimálnímu pochopení a porozumění obsahu komunikace (Souralová 2023b).

a informací o realitě. I u jedinců s kombinací mentálního a sluchového postižení je možné využívat pro konkrétního jedince vhodné formy augmentativní a alternativní komunikace. Může se jednat např. o: daktylní abecedu, znakový jazyk (jeho osvojení ale může být pro jedince s mentálním postižením velice obtížné), často bývá využívána totální komunikace (Kozáková 2005, s. 48).

5.2 Jedinci s hluchoslepotou

Specifickou skupinou jedinců s vícenásobným postižením jsou jedinci s hluchoslepotou. Samotnou hluchoslepotu lze definovat jako osobité postižení, které vzniká kombinací zrakové a sluchové vady, které způsobuje obtíže v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě (Slowík 2007, s. 149). Popř. lze hluchoslepotu charakterizovat jako současné postižení zraku a sluchu, které je tak závažné, že svému nositeli způsobuje problémy v oblasti psychické, sociální i v oblasti běžných aktivit a situací života (Souralová 2000, s. 8). Přičemž u jedinců s hluchoslepotou je různá míra (závažnost) postižení – zdaleka ne každý jedinec s hluchoslepotou je zároveň zcela hluchý a slepý. Většina z nich má tedy různou úroveň zrakového a sluchového postižení (Slowík 2007, s. 148, 149). Další odlišnosti konkrétních jedinců s hluchoslepotou plynou z doby, ve které k postižení přišli. Významně se liší situace dítěte, které trpí hluchoslepotou od narození, a člověka, který k hluchoslepotě přišel až v dospělém či seniorském věku. Pochopitelně různorodost jedinců s hluchoslepotou plyne i z osobnostních charakteristik, specifik prostředí, ve kterém žijí, a adekvátnosti péče, která je jim poskytována. Tato různorodost v závažnosti, době vzniku postižení, ad. výše uvedených okolností, je příčinou toho, že jedinci s hluchoslepotou vyžadují skutečně velice individuální přístupy při výchově a vzdělávání, komunikaci, práci, volnočasových aktivitách, sebeobslužných činnostech, ad.

Přestože je obtížné přesnější údaje o počtu jedinců s hluchoslepotou dohledat, bývá uváděno, že v České republice je jich cca 1 500. Přičemž totální hluchoslepotou trpí cca 5 % z nich, tj. cca 75 lidí (Slomek 2006, s. 17, 18). Jiné zdroje uvádějí, že jedinci s totální hluchoslepotou tvoří 8 % z populace lidí s hluchoslepotou. Jedinci, u kterých dominuje sluchové postižení, tvoří cca 12 % jedinců s hluchoslepotou a jedinců, u nichž převládá postižení zraku, je cca 35 % z populace lidí s hluchoslepotou (Souralová 2023a).

Od roku 2001 je u nás legislativně ukotveno, že jedinci s hluchoslepotou využívají při pohybu po veřejných místech (ulicích, přechodech pro chodce, apod.) červenobílou hůl (viz obrázek 3). Před tím používali bílou hůl, což ale bylo matoucí a způsobovalo často nedorozumění, neboť bílou hůl využívají jedinci s postižením zraku. Hole mohou mít různou konstrukci. Mohou být: neskládací, skládací, teleskopické a kombinované – část je skládací a další část teleskopická (LORM 2024a). Podle funkce lze červenobílé hole dělit do následujících 3 skupin:

1. signalizační: upozorňuje na člověka s hluchoslepotou (pro chůzi s průvodcem, psem),
2. orientační: pro samostatný pohyb – slouží k prostorové orientaci, má chránit před architektonickými bariérami,
3. opěrná: určená pro lidi s hluchoslepotou a poruchami hybnosti (LORM 2024a).



Obrázek 3: Červenobílá hůl (Daruj spravne.cz 2024) (LORM 2024d)

U jedinců s vrozenou závažnou (popř. úplnou) hluchoslepotou je obtížné, popř. nemožné vytvořit základní formy interakce (komunikace) běžnými způsoby. Dítě s vrozenou závažnou hluchoslepotou bývá mimořádně pasivní, neprojevuje snahu o kontakt s okolím. Mnohdy setrvává v autostimulaci, rozvíjejí se u něj pouze stereotypní formy chování, které jsou bohužel namnoze sebepoškozující. Scházející orientačně-pátrací chování znemožňuje vytvoření základních předpokladů pro rozvíjení sociální interakce a vytvoření organizačních struktur v mozku dítěte, které by mu pomáhaly získané zkušenosti začleňovat do systému, díky němuž by se u dítěte mohly začít rozvíjet jednoduché formy učení (Souralová 2000, s. 9, 10). V důsledku toho svět dětí s vrozenou hluchoslepotou nemá vhodný systém, řád. Proto je potřeba kognitivní vnímání dítěte s hluchoslepotou uspořádat tak, aby u něho mohlo docházet k vytváření a zautomatizování vhodných vzorů chování, které mohou být podkladem pro vytváření vhodných komunikačních strategií, jež posléze mohou ústit v osvojení si stavu a specifickým dítěte odpovídajících komunikačních strategií. Dítě s hluchoslepotou pak může vnímat potřebné informace, které mohou podporovat jeho vývoj pozitivním směrem. Základní a nepostradatelnou roli v komunikaci s dítětem s hluchoslepotou má haptický kontakt mezi matkou (popř. osobou, která matku nahrazuje) a dítětem. Pokud není dostatečný, může se u dítěte objevit chování, které je charakteristické pro jedince s poruchami autistického spektra. Posléze se lze snažit o osvojení obdobných vzorců chování jako u dětí bez postižení – je ale třeba si uvědomit, že to u dětí s hluchoslepotou zabere výrazně mnohem více času a energie. Současně míra osvojení vhodných vzorců chování závisí i na příp. dalších druzích postižení, kterými může dítě trpět (např. mentální postižení, poruchy hybnosti). Vhodné chování, dovednosti si může dítě s hluchoslepotou osvojovat např. díky tzv. simultánní imitaci. Při ní dítě s hluchoslepotou

imituje matku (popř. osobu, která matku nahrazuje) při běžných a pro život důležitých činnostech, jako jsou např.: příjem potravy a oblékání. Imitace je využívána i při osvojování si náročnějších dovedností, resp. schopností. Díky vhodné zpětné vazbě si může dítě s hluchoslepotou na základě vlastní zkušenosti uvědomit, že za určitých okolností, při určité situaci má jeho chování určitý (někdy např. stále stejný) vliv na okolí, resp. že po určitém chování, projevu dítěte následuje z okolí vždy stejná reakce. Pokud si dítě s hluchoslepotou osvojí základy sociální interakce (komunikace), výrazně se zvyšuje pravděpodobnost rozvoje vlastní, spontánní aktivity dítěte. Současně se jedná o nezbytný předpoklad pro vytvoření a osvojení si pro dítě vhodného komunikačního systému¹⁹ (Souralová 2000, s. 10).

Většinu z populace jedinců s hluchoslepotou ale tvoří jedinci, kteří k tomuto vícenásobnému postižení „dojdou“ v průběhu života. Jedinci s vrozenou hluchoslepotou představují (naštěstí) pouze menší část z těchto lidí. Nejvíce jsou v populaci jedinců s hluchoslepotou zastoupeni jedinci se získanou hluchoslepotou, která bývá způsobována procesy, které doprovázejí stárnutí (Hlaváčová in Slowík 2007, s. 149). Některé zdroje uvádějí, že až 50 % lidí s hluchoslepotou k tomuto postižení přišlo v důsledku Usherova syndromu. Což je závažné postižení způsobované genetickou poruchou – jedná se o dědičné onemocnění, současně je postižen zrak i sluch. Jedinci s Usherovým syndromem často mívají vážné obtíže s rovnováhou. Postižení zraku se výrazně zhoršuje během dětství a dospívání a může končit úplnou slepotou. Zrak se zhoršuje v důsledku pigmentové degenerace oční sítnice. Poměrně dlouho může setrvávat tzv. tunelové vidění. Sluchové postižení může být různé závažnosti a bývá prvním zaznamenaným příznakem Usherova syndromu. Relativně častá je vrozená úplná hluchota a progresivní slepota, o které byla již výše řeč. Bývá uváděno, že Usherův syndrom se vyskytuje u cca 3 až 10 lidí ze 100 000. Léčba je v současnosti nemožná (ale výzkum pokračuje a objevují se informace o možnostech, jak by se dalo lidem s Usherovým syndromem zásadněji pomoci, např. prostřednictvím genové terapie). Soudobá léčebná péče se snaží o zpomalení zhoršování, resp. ztráty zraku a vhodné kompenzování sluchového postižení. Prognóza stavu je proto negativní. Většina jedinců s Usherovým syndromem začíná mít výraznější obtíže se zrakem okolo věku 20 až 30 let a postupem času mohou zcela oslepnout (Slowík 2007, s. 149) (WikiSkripta 2018b). Podstatně méně jedinců s hluchoslepotou ke svému postižení přišlo v důsledku prodělaných závažných nemocí (Slowík 2007, s. 150).

Podle doby vzniku hluchoslepoty lze rozlišit 4 skupiny jedinců s hluchoslepotou:

- 1) jedinci se souběžným postižením zraku a sluchu od narození nebo raného dětství,
- 2) jedinci nevidomí od narození nebo raného dětství se získaným postižením sluchu,
- 3) jedinci neslyšící od narození nebo raného dětství se získaným postižením zraku,
- 4) jedinci se získaným postižením zraku a sluchu během života, které má významný funkční dopad (LORM 2024c).

¹⁹ Mnohé, podrobnější informace o výchově a vzdělávání jedinců s hluchoslepotou lze nalézt např. ve zde parafrázované publikaci Souralové (2000).

Doba vzniku a konkrétní podoba – závažnost hluchoslepoty má zásadní vliv na možnosti vývoje, popř. rozvoje dítěte, resp. jedince s hluchoslepotou – včetně komunikace, které se věnujeme v dalším textu.

Komunikace s jedinci s hluchoslepotou

Komunikace jedinců s hluchoslepotou bývá specifická především tím, že tito jedinci bývají negativně ovlivňováni nedostatkem vnějších podnětů, informací. To se zpravidla odráží na opožděném popř. omezeném vývoji (osobnostním, sociálním, emocionálním, intelektuálním i komunikačním) především u dětí s vrozenou závažnou hluchoslepotou. V oblasti komunikace bývá negativně ovlivněna především expresivní stránka komunikace (Souralová 2000, s. 11). Obtížná a specifická situace jedinců s hluchoslepotou je zapříčiněna tím, že je u nich postižen druhý smysl, který bývá obvykle využíván jako kompenzační – zrak a sluch. „Běžně“ je u jedinců se sluchovým postižením kompenzačním smyslem zrak a u jedinců se zrakovým postižením sluch. To je u jedinců s hluchoslepotou (v závislosti na závažnosti postižení) buď zcela nemožné, nebo možné pouze v omezené míře. U jedinců se závažnými formami hluchoslepoty bývá jediným kompenzačním smyslem, prostřednictvím kterého lze komunikovat, hmat (Slowík 2007, s. 149). Pokud jsou tito jedinci postiženi dále i výraznějšími poruchami hybnosti, jejich situace bývá ještě obtížnější – neboť např. nemohou využívat Braillovo písmo, resp. další možnosti komunikace, které zmiňujeme níže.

V různých zdrojích lze nalézt určité zásady, pravidla pro kontakt, komunikaci s jedinci s hluchoslepotou. Je třeba si ale uvědomit, že se nejedná o nějaká přesná, „tvrdě“ definovaná pravidla. Jejich využitelnost a vhodnost vždy záleží na závažnosti postižení a osobnostních charakteristikách, aktuálním stavu konkrétního jedince s hluchoslepotou (i jeho komunikačních partnerů). Přesto lze zmínit určitá doporučení (chcete-li zásady, pravidla), která obvykle bývá vhodné dodržovat. Při kontaktu s jedincem s hluchoslepotou bychom měli:

- se vyvarovat silných projevů soucitu, lítosti, stejně tak ale na druhé straně „poznámek“, které mohou zpochybňovat kompetentnost a schopnosti jedince s hluchoslepotou;
- na počátku interakce vždy jedince s hluchoslepotou vhodným způsobem upozornit na svou přítomnost a představit se mu;
- přistupovat k jedinci s hluchoslepotou s rozvahou, aby se nevylekal;
- se při oslovení jedince s hluchoslepotou jemně dotknout jeho paže, popř. jej oslovit jménem, aby věděl, že s ním komunikujeme;
- být trpěliví – komunikace, interakce může být pro jedince s hluchoslepotou velice namáhavá, v důsledku čehož může komunikovat pomaleji;
- klidně využívat i slova jako: vidět, dívat se, prohlédnout si, číst si, poslouchat, apod., neboť jedinci s hluchoslepotou je sami také používají;
- při odchodu jedince s hluchoslepotou upozornit, že odcházíme;

- komunikovat v co nejnižším – nejméně rušícím prostředí;
- při komunikaci s jedincem s hluchoslepotou být vždy čelem k němu, jestliže ale slyší pouze na jedno ucho, mluvíme z patřičné strany;
- komunikaci realizovat ve vhodně osvětleném prostředí, stát máme vždy čelem ke zdroji světla, aby jedinec s hluchoslepotou nebyl oslňován;²⁰
- pokud jedinec s hluchoslepotou komunikuje mluvenou formou řeči, hovořit přirozenou intonací, neslabikovat, vyslovovat pomalu, zřetelně, ale nezvyšovat hlas;
- komunikovat s jedincem s hluchoslepotou takovou formou, kterou ovládá on i my;
- mít na paměti, že jedinci s vrozenou hluchoslepotou mnohdy mívají nižší slovní zásobu, proto může být oprávněné vyhýbat se např. cizím, popř. složitým pojmům, ironii, apod.;
- pokud jsou přítomny i další osoby, vždy jednat, komunikovat právě s tou osobou, se kterou to má smysl – nejednejme „zprostředkovaně“ – např. s rodiči či asistentem jedince s hluchoslepotou, když k tomu není jasný důvod;
- pokud komunikujeme verbálně, vyvarovat se jezení, pití, žvýkání, „schovávání“ si obličeje, mluvidel – zkrátka bychom se měli vyvarovat veškerého jednání, které může mít negativní dopad na průběh komunikace, interakce s jedincem s hluchoslepotou;
- požádat jedince s hluchoslepotou o zopakování, pokud jsme neporozuměli sdělovanému;
- pomocí zpětné vazby zjišťovat, zda jedinec s hluchoslepotou rozumí sdělovanému obsahu (neptáme se, zda rozumí, ale co nám rozumí) (LORM 2024e).

U dětí s vrozenou hluchoslepotou komunikace mívá nejdříve formu nesymbolickou. Informace jsou tak přenášeny bez využívání symbolů. Komunikace je zprostředkovávána např. pomocí chování a pohybů těla (může jít o vrozená gesta). Dítě s hluchoslepotou jimi může vyjadřovat např. své pocity. Okolím se tak může dozvědět o emocionálním naladění dítěte, o vztahu k činnosti, kterou dítě vykonává, popř. o vztahu k osobě, která je v blízkosti dítěte. Je důležité, aby lidé v okolí dítěte dokázali správně vyhodnocovat „signály“, které dítě „vysílá“, a dávali to dítěti najevo (poskytovali mu adekvátní zpětnou vazbu). Díky tomu má dítě možnost si uvědomit, že jeho „komunikační snahy“ mají smysl a že má smysl v „komunikačním snažení“ pokračovat. Pokud se toto nepodaří, je velice pravděpodobné, že dítě další snahy o komunikování vzdá, popř. komunikaci omezí na velice nízkou úroveň (Souralová 2000, s. 23). V závislosti na příp. přítomnosti dalších postižení (především postižení intelektu) lze dosáhnout dalšího rozvoje komunikačních schopností.²¹ Tím bývá využívání reálných objektů (předmětů). Reálné objekty (konkrétní předměty) reprezentují

²⁰ Pokud se jedná o jedince s prakticky využitelným zrakem.

²¹ Je třeba si uvědomit, že někteří jedinci s vícenásobným postižením – s hluchoslepotou a závažnějšími formami mentálního postižení mohou využívat po celý život např. pouze výše uvedenou komunikaci prostřednictvím chování a pohybů těla, popř. mohou dosáhnout komunikace s využíváním reálných objektů, ale už si bohužel nemusí být schopni osvojit formy komunikace, které jsou kognitivně náročnější.

určité činnosti, osoby, zvířata, ad. Dítě s hluchoslepotou musí být schopné anticipovat (předjímat, předvídat). Následně může být díky odhmatání reálného předmětu dítě připraveno na to, co bude následovat. Docílení pochopení reálného předmětu jako „reprezentanta“ určité činnosti, osoby, ad. bývá u dětí s hluchoslepotou obtížné (Souralová 2000, s. 24). Reálné objekty lze využívat pro:

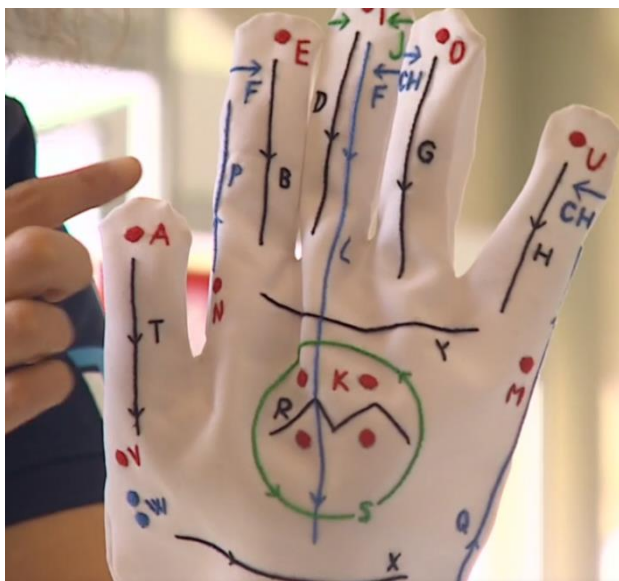
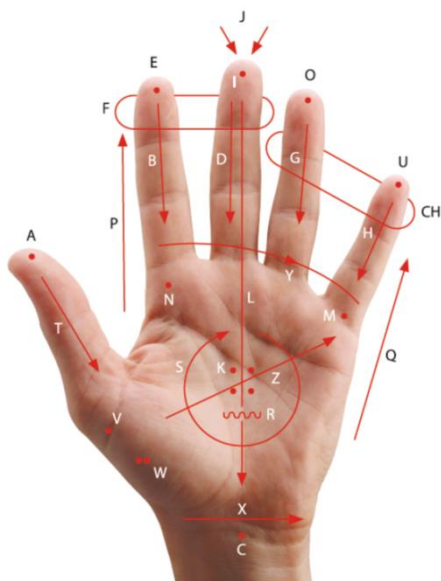
- strukturaci dne: představuje pevnou denní „rutinu“, kterou je třeba dodržovat. Každá činnost ve struktuře dne je reprezentována vhodným reálným objektem, který ji nejlépe vystihuje. Může se jednat o 4 až 5 činností, resp. předmětů, které mohou být např. v košíku. Je třeba, aby byly rozmístěny vždy stejně a v takovém pořadí, v jakém následují činnosti, které jsou reálnými předměty reprezentovány. Může se jednat např. o tužku, která reprezentuje učení, o jablko, které reprezentuje svačinu, o míček, který reprezentuje pohybovou činnost, talíř, který reprezentuje oběd.
- Strukturace týdne: reálné objekty reprezentují aktivity, které jsou realizovány v konkrétní dny týdne.
- Strukturace jednotlivých činností: reálné objekty informují dítě o průběhu konkrétní činnosti. Např. se může jednat o informace, které se týkají toho: kdo dítě povede, kam půjdou, co tam budou dělat, jaký bude sled činností, jak dlouho bude aktivita trvat a co bude následovat po ní (Souralová 2000, s. 25).

Po zvládnutí předchozího způsobu komunikování lze pokračovat k užívání symbolických objektů. Postupuje se tak, že používáme stále menší reálné objekty, příp. můžeme celý reálný objekt nahradit pouze jeho jednou částí (např. kousek látky kabátu, znamená, že dítě půjde ven) (Souralová 2000, s. 26). Dvojměrná reprezentace objektů následuje po užívání symbolických objektů. Objekty postupně nahrazujeme jejich realistickými obrazy – předpokladem je, že děti mají zachovalé prakticky využitelné zbytky zraku. Dvouměrná reprezentace objektů může mít různou podobu – záleží na specifikách konkrétního dítěte – na tom, jaká jsou specifika jeho zrakového vnímání. Zda lépe vnímá jednoduché černobílé kresby, nebo barevné fotografie, apod. U dětí s úplnou slepotou lze využít reliéfní zobrazení, které umožňuje odhmatání – ovšem pro tyto děti bývá přechod ke dvouměrnému zobrazení velice obtížný (Souralová 2000, s. 26, 27). Další formou komunikace dětí s vrozenou hluchoslepotou může být gestikulace, při které je využíván omezený počet přirozených posunků (gest), kterými lze vyjádřit jednoduché aktivity, např.: souhlas, nesouhlas, jídlo, pití. Gesta mohou být realizována rukou, ale i jinými částmi těla. Gesta mohou mít význam slov, ale i celých vět. Děti s hluchoslepotou bývají schopné si samy vytvořit a osvojit cca 25 základních gest (Souralová 2000, s. 27, 28). Pokud se podaří jedinci dojít ve vývoji komunikačních schopností až k využívání gest, je pravděpodobné, že bude v jeho možnostech osvojit si i některý z komplexnějších²² a na osvojení i užívání náročnějších komunikačních systémů.

²² Jedná se o systémy, které umožňují vyjadřovat mnohem obsáhlejší, podrobnější, ucelenější sdělení než předchozí možnosti. Mnohé z nich mohou umožňovat obdobně bohatou komunikaci jako běžné formy komunikace.

Takovým systémem může být např. znakový jazyk. Využívání klasické podoby znakového jazyka je spojené s dostatečnou úrovní zrakového vnímání. Jestliže jej jedinec s hluchoslepotou není schopen, je nutné znakový jazyk vhodně upravit. Úprava spočívá např. v: omezení počtu pohybů v každém znaku, nedostatečné zrakové vnímání se snažíme nahradit hmatovým vnímáním – místo v prostoru znakujeme na těle, popř. lze znakovat ruku v ruce (jedinec s hluchoslepotou přidržuje své ruce u rukou druhého člověka, který znakuje) znaky by měly využívat celou ruku, ne pouze prsty, vyhýbáme se používání symbolických znaků (Souralová 2000, s. 28, 29).

Pro komunikaci jedinců s hluchoslepotou lze dále využívat např. Lormovu abecedu²³, což je dlaňová abeceda využívaná u jedinců s praktickou či totální hluchoslepotou. Jednotlivé doteky do dlaně odpovídají konkrétním písmenům (Slowík 2007, s. 149). Při komunikaci je využívána dlaňová strana ruky se vztyčenými a mírně roztaženými prsty. Pokud by měl jedinec s hluchoslepotou necitlivou dlaň, popř. vnitřní strany prstů, lze využít hřbetní část ruky. Mluvčí využívá k vyznačování jednotlivých písmen zpravidla ukazováček dle schématu, které je zachyceno na obrázku 4 (LORM 2024b). Lormova abeceda je upravována pro různé jazyky (původně byla Lormem vytvořena pro jeho rodný jazyk – němčinu). Na obrázku 5 je zobrazena tzv. cvičná rukavice pro nácvik Lormovy abecedy. Lormova abeceda je vnímána jako snadno osvojitelná, což je uváděno jako její veliká přednost (Massowová 2024).



Obrázek 4: Lormova abeceda – česká verze (LORM 2024b)

Obrázek 5: Lormova abeceda – cvičná rukavice (ČT24 2018)

²³ Hieronymus Lorm (vlastním jménem Heinrich Landesmann) se narodil v roce 1821 v Mikulově. Byl to básník, filozof a novinář, nejvíce se ale proslavil jako tvůrce komunikačního systému pro lidi s hluchoslepotou. V 16 letech v důsledku onemocnění přišel o sluch a částečně o zrak, který ovšem během dalšího života ztratil úplně (v roce 1881). Před ztrátou zraku stihl vytvořit komunikační systém, který mu umožnil se dále dorozumívat s okolím. Díky tomuto komunikačnímu systému dokázal předčítat i diktovat text, hrát šachy, přijímat notový záznam. I přes totální hluchoslepotu tedy dál tvořil a udržoval kontakty s např. literárními osobnostmi své doby. Zemřel roku 1902, pochován je v Brně-Židenicích. Lormova abeceda byla poprvé představena veřejnosti jeho dcerou Marií Landesmannovou v roce 1908 a osvědčila se natolik, že je používána dodnes – patří mezi základní komunikační systémy jedinců s hluchoslepotou (ČT24 2018), (Massowová 2024).

Princip Lormovy abecedy může být využit i při snaze komunikaci jedinců s hluchoslepotou usnadnit, zefektivnit zapojením moderních technologií na bázi informačních a komunikačních technologií. Jsou snahy poskytnout jedincům s hluchoslepotou speciální rukavici (viz obrázek 6), která je opatřena speciálními senzory. Když člověk po senzorech přejíždí prsty druhé ruky (která je bez rukavice), tyto senzory (resp. patřičný software) „převědou“ senzory zaznamenané pohyby do textové podoby a zobrazí je např. na smartphonu, počítačovém tabletu. Možný je i opačný postup, při kterém je text „převeden“ do senzorů na rukavici a jedinec s hluchoslepotou tak může text „odhmatat“. Takto by mohli lidé s hluchoslepotou komunikovat i s lidmi, kteří Lormovu abecedu neovládají (Tiché zprávy 2015).



Obrázek 6: Speciální rukavice pro jedince s hluchoslepotou využívající princip Lormovy abecedy (Tiché zprávy 2015)

Další možností komunikace s jedinci s hluchoslepotou je daktylotika do dlaně (prstová abeceda do dlaně) – viz obrázek 7, což je upravená prstová abeceda – není značena do prostoru, ale do dlaně jedince s hluchoslepotou (Slowík 2007, s. 149). Písmena jsou vyjadřována různým postavením prstů ruky a mohou být zobrazována buď pomocí obou, nebo pouze jedné ruky. Konkrétně se jedná častěji o jednoruční prstovou abecedu, při které se poloha a postavení prstů neznačí do prostoru, ale písmena se vtiskávají do dlaně příjemce sdělení, který písmena odhmatává (LORM 2024e).



Obrázek 7: Daktylotika do dlaně (LORM 2024e)

Tadoma je způsob komunikování, který bývá využíván u jedinců s vrozenou hluchoslepotou. Jedinec s hluchoslepotou má při komunikaci položenou svou ruku na tváři a hrdle mluvčího – malíčkem vnímá vibrace na hrdle a palcem ruky pohyby rtů, díky čemuž může vnímat pohyby čelisti, popř. jazyka mluvčího, ostatní prsty ruky má na tváři mluvčího (Slowík 2007, s. 149), tak může vnímat vibrace na tvářích, čelistech a krku. Postavení – rozložení prstů může být i odlišné – takové, jaké jedinci s hluchoslepotou vyhovuje (pro odhmatávání mohou být využívány obě ruce) – viz obrázek 8. Tadoma je někdy označována jako vibrační metoda, jejíž podstata spočívá v hmatovém „čtení“ mluvené formy řeči (LORM 2024e). Tadomu vytvořila učitelka Sophie Alcorn (1883–1967) ze Spojených států amerických (v dané době působila na Perkins School for the Blind v Massachusetts). Svou metodu pojmenována po prvních dvou dětech, u kterých ji použila. Byl to Winthrop „Tad“ Chapman a Oma Simpson (Lockel 2024). Tadoma vyžaduje silné soustředění a vycvičený hmat – ne všichni jedinci s hluchoslepotou jsou schopni ji využívat (Souralová 2000, s. 50).



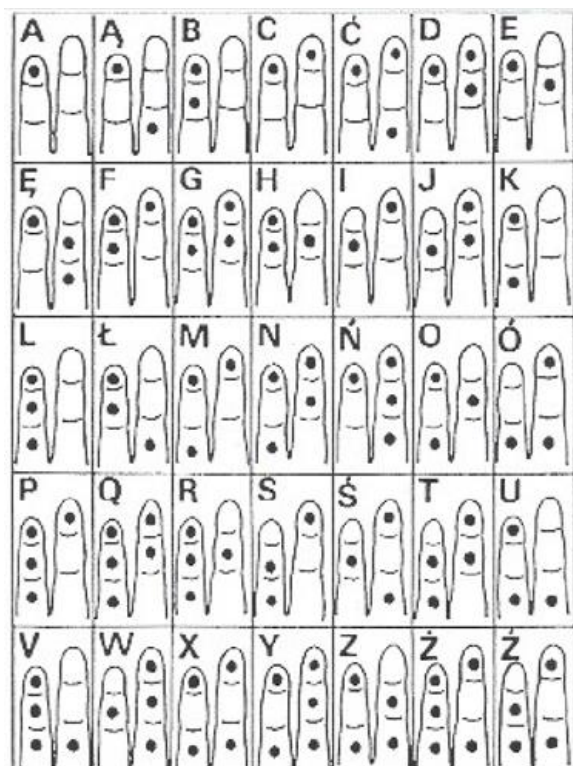
Obrázek 8: Různé varianty metody tadoma (Comunicazione e disabilità 2014) (LORM 2024e)

První veřejně známou osobností, která komunikovala prostřednictvím tadomy, byla Helen Keller (1880–1968), jejíž „životní příběh“ rozhodně stojí za prostudování. Ctěným čtenářům tedy doporučujeme, aby si o této neobyčejné ženě vyhledali a prostudovali informace, kterých je dostupných poměrně hodně mj. ve zdrojích, které jsou přístupné prostřednictvím internetu. Využívání tadomy Helen Keller je zobrazeno na obrázku 9, na kterém je spolu se svou učitelkou Anne Macy Sullivan (1866–1936).

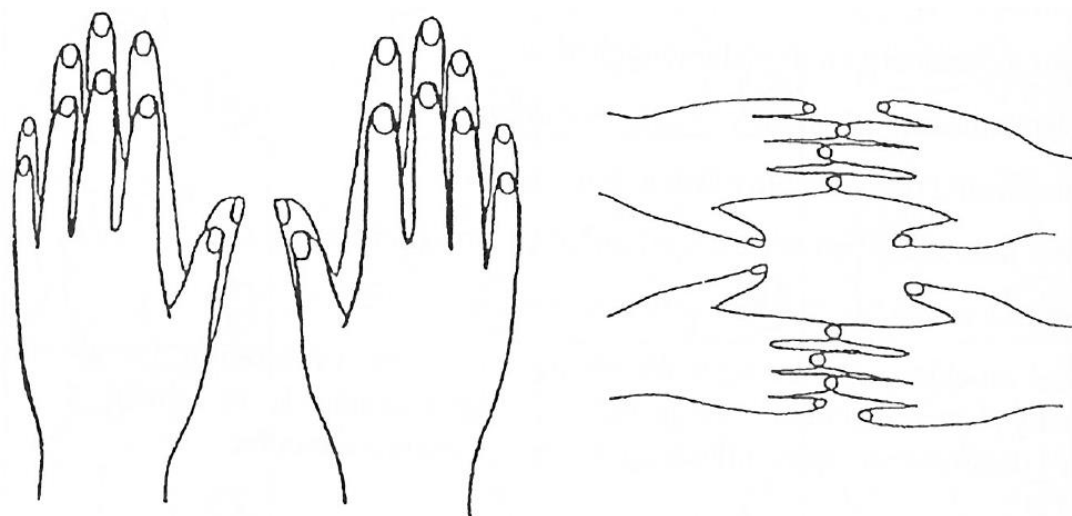


Obrázek 9: Helen Keller a její učitelka Anne Macy Sullivan ukazují používání metody tadoma (Helen Keller Chanel 2015)

Braillovo bodové písmo je další možností, jak komunikovat s jedinci s hluchoslepotou. Využívá se u těch z nich, kteří nejsou schopni číst běžné písmo a kteří současně mají dostatečně rozvinutý hmat (resp. jemnou motoriku), aby mohli bodové písmo používat. (Souralová 2000, s. 38). U jedinců s hluchoslepotou bývá používána tzv. jednoruční varianta Braillova písma do dvou prstů (viz obrázek 10). Jednotlivá písmena jsou vpisována na levý ukazovák a prostředník. Lze využívat i dvouruční Braillovo písmo do prstů. Jedinec, který něco sděluje jedinci s hluchoslepotou, položí své ruce na ruce jedince s hluchoslepotou a dotýká se jich tak, jako by psal na psacím stroji pro bodové písmo, mezery se značí dotekem celé dlaně – viz obrázek 11 (Souralová 2000, s. 41).

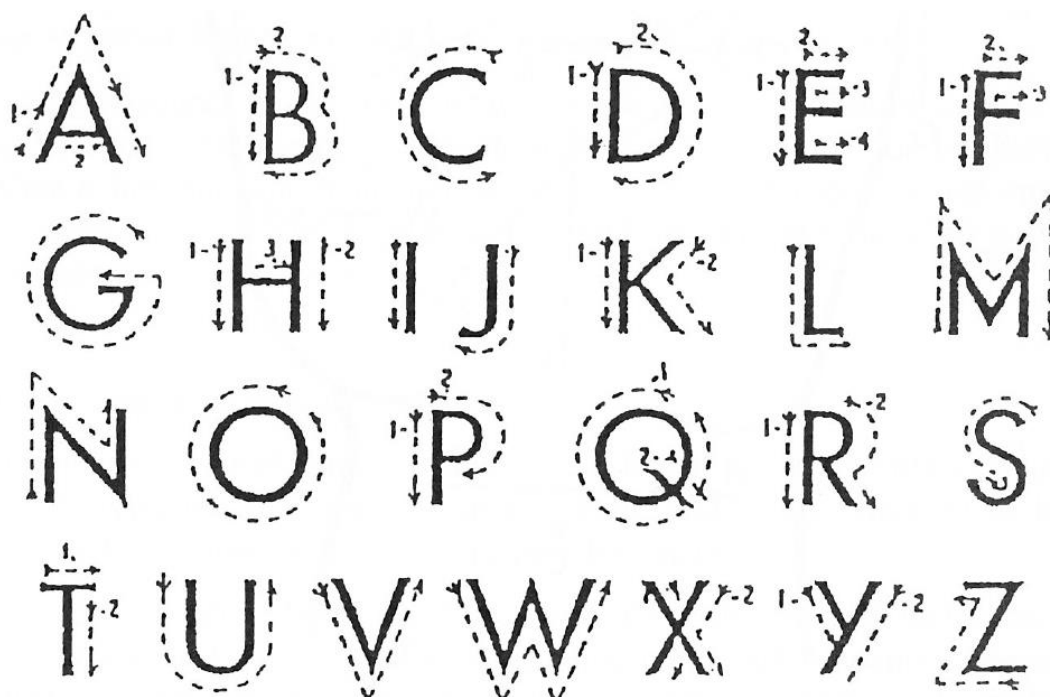


Obrázek 10: Jednoruční Braillovo písmo do dvou prstů (Souralová 2000, s. 40)



Obrázek 11: Dvouruční Braillovo písmo do prstů (Souralová 2000, s. 41)

Dalším komunikačním systémem, který mohou využívat jedinci s hluchoslepotou, je vpisování tiskacích písmen do dlaně (viz obrázek 12). Využívají jej zpravidla jedinci, kteří přišli o zrak a sluch až ve vyšším věku. V předchozím životě si tedy osvojili běžné formy komunikace a tento systém komunikování je proto pro ně snadněji osvojitelný než systémy předcházející. Velká tiskací písmena „píšeme“ do dlaně (zpravidla) levé ruky jedince s hluchoslepotou. Ten odpovídá obdobně. Tento způsob komunikování vyžaduje nemalé soustředění (Souralová 2000, s. 45, 46).



Obrázek 12: Tiskací písmena vpisovaná do dlaně (Souralová 2000, s. 45)

Jestliže jedinci s hluchoslepotou mají dostatečně využitelné zbytky zraku, mohou využívat i běžné psané písmo. Mohou při tom používat vhodné pomůcky, které jim čtení i psaní tohoto písma mohou do jisté míry usnadnit – např. digitální lupy, softwarové lupy.

Jedinci s vrozenou hluchoslepotou si za příznivých okolností²⁴ mohou osvojit i mluvenou formu řeči.

5.3 Jedinci s poruchami chování a dalším postižením

Poruchy chování mohou být přítomny u jedinců s jakýmkoli jiným druhem postižení. Poruchy chování mohou být důsledkem psychických poruch, popř. negativních sociálních vlivů, resp. mohou být příčiny kombinované. Relativně časté je u jedinců s poruchami chování mentální postižení. S ohledem na to, že mnohdy tito jedinci žijí v rodinách, v prostředí, které je dysfunkční, patologické (alkoholismus, agresivita, ad.), bývá jejich vývoj takovýmto

²⁴ Např. dostatečná úroveň intelektu, dostatečná motorika artikulačních orgánů, dostupnost potřebné výchovně-vzdělávací péče. Na těchto i dalších okolnostech je závislé i to, do jaké míry (kvality i kvantity) si mluvenou formu řeči osvojí.

prostředím negativně ovlivňován. U jedinců s mentálním postižením je míra ovlivnění prostředím vyšší než u intaktní populace, neboť u nich bývá přítomna zvýšená sugestibilita (ovlivnitelnost) (Slowík 2007, s. 150). Jejich názory bývají tedy mnohem snadněji ovlivnitelné než názory jedinců bez mentálního postižení. Míra regulace vlastního chování bývá u jedinců s mentálním postižením významně ovlivňována emocionálními prožitky. Obvykle proto preferují takové jednání, které jim zabezpečuje bezprostřední uspokojení. Jedinci s lehčími formami mentálního postižení bývají schopni si osvojit základní formy vhodného chování, mohou pociťovat stud, vinu, apod. Zvnitřnění základních norem chování u nich bývá pomalejší a vliv těchto norem na jejich chování omezený (Růžička 2005, s. 96). Další negativní okolností bývá to, že jedinci s mentálním postižením mívají problémy s objektivním vyhodnocením dopadů svého jednání – v důsledku toto se mohou dopouštět i závažných trestných činů. Na druhou stranu bývají lidé s mentálním postižením poměrně často sami obětí trestné činnosti jiných osob (Slowík 2007, s. 150). Dle Bajcury (in Slowík 2007, s. 150) jsou počty vězňených jedinců s mentálním postižením třikrát vyšší, než by odpovídalo jejich zastoupení ve společnosti.

Další skupinou jedinců, u kterých se mohou objevit poruchy chování, jsou jedinci s poruchami autistického spektra. Ti představují skupinu jedinců s relativně velice různorodými příznaky – v závislosti na tom o jedince, s jakým druhem poruchy autistického spektra se jedná. Jedinci s poruchami autistického spektra mívají potíže s rozlišováním projevů pozitivních, resp. negativních emocí, s porozuměním mezilidským vztahům, apod. Mnohdy mohou vnímat živé bytosti jako neživé objekty. Začasté vnímají negativně jakékoli aktivity směřující ke komunikaci, resp. interakci. Obtížně rozlišují vhodné a nevhodné chování v určitých situacích (Růžička 2005, s. 97). Často nevnímají pochválení, resp. pokárání jako něco, co by pro ně mělo mít jakoukoli hodnotu, smysl. Relativně četná je u nich zvýšená pohotovost k agresivnímu chování (destrukce věcí, útoky na jiné lidi, autoagrese) (Růžička 2005, s. 98).

Poruchy chování u jedinců se zrakovým postižením – ovlivňování psychosociálního vývoje bývá výraznější u jedinců s vrozeným závažnějším zrakovým postižením. Nicméně „obecně“ lze říci, že jedinci se zrakovým postižením mívají potíže s poruchami chování pouze málokdy. Mnohem častěji se kvůli sníženým možnostem sebeobrany stávají oběťmi trestných činů (krádeže, loupeže, šikana, týrání, zneužívání, ad.). Relativně mnohem četněji se tedy dostávají do pozice oběti než pachatele. U jedinců se zrakovým postižením se lze setkávat s chováním, které bývá sebedestrukční – např. zneužívání návykových látek, sebezpoškozování, pokusy o sebevraždy. Především jedinci s vrozenou nevidomostí mohou mít častěji obtíže s adekvátním porozuměním různým sociálním situacím, nemusí např. vhodně interpretovat význam různých sociálních situací a projevů ostatních lidí. Z toho mohou plynout jejich obtíže, problémy v mezilidských interakcích (Růžička 2005, s. 98, 99).

U jedinců se sluchovým postižením může – především u jedinců s vrozeným závažným sluchovým postižením – hrozit podnětová deprivace, která může komplikovat vývoj

psychosociální složky osobnosti. Mnohdy obtížně chápou, jaké chování je vhodné, jaké nevhodné a jaké je zakázané. Mívají těžkosti se sociální orientací a chápáním různých situací i s pochopením pocitů, názorů, postojů jiných lidí. U některých jedinců se sluchovým postižením může docházet k negativistickým a podezřívavým postojům vůči ostatním a k potížím se sebeovládáním, v rámci čehož mívají výrazný vliv emoce. Často tedy mohou reagovat impulsivně, zkratkovitě, neracionálně – nedokáží adekvátně zvážit smysluplnost svého počínání. Mívají tedy problémy se sebeovládáním. Dále mohou mít někteří jedinci se sluchovým postižením obtíže s dostatečným zvnitřněním komplexu norem vhodného chování, který má u lidí sloužit k adekvátní autoregulaci vlastního chování. Důsledkem bývá to, že nemají dostatečně fixované běžné normy chování. Pak si ani nemusejí uvědomovat odpovědnost za své vlastní chování – absentuje u nich pocit viny, studu. Obtíže jedinců se sluchovým postižením v oblasti chování mohou být posilovány i komunikační bariérou (pokud např. používají znakový jazyk), která je může nasměrovat k interakcím pouze v rámci skupiny lidí, kteří komunikují stejným způsobem. K ostatní populaci pak mohou mít negativní, podezřívavý přístup. Někteří jedinci se sluchovým postižením mívají poměrně časté spory s ostatními lidmi, mohou se projevovat asociálně – afektivními projevy, agresivním chováním, popř. stažením se do sebe (Růžička 2005, s. 99, 100).

Jedinci s poruchami hybnosti – zvláště ti, u kterých došlo v důsledku postižení k negativním dopadům na jejich zevnějšek – mohou mít problémy se sebepřijetím. Viditelné odlišnosti jedinců s poruchami hybnosti mohou mít negativní dopad na jejich sebehodnocení i sociální status. Mnozí lidé v okolí jedinců s poruchami hybnosti mívají nesprávný sklon spojovat negativní fyzickou podobu s negativními povahovými vlastnostmi, s negativními osobnostními charakteristikami. Jedinci s poruchami hybnosti se mohou stávat terčem posměchu, opovrhování, podceňování, stigmatizace. „Podhoubím“ nevhodného chování u jedinců s poruchami hybnosti mohou být stres a frustrace, které plynou z mnohdy dlouhodobě působícího podceňování, popř. odmítání ze strany sociálního okolí. Nevhodné chování pak bývá v podstatě obranou reakcí, která plyne ze sociální pozice jedince s poruchami hybnosti. Nevhodné chování u nich mívá podobu agresivního chování, sebepoškozování, zneužívání návykových látek. Na druhé straně bývají jedinci s poruchami chování relativně často obětmi nevhodného chování ostatní populace (šikany, zneužívání, různých dalších asociálních, resp. antisociálních činů) (Růžička 2005, s. 100, 101).

U jedinců s narušenou komunikační schopností může v závislosti na druhu a závažnosti narušené komunikační schopnosti docházet k negativnímu ovlivňování jejich sociální adaptace. Pokud nemají lidé možnost adekvátním způsobem vyjadřovat své potřeby, přání, objevuje se u nich často strach, úzkost, stres a frustrace. Dále to může být snížené sebevědomí a sebedůvěra. Často pak následují: samota, stanovování nesprávných, popř. sociálně nevhodných cílů. U některých jedinců s narušenou komunikační schopností bývají při komunikačních situacích využívány různé únikové reakce a některé z nich bývají nevhodné, popř. je jejich komunikace významně odlišná od běžné. Důsledkem mohou být posměch, šikana, „obviňování“ ze sníženého intelektu, stigmatizace (Růžička 2005, s. 101).

5.4 Specifika přístupu k jedincům s vícenásobným postižením

Přístupy k jedincům s vícenásobným postižením jsou pravděpodobně nejspecifičtější z přístupů, které jsou v rámci speciální pedagogiky využívány. Příčinou je již vícekrát zmíněná značná jedinečnost (specifičnost) každého jedince s vícenásobným postižením, která bývá výraznější, než tomu je u jiných lidí – ať již lidí s jinými druhy postižení, nebo u lidí bez postižení (Slowík 2007, s. 150). Podobně jako u jedinců s jinými druhy postižení se snažíme i u jedinců s vícenásobným postižením nehodnotit, neřešit primárně jejich omezení, která jsou s vícenásobným postižením spojená, nýbrž se snažíme (pozitivně) vycházet z možností a schopností, které konkrétní jedinec s vícenásobným postižením má. Soustředíme se tedy na identifikování (diagnostikování) potenciálu konkrétního jedince a následně se snažíme tento potenciál v max. možné míře rozvíjet a rozvinout. Takovýto přístup by měl vést nejen k osobnímu rozvoji jedinců s vícenásobným postižením, ale též k jejich max. možnému účastnění se na životě celé společnosti. Naší snahou tak má být nacházet a najít nejvhodnější cesty (mj. výchovně-vzdělávací metody a formy), které lze úspěšně u jedinců s vícenásobným postižením využívat, a umožnit jim tak max. rozvinutí jejich potenciálu (Slowík 2007, s. 151).

U jedinců s těžkým vícenásobným postižením, kteří často bývají imobilní, verbálně nekomunikující a odkázáni na trvalou péči druhých osob se snažíme stimulovat a rozvíjet jejich zachovalé schopnosti. Toho bývá dosahováno prostřednictvím např. rehabilitační péče (léčebná tělesná výchova, ergoterapie, logopedická péče, ad.). Jejich vývoj by měl být pravidelně posuzován (např. jednou za měsíc) a vyhodnocován. K vyhodnocování lze použít např. vývojové škály, které vycházejí z Gesella a dále dle specifické škály, která se zaměřuje na soběstačnost a sebeobsluhu (tzv. Portage projekt, resp. program²⁵) (Jankovský 2006 s. 102).

Gesellovy²⁶ vývojové škály jsou nejstarší a pravděpodobně nejznámější vývojové škály. Gesell je vytvořil ve 20. letech 20. století (testový manuál byl publikován až v roce 1947), v roce 1980 byly výrazně revidovány Knoblochovou, a kol., v současnosti je využívána dominantně právě revidovaná verze. Jsou určeny pro děti ve věku 1 měsíc až 3 roky. Gesell charakterizoval následující základní principy raného vývoje lidského jedince:²⁷ princip vývojového gradientu (odkud kam směřuje vývoj dítěte – co se vyvíjí první a co následuje), princip střídavého proplétání antagonistických neuromotorických funkcí (dochází ke střídání

²⁵ Portage projekt (program) – je zaměřený na pomoc dětem se speciálními potřebami a jejich rodinám, vychází z předpokladu, že rodiče chtějí udělat pro vývoj svého dítěte maximum. Portage projekt proto nabízí rodičům propracované postupy, jak toho dosáhnout, zaměřuje se na dvě důležité oblasti: 1) nastavení spolupráce s rodiči tak, aby dítě bylo cíleně stimulováno ve všestranném vývoji; 2) nezbytnou podporu rodiny jako celku, neboť pro správný vývoj dítěte je důležité, zajistit rodině optimální podmínky, které maximalizují pravděpodobnost správného vývoje dítěte (EDUCO středisko rané péče 2024). Myšlenka na Portage projekt byla realizována ve druhé polovině 20. století ve Spojených státech amerických, odkud se posléze rozšířila do dalších zemí.

²⁶ Autorem je Arnold Gesell (1880–1961), což byl americký psycholog a pediatr.

²⁷ Gesell je charakterizoval na základě studia změn v kojeneckém věku dětí (Wikisofia 2024a).

dominance napětí a uvolnění, dochází ke střídání výbojů (činnost) a konsolidace (odpočívání), apod.), princip funkční asymetrie (ve vývoji dítěte dochází ke střídání specializace na pravé a levé straně těla a to se stále větší dokonalostí – týká se např. uchopování, preferování nohy, kterou jde nejprve vždy jako první do, resp. ze schodů, později je běžným způsobem střídá, ad.), princip individualizace (přes podobné vzorce chování, je každé dítě individuální – např. v denním režimu, pohybech, proto je třeba reagovat na reálné potřeby dítěte), princip autoregulace (dítě samo dokáže odhadnout své možnosti, potřeby (např. jídlo, spánek), musíme mu k tomu dát možnost) (Wikisofia 2024a) (Wikisofia 2024b) (Is.muni.cz 2015).

Gesellovy vývojové škály mohou sloužit k diagnostikování poruch vývoje, získání informací o temperamentu dítěte, o jeho sociálních dovednostech, emoční stabilitě či dráždivosti, frustrační toleranci, o povaze jeho vztahů s rodiči (Is.muni.cz 2015).

V rámci Gesellových vývojových škál se hodnotí následující oblasti:

1. adaptivní chování – nejvíce koreluje s budoucím mentálním vývojem dítěte – je rozhodující pro odhad intelektového potenciálu dítěte; v kojeneckém věku zahrnuje např. vývoj zrakového vnímání, schopnost koordinace oko-ruka; v batolecím věku to je např. obratnost při manipulaci s předměty, vývoj kresby; ve vyšším věku koreluje s inteligencí jedince.
2. Hrubá motorika – jde o motoriku, resp. motorickou koordinaci větších svalových skupin – větších částí těla, sledujeme kvalitu pohybu, úroveň svalového tonusu, symetrie či asymetrie, třesu, apod., v kojeneckém věku sledujeme vhodnost zaujímané polohy, ovládání hlavy, sezení, lezení, počátky chůze, ad.; v batolecím věku jde např. o stabilitu a obratnost chůze, chůzi po schodech, běh, skákání. Úroveň hrubé motoriky může být u dětí bez poruch hybnosti velmi dobrým ukazatelem vývojové úrovně, které dosáhly. Zjištění její úrovně může vést např. k diagnostikování mozkové obrny.
3. Jemná motorika – v tomto případě se jedná primárně o motoriku ruky (rukou), sledujeme obratnost při manipulaci s různými předměty, kvalitu úchopu, včetně uvolnění úchopu. Kvalita jemné motoriky může souviset s příp. neurologickým poškozením dítěte. Úroveň jemné motoriky má větší korelaci s budoucím kognitivním vývojem než úroveň hrubé motoriky.
4. Řeč – sledujeme např. viditelné a slyšitelné formy komunikace, porozumění gestům i slovům jiných lidí, dále nás zajímá mimika, gestikulace, předřečová vokalizace, používaná slova, věty. Úroveň porozumění řeči pomáhá vyloučit sluchové postižení, popř. mentální postižení, u dětí s poruchami hybnosti může úroveň porozumění řeči pomoci vyloučit příp. přítomnost mentálního postižení. Zvláště u dětí se závažnými poruchami hybnosti může být úroveň porozumění řeči jedinou (popř. jednou z mála) možností, jak zjistit jejich intelektový potenciál – vyloučit přítomnost mentálního postižení.

5. Sociální chování – např. osvojování sociálních návyků při krmení, oblékání, udržování hygieny (hygienických návyků); sociální reaktivita – přítomnost úsměvu adekvátně situaci, dovednost hrát symbolickou hru (Wikisofia 2024b) (ls.muni.cz 2015).

Vyhodnocování úrovně v jednotlivých oblastech vede k určení celkového vývojového kvocientu, což je odhad celkového intelektového potenciálu dítěte. Tento kvocient se spočítá tak, že celkový vývojový věk²⁸ vydělíme chronologickým věkem²⁹ a výsledek vynásobíme 100 (ls.muni.cz 2015). Výsledkem využití Gesellových vývojových škál může být diagnostikování poruch vývoje dítěte, dále lze jejich prostřednictvím získat informace o emoční stabilitě dítěte, o jeho temperamentu, sociálních dovednostech, frustrační toleranci, popř. i o vztahu s rodiči. Důležité je si uvědomit, že Gesellovy vývojové škály nejsou primárně určeny pro děti s jakýmkoli postižením. Je proto nutné u dětí s postižením zohledňovat jejich specifika, kdy jim např. sensorické postižení, popř. poruchy hybnosti neumožňují (popř. ztěžují) splnit úkol. Pokud bychom toto pominuli, došlo by k nesprávnému určení kognitivních schopností dítěte (dítě by se mohlo jevit jako dítě s mentálním postižením). Pomocí Gesellových vývojových škál lze poměrně dobře zjistit aktuální úroveň dětí s vícenásobným postižením (včetně dětí s těžkým postižením).

6 Komunikace a jedinci s vícenásobným postižením

Jsou pochopitelně lidé, u kterých je narušená komunikační schopnost jejich jediným postižením. Ale velké části lidí s různými jinými druhy postižení velice často hrozí ohrožení, popř. omezení jejich komunikačních schopností. Resp. velká část lidí s různými druhy postižení trpí, byť např. pouze v určitém období života – v určité fázi vývoje, narušenou komunikační schopností. U jedinců s vícenásobným postižením je pak mnohem vyšší pravděpodobnost „obtíží“ v oblasti komunikace, než tomu bývá u ostatních. Zmínili jsme se o tom již v části 3 Terminologie a klasifikace oboru a v části 5.2 Jedinci s hluchoslepotou, ve které jsme se podrobněji věnovali komunikaci právě s touto skupinou jedinců s vícenásobným postižením. V této části textu se budeme věnovat komunikaci s jedinci s vícenásobným postižením „obecně“.

Obvykle se dnes uvádí, že pojem komunikace pochází s latinského pojmu *communicare* – spojovat (Olejníčková 2012, s. 14). Původně ale pojem *communicatio* znamenal vespolečné účasti, a pojem *communicare* znamenal, činit něco společným – společně něco sdílet (Vybíral 2005, s. 25). V našem případě jde tedy o spojování, vespolečné účasti jedinců s vícenásobným postižením s ostatními lidmi. Jde tedy o to, aby jedinci s vícenásobným postižením byli schopni odpovídajícím způsobem „navázat spojení“ s ostatními lidmi, aby byli schopni vyjadřovat svá přání, své myšlenky, své preference – aby zkrátka byli schopni adekvátně komunikovat. Ne vždy je snadné toho dosáhnout.

²⁸ Věk, který jsme zjistili diagnostikováním dítěte – může se lišit od skutečného – chronologického věku dítěte.

²⁹ Skutečný věk dítěte.

V komunikaci rozeznáváme: komunikátora – což je člověk, který sděluje nějakou informaci, pak komunikanta – což je člověk, který určitou informaci přijímá, a komuniké – což je sdělovaný obsah (určitá informace, zpráva). Role komunikátora a komunikanta se při komunikaci obvykle střídají, neboť komunikace zpravidla nebývá jednostranná. Při komunikaci je zásadní, abychom uměli sdělovaný obsah správným způsobem „dekódovat“. To znamená, abychom poskytovali informace v takové podobě a takovou cestou, aby jim komunikant porozuměl. Cesta, kterou je informace zprostředkována, se označuje jako komunikační kanál. Může se jednat např. o osobní komunikaci tváří v tvář, o komunikaci realizovanou pomocí telefonu, počítače, televize, rozhlasového vysílání, ad. Různé komunikační kanály umožňují využívat při komunikování různé prostředky, které mohou působit na naše různé smysly. Na největší počet smyslů působí zpravidla komunikace tváří v tvář – neboť ta působí na zrak, sluch, čich, příp. na receptory pohybu, ad., ostatní komunikační kanály bývají o některé z výše uvedených podnětů ochuzeny. Např. při komunikování prostřednictvím „klasického“ telefonního hovoru jsem odkázán pouze na to, co zaznamene sluchem (Olejníčková 2012, s. 14–16). U jedinců s vícenásobným postižením je mnohdy potřeba využívat i neobvyklé komunikační kanály, popř. různé komunikační kanály kombinovat, abychom alespoň do určité míry eliminovali negativní důsledky postižení a byli schopni smysluplnou komunikaci zrealizovat.

Komunikace má pro většinu lidí značný význam, smysl, funkci. Odborníci, kteří se mezilidské komunikaci věnují, hovoří o následujících funkcích komunikace:

- informovat – předat zprávu, informaci, doplnit jinou – informativní funkce, je třeba, aby jedinci s vícenásobným postižením mohli předávat informace svému okolí a naopak mohli i přijímat informace od okolí,
- instruovat – navést, zasvětit, naučit, poskytnout návod – instruktážní funkce, tato funkce je u jedinců s vícenásobným postižením také velice důležitá mj. proto, aby mohli lidem ve svém okolí sdělit, jakým způsobem k nim má být přistupováno,
- přesvědčit – aby komunikant změnil, popř. upravil svůj názor, získat někoho na svou stranu, ovlivnit někoho – persuazivní funkce, pochopitelně i tato funkce je u jedinců s vícenásobným postižením významná, neboť naplňování této funkce komunikace je jedním z předpokladů prožívání kvalitního života – pokud člověk nemá možnost přesvědčovat, ovlivňovat své okolí, kvalita jeho života se snižuje,
- vyjednat, domluvit se – něco řešit a vyřešit, dospět k dohodě – vyjednávací, resp. operativní funkce, opět se jedná o funkci, která je u jedinců s vícenásobným postižením podstatná – mají mít možnost domlouvat se s ostatními lidmi na běžných, všedních, na třeba nepříliš důležitých záležitostech i na záležitostech podstatných,
- pobavit – rozveselit ostatní, popř. sebe, rozptýlit – zábavní funkce, zábava, jako jedna z možností odreagování se je důležitá u všech lidí, lidi s vícenásobným postižením nevyjímaje, proto by měla být i tato funkce komunikace u nich naplňována (Vybíral 2005, s. 31).

Uvedené funkce mezilidské komunikace jsou tedy i u jedinců s vícenásobným postižením důležité. My – jako speciální pedagogové – bychom se měli zasazovat o to, aby funkce mezilidské komunikace byly u jedinců s vícenásobným postižením naplňovány v max. možné míře.

Mezilidská komunikace může mít tři podoby: mluvenou – verbální, neverbální, komunikaci činem. Historicky je pravděpodobně nejstarším druhem komunikace činem, která nejspíše byla doprovázena neverbální komunikací. Jako poslední se u lidí vyvinula komunikace verbální. Historický vývoj našeho živočišného druhu v oblasti verbální komunikace je označován jako fylogenetický vývoj řeči (Klenková 2006, s. 30) (Peutelschmiedová 2003, s. 22, 23). Vývoj řeči u každého jednoho lidského jedince během jeho života se pak označuje jako ontogeneze lidské řeči.

Velká část dětí s vícenásobným postižením má v důsledku svého postižení vývoj řeči negativně ovlivněn. Může se jednat o opožděný vývoj řeči, při kterém včasné podchytení a vhodná péče ústí zpravidla v dobrou prognózu vývoje řeči. Horší situace bývá u dětí s omezeným vývojem řeči, u kterých prognóza vývoje řeči nebývá dobrá – většina z nich nedosáhne ve vývoji řeči běžné úrovně. Vývoj řeči u dětí s vícenásobným postižením může být i přerušovaný. Přerušování může být způsobeno nenadálým úrazem, onemocněním, psychickým traumatem – jestliže se podaří odstranit příčinu přerušování vývoje řeči, bývá prognóza dobrá. Poslední varianta, která může ve vývoji řeči dětí s vícenásobným postižením nastat, je odchýlný (resp. scestný) vývoj řeči. Odchýlný vývoj řeči se (obvykle) týká vývoje řeči pouze v jedné ze čtyř jazykových rovin (morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická, foneticko-fonologická, pragmatická). Odchýlný vývoj řeči lze detekovat např. u dětí s orofaciálními rozštěpy, u kterých se „odchylka od normy“ často projevuje ve foneticko-fonologické jazykové rovině (Klenková 2006, s. 65).

Verbální komunikace je realizována psanou a mluvenou řečí (neboli mluvou). Komunikaci mluvenou řečí vždy doprovází komunikace neverbální. Neverbální (mimoslovní, nonverbální) komunikace je dále dělena do dvou skupin: 1) vokální prostředky, 2) nevokální prostředky. Vokálními prostředky neverbální komunikace je např. kvalita hlasu. Mezi nevokální (nonvokální) prostředky řadíme: proxemiku – vzdálenost mezi lidmi, osobní prostor; posturiku – fyzický postoj, držení těla; gestiku – gesta; haptiku – doteky, tělesný kontakt; mimiku (Klenková 2006, s. 30).

Je třeba si uvědomit, že odpovídající rozvoj mluvené formy řeči je předpokladem pro další pozitivní vývoj dítěte. Na osvojení si mluvené formy řeči je z větší či menší míry závislý vývoj a rozvoj dovedností, jako jsou čtení a psaní, i rozvoj poznávacích a sdělovacích schopností a dovedností³⁰. Smysluplná komunikace, která je pro většinu populace reprezentována

³⁰ Schopnostmi v kontextu tohoto textu rozumíme „jev“, které jsou vrozené (přirozené) a jako dovednosti označujeme to, co je naučené (získané). Aby u dítěte došlo k rozvinutí jeho schopností, je nutné, aby dítě žilo v dostatečně podnětném prostředí – aby se mělo možnost vhodným způsobem vyvíjet (rozvíjet). Obdobně to je i s dovednostmi – aby si dítě osvojilo dovednosti potřebné k životu, musí žít v prostředí, které mu to umožní. Rozvoj schopností a osvojení dovedností mohou být negativně ovlivňovány postižením dítěte.

mluvenou formou řeči, má zásadní význam pro rozvoj inteligence i celé osobnosti vyvíjejícího se dítěte. Poměrně velká část jedinců s vícenásobným postižením si ale mluvenou formu řeči s ohledem na druh a závažnost svého postižení osvojit nemůže. Musejí proto využívat některé z forem augmentativní, popř. alternativní komunikace. Komunikace může být u jedinců s vícenásobným postižením negativně ovlivňována v kterékoli fázi komunikace: na příjmu informací (především při postižení sluchu a zraku), při zpracovávání informací (při postižení intelektu), při uchovávání informací (při postižení paměti, popř. intelektu), při znovu vybavování informací (také při postižení paměti, popř. intelektu) i při vyjadřování informací (např. při postižení motoriky mluvidel, popř. při poškození oblastí mozku, které se podílejí na tvorbě mluvy) (Langer 2006, s. 72).

Augmentativní a alternativní komunikace

Augmentativní a alternativní komunikace je u jedinců s vícenásobným postižením využívána poměrně často. Cílem jejich využívání je kompenzovat (dočasně či trvale) projevy závažných druhů narušené komunikační schopnosti, které se mnohdy u jedinců s vícenásobným postižením vyskytují. Smyslem je umožnit jedincům s vícenásobným postižením komunikovat tak, aby se mohli dorozumět se svým okolím, aby mohli vhodně reagovat na podněty, se kterými přicházejí do kontaktu. Nejednou je toho dosahováno využíváním všech dosažitelných, využitelných komunikačních schopností a možností jedince. Augmentativní (z lat. augmentare – rozšiřovat) komunikační systémy mají již existující komunikaci, která ale není pro adekvátní komunikaci jedince dostačující, podporovat – rozšiřovat. Alternativní systémy komunikace slouží jako náhrada běžné komunikace (což bývá komunikace, která probíhá mluvenou formou řeči) (Laudová 2007, s. 565). Pomocí augmentativní, popř. alternativní komunikace je vytvářen nový rozšiřující, podpůrný (augmentativní komunikace), popř. náhradní (alternativní komunikace) komunikační kanál. Výběr vhodné formy augmentativní, resp. alternativní komunikace je nelehkým úkolem pro osoby, které se snaží o vytvoření vhodných podmínek pro vývoj a život jedince s vícenásobným postižením. Při výběru je nutno postupovat s ohledem na individuální specifika jedince s vícenásobným postižením se zřetelem na:

- míru porozumění neverbální komunikace,
- míru porozumění mluvené formy řeči,
- způsoby komunikace, které již jedinec s vícenásobným postižením používá (verbální i neverbální) a jejich efektivnost při komunikaci,
- schopnost vyjadřovat souhlas a nesouhlas,
- dovednost rozumění symbolům, příp. dovednost číst,
- úroveň jemné a hrubé motoriky – přesnost, rozsah, rychlost pohybů ruky, aby bylo možné zhodnotit smysluplnost příp. využívání vhodných komunikačních pomůcek,
- míru motivace ke komunikování a schopnost dorozumět se,
- sociální dovednosti,
- emoční projevy, chování,

- míru kognitivních a sensorických (např. stav sluchu, zraku) schopností,
- perspektivy školského zařízení, popř. zaměstnavatele, popř. místa bydliště jedince s vícenásobným postižením,
- zhodnocení míry očekávání samotného jedince s vícenásobným postižením i jeho okolí (Langer 2006, s. 72, 73) (Laudová in Bendová 2005, s. 17).

Metody augmentativní a alternativní komunikace jsou děleny na metody bez pomůcek (např. znakový jazyk neslyšících, znakovaná čeština, prstová abeceda, metoda tadoma, Lormova abeceda) a metody s pomůckami. Ty jsou dále děleny na metody s netechnickými pomůckami (např. reálné předměty, části reálných předmětů, referenční předměty, fotografie, komunikační tabulky, grafické symboly) a metody s technickými pomůckami (např. počítače, počítačové tablety, elektronické komunikátory) (Šarounová, a kol. 2014, s. 16–50).

Nevýhodou využívání některé z forem augmentativní, resp. alternativní komunikace bývá to, že s konkrétní formou komunikace bývá seznámeno a může ji tak při komunikování využívat pouze relativně malé množství lidí. Mnohdy tedy nelze augmentativní, resp. alternativní formu komunikace použít při komunikování s běžnou „laickou“ populací, která tvoří většinu populace (Bendová 2005, s. 18). Pro podrobnější informace z oblasti augmentativní a alternativní komunikace odkazujeme ctěné čtenáře na zdroje, které se této oblasti věnují.

7 Pomůcky pro jedince s vícenásobným postižením

Tak jak jsou jedinci s vícenásobným postižením velice různorodou skupinou populace, tak jsou i velice různorodé pomůcky, které mohou využívat. V této části textu nebudeme podrobně popisovat konkrétní druhy jednotlivých pomůcek. Důvodem je (jak bylo již opakovaně zmiňováno) to, že jedinci s vícenásobným postižením tvoří velice různorodou skupinu a v důsledku toho mohou v závislosti na konkrétní kombinaci a závažnosti postižení využívat pomůcky, které jsou využívány u jedinců se všemi ostatními druhy postižení. Takových pomůcek je převeliké množství a tento text by jimi byl „přehlcen“. Spíše poskytneme základní „vhled“ a podrobné specifikace různých pomůcek lze následně dohledat např. prostřednictvím informačních zdrojů výrobců, popř. distributorů, prodejců jednotlivých pomůcek, které jsou v poměrně hojné míře dostupné prostřednictvím internetu. Popř. ctěné čtenáře odkážeme na informační zdroje, které jsou věnovány jedincům s různými druhy postižení, a ve kterých jsou podrobné informace o vhodných pomůčkách uvedeny.³¹

³¹ Podrobněji se pomůckami, které mohou využívat jedinci s vícenásobným postižením, zabývá ve své publikaci např. Zíkl (2011, s. 79–104).

Pomůcky pro jedince s vícenásobným postižením lze dělit na instrukční média, technické prostředky, speciální pomůcky, úpravu širšího výchovně-vzdělávacího prostředí. Níže přinášíme jejich charakteristiku dle Opatřilové (2008, s. 30):

- instrukční média – pomáhají zprostředkovat, přijímat, zpracovávat informace při výchově a vzdělávání a proměňovat informace na poznatky. Jedná se např. o textové materiály, média: optická, akustická, audiovizuální, plastická (haptická) i kombinovaná.
- Technické prostředky mohou u jedinců s vícenásobným postižením plnit více rolí – jejich využití je tedy variabilní. Patří mezi ně např. prostředky, které lze využít při: výchově a vzdělávání, diagnostice, stimulaci, korekci, komunikaci, lokomoci (pohybu jedince v prostoru), kompenzaci, rehabilitaci i sebeobsluze.
- Speciální pomůcky – dělí se dále na kompenzační, rehabilitační a ortopedické. Kompenzační jsou využívány při snaze vyrovnat nedostatečně rozvinuté, popř. porušené funkce, popř. orgány. Využívají zachované, popř. pouze porušené funkce, orgány. Rehabilitační se využívají při snaze o nápravu, resp. úpravu orgánového poškození. Smyslem je úplné, popř. alespoň částečné obnovení funkce orgánu. Ortopedické pomůcky bývají používány při snaze doplnit, popř. nahradit poškozenou, resp. nevyvinutou funkci či část organismu. Mohou mít i esteticko-humanistickou funkci (resp. jejich využívání může zlepšovat psychický stav jedinců s vícenásobným postižením).
- Úprava širšího výchovně-vzdělávacího prostředí – má vliv na výchovně-vzdělávací proces (na jeho efektivitu, psychickou pohodu jeho účastníků, apod.). Patří sem i zdravotní a hygienická nezávadnost prostředí, jeho architektonická bezbariérovost, ad. (Opatřilová 2008, s. 30).

Pomůcky pro jedince s vícenásobným postižením lze dělit i jiným způsobem, např. na pomůcky pro: sebeobsluhu, výchovu a vzdělávání, pracovní činnosti, rozvoj pohybových dovedností.

Mezi **pomůcky pro sebeobsluhu** patří mj. pomůcky pro stolování (držáky příborů, talířů, sklenic, ad.). Pak to jsou pomůcky pro oblékání (zapínače knoflíků, navlékače ponožek, speciální věšáky, ad.). Uvést lze i pomůcky pro osobní hygienu (sedačky do vany, resp. do sprchy, protiskluzové podložky – aby nedošlo k úrazu při pádu, antidekubitní matrace do lůžka a polštáře na vozík, kleštičky na střihání nehtů (Opatřilová 2008, s. 30), nástavce na toaletní mísu, ad.). Univerzálně využitelnou pomůckou mohou být např. podavače předmětů.

Dalšími jsou **pomůcky pro výchovu a vzdělávání**, mezi které patří např. držáky na tužky, pera, pastelky, fixy, těžítka, lepící folie, stojany na knihy, počítačové tablety, notebooky, smartphony, speciální klávesnice k počítači, speciální počítačové myši, popř. zařízení, která klávesnici, resp. myš mohou nahradit – např. dotykové monitory, pákové ovladače

(joysticky), trackbally (alternativa k počítačové myši – k pohybu kurzoru slouží kulička, kterou uživatel ovládá prsty ruky). Speciální zrcadla, popř. brýle, které umožňují např. dlouhodobé čtení v leže na zádech, bez toho, aby to, co je čteno, muselo být nad ležícím jedincem. Patří sem i speciální lavice, židle, popř. lůžka, klekátka, ad. pomůcky, které umožňují zaujmout jedincům s vícenásobným postižením vhodnou polohu těla, při které se minimalizuje riziko negativních důsledků např. dlouhodobého sezení na jejich zdravotní stav. Možnost zaujmout vhodnou polohu těla se obvykle odráží v lepším psychickém rozpoložení jedince a díky tomu by měla být i vyšší efektivita výchovně-vzdělávací práce (Opatřilová 2008, s. 31).

Následují **pomůcky pro pracovní činnosti** – různé pracovní držáky a násadky pro uchycení potřebného pracovního náradí, držáky telefonního přístroje, počítačového tabletu, notebooku, pomůcky využitelné při vaření (speciální škrabky na zeleninu, pracovní desky s hroty, které mohou pomoci fixovat jídlo, speciální (např. pákové) nůžky, ad. (Opatřilová 2008, s. 31).

Jako poslední zmíníme **pomůcky pro rozvoj pohybových dovedností** – lze využívat např. tyto: pojízdné rámy (jedná se o „chodítko“, které je vybaveno 4 kolečky, pohyb je díky tomu snadnější), rolátory („chodítko“, které je vpředu opatřeno 2 kolečky, díky čemuž je pohyb snadnější), chodítka (nejsou vybavena kolečky, jedinec musí chodítko vždy sám vlastní silou posunout vpřed – používání chodítka je tedy náročnější, než tomu je u pojízdných rámu, resp. rolátorů), kozičky, berle, hole, ad. (Opatřilová 2008, s. 31) (Opatřilová, Zámečnicková 2014). Jsou to pomůcky, které umožňují rozvoj pohybu u jedinců s vícenásobným postižením, kteří by bez vhodných pomůcek samostatného pohybu nebyli schopni.

Jedinci s vícenásobným postižením, součástí jejichž postižení je i postižení sensorické – postižení zraku, resp. sluchu, popř. současné postižení zraku i sluchu, využívají pomůcky, které jsou „běžně“ používány jedinci se zrakovým, resp. sluchovým postižením (sluchadla, kochleární implantát, ad.). Podobně mohou jedinci s vícenásobným postižením, kteří trpí narušenou komunikační schopností, využívat pomůcky, které jim mohou např. usnadňovat, popř. vůbec umožňovat realizovat komunikaci s ostatními lidmi. Obecně se tedy jedná o pomůcky, které nacházejí využití při sebeobsluze, při výchově a vzdělávání, při pracovních činnostech i při rozvoji pohybových dovedností.

Výše uvedené rozdělení pomůcek pro jedince s vícenásobným postižením nelze brát jako „dogma“ – pochopitelně, že řadu pomůcek, které jsou uvedeny např. mezi pomůckami pro výchovu a vzdělávání, lze využít i při jiných aktivitách, činnostech – profesních, volnočasových, apod. Ideální stav by byl ten, kdy by každý jedinec s vícenásobným postižením měl k dispozici vždy takové pomůcky, které mu nejvíce vyhovují, a jejichž používání může mít kladný vliv na kvalitu jeho života.

8 Vhodné metody u jedinců s vícenásobným postižením

U jedinců s vícenásobným postižením může nacházet vhodné uplatnění facilitace.³² Facilitaci lze charakterizovat jako usnadnění, ulehčení, popř. podporu, která vede např. k lepšímu výkonu, k podpoře žádoucí aktivity, k podpoře vhodnějšího stavu.

Facilitaci lze u jedinců s vícenásobným postižením využívat při realizování vhodných metod, technik práce, při rozvoji sebeobslužných činností, při výchově a vzdělávání a při vhodném polohování. Může pomoci při nedostatku spontánních vzruchů. Rozeznáváme facilitaci krátkodobou, dlouhodobou, simultánní – facilitace současně z více receptorů, sukcesivní – podnět je mnohokrát opakován. Při facilitaci mohou být využívány pohybové vzory, které reprezentují předurčené pohybové možnosti, jež jsou realizovány při vhodném podráždění adekvátní oblasti nervové soustavy jedince (Opatřilová 2008, s. 87).

Smyslem facilitace u jedinců s vícenásobným postižením je nahradit patologicky realizované pohyby novými pohyby, které budou buď blíže správným pohybům, nebo v optimálním případě budou odpovídat ideálním pohybům. Při facilitaci jsou využívány vhodné techniky (postupy), které usnadňují realizování vhodných pohybů. Podporují motoriku řízenou psychikou jedince. Na základě známé skutečnosti o propojenosti tělesných a psychických procesů by měly facilitační techniky vést i k lepším výsledkům výchovy a vzdělávání. Měly by bránit zafixování patologických pohybů, které mívají negativní vliv na další žádoucí rozvoj jedinců s vícenásobným postižením. V České republice bývají využívány následující facilitační techniky (metody): Vojtova metoda, Bobath koncept, Kabatova metoda, Petöho terapie, orofaciální terapie Castilla Moralese, synergická reflexní terapie, bazální stimulace, ad. (Opatřilová 2008, s. 87), lze mezi ně řadit i Snoezelen.

8.1 Vojtova metoda

Někdy bývá označována např. jako Vojtův princip, Vojtova metoda reflexní lokomoce. Popsal ji v 50. letech 20. století na základě vlastních zkušeností a pozorování neurolog Václav Vojta (1917–2000), který po okupaci tehdejšího Československa „spřátelenými“ vojsky pod vedením tehdejší sovětské armády v roce 1968 emigroval do Spolkové republiky Německo, kde následně působil. Vojtova metoda představuje diagnostický a terapeutický princip, jež lze využívat primárně u dětí i dospělých s mozkovou obrnou. Principem je snaha vyvolat reflexní pohyby jako reakci na stimulaci přesně určených bodů (spouštěcích zón). Spouštěcí zóny jsou přesně určená místa na lidském těle (na končetinách a trupu), při jejichž podráždění (tlakem, tahem) u jedince, který musí být v předepsané poloze, dojde k reflexnímu realizování fyziologického (správného) pohybu, kterému je kladen ze strany

³² Facilitace pochází z latinského *facilis* – snadný (Opatřilová 2008, s. 87). Význam pojmu může být i odlišný, než jak jej reprezentujeme v našem textu. Např. se může jednat o techniku, která umožňuje dovést skupinu k cíli porady, resp. složitého jednání navzdory úskalím neefektivní komunikace, nedorozuměním a nejasnostem mezi účastníky (Asociace mediátorů České republiky 2024).

terapeuta odpor. Prostřednictvím této reflexní lokomoce je vhodně aktivována centrální nervová soustava a díky tomu dochází ke znovuobjevení a utužení vrozených fyziologických motorických vzorů, které bývají při postižení centrální nervové soustavy potlačeny (WikiSkripta 2015) (Opatřilová 2008, s. 88). Opakovaným vyvoláváním těchto pohybů si jedinec fixuje správný pohybový vzor (správné pohyby). Bývá tedy využívána primárně u jedinců s mozkovou obrnou, ale lze ji využívat i u jedinců s některými ortopedickými obtížemi, u jedinců po poškození mozku (např. nemocí – relativně často jde o lidi po cévních mozkových příhodách, úrazem). Realizovat ji mohou školení odborníci, ale též adekvátně zaškolení blízcí jedince s vícenásobným postižením (zpravidla jde o rodiče, popř. o manželku, manžela). Nejúčinnější bývá v kojeneckém věku prostřednictvím tzv. reflexní lokomoce (reflexní otáčení a reflexní plazení), která je vybavována prostřednictvím vhodného působení na spouštěcí zóny. Reflexní otáčení i reflexní plazení tak může zvýšit pravděpodobnost správného pohybového vývoje jedinců s vícenásobným postižením (Opatřilová 2008, s. 88). Díky tomu, že veškeré Vojtovou metodou vyvolané pohyby jsou reflexní – vnikají tedy bez volní účasti jedince, který metodu podstupuje, a jsou vyvolány aktivací spouštěcích zón po nastavení těla do výchozí polohy, lze Vojtovu metodu využívat i u jedinců, kteří nejsou schopni se aktivně, vědomě na „cvičení“ podílet. Může tak být používána u např. velmi malých dětí. Vojtova metoda má kladný vliv i na stabilitu těla, orientaci v prostoru, rovnováhu, koordinaci pohybů. Účinnost Vojtovy metody závisí na včasnosti jejího využívání (ještě před tím, než dojde k zafixování patologických pohybových stereotypů) a na výchozím stavu jedince. Dále závisí na přesnosti, intenzitě a frekvenci cvičení. Cvičení by mělo probíhat až 4 krát denně a vždy v délce od 5 do 20 minut. Celková délka využívání Vojtovy metody je různá – může to být od několika týdnů, po několik let. Vojtova terapie má být realizována tak dlouho, dokud přináší zaznamatelný posun vpřed, dokud přináší jedinci s vícenásobným postižením pozitivní vývoj (WikiSkripta 2015).

8.2 Bobath koncept

Autory Bobath konceptu jsou manželé Karel a Berta Bobathovi. Karel pracoval jako pediatr a Berta jako fyzioterapeutka, svůj koncept vytvářeli od 40. let 20. století ve Velké Británii. V roce 1951 založili v Londýně Bobath centrum. Mimo Evropu bývá Bobath koncept označován jako neurovývojová léčba – Neuro-Developmental Treatment (zkráceně NDT). Díky novým vědeckým poznatkům i praktickým zkušenostem terapeutů se Bobath koncept stále vyvíjí, inovuje. Využíván bývá u dětí s mozkovou obrnou (bývá uváděno, že se jedná o nejčastěji používaný rehabilitační přístup u těchto dětí), ale lze jej využít i u dospělých (Roskol rehabilitace & logopedie 2024), např. u dospělých s neurologickým onemocněním (např. roztroušenou sklerózou) a u jedinců po cévních mozkových příhodách. Bobath koncept má vést k odstranění poruch centrální posturální kontroly. Cílem je, aby jedinec s vícenásobným postižením získal vhodné senzomotorické zkušenosti a následně je začlenil do svých pohybů (aby udržel rovnováhu před pohybem, během pohybu i po něm). Dále se jedná o: stabilizaci svalového tonu (odstranění spasticit), díky čemuž by mělo dojít k usnadnění správného provádění pohybů, potlačení mimovolních pohybů, tlumení (inhibici)

patologických pohybů a podpoře správně realizovaných pohybů, k zlepšení senzorických vjemů pro lepší zpětnou vazbu a vnímání polohy těla v prostoru, k podpoře správného motorického vývoje, k prevenci kontraktur a deformit, ke snížení projevů nesprávných návyků (ať už v pohybu nebo v denním režimu) a nácviku správných návyků, správného používání svalů. Podobně jako Vojtova metoda se Bobath koncept snaží vyvolávat automatické reakce (vzpřimovací, rovnovážné, obranné), které jsou nevědomou, ale důležitou složkou volných pohybů. Nácvik těchto koordinačních pohybových vzorů (reakcí) má vést k jejich zafixování a následnému spontánnímu zapojování, což se má odrážet ve zlepšení koordinace pohybů a ve správném zapojování posturálních mechanismů. Na rozdíl od Vojtovy metody se nejedná o časově a místně omezenou aktivitu (cvičení, rehabilitaci), ale o celodenní vhodný přístup, péči. Osoby, které pečují o dítě (popř. dospělého) s vícenásobným postižením, mají dítě vhodným způsobem nosit, zvedat, polohovat, přistupovat k dítěti pozitivně a motivačně. Při Bobath konceptu jsou využívány dva principy: inhibice a facilitace. Bobath koncept vede k facilitaci (usnadnění) správných pohybových vzorů a inhibici (tlumení) spasticity. Terapeut přímo neučí jedince s vícenásobným postižením správné pohyby, ale dělá vše pro to, aby jedinec s vícenásobným postižením mohl pohyb sám správně provést. Terapeut se snaží tlumit (inhibovat) patologické pohyby a podporovat (facilitovat) správně realizované pohyby. Prostředkem je k tomu tzv. handling, který spočívá ve využívání inhibičních, stimulačních a facilitačních technik. Handling představuje způsob cvičení i fyzické manipulace s jedincem, je realizován denně a jeho podoba je uzpůsobena konkrétnímu jedinci s vícenásobným postižením. Opakováním vzniká u jedince s vícenásobným postižením schopnost samostatně korigovat a kontrolovat vlastní tělo a jeho držení. Důležitá je týmová spolupráce všech do péče zaangażovaných osob (např. fyzioterapeutů, ergoterapeutů, speciálních pedagogů). Pozornost je věnována hrubé i jemné motorice, koordinaci oko-ruka, sebeobsluze, poruchám percepce, apod. (Opatřilová 2008, s. 88) (WikiSkripta 2014). Důležité je, že (na rozdíl od Vojtovy metody) dítě, dospělý, u kterého je Bobath koncept využíván, musí být schopen porozumět terapeutovi (jeho dotykům, stimulům, případě i řeči) – jen za dobře fungujícího dialogu mezi jedincem s vícenásobným postižením a terapeutem, lze očekávat dobrý výsledek. Bobath koncept bývá velice účinný v oblasti poruch polykání, nácviku příjmu potravy a v polohování a manipulaci jedinců s těžkým vícenásobným postižením (Roskol rehabilitace & logopedie 2024) (Tým rehabilitace.info 2017).

8.3 Kabatova metoda

Tvůrcem metody je americký neurofyziolog a neurolog Herman Kabat (1913–1995). Ve 40. letech 20. století vydal ve spolupráci s fyzioterapeutkami Margaret Knott a Dorothy Voss publikaci o své metodě, která byla později v 60. letech 20. století přeložena a vydána i u nás. Kabatova metoda byla původně určena pro jedince s dětskou (infekční) obrnou (poliomyelitidou), ale za relativně krátkou dobu se osvědčila i u jedinců s jinými diagnózami (např. funkčním onemocněním pohybového systému, neurologickými nemocemi: míšní léze, periferní neuropatie, roztroušená skleróza, stavy po cévních

mozkových příhodách, v rámci ortopedie to mohou být: pooperační a poúrazové stavy kloubů a páteře, degenerativní nemoci kloubů, poruchy držení těla: skolióza, ad.) a je tedy v současnosti využívána u mnoha jedinců s různými diagnózami. Cílem Kabata bylo vytvořit metodu, která umožňuje analyzovat pohybový stav, a současně umožňuje obnovit funkční pohyb – metodu tak lze vnímat nejen jako terapeutickou, nýbrž i diagnostickou. Kabatova metoda bývá označována také jako propioceptivní nervosvalová facilitace. Její podstatou je zapojování svalových řetězců horních i dolních končetin a trupu během pohybu v diagonálním směru. Díky čemuž má docházet k aktivaci svalových smyček, které zajišťují používání správných pohybových vzorů. Podstatou metody je usnadnění naučení se jistého pohybu – následně pohybového vzorce pomocí signálů jdoucích přímo z těla. Využívány při tom jsou odpovědi receptorů organismu (např. svalových vřetének, Golgiho šlachových tělísek, receptorů kloubních pouzder, kožních receptorů). Tím jsou cíleně ovlivňovány motoneurony předních míšních rohů a spolu s cílenými impulzy z mozkových center dochází většinou k pohybové odpovědi. K tomu jsou používány techniky pohybového zvratu, výdrž-relaxace, akce-relaxace. Terapeut využívá manuální kontakt a tlak ve směru či proti směru vykonávaného pohybu. Tím ovlivňuje napětí svalů, které se mají do pohybového vzoru zapojit. Slovní pokyny terapeuta mají jedinci s vícenásobným postižením pomáhat lépe se soustředit na vykovávaný pohyb, současně tato hlasová stimulace ovlivňuje facilitaci či relaxaci svalových skupin zapojených do pohybu. Jedinec s vícenásobným postižením má zrakem kontrolovat vykonávaný pohyb, díky čemuž má zpětnou kontrolu a může tak ovlivňovat kvalitu prováděného pohybu. Přínosem Kabatovy metody má být i zlepšení zpětné vazby mezi centrální a periferní nervovou soustavou. Cílem je dosáhnout správného držení těla, zlepšit stabilitu kloubů a svalové koordinace, dále zvýšení rozsahu pohybu a svalové síly (Česenková 2024) (Fyzioklinika 2024) (WikiSkripta 2018a). Bývá využívána především u starších dětí s vícenásobným postižením, neboť vyžaduje aktivní a vědomou spolupráci jedince, u něhož je využívána. Jsou při ní realizovány pohyby, díky kterým je možné docílit protažení, prodloužení svalů. Jde o pohyby, které jsou vedené diagonálně a se současnou rotací (Opatřilová 2008, s. 88).

8.4 Petöho terapie

Rakousko-maďarský lékař Andreas Petö (1893–1967) tuto terapii využíval ve svém stacionáři a internátu v Petöho institutu – v rámci skupinové terapie, která byla založena na dvou šestitýdenních cyklech s celodenní společnou prací všech dětí. Petö tvrdil, že pro pohybovou aktivizaci jedince (pro jeho adekvátní motivaci) jsou zásadní aktivity a hodnoty skupiny, které je jedinec členem (obvykle se jednalo o osmičlennou skupinu vrstevníků). Petö svou metodu využíval především u malých dětí, snažil se podporovat jejich samostatnost a zodpovědnost a vytvořit uvnitř skupiny určité pohybové „rituály“. Využíval také hudbu a tanec, které mají pohyb napomáhat, dále využíval i běžné rehabilitační pomůcky, jako jsou např.: chodítka, žebřiny (Janků 2013, s. 59) (Jiráková 2014). Petöho terapie je založena na pedagogickém působení, jehož smyslem je dovést jedince s vícenásobným postižením k aktivnímu učení. Jedná se o pedagogicko-rehabilitační přístup, který spočívá v propracovaném celodenním

výchovném procesu, při kterém je velký důraz kladen na iniciativu a aktivitu jedince s vícenásobným postižením. Vychází z aktivity a motivace k překonávání obtíží, problémů. Snaží se o komplexní vývoj, rozvoj jedince – nesnaží se tedy o izolované řešení jedné konkrétní dysfunkce (obtíže). Důležité je propojení hrubé motoriky a mluvené formy řeči – každý motorický úkon (cvik) má svůj osobitý rým, díky čemuž má vznikat automatizace a (pokud možno trvalý) záznam v motorické paměti. Terapie bývá realizována skupinovou formou, což by mělo posilovat motivaci účastníků. Používán dále bývá běžný i speciální nábytek, který slouží k aktivnímu: uchopování, opírání, držení, stoje, lezení, orientaci v prostoru. Využívána bývá u jedinců, kteří jsou už ve věku, kdy mohou aktivně a vědomě zapojit svou vlastní vůli a na základě slovních pokynů terapeutů, často bývá využívána u dětí s mozkovou obrnou, resp. u dětí s poruchami hybnosti a mentálním postižením, nicméně úroveň intelektu musí být taková, aby umožňovala správné pochopení slovních instrukcí terapeutů (Opatřilová 2008, s. 89) (Jiráková 2014).

8.5 Orofaciální terapie Castilla Moralese

Rodolfo Castillo Morales (1940–2011) byl argentinský neurolog, který vytvořil tuto reflexní terapii pro oblast úst a obličeje, která se soustředí na činnost obličejových svalů, polykání a verbální projev v 70. letech 20. století (Portál 2024). Vychází z neurologických základů a poznatků, že lidský mozek je do věku tří let velice plastický.³³ Pomocí této terapie lze tlakovou a vibrační stimulací určených motorických bodů upravit svalový tonus jedinců s vícenásobným postižením. Působení terapie je cíleno na dystonie (poruchy rovnováhy) a dysfunkce v orofaciální oblasti. Primárně se jedná o adekvátní pohyby a funkčnost jazyka, které jsou potřeba např. pro správný pohyb slin, přijímaných tekutin a potravy, snaha je také podpořit správnou schopnost žvýkat a polykat i rozvoj mluvené formy řeči, mimiky a dýchání nosem (Opatřilová 2008, s. 89) (Portál 2024). Orofaciální terapie je velice vhodná u jedinců, kteří nejsou schopni vědomě a efektivně spolupracovat s terapeutem. Mohou to být např. kojenci s orofaciálním postižením (např. s orofaciálními rozštěpy), jedinci se závažnými formami mentálního postižení (Portál 2024), jedinci s Downovým syndromem, jedinci s mozkovou obrnou. Rodolfo Castillo Morales se věnoval nejenom orofaciální oblasti – jeho pojetí orofaciální terapie je pouze součástí celého tzv. konceptu Castilla Moralese, který se zaměřuje na rozvoj i senzorických a motorických schopností jedinců s postižením. Nicméně u nás se nejčastěji zmiňuje jeho orofaciální terapie.

³³ Plasticita mozku, resp. neuroplasticita – schopnost mozku měnit svou strukturu pod vlivem opakujících se podnětů a v důsledku zkušeností. Jedná se o základní podmínku správné činnosti mozku. Nejvyšší plasticita mozku je v dětství a v mládí, kdy podmiňuje mj. rozvoj percepce. Neuroplasticita je ale zachována až do stáří – její míra závisí na míře používání mozku. Neuroplasticita se může projevat v širokém časovém rozpětí od milisekund až po roky. Neuroplasticita bývá rozlišována na: evoluční plasticitu (změny během ontogeneze), reaktivní plasticitu (změny jako odezvy na krátkodobou stimulaci), adaptační plasticitu (změny jako odpověď na opakovanou nebo dlouhodobou stimulaci), reparační plasticitu (při strukturální a funkční obnově, resp. náhradě poškozené nervové tkáně, např. po nemoci, úrazu), ekologickou plasticitu (vliv prostředí) (Kognitivní server Univerzita Hradec Králové 2024).

8.6 Synergická reflexní terapie

Synergickou reflexní terapii popsal ruský lékař Waldemar Pfaffenrot (1947–2007), když v 90. letech 20. století kombinoval různé postupy a techniky při snaze zlepšit stav jedinců např. se skoliózou, výhřezem plotének. Pfaffenrot se v roce 1990 přestěhoval do Německa, kde pak odborně působil (Assoziation für Synergetische Reflextherapie, e.V. 2024). Synergická reflexní terapie bývá využívána jako podpůrná, doplňková terapie, která může zvyšovat efektivitu jiných terapií a postupů (např. Vojtovy metody, Bobath konceptu). Spočívá v kombinaci klasické a modifikované akupresurní techniky, reflexní masáže ruky, nohy i hlavy, chiroterapie, korekce patologického držení těla (končetin a páteře), ad. Díky tomu, že je využíváno větší množství různých přístupů, dochází k posilování jejich vlivu – ke vzájemnému posilování celkového účinku – tedy k synergickému efektu – odtud pochází název terapie. Efekt synergické reflexní terapie se pak může pozitivně projevit ve všech orgánech a systémech organismu. Veliký význam může mít u jedinců s mozkovou obrnou při předcházení, popř. zmírňování negativních ortopedických důsledků mozkové obrny na organismus (Opatřilová 2008, s. 89) (Jiráková 2014), dále u jedinců s Downovým syndromem, u jedinců po cévních mozkových příhodách i u jedinců v apalickém syndromu (vegetativním stavu). Jedno „ošetření“ trvá v závislosti na závažnosti postižení jedince od 15 do 30 minut. Terapie bývá aplikována v desetidenních blocích (které mohou být opakovány 4 až 5 krát za rok), což by mělo díky kumulativnímu efektu zajistit větší přínos (Jiráková 2024).

8.7 Bazální stimulace

V České republice je bazální stimulace využívána od roku 2003 ve zdravotnických (např. v nemocnicích, rehabilitačních ústavech), sociálních (mj. v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory) i školských (např. ve školách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami) institucích. V Evropské unii patří koncept bazální stimulace dlouhodobě k nejvyužívanějším pedagogicko-ošetrovatelským konceptům (Institut Bazální stimulace 2024). Bazální stimulace byla vytvořena německým speciálním pedagogem Andreasem Fröhlichem (1946) v 70. letech 20. století, je při ní kladen důraz na interdisciplinární přístup. Původně byla bazální stimulace využívána u dětí s těžkými vrozenými poruchami hybnosti a mentálním postižením. O 10 let později začala Christel Bienstein (1951) bazální stimulaci využívat u jedinců s těžkými neuromuskulárními deficity. Následně začali Andreas Fröhlich a Christel Bienstein spolupracovat na rozvoji bazální stimulace a na jejím využívání jak u jedinců s vrozeným postižením, tak u jedinců se získaným postižením (např. po úrazech, nemocích). V současnosti může být bazální stimulace využívána u: předčasně narozených dětí, jedinců s vrozeným vícenásobným postižením (obvykle s poruchami hybnosti a mentálním postižením), dětí i dospělých s neuromuskulárními deficity v intenzivní lékařské péči z důvodu nemocí či úrazů mozku, seniorů s imobilitou a demencí, jedinců v paliativní, resp. hospicové péči, při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Bazální stimulace má v bazální – nejzákladnější míře aktivovat a podporovat vnímání, pohyb a komunikaci jedinců s postižením. Výsledkem

využívání bazální stimulace může být lepší schopnost vnímat své tělo i svou identitu, možnost komunikovat s okolím, schopnost orientovat se v čase a prostoru a zlepšení v oblasti psychomotoriky. Podkladem bazální stimulace je nabídka základních pedagogicko-psychologických aktivit, jejichž smyslem je vhodnou stimulací a zabezpečením vhodných bazálních podnětů podporovat adekvátní vývoj osobnosti jedince. Prostřednictvím pohybu a vnímání jsou u jedinců s postižením vytvářeny tělesné zkušenosti, které jsou důležité při jejich identifikačním vývoji. Při bazální stimulaci se mj. snažíme pomocí bazálních podnětů aktivizovat omezené pohybové schopnosti jedince s postižením (které lze využít např. pro elementární komunikaci). Podstatou bazální stimulace je aktivní zapojení vnímání jedince s postižením. Bazální stimulací se snažíme jedinci zprostředkovat vhodné podněty prostřednictvím stimulace jeho smyslových orgánů. Díky tomu by měla být minimálně udržena stávající hustota dendritů,³⁴ v lepším případě by měla vznikat nová dendritická spojení. Podněty mohou být: somatické, vibrační, vestibulární, čichové, chuťové, sluchové, zrakové, taktilně-haptické, komunikační, sociálně-emocionální. Bazální lze interpretovat jako základní, elementární „nabídku“, která je realizována v co nejjednodušší podobě. Stimulací míníme jedincům s vícenásobným postižením nabízené podněty. Ústřední ideou je požadavek na celistvost a zásadní je zjištění, že prostřednictvím těla lze jedince s těžkými formami vícenásobného postižení uvést do reality, že jim lze takto zprostředkovat vhodné zkušenosti a vjemy (Opatřilová 2008, s. 132) (Institut Bazální stimulace 2024) (Janků 2013, s. 25–27). Prostřednictvím vhodných tělesných podnětů lze u jedinců se závažnými formami vícenásobného postižení dosáhnout pozitivní zkušenosti s vlastním tělem. Primární tělesnou zkušenost lze vyvinout dotykem. Učíme je poznat a využívat povrch těla jako prostředku (orgánu) pro vnímání. Podporujeme u nich pohybové reakce na podněty, učíme je lokalizovat podněty na jejich těle, apod. (Opatřilová 2008, s. 133). Dále jedince s vícenásobným postižením prostřednictvím bazální stimulace můžeme učit adekvátně vnímat vestibulární podněty, které zprostředkovávají informace o poloze a pohybu těla v prostoru. Učíme je vnímat různé směry pohybu (dokola, nahoru, dolů, ad.). Smyslem je vytvořit odpovídající svalový tonus a schopnost orientovat se v prostoru. Pomocí taktilně-haptických podnětů vymezujeme u jedinců s vícenásobným postižením citlivé oblasti rukou. Díky tomu mohou rukama něco cítit, něco uchopit, držet a (vědomě) pustit. Rozvíjíme u nich schopnost poznat různé věci, materiály hmatem. Smyslem bazální stimulace je zapojení vnímání u jedinců s těžkým vícenásobným postižením (Opatřilová 2008, s. 134).

8.8 Snoezelen

Jedná se o podpůrnou výchovně-vzdělávací metodu, současně může být Snoezelen využíván jako volnočasová aktivita, příp. terapeutická metoda. Snoezelen (výslovnost se obvykle uvádí jako: snuzelen) byl poprvé realizován v 70. letech 20. století v Holandsku dvěma muži

³⁴ Dendrity – krátké a bohatě větvené výběžky neuronů, jejich počet kolísá od jednoho do několika desítek, popř. stovek. Na většině dendritů lze najít krátké výrůstky, které se podílejí na struktuře synapsí. Dendrity slouží jako příjmová místa – jejich prostřednictvím neuron přijímá signály (nervové vzruchy) od jiných neuronů (Nzip.cz 2024).

(Adem Verheulem a Janem Hulseggenem), kteří tehdy byli na tzv. civilní (vojenské) službě³⁵ v zařízení pro jedince s vícenásobným postižením. Z počátku využívaly Snoezelen jako volnočasovou aktivitu (Opatřilová 2008, s. 122) (Ponechalová 2024). U nás začal být využíván (tak jako řada dalších „věcí“, které pocházely, pocházejí ze „Západu“) až po zbavení se nesvobody po 17. listopadu 1989.

Označení Snoezelen má původ ve dvou slovech holandštiny: snuffelen (čichat, zkoumat) a doezelen (odpočívat, relaxovat). V zemích, ve kterých se hovoří anglicky, se využívá označení multisensory environment: multisenzorické, vícesmyslové prostředí. Snoezelen je používán u jedinců v podstatě jakéhokoli věku a s nejrůznějšími druhy postižení. Nachází uplatnění v mateřských i základních školách, stacionářích, hospicích, nemocnicích, rehabilitačních centrech, centrech pro duševní zdraví, centrech pro krizovou a včasnou intervenci, ad. (Ponechalová 2024).

Snoezelen je multifunkční metodou, která je realizována v prostředí (ve speciálně uzpůsobené místnosti), které má být pro uživatele metody mimořádně příjemné a podnětné. Snoezelen by měl pozitivně působit na max. smyslů uživatelů. Proto v něm bývají využívány světelné, zvukové, čichové, hmatové podněty, stejně jako podněty působící na tělo uživatelů – prostřednictvím např. tzv. propriocepce.³⁶ Konkrétní podoba a vybavení Snoezelenu mohou být velice různorodé – do nemalé míry záleží na fantazii a finančních možnostech, popř. šikovnosti (pokud se rozhodnou část Snoezelenu sami vyrobit) lidí, kteří Snoezelen vytváří. Pochopitelně velice záleží i na jedincích, kteří budou Snoezelen využívat. Konkrétní podoba Snoezelenu by měla být taková, aby byla pro jeho uživatele co nejprínosnější. Přínosnost by měli být schopni odpovědně posoudit odborníci, kteří s jedinci s vícenásobným postižením pracují a díky tomu by je měli dobře znát a vědět, jaké podněty, jaká podoba Snoezelenu by pro jejich „svěřence“ byla nejlepší. Dvě možné podoby Snoezelenu jsou zobrazeny na obrázku 13.

Podněty, které jsou Snoezelenem zprostředkovávány, mají mít uklidňující, příp. stimulující účinky – mají řídit a usměrňovat stimulaci, probouzet pozornost, navozovat pocit pohody a uspokojení, vyvolávat kladné vzpomínky, kladně ovlivňovat vztahy, zbavovat strachu, evokovat pocity jistoty a bezpečí. Často je využíván u jedinců s těžkými formami

³⁵ Jedná se o náhradní (povinnou) službu, kterou člověk vykonává místo „klasické“ povinné základní vojenské služby. V České republice mohl člověk vykonávat civilní službu, např. z důvodu svědomí či náboženského vyznání – v důsledku čehož odmítal vykonávat vojenskou základní službu, od roku 1990. V České republice byla civilní služba o polovinu delší než základní vojenská služba. Civilní služba u nás mohla být vykonávána formou pomocných činností v organizacích státu, obcí a u nevýdělečných nestátních právnických osob, zejména ve zdravotnictví, v sociálních službách, při ochraně životního prostředí, při likvidaci následků živelních pohrom a v jiných obecně prospěšných činnostech. U nás byla civilní služba zrušena společně s povinnou základní vojenskou službou k 22. 12. 2004 (Zákon č. 18/1992 Sb., § 1) (Zákon č. 587/2004 Sb., § 1).

³⁶ Propriocepce – cítění z vlastního těla, jde o schopnost nervového systému zaznamenat změny, které vznikají ve svalech a uvnitř těla pohybem a svalovou činností (polohocit). Propriocepce je nezbytná pro správnou koordinaci pohybů, pro odpovídající svalový tonus, pro průběh některých reflexů, pro schopnost vnímat změny v polohách těla, ad. (WikiSkripta 2021).

vícenásobného postižení, dále i u jedinců s: mentálním postižením, poruchami hybnosti, poruchami autistického spektra, poruchami chování, traumatickým poraněním mozku, chronickými nemocemi. Ve Snoezelenu má platit: nic se nemusí, vše je dovoleno (Opatřilová 2008, s. 122) (Ponechalová 2024).



Obrázek 13: Dvě z mnoha možných podob Snoezelenu (Jánské Lázně zpět do života 2024)
(Dětská rehabilitace Hlučín 2024)

Smyslem využívání Snoezelenu nemá být „pouze“ uvolnění, pohoda, spokojenost uživatele, ale i např. vhodná stimulace smyslového vnímání a podpora rozvoje osobnosti uživatele (v našem případě jedinců s vícenásobným postižením). Rozvíjeny mohou být oblasti jako např.: vnímání, emocionalita, kognitivní procesy, komunikace, motorika. Dalšími přínosy mohou být např.: zmenšování stresu, eliminace stereotypního chování, zvýšení spontaneity, nasměrování motivace uživatele vhodným směrem, zvýšení iniciativy uživatele a zlepšení jeho vztahu k ostatním lidem (odborníkům, rodičům) (Ponechalová 2024).

Při využívání Snoezelenu je třeba dodržovat následující principy: individuálního přístupu, možnosti volby, výběru, nedirektivního přístupu, správné délky času.

Princip individuálního přístupu – jedná se o základní princip, uživatelům Snoezelenu nikdy nemáme vnucovat naše pocity, máme zohledňovat jejich potřeby, preference, schopnosti a předpoklady. Někteří jedinci s vícenásobným postižením nemusejí mít v oblibě silnější zvuky, určité druhy osvětlení, apod. (Ponechalová 2024).

Princip možnosti výběru – pokud to je alespoň trochu možné, má mít uživatel možnost sám rozhodovat o tom, co se bude ve Snoezelenu dít. Jak co se týká obsahu aktivit, tak jejich časového průběhu. Ve Snoezelenu nemá místo spěch, stres, nucení, nátlak na jeho uživatele (Ponechalová 2024).

Princip nedirektivního přístupu – ve Snoezelenu se nic nemusí, vše je dovoleno, dobrovolnost, svoboda, absence nátlaku – uživatel má mít možnost svobodného pohybu, může na sebe nechat působit jakékoli ve Snoezelenu dostupné podněty. Ve Snoezelenu by měli mít uživatelé větší míru svobody než jinde. Je možné vhodným způsobem uživatele

„navést“ správným směrem, aby došlo k optimálnímu působení ve Snoezelenu dostupných podnětů na uživatele (Mertens in Ponechalová 2024).

Princip správné délky času – zpravidla bývá délka jednoho pobytu ve Snoezelenu 30 až 45 minut. Vždy ale záleží na konkrétních potřebách uživatele. Jako smysluplnější než delší doba se ukazuje být pravidelnost pobytu ve Snoezelenu. V případě skupinových pobytů ve Snoezelenu bývá doba okolo 45 až 60 minut. Pobyt ve Snoezelenu nemá být ukončen náhle, nečekaně. Vhodné je pobyt ukončit po takové době, kdy to je pro uživatele nejvhodnější. Takovou dobu může značit např. to, když u uživatele klesá zájem o aktivity ve Snoezelenu (Ponechalová 2024).

Uvedené metody a terapie mohou mít značný přínos, je třeba racionálně vybrat takové, které jsou pro konkrétního jedince s vícenásobným postižením nejvhodnější a nejpřínosnější. Správný výběr má vycházet z tělesných i psychických potřeb a specifík každého jednoho člověka s vícenásobným postižením. Díky tomu by účinnost správně vybraných metod, technik měla být max. reálně dosažitelná. V podstatě vždy je pro úspěch nutná dobrá spolupráce s rodiči, popř. s lidmi, kteří rodiče nahrazují – pokud se jedná o děti s vícenásobným postižením (Opatřilová 2008, s. 90). U jedinců v dospělém věku to mohou být také rodiče, popř. jiné blízké osoby, které o dospělého jedince s vícenásobným postižením pečují. U jedinců s vícenásobným postižením lze využívat i např. různé formy zooterapie, těm se ovšem v tomto textu nevěnujeme a ctěné čtenáře tímto odkazujeme na zdroje, které se zooterapii věnují.

9 Systém péče a podpory o jedince s vícenásobným postižením

9.1 Ucelená (komprehensivní) rehabilitace

Ucelenou (komprehensivní) rehabilitaci³⁷ lze charakterizovat jako koordinované, včasné a plynulé úsilí o co nejrychlejší a co nejkomplexnější zapojení jedinců s postižením do všech obvyklých aktivit společenského života (Švestková, Angerová in Zikl 2011, s. 25). Ucelená rehabilitace se skládá z následujících čtyř základních složek: léčebné rehabilitace, výchovně-vzdělávací rehabilitace, pracovní rehabilitace, sociální rehabilitace (Zikl 2011, s. 26) a čtyř odborných složek: psychologické rehabilitace, technické rehabilitace, právní rehabilitace, ekonomické rehabilitace (Kábele, a kol. in Renotierová 2006, s. 233). U jedinců

³⁷ Pojem rehabilitace pochází z latinského pojmu *habilitas* – způsobilost, schopnost a předpony *re-* (znovu, opět). Význam pojmu rehabilitaci je možné interpretovat jako znovuuschopnění, znovunavrácení do původního stavu. Setkat se lze i s pojmem *habilitace*, který reprezentuje způsob výchovy a vzdělávání člověka, aby se stal způsobilým, připraveným pro vykonávání pro život důležitých činností. Postupně se místo pojmu *habilitace* začal používat pojem *rehabilitace* (Renotierová 2006, s. 233). „Přísně“ vzato by se měl u jedinců s vrozeným vícenásobným postižením používat pojem *habilitace* (ve významu uschopnění) a u jedinců se získaným vícenásobným postižením pojem *rehabilitace* (ve významu znovuuschopnění – poté, co přišli k vícenásobnému postižení). Pomíjíme na tomto místě význam pojmu *habilitace* jako označení procesu (řízení), který souvisí s udělením akademické hodnosti *docent*.

s vícenásobným postižením má vhodně realizovaná ucelená rehabilitace mimořádně velkou důležitost. Zastoupení jednotlivých složek ucelené rehabilitace u konkrétního jedince s vícenásobným postižením závisí na řadě faktorů, mezi kterými lze zmínit:

- závažnost stavu jedince s vícenásobným postižením,
- věk jedince s vícenásobným postižením,
- úroveň péče v rodině, popř. v prostředí, které rodinu jedinci s vícenásobným postižením nahrazuje,
- intenzita využívání různých podpůrných služeb (sociálních služeb, školských služeb, ad.),
- dostupnost a kvalita vhodných služeb v místě pobytu jedince s vícenásobným postižením,
- dostupnost a kvalita profesionálních pracovníků, kteří s jedincem s vícenásobným postižením pracují (zdravotníci, speciální pedagogové, učitelé, vychovatelé, sociální pracovníci, ad.) (Zikl 2011, s. 29).

Dále se věnujeme popisu jednotlivých složek ucelené rehabilitace.

Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace má být zahájena co nejdříve po odeznění akutního stadia nemoci, úrazu, operace. Cílem je, pokud to je reálné, obnovit u jedince co nejrychleji původní zdravotní stav, popř. se v max. možné míře přiblížit původnímu zdravotnímu stavu jedince před nemocí, úrazem, operací. U jedinců s vícenásobným postižením mohou být krom „obecných“ metod využívány i specifické metody, jako jsou např. Vojtova metoda, Bobath koncept, Petöho terapie (Renotiérová 2006, s. 233). Těmto ad. metodám jsme se podrobněji věnovali výše v části 8 Vhodné metody u jedinců s vícenásobným postižením.

Léčebnou rehabilitaci zabezpečují především zdravotničtí pracovníci, ale mohou se na ní podílet i odborníci z jiných oblastí, např. z oblasti sociálních služeb a speciální pedagogiky – a to např. tehdy, kdy:

- zabezpečují vhodné polohování³⁸ jedinců s těžkými poruchami hybnosti,
- zabezpečují adekvátní příjem tekutin a stravy u jedinců, kteří s ním mají obtíže,

³⁸ Polohování je u jedinců s vícenásobným postižením, jehož součástí jsou závažné poruchy hybnosti (u jedinců, kteří nejsou schopni samostatného pohybu), velice důležité. Slouží k tomu, aby byl jedinec ve zdravých, popř. zdraví prospěšných polohách. Je toho dosahováno tím, že pro vytvoření správných poloh využíváme vhodné podkládání částí těla, měníme polohu těla v čase, apod. Cílem polohování je např.: eliminovat bolest, zmenšovat zhoršení funkce plic, zmenšovat riziko vzniku: deformit těla, dekubitů, svalových kontraktur, omezení kloubní pohyblivosti, atrofie svalů, dále jde o zlepšení funkcí krevního oběhu. Při polohování bývají využívány různé pomůcky, jako jsou např.: polohovací lůžka, speciální lůžkové matrace, různě tvarované pomůcky z molitanu apod. materiálů, polohovací dlahy, sáčky s pískem, válce, klíny, nafukovací dlahy. Změny polohy těla bývají realizovány přes den max. po 2 hodinách a přes noc max. po 3 hodinách, ale může to být i po mnohem kratší době – záleží na stavu a potřebách jedince, u kterého je polohování realizováno (WikiSkripta 2016). Podrobnější informace k polohování lze nalézt např. v publikaci Zikla (2011, s. 63–78).

- se podílejí na sebeobslužných a hygienických činnostech jedinců se závažnými formami postižení,
- se snaží vhodně stimulovat motoriku jedinců s postižením,
- u jedinců s postižením facilitují vykonávání běžných činností,
- se snaží zabezpečit dodržování ergonomických zásad při různých činnostech (např. ve škole při sezení, psaní, kreslení, úchopu psacího náčiní, využívání informačních a komunikačních technologií),
- se snaží realizovat handling – což je celodenní aplikování vhodných rehabilitačních postupů, které jsou směřovány k stimulaci – facilitaci hybnosti, inhibování patologických pohybových vzorů a podpoře správných motorických projevů (Zikl 2011, s. 27).

Výchovně-vzdělávací rehabilitace

V rámci výchovně-vzdělávací rehabilitace, která je realizována pedagogy, dominují zpravidla aktivity učitelů a škol. U dětí, žáků a studentů s vícenásobným postižením je třeba klást důraz i na oblasti, které u dětí, žáků a studentů bez postižení nebývají „problematické“. Jedná se např. o oblast: rozvoje motoriky, rozvoje samostatnosti a sebeobsluhy, rozvoje komunikačních schopností, rozvoje vhodných volnočasových aktivit (Zikl 2011, s. 26). Výchovně-vzdělávací rehabilitace je u jedinců s vícenásobným postižením zabezpečována prostřednictvím všeobecného i odborného vzdělávání. Dříve bývala realizována především ve „specializovaných“ školách, které byly určeny jedincům s vícenásobným postižením (Renotierová 2006, s. 234), popř. ve školách, které byly „specializované“ na jedince s jinými druhy postižení a do kterých bývali jedinci s vícenásobným postižením začleňováni. V současné době je v České republice preferováno vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením v rámci běžného vzdělávání – formou školské integrace, resp. školské inkluze. Pochopitelně za splnění podmínky, že integrativní, resp. inkluzivní vzdělávání umožňuje zabezpečit naplňování speciálních vzdělávacích potřeb jedinců s vícenásobným postižením. Pokud by tato podmínka naplněna nebyla, může být vhodnější vzdělávání ve školách zřízených dle § 16, odstavce 9 školského zákona, popř. v základních školách speciálních (pokud jedinec s vícenásobným postižením trpí závažnějším mentálním postižením). Smyslem výchovně-vzdělávací rehabilitace je vhodnými výchovně-vzdělávacími prostředky docílit toho, aby jedinci s vícenásobným postižením byli nedílnou součástí společnosti ve všech jejích oblastech.

Sociální rehabilitace

V rámci sociální rehabilitace bývá řešeno např. zabezpečení: bydlení, dopravy, příspěvku na péči a sociální začleňování jedinců s vícenásobným postižením. Sociální začleňování jedinců s vícenásobným postižením může být ztíženo v důsledku jejich obtíží v komunikaci, pohybu, příp. v důsledku obtíží v oblasti kognice. Speciální pedagog by se měl adekvátně orientovat i v této oblasti – mj. proto, že to bývá on, kdo se mnohdy podílí na tom, jakým způsobem

je např. dítě s vícenásobným postižením začleněno mezi ostatní děti ve školní třídě, příp. ve skupině dětí, které se věnují nějaké volnočasové aktivitě (Zikl 2011, s. 28). Sociální rehabilitace se také zaměřuje na zajištění pracovního uplatnění jedinců s vícenásobným postižením. Podílí se např. na: úpravách pracovišť, bydlení, zajištění dopravy (Renotiérová 2006, s. 234). Pokud člověk trpí tak závažným vícenásobným postižením, že jeho pracovní schopnost klesla o min. 35 %, je v rámci sociální rehabilitace takovému jedinci zabezpečován tzv. invalidní důchod. Výše invalidního důchodu závisí např. na tzv. stupni invalidity, které jsou tři, a stanovují se dle výše poklesu pracovní schopnosti člověka. Invalidita prvního stupně se pojí s poklesem pracovní schopnosti o 35 až 49 %, invalidita druhého stupně s poklesem pracovní schopnosti o 50 až 69 %, invalidita třetího stupně znamená pokles pracovní schopnosti o více než 70 % (MPSV 2020). Do sociální rehabilitace dále spadají služby, které jsou charakterizovány v zákoně o sociálních službách, na který zájemce o podrobnosti odkazujeme.

Pracovní rehabilitace

Jedná se o souvislou péči o jedince s vícenásobným postižením, jejímž smyslem je získat a udržet si vhodné zaměstnání – což by mělo jedinci pomoci zapojit se do života společnosti. V rámci pracovní rehabilitace mohou být využívány: poradenství k volbě vhodné profese, nástroje pro změnu a udržení zaměstnání, vhodně uzpůsobené kvalifikační a rekvalifikační kurzy, ad. (Vítková 2019, s. 203). Pracovní rehabilitace se zaměřuje na jedince s vícenásobným postižením v produktivním věku. U dětí s vícenásobným postižením v základním vzdělávání je vhodné dosáhnout kompetencí, které budou dostatečné pro vhodný výběr dalšího vzdělávání, které by mělo směřovat k budoucímu profesnímu uplatnění³⁹ (Zikl 2011, s. 28, 29). Někteří autoři uvádějí, že pracovní rehabilitace se týká pouze jedinců, kteří k vícenásobnému postižení přišli až v průběhu života. Poté, co již pracovali, poté, co již nabyli určitou profesní kvalifikaci. Pak bývá uváděno, že pokud je vícenásobné postižení tak závažné, že neumožňuje pokračovat v dosavadní profesi za běžných podmínek, je třeba, aby se buď upravily podmínky (prostřednictvím využití např. vhodných pomůcek, realizováním architektonické bezbariérovosti), za kterých budou moci jedinci s vícenásobným postižením pokračovat v dosavadní profesi, nebo je nutné, aby se rekvalifikovali na profesi, které se s ohledem na vícenásobné postižení budou moci v dalším životě věnovat (Renotiérová 2006, s. 234). Možnost profesního uplatnění je (nejen) pro jedince s vícenásobným postižením velice důležitá (patří mezi základní potřeby člověka), proto, pokud jedinec nemá možnost vhodného pracovního uplatnění, dochází u něho obvykle k frustraci, popř. dalším (nejen) psychickým obtížím (Vítková 2019, s. 203, 204).

³⁹ Pochopitelně – pokud to druh a především závažnost vícenásobného postižení u konkrétního dítěte umožňuje.

Psychologická rehabilitace

Psychický stav má (nejen) u jedinců s vícenásobným postižením významný vliv mj. na průběh léčby v době nemoci, popř. v době po úraze či operačním zákroku. Stav psychiky výrazně ovlivňuje i socializaci (opět – nejen) jedinců s vícenásobným postižením. Významným předpokladem dobrého psychického stavu je důvěra v úspěch, smysl léčby, ad. péče, která je jedincům s vícenásobným postižením poskytována (Renotiérová 2006, s. 234).

Technická rehabilitace

Tato složka ucelené rehabilitace je do jisté míry využívána ve všech čtyřech jejích základních složkách. V léčebné rehabilitaci bývá uplatňována při navrhování a výrobě protéz, ortéz, technických pomůcek, ad. Ve výchovně-vzdělávací rehabilitaci při navrhování a výrobě pomůcek a dalších zařízení, které mohou jedinci s vícenásobným postižením při výchově a vzdělávání využívat. V pracovní rehabilitaci se jedná např. o navrhování a výrobu pracovních protéz, specificky upravených pracovních nástrojů, úpravu pracoviště, včetně využívání vhodných prostředků z oblasti informačních a komunikačních technologií. V sociální rehabilitaci bývá technická rehabilitace platná např. při odstraňování architektonických bariér, díky čemuž se jedinci s vícenásobným postižením mohou dostat do kulturních, sportovních, úředních institucí i dalších objektů a dopravních prostředků (Renotiérová 2006, s. 235).

Právní rehabilitace

Právní rehabilitace se týká především navrhování vhodné legislativy a snahy platnou legislativu využívat ve prospěch jedinců s vícenásobným postižením. Cílem právní rehabilitace je zajištění oprávněných práv jedinců s vícenásobným postižením. Jde např. o: práva lidská, práva společenská, práva na odpovídající péči, práva k ochraně před zneužíváním (Renotiérová 2006, s. 235).

Ekonomická rehabilitace

Věnuje se pracovnímu začleňování jedinců s vícenásobným postižením, podílí se na zřizování a provozování chráněných pracovních míst. Její součástí je i vytváření pracovních oborů, ve kterých se mohou jedinci s vícenásobným postižením uplatňovat a které reagují i na soudobé potřeby celé společnosti (Renotiérová 2006, s. 235).

Dále zmíníme některé z postupů léčebné rehabilitace, které lze u jedinců s vícenásobným postižením využívat v rámci výchovy a vzdělávání. Pedagogové (nejen speciální), kteří pracují s jedinci se závažnějšími formami vícenásobného postižení, by se měli v uvedených postupech orientovat a měli by být schopni je vhodným způsobem využívat – např.

prostřednictvím používání vhodných částí různých fyzioterapeutických přístupů, metod.⁴⁰ To se týká i rodičů dětí s vícenásobným postižením, popř. osob, které rodiče nahrazují (Zikl 2011, s. 37). Při výchově a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením lze využívat např. následující postupy:

- taktilní a vibrační stimulace,
- vestibulární a propioceptivní stimulace,
- kondiční cvičení,
- balanční cvičení,
- pasivní cvičení,
- vynucené používání,
- respirační cvičení,
- relaxační aktivity (Zikl 2011, s. 40).

Taktilní a vibrační stimulace – jedná se o stimulaci, která není omezena pouze na hmatové vnímání zprostředkované rukama, ale i kůží (povrchem) celého těla – receptory tlaku, teploty, vibrací, ad. Tato stimulace může vést k rozvoji základních (bazálních) úrovní vnímání u jedinců se závažnými stupni vícenásobného postižení⁴¹ a v optimální situaci může následovat další motorický i kognitivní rozvoj. Taktilním stimulem může být v podstatě každý dotek – včetně doteků, které se odehrávají při polohování, při pomoci se stravováním a sebeobsluhou, při hrách, při výchovně-vzdělávacích aktivitách (Zikl 2011, s. 40, 41). Smyslem taktilní a vibrační stimulace je: uvolnění tenze, zklidnění, zlepšení prokrvení organismu, zkvalitnění dýchání, prevence deformit a kontraktur, uvolňování hlenu v plicích, optimalizace senzitivity (citlivosti, vnímavosti), zmenšování deficitu motorických zkušeností a vjemů, podporování uvědomování si a vnímání vlastního těla (tělesného schématu), navázání a udržení pozitivního vztahu a komunikace s jedincem s vícenásobným postižením a zvýšení jeho motivovanosti. Výhodou taktilní a vibrační stimulace je relativní nenáročnost a poměrně nízké riziko poškození jedince s vícenásobným postižením její nevhodnou realizací (Zikl 2011, s. 42).

Vestibulární a propioceptivní stimulace – jde o aktivity, které jedinci, u kterých je realizována, vnímají prostřednictvím ústrojí rovnováhy – vestibulárního aparátu (Zikl 2011, s. 45) a propiocepce. Vhodná stimulace a následně správná funkce vestibulárního aparátu je důležitým předpokladem pro rozvoj schopnosti pohybovat se v prostoru prostřednictvím chůze. Poruchy funkce vestibulárního aparátu se mohou projevat např. závratěmi, nauzeou, zvracením, studeným potem, kinetózou. Při nedostatečné stimulaci vestibulárního aparátu může dojít ke snížení jeho vnímavosti. Pokud je jedinec schopen běžného samostatného pohybu, bývá vestibulární aparát stimulován dostatečně (Zikl 2011, s. 46). Propriocepce je schopnost zaznamenávat prostřednictvím nervového systému změny, které vznikají ve svalectech pohybem. Je nutná pro správnou koordinaci pohybů, pro vnímání změn v poloze těla, pro správný svalový tonus, ad. Pokud organismu schází adekvátní stimuly zprostředkované propiocepcí, mívá to negativní vliv na rozvoj motoriky a schopnosti

⁴⁰ Zájemce o podrobnější informace odkazujeme na publikaci Zikla (2011, s. 37–62).

⁴¹ Může se jednat např. o jedince, u kterých je součástí jejich postižení závažné mentální postižení, hluchoslepotu, nejtěžší formy mozkové obrny, dále o jedince po těžkých úrazech mozku, cévních mozkových příhodách se závažnými následky, apod. (Zikl 2011, s. 41).

samostatného pohybu. Jestliže jedinci s vícenásobným postižením schází vhodné podněty z vestibulárního aparátu a propiocepce – např. pokud je odkázán na vozík či dokonce lůžko, je třeba vestibulární aparát a propiocepci vhodně stimulovat, aby se zvýšila pravděpodobnost vhodného motorického vývoje. Toho lze docílit např.:

- vhodným polohováním – v různých pozicích (vleže, vsedě, vkleče, ve stoji),
- houpáním (sítě, vaky, houpačky),
- měněním polohy vozíku, lůžka (v důsledku čehož se mění i poloha těla),
- fyzickou manipulací (přenášení, oblékání, hygienické úkony, ad.),
- pasivním cvičením (např. v rámci bazální stimulace),
- aktivním cvičením (těch částí těla, u kterých to je možné) (Zikl 2011, s. 46).

Kondiční cvičení – to může absolvovat relativně mnoho jedinců s vícenásobným postižením, je třeba nalézt vhodné aktivity a vytvořit odpovídající podmínky – např. prostorové, zabezpečit asistenci a příp. vhodné pomůcky. Kondiční cvičení může být ve školách realizována v rámci hodin běžné tělesné výchovy, popř. v rámci hodin zdravotní tělesné výchovy. Správně prováděné kondiční cvičení mívá na jedince s vícenásobným postižením podobný vliv jako na ostatní. Hlavním smyslem je zlepšení zdravotního (tělesného) a psychického stavu, čehož lze dosáhnout např. díky: zlepšení tělesné zdatnosti, udržení optimální tělesné hmotnosti, zvyšování svalové síly a vytrvalosti, rozvíjení pohybové koordinace, posílení imunity organismu, vhodného naplnění volného času, rozvíjení sociálních vazeb, posílení pozitivního sebehodnocení a sebedůvěry, ad. Pozor je třeba dávat na příp. kontraindikace určitých kondičních (pohybových) aktivit ve vztahu ke zdravotnímu stavu jedince, popř. k lékům, které užívá, aby nedošlo k ohrožení jeho zdraví (Zikl 2011, s. 47). Kondiční cvičení musí být pro jedince s vícenásobným postižením: zvládnutelné (fyzicky i mentálně), bezpečné, atraktivní – motivující, realizovatelné v prostředí, ve kterém se nachází. Využívány mohou být formy individuální i skupinové a může se jednat o běžné sportovní aktivity, příp. o upravené běžné sportovní aktivity, popř. o aktivity určené specificky pro jedince s postižením (Zikl 2011, s. 48).

Balanční cvičení – neboli cvičení rovnováhy, resp. posturální cvičení, je zaměřeno na svaly, které se účastní na udržování rovnováhy při sedu, stoji, chůzi, běhu, manipulaci s předměty, hrozícím pádu, ad. činnostech. Jedná se tedy o svaly, které mají posturální funkci – „automaticky“ se vhodným způsobem aktivují tak, aby nedošlo k pádu těla, aby bylo tělo udržováno v odpovídající, správné poloze. U jedinců s vícenásobným postižením bývají poruchy rovnováhy poměrně časté, proto je třeba, aby se věnovali mj. i balančnímu cvičení (Zikl 2011, s. 50). Balanční cvičení je např.: cvičení s využíváním míčů, rovnovážná cvičení s běžnými pomůckami (trampolíny, doskokové matrace, lavičky, kladiny, ad.), rovnovážná cvičení se speciálními pomůckami (houpačky, houpací desky, pružinové desky, chůdy, točny, nafukovací balanční disky, ad.), vestibulární stimulace, posturální cvičení – nácvik různých poloh těla (Zikl 2011, s. 51–53).

Pasivní cvičení – bývá využíváno u jedinců se závažnými formami vícenásobného postižení, kteří mají významně, popř. zcela omezené možnosti aktivního (volního) pohybu. Pasivní cvičení je důležité i u jedinců, kteří nejsou schopni aktivního pohybu „pouze“ na části těla, např. u jedinců s hemiplegií (Zikl 2011, s. 54). Smyslem pasivního cvičení je: udržení, popř. zvětšení kloubní pohyblivosti, protahování kvůli nečinnosti zkrácených svalů, prevence svalových kontraktur, zachování pohybových vzorců v mozku, popř. podporování jejich vytváření (vhodnou propioceptivní stimulací), podporování krevního oběhu, předcházení otoků. Správná realizace pasivního cvičení předpokládá adekvátně zaškolený zdravotnický, resp. pedagogický personál (popř. rodiče), který pasivní cvičení provádí. Pasivní cvičení by se mělo opakovat 2 až 3 krát za den (Haladová in Zikl 2011, s. 54, 55). Využívány mohou být i různé pomůcky, jako je např. motomed, motoricky ovládané dlahy, závěsy končetin.

Vynucené používání – jedná se o postup využívaný při terapii amblyopie (tupožrakosti), při kterém je oko, jež je v lepším stavu, zaslepeno okluzorem a tím se „vynutí“ používání oka v horším stavu. Obdobný přístup lze využívat i ve fyzioterapii především u jedinců s hemiparézou, kteří mívají „přirozený“ sklon více postiženou stranu těla využívat méně, příp. vůbec a v důsledku toho často dochází k přetěžování nepostižené poloviny těla. Abychom zamezili využívání a přetěžování nepostižené části těla, využíváme fixování – např. zafixujeme nepostiženou horní končetinu a tím „vynutíme“ používání postižené horní končetiny (Gúth in Zikl 2011, s. 55). Díky tomu může dojít ke zlepšení její funkčnosti. Místo fixace lze využít např. vhodného polohování, kdy jedince s vícenásobným postižením zapolohujeme takovým způsobem, aby nemohl využívat nepostiženou (resp. méně postiženou) část těla a byl tak nucen používat (a díky tomu rozvíjet) postiženou část těla. Lze postupovat i tak, že při běžných činnostech např. podáváme předměty do více postižené horní končetiny a tím opět dosahujeme jejího většího používání, procvičování (Zikl 2011, s. 56).

Respirační cvičení – bývají využívána při léčbě, ale i jako preventivní opatření u jedinců se závažnými stupni vícenásobného postižení, jehož součástí jsou závažné poruchy hybnosti. Respirační cvičení dále bývají součástí logopedické terapie, tělesné i hudební výchovy. Pozitivní vliv na respiraci mívají i polohování, kondiční cvičení, cvičení pro uvolňování hlenu, masáže, fonační cvičení, zpěv, hraní na dechové nástroje, ad. (Zikl 2011, s. 56). Smyslem dechových cvičení je: harmonizace a prohloubení dýchání, zlepšení pohyblivosti bránice a žeber, zvýšení svalové síly a vytrvalosti, usnadnění vykašlávání, snížení psychického napětí, snížení pocitů nejistoty, zmatenosti, uvědomění si vlastního těla, zlepšení mezilidských vztahů (klient – terapeut), může být i prostředkem k zlepšení komunikace (Friedlová a Gúth in Zikl 2011, s. 56, 57). Velký význam mají respirační cvičení u jedinců dlouhodobě imobilních a u jedinců s onemocněním dýchacího systému (Zikl 2011, s. 57).

Relaxační aktivity – pojem relaxace má původ v latině a lze jej charakterizovat jako uvolnění. U jedinců s vícenásobným postižením jde zpravidla o uvolnění svalového, popř. duševního napětí. Relaxační aktivity nelze vnímat jako pouze pasivní a prováděné např. v leže. Relaxační aktivitou může být kterákoli aktivita, která u konkrétního jedince vede k harmonizaci

svalového a k uvolnění psychického napětí. Jako relaxační aktivity tak mohou být využívány výše uvedené postupy, ale i různé další (Zikl 2011, s. 59, 60). Relaxační aktivitou může být pobyt o samotě, jindy to může být naopak pobyt mezi mnoha lidmi, může se jednat o nejrůznější volnočasové aktivity (aktivní i pasivní, individuální i skupinové), může se jednat o činnost řízenou odborníkem (např. Snoezelen), ale i o činnost, kterou si jedinec vybere a řídí zcela sám. Vždy je důležité, aby relaxační aktivity vycházely z možností a potřeb konkrétního jedince s vícenásobným postižením, aby byl jasný jejich cíl a způsoby vyhodnocování toho, zda bylo cíle dosaženo. Jedna a tatáž aktivita může být jedním člověkem vnímána jako relaxační a jiným jako zátěžová. Popř. může jedinec vnímat totožnou aktivitu odlišně v různé době – někdy ji může vnímat jako relaxační, jindy jako zátěžovou – v závislosti na aktuální náladě, únavě, apod. Smyslem relaxační aktivity může být zotavení po předchozích aktivitách, ale i příprava na další aktivitu (Zikl 2011, s. 60).

9.2 Výchova a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením

Výchova a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením je obdobně jako u ostatních jedinců celoživotním procesem. Jedinci s vícenásobným postižením patří mezi jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. Aktuální verze školského zákona vymezuje děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami jako osoby, které k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebují poskytnutí podpůrných opatření.⁴² Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dětí, žáků nebo studentů. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou, resp. školským zařízením (Zákon č. 561/2004 Sb., § 16, odst. 1). Školský zákon řeší výchovu a vzdělávání od mateřských po střední školy. Zákon o sociálních službách řeší podporu při výchově a vzdělávání dětí s vícenásobným postižením prostřednictvím služeb rané péče v podstatě od narození do max. 7 let věku dítěte. Pokud jedinec s vícenásobným postižením pokračuje ve vzdělávání na vysoké škole, je pak toto vzdělávání „ošetřeno“ zákonem o vysokých školách. Pochopitelně i u jedinců s vícenásobným postižením platí, že je u nás v současnosti preferováno vzdělávání integrační, resp. inkluzivní (jak jsme již zmiňovali). Pravda ale je, že u jedinců s těžkými formami vícenásobného postižení může být vzdělávání formou školské integrace, resp. inkluze obtížně realizovatelné, popř. nemožné, s čímž souhlasí např. i Ludíková (2006, s. 306). Vždy ovšem máme postupovat na základě max. množství a kvality informací o dítěti s vícenásobným postižením v jeho co nejlepším zájmu.

Cílem výchovy a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením je optimální a komplexní rozvoj osobnosti jedinců s vícenásobným postižením při respektování jejich individuality

⁴² Podrobnosti k podpůrným opatřením jsou uvedeny ve školském zákoně a především pak ve vyhlášce č. 27/2016 Sb.

a speciálních vzdělávacích potřeb, které plynou z kombinace různých druhů postižení u konkrétního jedince. Smyslem je, aby jedinci s vícenásobným postižením mohli realizovat kontakt s vrstevníky i dalšími lidmi, aby si osvojili vhodné formy komunikace, aby u nich došlo k adekvátnímu rozvoji kognice i motoriky. Pochopitelně v závislosti na možnostech a schopnostech konkrétního člověka s vícenásobným postižením – to znamená, že někteří z nich se budou vzdělávat v základních školách speciálních a jiní mohou být úspěšnými absolventy univerzit.

Byly formulovány následující základní úkoly výchovy a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením:

- optimálně naplňovat speciální vzdělávací potřeby jedinců s vícenásobným postižením;
- zabezpečit odpovídající osvojení výchovně-vzdělávacího obsahu jedinci s vícenásobným postižením;
- podporovat optimální rozvoj kognitivních procesů, komunikace, ad. schopností a dovedností jedinců s vícenásobným postižením;
- podporovat optimální rozvoj motoriky a sensoriky jedinců s vícenásobným postižením;
- dosáhnout max. možného rozvoje sebeobsluhy a samostatnosti jedinců s vícenásobným postižením;
- optimálně rozvíjet emocionalitu jedinců s vícenásobným postižením;
- podporovat osvojování vhodných forem chování jedinců s vícenásobným postižením;
- optimálně rozvíjet adaptační schopnosti jedinců s vícenásobným postižením, díky čemuž roste pravděpodobnost toho, že budou integrální součástí společnosti;
- rozvíjet všechny oblasti (druhy) inteligence jedinců s vícenásobným postižením;
- podporovat vytváření mechanismů autoregulace jedinců s vícenásobným postižením;
- dosáhnout max. možné míry samostatnosti a nezávislosti jedinců s vícenásobným postižením;
- podporovat procesy komplexní rehabilitace jedinců s vícenásobným postižením (Vančová in Opatřilová 2008, s. 23, 24).

V dalším textu se budeme věnovat výchově a vzdělávání jedinců s vícenásobným postižením od narození po vysokoškolská studia (s důrazem na aktuálně platnou legislativu).

9.2.1 Raná podpora

Včasná péče a vhodná podpora (nejen) dětí s vícenásobným postižením je velice důležitým předpokladem pro odpovídající vývoj dětí. Např. u dětí s vážným postižením sluchu, zraku může docházet ke ztrátě zbytků sluchu a zraku, pokud zbytky sluchu, resp. zraku nejsou včas podchyceny a adekvátně cvičeny. Obdobně to je např. u dětí s mozkovou obrnou a možnostmi snížit dopady jejich postižení na jejich pohybové možnosti. U dětí

s vícenásobným postižením je včasná a správná péče mimořádně důležitá – neboť může zmenšit dopady postižení na celý další život dítěte, resp. posléze dospělého jedince s vícenásobným postižením. Pro zdárný vývoj dítěte (resp. jedince) jsou rozhodující první roky jeho života. Pokud mu nejsou v této rozhodné době poskytovány odpovídající péče, podpora s cílem dosáhnout max. v jeho reálně možném rozvoji, vývoji, nelze později tuto promarněnou možnost (příležitost) napravit, dohnat. Příčinou je to, že v útlém věku jsou poměrně mimořádné možnosti vhodného ovlivňování např. vyvíjejícího se mozku dítěte – to jsou skutečnosti, které se nikdy později již neopakují. Možnosti vhodné stimulace a rozvoje dítěte v jeho raném věku jsou tak zcela mimořádné a neopakovatelné. Vhodnými aktivitami v raném věku dítěte lze do jisté míry podpořit adekvátní vývoj jeho mozku (Opatřilová 2008, s. 16).

Smyslem rané intervence je podporovat, podněcovat senzorio-motorický, emocionální, sociální i intelektuální (resp. celkový) vývoj dítěte s vícenásobným postižením tak, aby se mohlo v max. možné míře zapojit do života společnosti. Raná podpora má být dítěti poskytována od zjištění postižení až do doby, kdy dítě začne docházet do některého školského zařízení či do školy. Raná podpora spočívá ve všech opatřeních, kterými mohou být intervence, aktivity, speciální výchova a vzdělávání, které jsou odborně použité, a které vedou ke zlepšení organických funkcí, osvojení vhodného chování dítěte a k vhodnému vývoji jeho osobnosti. Může se jednat o opatření, která jsou realizována odborníky z různých oborů, jako je např. medicína či speciální pedagogika. Z oblasti medicíny se může jednat např. o fyzioterapii, ergoterapii, využívání vhodných léků či operací. Smysluplnost (nejen) rané podpory je velice závislá na tom, do jaké míry se podaří realizovat odpovídající spolupráci a aktivní spoluúčast nejen všech zainteresovaných odborníků (lékařů, speciálních pedagogů, psychologů, ad.), ale též rodičů (popř. osob, které rodiče nahrazují) dítěte s vícenásobným postižením (Opatřilová 2008, s. 17).

V České republice je raná podpora dětí s vícenásobným postižením a jejich rodičů dominantně realizována sociální službou, která se nazývá raná péče.⁴³ Služby rané péče jsou v rozsahu základních činností poskytovány bez úhrady nákladů ze strany rodičů dítěte s vícenásobným postižením. V zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je raná péče charakterizována jako terénní služba,⁴⁴ která může být doplněna ambulantní formou služby, která je poskytována dítěti a rodičům dítěte, jehož věk je max. 7 let, a které je dítětem s postižením, popř. se jedná o dítě, jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Raná péče je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby (Zákon č. 108/2006 Sb., § 54). Aktuálně platná legislativa uvádí následující čtyři hlavní oblasti činnosti rané péče:

⁴³ Služba rané péče je dostupná i dětem s jinými druhy postižení a jejich rodičům, v tomto textu se věnujeme jedincům s vícenásobným postižením, proto zmiňujeme ty.

⁴⁴ Označení „terénní služba“ znamená, že služba rané péče je poskytována v přirozeném prostředí dítěte – v jeho rodině.

1. výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
 - zhodnocování schopností a dovedností dítěte a 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, např. 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 max. možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické i sociální,
2. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 - pomoc při obnovování, popř. upevňování kontaktu s rodinou, pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování,
 - podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
3. sociálně terapeutické činnosti:
 - psychosociální podpora formou naslouchání,
 - podpora výměny zkušeností,
 - pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,
4. 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, popř. jiná obdobná jednání v záležitostech, které se týkají vývoje dítěte (Zákon č. 108/2006 Sb., § 54) (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 19).

Připomínáme, že odpovídající raná péče je u dětí s vrozeným, resp. časně získaným vícenásobným postižením velice důležitá proto, že zásadní roli ve vývoji dětí mají první tři roky jejich života. Do věku tří let se lidský mozek rozvíjí nejrychleji a současně se nejlépe přizpůsobuje změnám. Jde tak o období, ve kterém jsou kompenzační možnosti mozku mimořádně významné, díky tomu lze u dětí nejlépe rozvinout náhradní mechanismy (Společnost pro ranou péči 2023).

Kvalitní raná péče také může snižovat negativní vliv vícenásobného postižení na život dítěte i jeho rodiny. Může se jednat např. o to, že raná péče zprostředkuje max. rozvinutí funkcí postižených orgánů. Dále může raná péče posilovat soudržnost a správné fungování rodiny dětí s vícenásobným postižením. Díky tomu by měla růst pravděpodobnost toho, že dítě s vícenásobným postižením bude žít v rodině. Život, vývoj dítěte v rodině je přínosný nejen

pro dítě, ale i pro celou společnost (např. tím, že nemusí hradit život dítěte, posléze dospělého s vícenásobným postižením v pobytovém zařízení) (Společnost pro ranou péči 2023).

Hlavní činnosti rané péče jsou poskytovány formou poradenství – konzultací, které realizuje poradce rané péče v místě bydliště rodiny. Konzultace bývají poskytovány s odstupem 1 až 3 měsíců. Četnost konzultací záleží na domluvě s rodinou. Délka jedné konzultace bývá cca 2 hodiny. Rodiče ale mají možnost kontaktovat poradce i v době mezi konzultacemi, např. telefonicky, e-mailem, osobně (dle domluvy). Terénní forma rané péče může být doplněna formou ambulantní,⁴⁵ která bývá realizována v prostorách pracoviště rané péče (Společnost pro ranou péči 2023).

Užitečné nejen v rané podpoře rodin jedinců s vícenásobným postižením mohou být různá sdružení rodičů dětí s určitým druhem postižení, v rámci kterých mohou rodiče získat mnoho významných zkušeností, rad, informací.⁴⁶ Velice důležité (možná ještě důležitější) je ovšem to, že se zde mohou setkávat s rodiči, kteří zažívají, popř. zažívali podobné situace, obavy, stavy. S rodiči, kteří si kladou či pokládali obdobné otázky – tedy s lidmi, kteří jsou „osobně zaangażováni“, a mohou tak poskytnout jiný náhled na situaci než odborní pracovníci rané péče či jiných služeb, institucí. Určitou „kombinací“ „profesionální odbornosti“ a „odbornosti rodičovské“ pak mohou být některé neziskové organizace, které mnohdy vznikly z podnětu rodičů dětí s postižením (popř. z podnětu lidí, kteří měli,⁴⁷ mají k lidem s postižením blízký vztah, resp. se může jednat o samotné lidi s postižením), ale postupem času se více či méně profesionalizovaly.

9.2.2 Předškolní věk

V předškolním vzdělávání se snažíme podporovat rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku v oblasti citového, rozumového a tělesného rozvoje. Dbáme i na to, aby si dítě osvojilo: základní pravidla chování, základní životní hodnoty a schopnost navazovat mezilidské vztahy. Předškolní vzdělávání má vytvářet základní předpoklady pro pokračování v dalším vzdělávání. Mělo by napomáhat vyrovnávání nerovnoměrností ve vývoji dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytovat speciálněpedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami (Zákon č. 561/2004 Sb., § 33) – včetně dětí s vícenásobným postižením. Výchova a vzdělávání dětí s vícenásobným postižením předškolního věku má podporovat max. samostatnost v: sebeobsluze, osobní hygieně, stolování. Dále má přispívat k rozvoji jemné i hrubé motoriky, rozumových i komunikačních schopností, aby děti byly co nejlépe připraveny nejen na zahájení povinné školní docházky, ale i na svůj další život (Vítková 2006, s. 149).

⁴⁵ Ambulantní formou bývá realizováno max. 25 % služeb rané péče.

⁴⁶ Existují i sdružení dospělých jedinců s vícenásobným postižením, která mohou být přínosná jak jim samotným, tak jejich blízkým v pozdějších obdobích života.

⁴⁷ Problematikou různých druhů neziskových organizací a jejich charakteristikou, dělením, apod. se v tomto textu nezabýváme, podrobnosti lze nalézt např. [zde](#).

V předškolním věku (3 až 6 let) mohou děti s vícenásobným postižením a jejich rodiče využívat služeb vhodně zaměřeného speciálně pedagogického centra. Speciálně pedagogická centra pro děti s vícenásobným postižením⁴⁸ bývají někdy zřizována při školách, do kterých docházejí děti, žáci s vícenásobným postižením (Renotírová 2006, s. 236). Dle aktuálně platné legislativy existují v České republice dva druhy školských poradenských zařízení. Prvním jsou už zmíněná speciálně pedagogická centra a druhým jsou pedagogicko-psychologické poradny. Do pedagogicko-psychologických poraden děti s vícenásobným postižením zpravidla nedocházejí. Mohly by tam docházet např. děti s lehkými formami vícenásobného postižení, jehož součástí jsou např. specifické poruchy učení, a v „domovském“ speciálně pedagogickém centru by nebyl kvalifikovaný odborník na tuto oblast. Popř. může pedagogicko-psychologická poradna zjišťovat připravenost dětí pro nástup do povinné školní docházky, ke konci základního vzdělávání pak zase poskytovat žákům s vícenásobným postižením kariérové poradenství.

Speciálně pedagogické centrum poskytuje poradenské služby při výchově a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, v našem případě žáků s vícenásobným postižením. Činnost centra je realizována ambulantně na pracovišti centra a pak návštěvami pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, popř. v rodinách dětí s vícenásobným postižením. Speciálně pedagogické centrum mj. realizuje speciálněpedagogickou a psychologickou diagnostiku, zjišťuje připravenost dětí k nástupu povinné školní docházky, zjišťuje u dětí a žáků speciální vzdělávací potřeby a zpracovává podklady pro nastavení vhodných podpůrných opatření, formuluje doporučení pro vzdělávání dětí a žáků s vícenásobným postižením. Dále zajišťuje speciálněpedagogickou péči a speciálněpedagogické vzdělávání pro děti a žáky, kteří jsou vzděláváni ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině, která není zřízena podle § 16 odst. 9 školského zákona (tedy pro děti a žáky, kteří jsou vzděláváni v tzv. běžných školách v rámci školské integrace, resp. inkluze), nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky. Poskytují i kariérové poradenství žákům s vícenásobným postižením⁴⁹ (Vyhláška č. 72/2005 Sb., § 6).

Pedagogicko-psychologické poradny i speciálně pedagogická centra poskytují služby dětem, žákům nejenom v předškolním věku, ale i ve věku školním, popř. i později. Často uváděným věkem, po který lze do speciálně pedagogického centra, příp. pedagogicko-psychologické poradny docházet je 3 až 19 let (některá tato zařízení uvádějí i vyšší věk – např. do 26 let, popř. věk na horní hranici přesně neomezují a uvádějí dospělý věk⁵⁰).

Děti s vícenásobným postižením mohou v předškolním věku docházet do běžných mateřských škol, příp. mohou navštěvovat mateřské školy zřízené dle § 16. odst. 9 školského zákona, popř. mohou dle stejného § a odstavce školského zákona docházet do třídy,

⁴⁸ Tato speciálně pedagogická centra mohou mít do určité míry odlišné označení, popř. se v určitém speciálně pedagogickém centru mohou věnovat dětem, žákům nejenom s vícenásobným postižením, ale i s jinými druhy postižení – což se také odráží v označení takového speciálně pedagogického centra.

⁴⁹ Ucelenou charakteristiku speciálně pedagogického centra, popř. pedagogicko-psychologické poradny lze nalézt ve vyhlášce č. 72/2005 Sb.

⁵⁰ Např. [zde](#).

oddělení či studijní skupiny zřízené při „běžné“ škole či zřízené při škole, která se „většinově“ věnuje výchově a vzdělávání dětí s jinými druhy postižení. Předškolní vzdělávání je organizováno pro děti od 2 do zpravidla 6 let věku. Děti mladší 3 let nemají na přijetí do mateřské školy právní nárok. Naopak od 5. roku věku je předškolní vzdělávání povinné (není-li stanoveno jinak). Zákonný zástupce dítěte může v odůvodněných případech zvolit pro své dítě individuální vzdělávání, které je realizováno bez pravidelné denní docházky dítěte do mateřské školy. Předškolní vzdělávání může být realizováno i v přípravné třídě základní školy,⁵¹ resp. ve třídě přípravného stupně základní školy speciální⁵² (Zákon č. 561/2004 Sb., § 34).

Děti s vícenásobným postižením mohou pobývat relativně značný čas v různých zdravotnických zařízeních. V mnoha z nich může být zřízena mateřská škola, ve které – umožňuje-li to zdravotní stav dítěte – je dítě vychováno, vzděláváno. Aby mohlo být dítě zařazeno do mateřské školy při zdravotnickém zařízení, je nutné kladné vyjádření ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce dítěte. Škola při zdravotnickém zařízení má nejméně 10 žáků a v jedné třídě takové školy může být min. 6 a max. 14 žáků – dle jejich speciálních vzdělávacích potřeb a s ohledem na zajištění jejich bezpečnosti a zdraví. Rozsah a organizaci vzdělávání dítěte určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem (Vyhláška č. 14/2005 Sb., § 1b). Cílem aktivit v mateřské škole při zdravotnickém zařízení není „pouze“ výchova a vzdělávání dětí, které jsou hospitalizované, ale také a někdy především zlepšení jejich primárně psychického stavu, čehož má být docíleno odpoutáním pozornosti dětí od jejich zdravotního stavu, popř. bolesti, stesku po domově, strachu z neznámého prostředí, neznámých lidí, lékařských „úkonů“, apod. Další podrobnosti lze nalézt např. ve školském zákoně či vyhlášce č. 14/2005 Sb.

⁵¹ Přípravné třídy základní školy: zřizovatelé základních škol mohou zřizovat přípravné třídy základní školy pro děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky, u kterých je předpoklad, že zařazení do přípravné třídy vyrovná jejich vývoj. Přednostně se jedná o děti, kterým byl povolen odklad povinné školní docházky. Přípravnou třídu lze zřídit, pokud se v ní bude vzdělávat nejméně 10 dětí. O zařazování žáků do přípravné třídy rozhoduje ředitel školy na žádost zákonného zástupce dítěte a na základě písemného doporučení školského poradenského zařízení, které k žádosti přiloží zákonný zástupce. Obsah vzdělávání v přípravné třídě je součástí školního vzdělávacího programu dané školy (Zákon č. 561/2004 Sb., § 47).

⁵² Přípravný stupeň základní školy speciální: zřizovatel základní školy speciální může zřídit třídy přípravného stupně základní školy speciální, které poskytují přípravu na vzdělávání v základní škole speciální dětem se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami nebo s poruchami autistického spektra. O zařazení dítěte do třídy přípravného stupně základní školy speciální rozhoduje ředitel školy na žádost zákonného zástupce a na základě písemného doporučení školského poradenského zařízení. Do třídy přípravného stupně základní školy speciální lze zařadit dítě od školního roku, v němž dosáhne 5 let věku, do zahájení povinné školní docházky, a to i v průběhu školního roku. Třída přípravného stupně základní školy speciální má nejméně 4 a nejvýše 6 žáků. Vzdělávání v přípravném stupni základní školy speciální trvá nejvýše 3 školní roky (Zákon č. 561/2004 Sb., § 48a). Přípravný ročník základní školy speciální mnohdy navštěvují děti s hluchoslepotou a mentálním postižením, které by si měly v přípravném ročníku: osvojovat a automatizovat sebeobslužné a hygienické dovednosti, utvářet si základní návyky nutné pro činnosti ve škole, systematicky rozvíjet aktivní vnímání a koncentraci pozornosti, reedukací kontaktních smyslů zvyšovat pravděpodobnost jejich využití při výchově a vzdělávání, osvojovat si vhodné komunikační dovednosti, které následně povedou k rozšiřování poznání a odpovídající komunikaci s okolím, rozvíjet dovednosti potřebné pro výuku čtení, psaní, počítání, zvyšovat svou tělesnou zdatnost, posilovat správné držení těla, prohlubovat své dovednosti v prostorové orientaci a samostatném pohybu (Ludíková 2000, s. 53).

Základním kurikulárním dokumentem pro mateřské školy v České republice je Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, na jehož podkladě si jednotlivé mateřské školy vytvářejí svůj školní vzdělávací program. Osmá část Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání je věnována vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami – v našem případě se jedná o děti s vícenásobným postižením. V této části Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání mj. nalézáme: „snahou pedagogů je – stejně jako ve vzdělávání dětí, které speciální vzdělávací potřeby nemají – vytvoření optimálních podmínek k rozvoji osobnosti každého dítěte, k učení i ke komunikaci s ostatními a pomoci mu, aby dosáhlo co největší samostatnosti“ (Smolíková, aj. 2021, s. 35). Dále zde je uvedeno to, že při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami mohou být využívána podpůrná opatření, která se člení do 5 stupňů. Přičemž podpůrná opatření 1. stupně stanovuje sama mateřská škola. Podpůrná opatření od 2. stupně stanovují školská poradenská zařízení po projednání s mateřskou školou a zákonnými zástupci dítěte. Školní vzdělávací program je podkladem pro vypracování plánu pedagogické podpory pro děti s přiznanými podpůrnými opatřeními 1. stupně, pro děti s přiznanými podpůrnými opatřeními od 2. stupně je podkladem pro tvorbu individuálního vzdělávacího plánu. Plán pedagogické podpory vypracovávají kompetentní zaměstnanci mateřské školy, individuální vzdělávací plán je vypracováván dle doporučení školského poradenského zařízení (Smolíková, aj. 2021, s. 35). V mateřských školách má být realizován vhodný systém péče o děti s přiznanými podpůrnými opatřeními. Tato péče spočívá v tom, že odpovědní pracovníci mateřské školy ve školním vzdělávacím programu stanoví:

- pravidla a průběh tvorby, realizace a vyhodnocování plánu pedagogické podpory,
- pravidla a průběh tvorby, realizace a vyhodnocování individuálního vzdělávacího plánu (Smolíková, aj. 2023, s. 36).

Ve školním vzdělávacím programu může být dále stanoveno:

- jaká je náplň předmětů speciálněpedagogické péče,⁵³
- kdo jsou zodpovědné osoby a jaké mají role v systému péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami,
- jaká jsou pravidla pro zapojování dalších subjektů do systému vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (např. zájmové organizace, vzdělávací instituce, sponzoři) (Smolíková, aj. 2021, s. 36).

⁵³ Jedná se o vyučovací předměty, které jsou zajišťovány pedagogickými pracovníky školy s rozšířenou kompetencí pro oblast speciální pedagogiky, speciálními pedagogy školy nebo školského poradenského zařízení při dodržení nejvyššího počtu povinných vyučovacích hodin. Zaměření, náplň těchto vyučovacích předmětů závisí na přiznaném stupni podpory dítěte, žáka – může se jednat o: nápravu v oblasti narušené komunikační schopnosti, řečovou výchovu, rozvoj grafomotorických dovedností, rozvoj vizuálně percepčních dovedností, zdravotní tělesnou výchovu, nácvik sociální komunikace, zrakovou stimulaci, bazální stimulaci, práci s optickými pomůckami, rozvíjení sluchového vnímání, odezírání, rozumění mluvené řeči a její produkci, osvojování českého znakového jazyka, prostorovou orientaci, augmentativní a alternativní komunikaci, samostatný pohyb dětí, žáků se zrakovým postižením, práci s optickými pomůckami, osvojování Braillova písma. Obsah může příp. vycházet z dalších specifik, dětí, žáků (MŠMT 2023). Ucelený výčet předmětů speciálněpedagogické podpory lze nalézt v příloze č. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb.

V mateřských školách představují děti s vícenásobným postižením cca 13 % dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. V přípravném stupni základních škol speciálně tvoří cca 2/3 děti s vícenásobným postižením (ČSÚ 2018, s. 16). Ze všech klientů všech speciálně pedagogických center v České republice představují jedinci s vícenásobným postižením cca 13 %, ve školním roce 2017/2018 to bylo cca 11,5 tisíce jedinců (ČSÚ 2018, s. 23).

Na závěr této části textu zmíníme zařízení, které mohou navštěvovat jedinci s vícenásobným postižením od útlého věku – rehabilitační stacionáře. Jedná se o zdravotnické zařízení, ve kterém je obvykle do jisté míry obdobný režim jako v mateřských školách, ve kterých je dětem poskytována komplexní rehabilitační péče. V rehabilitačních stacionářích jsou poskytovány zdravotní služby a výchovně-vzdělávací péče dětem (zpravidla do 6 let věku, ale může to být i do 16, 18, popř. více let). V závislosti na potřebách dětí v nich pracují např.: lékaři, logopedi, psychologové, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, dětské zdravotní sestry, speciální pedagogové, ošetřovatelky. V rámci péče, kterou rehabilitační stacionáře nabízejí, bývá využíváno: léčebné rehabilitace, polohování, bazální stimulace, zooterapie, Vojtova metoda, Bobath koncept, ad. Rehabilitační stacionáře bývají využívány především dětmi se závažnými formami vícenásobného postižení (např. děti s vážnými formami mozkové obrny, děti s vážnými vrozenými vývojovými vadami, děti po vážných úrazech či nemocích mozku), pro které by pobyt v jiných zařízeních (např. v mateřské škole) nebyl vhodný (Zvonek 2024) (Rehabilitační stacionář Zlín 2024) (Městská nemocnice Ostrava 2024) (Kunhartová 2023).

9.2.3 Školní věk – povinná školní docházka

V základních školách představují žáci s vícenásobným postižením cca 7 % ze skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, ve školním roce 2009/2010 to představovalo 4 727 žáků s vícenásobným postižením. Pokud bychom k nim přidali i žáky se závažnými formami mentálního postižení, kteří takřka vždy mají i nějaké další postižení, bylo by jich cca 8 %, resp. 6 513 (Zíkl 2011, s. 22). V jiném zdroji lze dohledat informaci o tom, že speciálně pedagogická centra v České republice v roce 2011 diagnostikovala 17 589 žáků s vícenásobným postižením (napříč různými stupni vzdělávání – nejedná se tedy o údaje např. pouze o žácích základních škol (Baslerová, Michalík, Monček 2015, s. 47). Stejní autoři uvádějí následující pořadí žáků s různými variantami vícenásobného postižení:⁵⁴

1. žáci s mentálním postižením a narušenou komunikační schopností (6 173 žáků),
2. žáci s mentálním postižením a poruchami hybnosti (5 150 žáků),
3. žáci s narušenou komunikační schopností a poruchami hybnosti (3 316 žáků) (Baslerová, Michalík, Monček 2015, s. 47).

V tabulce 1 jsou pak uvedeny počty a procentuální zastoupení klientů speciálně pedagogických center s vícenásobným postižením v roce 2011 dle počtu druhů postižení u klientů (Baslerová, Michalík, Monček 2015, s. 48).

⁵⁴ Součet níže uvedených hodnot je pouze 14 639 žáků, neboť žáci scházející do 17 589 jsou žáci s jinými kombinacemi postižení, které se vyskytují méně často.

Tabulka 1: Zastoupení klientů speciálně pedagogických center s vícenásobným postižením (Baslerová, Michalík, Monček 2015, s. 48).

Počet postižení	Počet diagnostikovaných	Procentuální zastoupení
Kombinace dvou postižení	11 834	67,3 %
Kombinace tří postižení	4 295	24,4 %
Kombinace čtyř postižení	1 122	6,4 %
Kombinace pěti postižení	317	1,8 %
Kombinace šesti postižení	21	0,1 %

Výše uvedené informace mohou poskytnout představu o množství dětí, žáků s vícenásobným postižením a tedy i tím, jak pravděpodobné může být se s takovým dítětem, žákem při výchovně-vzdělávací práci setkat.

Cílem základního vzdělávání je dovést žáky k tomu, aby si „osvojili potřebné strategie učení a na jejich základě byli motivováni k celoživotnímu učení, aby se učili tvořivě myslet a řešit přiměřené problémy, účinně komunikovat a spolupracovat, chránit své fyzické i duševní zdraví, vytvořené hodnoty a životní prostředí, být ohleduplní a tolerantní k jiným lidem, k odlišným kulturním a duchovním hodnotám, poznávat své schopnosti a reálné možnosti a uplatňovat je spolu s osvojenými vědomostmi a dovednostmi při rozhodování o své další životní dráze a svém profesním uplatnění“ (Zákon č. 561/2004 Sb., § 44).

Povinná školní docházka v současnosti v České republice trvá 9⁵⁵ let, nejdéle však do školního roku, ve kterém žák dosáhne věku 17 let. Dítě zahajuje povinnou školní docházku obvykle ve věku 6 let, pokud mu není povolen odklad. Dítě může být přijato do základního vzdělávání i před dosažením 6 let věku (děti narozené od září do konce prosince), ale pouze při kladném stanovisku školského poradenského zařízení, odborného lékaře a požádá-li o přijetí zákonný zástupce dítěte. Standardně mají děti nastupovat do své tzv. spádové školy – školy, která má sídlo ve školském obvodu, ve kterém má dítě místo trvalého pobytu. Jestliže zákonný zástupce dítěte chce, může zkusit vybrat pro dítě i jinou než spádovou školu (Zákon č. 561/2004 Sb., § 36).

Odklad povinné školní docházky lze využít tehdy, když dítě není tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte v době zápisu dítěte k povinné školní docházce. Následně ředitel školy odloží začátek povinné školní docházky

⁵⁵ V posledních letech se objevují „názory“ některých (zpravidla) politických představitelů, kteří by chtěli délku povinné školní docházky změnit – např. zkrátit na dobu 8 let, popř. prodloužit na dobu 10 let – s tím, že v rámci základního vzdělávání by bylo realizováno prvních 8 let vzdělávání a další 2 roky povinné školní docházky by byly realizovány v rámci středního vzdělávání. Byla by to dost výrazná změna doprovázená nemalou „porcí“ práce pro pedagogy základních, popř. středních škol. Přičemž je velká otázka, zda by úsilí vynaložené na tuto změnu bylo adekvátní příp. – předpokládaným – přínosům takové změny. Popř. zda by za krátkou dobu nepřišel jiný politik s jiným „nápadem“ a veškerá předchozí práce a úsilí by přišly vniveč.

dítěte o 1 školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení, a odborného lékaře nebo klinického psychologa. Začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního roku, ve kterém dítě dovrší 8. rok věku. Jestliže se u žáka v prvním roce plnění povinné školní docházky projeví nedostatečná tělesná nebo duševní vyspělost k plnění povinné školní docházky, může ředitel školy se souhlasem zákonného zástupce žákovi dodatečně v průběhu 1. pololetí školního roku odložit začátek plnění povinné školní docházky na následující školní rok (Zákon č. 561/2004 Sb., § 37). U dětí s vícenásobným postižením bývá odklad povinné školní docházky využíván poměrně často. Příčinou bývají nejenom negativa plynoucí z vícenásobného postižení např. na vývoj dítěte, ale i negativa, která jsou spojena s relativně častým pobytem těchto dětí v různých zdravotnických zařízeních.

Podobně jako děti s vícenásobným postižením v mateřských školách, i žáci s vícenásobným postižením mohou v rámci základního vzdělávání docházet do běžných základních škol, příp. mohou navštěvovat základní školy zřízené dle § 16. odst. 9 školského zákona, popř. mohou dle stejného § a odstavce školského zákona docházet do třídy, oddělení či studijní skupiny zřízené při „běžné“ škole či zřízené při škole, která se „většinou“ věnuje výchově a vzdělávání žáků s jinými druhy postižení.

Plnění povinné školní docházky je možné i jinými způsoby než je běžná docházka do školy. Jedná se o individuální vzdělávání žáka – bez pravidelné účasti žáka ve vyučování ve škole a o vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením.⁵⁶ O individuálním vzdělávání rozhoduje ředitel školy na podkladě písemné žádosti zákonného zástupce žáka. Tato žádost musí krom jiného⁵⁷ obsahovat vyjádření školského poradenského zařízení. K individuálnímu vzdělávání musí být vážné důvody a musí být zajištěny podmínky, které individuální vzdělávání na dostatečné úrovni umožní. Osoba, která bude žáka individuálně vzdělávat, musí mít v případě vzdělávání žáka 1. stupně základní školy min. středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou a v případě vzdělávání žáka 2. stupně základní školy musí mít vysokoškolské vzdělání. Individuálně vzdělávaný žák musí za každé pololetí absolvovat zkoušky z příslušného učiva. Zkoušky se konají ve škole, do které byl žák přijat k plnění povinné školní docházky (Zákon č. 561/2004 Sb., § 41). Přestože je již delší dobu v České republice jednoznačně preferované integrativní, resp. inkluzivní vzdělávání, může být pro některé žáky s vícenásobným postižením vhodné např. individuální vzdělávání.

⁵⁶ Ponecháváme terminologii, které je použita v aktuálně platné legislativě – je pravděpodobné, že se v budoucnu může změnit – např. na „vzdělávání žáků s hlubokou poruchou intelektu“ – což odpovídá terminologii používané v MKN-11.

Vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením řeší krajský úřad místně příslušný dle místa trvalého pobytu dítěte se souhlasem zákonného zástupce dítěte, a to tak, aby vzdělávání dítěte odpovídalo duševním a fyzickým možnostem dítěte. Možnosti dítěte posuzují: odborný lékař a školské poradenské zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání dítěte, zejména pomoc pedagogickou a metodickou. Dojde-li ke změně duševních a fyzických možností dítěte, krajský úřad způsob vzdělávání odpovídajícím způsobem upraví (Zákon č. 561/2004 Sb., § 42).

⁵⁷ Podrobnosti k obsahu žádosti lze nalézt ve školském zákoně v § 41.

Obvykle se jedná o žáky s těžkými formami vícenásobného postižení, u kterých by byla běžná školní docházka buď velice obtížně realizovatelná, popř. prakticky nerealizovatelná. Může se jednat např. o žáky, kteří musejí využívat umělou plicní ventilaci, popř. o žáky se závažnými poruchami hybnosti v kombinaci se závažným postižením zraku a sluchu či o žáky s výrazně oslabeným imunitní systémem, u kterých by hrozily při kontaktu s běžným dětským kolektivem značné zdravotní obtíže.

Obdobně jako v případě předškolního vzdělávání je i v rámci základního vzdělávání možné, aby dítě při hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních navštěvovalo základní školu, která může být při zdravotnickém zařízení zřízena. Smysl a význam základních škol při zdravotnických zařízeních je obdobný, jak bylo uvedeno výše u mateřských škol – odvést pozornost hospitalizovaných dětí od obtíží, kvůli kterým jsou hospitalizovány, zlepšit díky tomu min. psychický stav dětí a pochopitelně i snížit míru zanedbání „učební látky“ v důsledku hospitalizace. I zde je podmínkou docházky dítěte do školy to, že to umožňuje jeho zdravotní stav. Je tedy nutné doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce dítěte. Počty žáků jsou stejné jako u mateřských škol – min. počet žáků školy je 10 a počet žáků v 1 třídě je od 6 do 14. V 1 třídě mohou být zařazeni žáci 2 i více ročníků, popř. 1. i 2. stupně. Tyto základní školy mohou poskytovat individuální konzultace z oblasti všeobecně vzdělávacích předmětů i v místě hospitalizovaných žáků středních škol (Vyhláška č. 48/2005 Sb., § 5a).

V rámci základního vzdělávání je hlavním kurikulárním dokumentem Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání,⁵⁸ dle něhož si pak jednotlivé základní školy vypracovávají své školní vzdělávací programy. V Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání je 8. kapitola s názvem Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami – v našem případě se opět pochopitelně jedná o žáky s vícenásobným postižením. Krom definice žáků se speciálními vzdělávacími potřebami převzaté z aktuální verze školského zákona zde nacházíme informaci o tom, že tito žáci mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření (myšlena jsou ta, která jsou uvedena v § 16 školského zákona). Podpůrná opatření realizuje škola a školské zařízení. I zde je informace o existenci podpůrných opatření a o tom, že při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami mohou být využívána podpůrná opatření členěná do 5 stupňů. Podpůrná opatření 1. stupně stanovuje sama základní škola. Podpůrná opatření od 2. stupně stanovují školská poradenská zařízení po projednání se základní školou a zákonnými zástupci žáka. Školní vzdělávací program je podkladem pro vypracování plánu pedagogické podpory pro žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními 1. stupně, pro žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními od 2. stupně je podkladem pro tvorbu individuálního vzdělávacího plánu. Plán pedagogické podpory vypracovávají kompetentní zaměstnanci základní školy, individuální vzdělávací plán je vypracováván dle

⁵⁸ Jestliže žáci s vícenásobným postižením docházejí do základní školy speciální, probíhá jejich výchova a vzdělávání v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělání základní škola speciální (vzdělávání je pak mj. členěno do 10 ročníků).

doporučení školského poradenského zařízení. V individuálním vzdělávacím plánu lze na doporučení školského poradenského zařízení v rámci podpůrných opatření upravit u žáka očekávané výstupy formulované ve školním vzdělávacím programu, příp. upravit vzdělávací obsah – tak, aby byl soulad mezi skutečnými možnostmi žáka a vzdělávacími požadavky. Úprava vzdělávacího obsahu může spočívat v nahrazení části, popř. celých vzdělávacích oborů jinými vzdělávacími obory – takovými, které jsou více v souladu s možnostmi žáka (Jeřábek, Tupý, aj. 2021, s. 144). I u žáků v základním vzdělávání platí, že mohou využívat předměty speciálněpedagogické péče, které byly již zmíněny výše. Časová dotace na tyto předměty je poskytována z tzv. disponibilní časové dotace.⁵⁹ V základních školách je také vytvořen systém péče o žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními. Ve školním vzdělávacím programu základní škola formuluje:

- pravidla a průběh tvorby, realizace a vyhodnocování plánu pedagogické podpory,
- pravidla a průběh tvorby, realizace a vyhodnocování individuálního vzdělávacího plánu (Jeřábek, Tupý, aj. 2021, s. 145).

Ve školním vzdělávacím programu může být dále stanoveno:

- kdo jsou zodpovědné osoby a jaké mají role v systému péče o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami,
- jaká je náplň předmětů speciálněpedagogické péče,
- jak mají být realizována podpůrná opatření a úpravy vzdělávacího procesu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (jde např. o: dělení a spojování hodin, prodloužení základního vzdělávání na 10 let, odlišnou délku vyučovacích hodin),
- jaká jsou pravidla pro zapojování dalších subjektů do systému vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (např. zájmové organizace, vzdělávací instituce, sponzoři) (Jeřábek, Tupý, aj. 2021, s. 145).

Školy zřizované dle § 16 odst. 9 školského zákona musí mít ve školním vzdělávacím programu vždy uvedeny předměty speciálněpedagogické péče, ostatní školy tak musí činit, pokud předměty speciálněpedagogické péče poskytují jako podpůrné opatření některému ze svých žáků (Jeřábek, Tupý, aj. 2021, s. 145).

⁵⁹ Disponibilní časová dotace je vymezena pro 1. stupeň základního vzdělávání v rozsahu 16 hodin a pro 2. stupeň základního vzdělávání v rozsahu 18 hodin. Základní škola využívá disponibilní časovou dotaci k realizaci takových vzdělávacích obsahů, které podporují specifická nadání a zájmy žáků a pozitivně motivují žáky k učení. V případě žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními je možné využít disponibilní časovou dotaci ve školním vzdělávacím programu k zařazení předmětů speciálněpedagogické péče. Ředitel školy použije disponibilní časovou dotaci také k realizaci předmětů speciálněpedagogické péče, jsou-li tato podpůrná opatření žákovi doporučena školským poradenským zařízením a zákonný zástupce žáka souhlasil s jejich poskytováním (Jeřábek, Tupý, aj. 2021, s. 140).

9.2.4 Střední vzdělávání – profesní příprava

Profesní příprava a následné začlenění do pracovního procesu může být u některých jedinců s vícenásobným postižením poměrně nesnadné. I v této úrovni vzdělávání v České republice aktuálně dominuje snaha o to vzdělávat žáky s vícenásobným postižením ve školách běžného vzdělávacího proudu – v rámci školské integrace, resp. inkluze (Renotiérová 2006, s. 237). Pokud to s ohledem na speciální vzdělávací potřeby žáků s vícenásobným postižením není možné, mohou se vzdělávat ve školách zřízených dle § 16, odst. 9 školského zákona, které mohou být určeny přímo této skupině žáků, popř. se může jednat o školy, které jsou primárně určeny žákům s jinými druhy postižení. Žáci s vícenásobným postižením mohou být vzdělávání ve školách, které poskytují maturitní i nematuritní studijní obory. Jak jsme již uváděli u dětí předškolního a školního věku, i u žáků s vícenásobným postižením, kteří studují ve středních školách, platí, že mohou studovat ve třídě, oddělení či studijní skupině, které jsou zřízeny dle § 16. odst. 9 školského zákona, a které jsou zřízeny buď při „běžné“ škole, nebo při škole, která se „většinově“ věnuje výchově a vzdělávání žáků s jinými druhy postižení.

I u žáků s vícenásobným postižením platí teze, že s ohledem na poměrně rychlý společenský vývoj s odpovídajícími důsledky na pracovní trh – tedy relativně rychle se měnící požadavky zaměstnavatelů – může být výhodné (alespoň z počátku) orientovat profesní přípravu univerzálněji – ne úzce oborově. Díky tomu lze posunout konečné, přesné profesní zaměření do vyššího věku žáků, kdy už mohou mít ucelenější představu o tom, čemu by se mohli a chtěli profesně věnovat (Renotiérová 2006, s. 237). Univerzálněji orientované vzdělávání by mělo posilovat schopnost celoživotního vzdělávání, učení a díky tomu schopnost pružněji reagovat takto vzdělaných jedinců na měnící se podmínky (nejen) pracovního trhu.

Cíle středního vzdělávání spočívají ve snaze rozvíjet vědomosti, dovednosti, schopnosti, postoje a hodnoty získané v základním vzdělávání, které jsou důležité pro další osobní rozvoj jedince. Střední vzdělávání poskytuje žákům obsahově širší všeobecné vzdělání či odborné vzdělání spojené se všeobecným vzděláním, upevňuje jejich hodnotovou orientaci. Dále vytváří předpoklady pro plnoprávný osobní a občanský život, samostatné získávání informací a celoživotní učení, pokračování v navazujícím vzdělávání a přípravu pro výkon povolání nebo pracovní činnosti. Při vytváření předpokladů pro výkon povolání nebo pracovní činnosti školy vyvíjejí úsilí spolupracovat se zaměstnavateli, je-li to vhodné a možné. Zejména tím, že: se zaměstnavateli projednávají školní vzdělávací programy; zapojují zaměstnavatele do tvorby koncepčních záměrů rozvoje škol; zabezpečují, aby se praktické vyučování uskutečňovalo z části také na pracovištích fyzických nebo právnických osob, které mají oprávnění k činnosti související s daným oborem vzdělání; umožňují účast odborníků z praxe v rámci teoretické odborné přípravy ve školách; umožňují účast odborníků z praxe u profilové části maturitní zkoušky; zabezpečují ve spolupráci se zaměstnavateli další vzdělávání a stáže pedagogických pracovníků teoretického i praktického vyučování u zaměstnavatelů (Zákon č. 561/2004 Sb., § 57). U žáků s vícenásobným postižením může být

spolupráce středních škol s jejich budoucími zaměstnavateli důležitější, než tomu je u intaktních žáků, neboť žáci s vícenásobným postižením mívají nejen speciální vzdělávací potřeby, ale i specifické (speciální) potřeby při profesních činnostech a je dobré, když o nich jejich potenciální budoucí zaměstnavatelé vědí a mohou se na ně připravit, resp. v ideálním případě uzpůsobovat svá pracoviště tak, aby v nich mohli lidé s vícenásobným postižením bez problémů působit (např. tím, že budou pracoviště i jejich zázemí bezbariérová).

Rámcových vzdělávacích programů pro střední vzdělávání je celá řada, např. Rámcový vzdělávací program pro gymnázia, Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání Praktická sestra, Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání Pedagogické lyceum, Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání Masér ve zdravotnictví, atd. K 1. 9. 2023 bylo v databázi rámcových vzdělávacích programů pro střední odborné vzdělávání celkem 273 variant. Nebudeme zde tedy podrobně rozepisovat jednotlivé varianty, neboť by to text „zahltilo“. Dalším důvodem je i to, že v rámcových vzdělávacích programech pro střední odborné vzdělávání jsou si pro nás důležité pasáže věnované vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami velice podobné a současně jsou velice podobné tomu, co jsme uvedli výše u Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.

Specifickými vzdělávacími programy, které mohou absolvovat jedinci s vícenásobným postižením (jehož součástí je mentální postižení) po základním vzdělávání, jsou praktická škola jednoletá a praktická škola dvouletá. Existují pro ně specifické rámcové vzdělávací programy (Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola jednoletá a Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola dvouletá). Praktická škola jednoletá je určena pro žáky s těžkým stupněm mentálního postižení, souběžným postižením více vadami a poruchami autistického spektra, kteří dokončili základní školu speciální dle druhého dílu Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální. V rámci výchovy a vzdělávání v praktické škole jednoleté je kladen důraz např. na: doplňování a rozšiřování teoretických i praktických dovedností, které žáci získali v průběhu povinné školní docházky, dále na rozvoj komunikačních dovedností, dosažení nejvyšší možné míry samostatnosti, nezávislosti na péči druhých, osvojení si manuálních dovedností a jednoduchých činností důležitých pro praktický život, aby se zvýšila a usnadnila jejich integrace do společnosti (Jeřábek, Krčková, Tupý, a kol. 2009b, s. 5). Do praktické školy dvouleté docházejí zpravidla žáci, kteří mají středně těžké mentální postižení, popř. žáci s lehkým mentálním postižením v kombinaci s dalším postižením, které jim znemožňuje vzdělávání na jiném druhu střední školy. Praktická škola dvouletá doplňuje, rozšiřuje u žáků teoretické i praktické dovednosti získané v průběhu povinné školní docházky. Dále umožňuje získání základních pracovních dovedností, návyků a postupů, které jsou potřebné v osobním i pracovním životě; základy odborného vzdělání a manuálních dovedností v oboru dle zaměření přípravy, které směřují k profesnímu uplatnění (Jeřábek, Krčková, Tupý, a kol. 2009a, s. 7). Absolventi praktické školy dvouleté získají střední vzdělání a mohou se následně uplatnit např. v jednodušších pracovních činnostech ve službách či výrobě (Jeřábek, Krčková, Tupý, a kol. 2009a, s. 8).

9.2.5 Vysokoškolské vzdělávání – profesní příprava

Vzdělávání na vysokých školách podléhá jiné legislativě, než tomu je u výše uvedených druhů a stupňů výchovně-vzdělávací soustavy České republiky. Pro vysokoškolské vzdělávání je nejpodstatnější zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách, ve kterém je mj. uvedena povinnost vysokých škol zveřejňovat na veřejně dostupné části svých webových stránek dostupnost studijních programů pro jedince se zdravotním postižením (resp. pro jedince se speciálními vzdělávacími potřebami) (Zákon č. 111/1998 Sb., § 21, odst. 1, písm. h). Dále v tomto zákoně nalézáme, že akreditované studijní programy musí splňovat požadavky, které souvisejí se zajištěním podmínek rovného přístupu uchazečů o studium a studentů se zdravotním postižením k vysokoškolskému vzdělávání (Zákon č. 111/1998 Sb., § 78a, odst. 2).

„Speciální“ vysoké školy neexistují – neexistují tedy žádné vysoké školy, které by byly „obdobou“ mateřských, základních a středních škol zřizovaných dle § 16. odst. 9 školského zákona. Vysokoškolské vzdělávání v České republice lze proto vnímat jako 100% integrační, resp. inkluzivní.

Proto, aby mohli na vysokých školách studovat lidé se speciálními vzdělávacími potřebami (v našem případě lidé s vícenásobným postižením), zřizují vysoké školy v České republice akademické poradny, centra podpory (či podobně nazvané instituce), které mají nabízet komplexní systém odborného poradenství, konzultací jak uchazečům o studium, tak již studujícím jedincům se speciálními vzdělávacími potřebami (resp. s různými druhy postižení). Služby mohou být nabízeny i zaměstnancům vysokých škol. Tyto poradny zpravidla informují vyučující o speciálních vzdělávacích potřebách studentů, kteří se na poradnu obrátí, a u kterých pracovníci poradny speciální vzdělávací potřeby identifikují. Vyučující jsou tak informováni např. o potřebě poskytnutí delšího času na vypracovávání zkuškových testů, na nutnost poskytnutí studijních materiálů před přednáškou či seminářem, na delší dobu přípravy i zkoušení v rámci přijímacích i státních závěrečných zkoušek, ad. O tom, že i lidé se závažnou formou vícenásobného postižení mohou úspěšně absolvovat vysokou školu, nejen ve své době celý svět přesvědčila již výše zmíněná Helen Keller,⁶⁰ která navzdory své v 19 měsících věku získané hluchoslepotě dokázala v roce 1904 ve svých 24 letech jako vůbec první člověk s podobně závažným vícenásobným postižením úspěšně absolvovat vysokou školu (Wikisofia 2024c). Přičemž nejen „podpůrná opatření“ byla v té době na nesrovnatelně horší úrovni, než je tomu nyní.

9.3 Život po institucionálním vzdělávání

Poté, co jedinci s vícenásobným postižením ukončí institucionální vzdělávání – tedy vzdělávání zabezpečované určitou institucí – zpravidla školou, mohou v ideálním případě pokračovat v obdobném způsobu života jako jedinci bez postižení. To je pochopitelně závislé na druhu a závažnosti vícenásobného postižení a podmínkách, ve kterých jedinci

⁶⁰ Pokud jste si o ní doposud nevyhledali žádné další informace, tak je k tomu nejvyšší čas právě nyní.

s postižením žijí. Jestliže to okolnosti umožňují, mohou jedinci s vícenásobným postižením samostatně bydlet a pracovat v rámci volného trhu práce. Pokud je vícenásobné postižení jedinců závažnější mohou jak při bydlení, tak při práci využívat např. vhodnou asistenci (např. v rámci zařízení sociálních služeb chráněné bydlení, resp. v rámci chráněného pracovního místa – chráněného trhu práce). Oblast zaměstnávání v České republice po legislativní stránce řeší především zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti a zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce, v nichž jsou k dohledání mnohé další informace. Jedinci s nejzávažnějšími druhy a stupni vícenásobného postižení bývají ve všech, popř. ve většině životních činností odkázáni na pomoc druhých osob, které se jim v lepším případě může dostávat v jejich domácím prostředí, v horší variantě musí pobývat v pobytovém zařízení, kterými jsou např. domovy pro osoby se zdravotním postižením (které spadají mezi zařízení sociálních služeb). Problematika sociálních služeb je ukotvena v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, což je zákon, ve kterém je mimo výčtu a charakteristiky např. různých sociálních služeb věnována pozornost i příspěvku na péči.

Příspěvek na péči je poskytován jedincům závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách při zvládnutí základních životních potřeb jedinců s vícenásobným postižením. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek na péči mají jedinci od 1 roku věku, kteří z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Příspěvek na péči má 4 stupně.⁶¹ Jedinci se 4. nejvyšším stupněm (úplné) závislosti dostávají nejvyšší příspěvek na péči (Zákon č. 108/2006 Sb., § 7, 8).

Pokud jedinci s vícenásobným postižením nemohou pracovat, mohou se dále vzdělávat, rozvíjet, popř. mohou (pokud možno vhodným způsobem) trávit volný čas při různých aktivitách. Jedinci s vícenásobným postižením, kteří potřebují péči a nemohou např. pracovat, mohou využívat některé ze zařízení sociálních služeb, jako jsou např. centra denních služeb, denní či týdenní stacionáře, popř. domovy pro osoby se zdravotním postižením.

⁶¹ V poslední době se v části naší veřejnosti rozproutila debata o zavedení 5. stupně příspěvku na péči pro lidi s nejzávažnějšími formami postižení, kteří jsou zcela odkázáni na pomoc jiných osob. Příčinou je to, že výše příspěvku na péči v současném 4. stupni ani zdaleka nepokrývá nezbytné životní náklady lidí s nejzávažnějšími formami postižení. Doufejme, že 5. stupeň příspěvku na péči bude v odpovídající výši a v dohledné době zaveden a pomůže k zlepšení kvality života uvedené části populace. Dle nejnovějších (dostupných v době tvoření tohoto textu) zpráv má být od července 2024 vytvořen stupeň 4+, který má být určen pro jedince s nejzávažnějšími postiženími, kteří jsou v domácí péči. Dle aktuálně dostupných reakcí těchto lidí zavedení stupně 4+ jejich nedobrou situaci zcela nevyřeší, ale alespoň do určité míry zlepší – např. místo stávajících 5 hodin osobní asistence denně si budou moci po zavedení stupně 4+ dovolit 7 hodin osobní asistence denně.

Závěr

Text, který jste právě dočetli, není a ani nemůže být kompletním a „donekonečna“ platným informačním zdrojem (tak jak to je v podstatě s jakýmkoli jiným zdrojem informací). Dříve či později část v textu uvedených informací zastarává, resp. pozbyde platnosti, v důsledku nových vědeckých objevů, v důsledku legislativních změn, apod. Proto je důležité, abyste v podstatě neustále sledovali aktuální, odborné a důvěryhodné – pravdivé informační zdroje, resp. absolvovali i vhodně zaměřené institucionální vzdělávání, popř. na sebe nechali „působit“ vzdělávání neinstitutonální (pokud je kvalitní) a z informací, které v nich naleznete, popř. z informací, které Vám budou zprostředkovány v rámci institucionálního či neinstitutonálního vzdělávání, utvářeli Váš odborný „názor“ (chcete-li odborné kompetence), který budete vhodným způsobem uplatňovat ve Vaší praxi. Výsledkem takového přístupu by mělo být to, že Vaše výchovně-vzdělávací práce s jedinci s vícenásobným postižením bude nejlepší možná, nejlepší v konkrétní době, v konkrétní situaci, u konkrétního člověka docílitelná. A to je něco, o co bychom se měli (nejen při práci s jedinci s vícenásobným postižením) vždy snažit.

Seznam použitých zdrojů

ASOCIACE MEDIÁTORŮ ČESKÉ REPUBLIKY, 2024. Facilitace. In: *Asociace mediátorů České republiky*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20220524203930/http://www.amcr.cz/sluzby-facilitace/>.

[archivováno 2022-05-24T20:39:30Z]. [citováno 2024-01-23].

ASSOZIATION FÜR SYNERGETISCHE REFLEXTHERAPIE, E.V., 2024. Dr. Med. Waldemar Pfaffenrot. In: *Assoziation für Synergetische Reflextherapie, e.V.* Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240201161421/https://www.srt-pfaffenrot.com/index.php/home/assoziation/pfaffenrot/>.

[archivováno 2024-02-01T16:14:21Z]. [citováno 2024-02-01].

BASLEROVÁ, P., MICHALÉK, J., MONČEK, J., 2015. Komu jsou podpůrná opatření určena. In: J. MICHALÍK, P. BASLEROVÁ, L. FELCMANOVÁ, a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání t důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění – obecná část*, s. 39–54. Online. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-4675-2. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20220119013902/http://katalogpo.upol.cz/wp-content/uploads/katalog-vseobecny.pdf>. [archivováno 2022-01-19T01:39:02Z].

[citováno 2024-01-23].

BENDOVÁ, P., 2005. Komunikace osob s kombinovanými vadami. In: L. LUDÍKOVÁ, P. BENDOVÁ, Z. KOZÁKOVÁ, M. POTMĚŠIL, V. STOKLASOVÁ, M. RŮŽIČKA, E. SOURALOVÁ. *Kombinované vady*, s. 15–24. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1154-7.

COMUNICAZIONE E DISABILITÀ, 2014. Tadoma. In: *Comunicazione e disabilità*. Online. 2014-01-03. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240118152928/http://comunicazioneerelazioneconidisabili.blogspot.com/2014/01/tadoma.html>. [archivováno 2023-06-24T05:57:45Z].

[citováno 2024-01-18].

ČESENKOVÁ, M., 2024. MUDr. Herman Kabat. In: *Fyzioterapie*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240201105257/https://fyzioterapie.utvs.cvut.cz/document/show/id/257/>. [archivováno 2024-02-01T10:52:57Z]. [citováno 2024-02-01].

ČSÚ, 2018. Word. In: ČSÚ. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240123163314/https://www.czso.cz/documents/10180/130887156/26002319k2.docx/3f6b737f-9bde-485b-9ee8-71707cb4d199?version=1.1>.

[archivováno 2024-01-23T16:33:14Z]. [citováno 2024-01-23].

- ČT24, 2018. Hluchoslepí po celém světě komunikují Lormovou abecedou. Jejich svět přibližuje nová výstava. In: ČT24. Online. 2018-02-26. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240118095845/https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/kultura/hluchoslepi-po-celem-svete-komunikuji-lormovou-abecedou-jejich-svet-priblizuje-nova-vystava-83415>. [archivováno 2024-01-18T09:58:45Z]. [citováno 2024-01-18].
- DARUJ SPRAVNE.CZ, 2024. Sbíрка pro hluchoslepe Červenobílé dny. In: *Daruj spravne.cz*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230202203859/https://www.darujspravne.cz/sbirka/sbirka-pro-hluchoslepe-cervenobile-dny-616>. [archivováno 2023-02-02T20:38:59Z]. [citováno 2024-01-26].
- DĚTSKÁ REHABILITACE HLUČÍN, 2024. Snoezelen. In: *Dětská rehabilitace Hlučín*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231001095142/https://www.drh.cz/informace/snoezelen/16>. [archivováno 2023-10-01T09:51:42Z]. [citováno 2024-01-23].
- EDUCO STŘEDISKO RANÉ PÉČE, 2024. Portage. In: *EDUCO středisko rané péče*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230922124013/https://ranapecezlín.cz/program-portage/>. [archivováno 2023-09-22T12:40:13Z]. [citováno 2024-01-20].
- FYZIOKLINIKA, 2024. Proprioceptivní nervosvalová facilitace (Kabatova metoda). In: *Fyzioklinika*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231101140052/https://fyzioklinika.cz/poradna/clanky-o-zdravi/128-proprioceptivni-nervosvalova-facilitace-kabatova-metoda>. [archivováno 2023-11-01T14:02:52Z]. [citováno 2024-02-01].
- HELEN KELLER CHANEL, 2015. How Helen Keller Learned to Talk. In: *Youtube.com*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), web.archive.org/web/20230624055745/https://www.youtube.com/watch?v=KLgyKeMQfmY&ab_channel=HelenKellerChannel. [archivováno 2023-06-24T05:57:45Z]. [citováno 2024-01-18].
- INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE, 2024. Co je Bazální stimulace. In: *Institut Bazální stimulace*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231025095921/https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>. [archivováno 2023-10-25T09:59:21Z]. [citováno 2024-02-01].
- IS.MUNI.CZ, 2015. Psychologická vývojová diagnostika v útlém věku. In: *Is.muni.cz*. Online. 2015-03-20. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20240120160422/https://is.muni.cz/el/phil/jaro2016/PSA_053/um/Psychologicka_vyvojova_diagnostika_v_utlem_veku.pdf. [archivováno 2024-01-20T16:04:22Z]. [citováno 2024-01-20].

JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. dopl. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.

JANKŮ, K., 2013. *Terapie ve speciální pedagogice*. Online. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-326-2. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20240201143942/https://projekty.osu.cz/svp/opory/PdF_Jank_u_Terapie-2.pdf. [archivováno 2024-02-01T14:39:42Z]. [citováno 2024-02-01].

JÁNSKÉ LÁZNĚ ZPĚT DO ŽIVOTA, 2024. Terapie „pohádkovou“ místností: Janské Lázně otevřely místnost Snoezelen. In: *Jánské Lázně zpět do života*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230323175233/https://www.janskelazne.com/terapie-pohadkovou-mistnosti-janske-lazne-otevrelly-mistnost-snoezelen/>. [archivováno 2023-03-23T17:52:33Z]. [citováno 2024-01-23].

JEŘÁBEK, J., KRČKOVÁ, S., TUPÝ, J., a kol., 2009a. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola dvouletá*. Online. Praha: MŠMT. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20240117165154/https://www.edu.cz/wp-content/uploads/2020/08/RVP_PRS_-II.pdf. [archivováno 2024-01-17T16:51:54Z]. [citováno 2024-02-02].

JEŘÁBEK, J., KRČKOVÁ, S., TUPÝ, J., a kol., 2009b. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola jednoletá*. Online. Praha: MŠMT. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20240117165309/https://www.edu.cz/wp-content/uploads/2020/08/RVP_-PRS_-I.pdf. [archivováno 2024-01-17T16:53:09Z]. [citováno 2024-02-02].

JEŘÁBEK, J., TUPÝ, J., aj., 2021. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Online. Praha: MŠMT. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231007104122/https://revize.edu.cz/files/rvp-zv-2021.pdf>. [archivováno 2023-10-07T10:41:22Z]. [citováno 2023-12-29].

JIRÁKOVÁ, P., 2014. Dětská mozková obrna. In: *Alfabet*. Online. ISSN 2336-7555. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240201150437/https://www.alfabet.cz/dite-se-zdravotnim-postizenim/typy-zdravotniho-postizeni/detska-mozkova-obrna/>. [archivováno 2024-02-01T15:04:37Z]. [citováno 2024-02-01].

KÁBELE, F., 1992. Základy somatopedie. In: F. KÁBELE, E. KOLLÁROVÁ, J. KOČÍ, J. KRAČLÍK. *Somatopedie*, s. 7–15. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-533-5.

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

KOGNITIVNÍ SERVER UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ, 2024. Výkladový slovník. In: *Kognitivní server Univerzita Hradec Králové*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20201124042836/http://fim.uhk.cz/cogn/?Module=dictionary&TypeSearch=1&Str=plasticita>. [archivováno 2020-11-24T04:28:36Z]. [citováno 2024-01-23].

KOZÁKOVÁ, Z., 2005. Osoby s kombinovanými vadami z pohledu psychopedie. In: L. LUDÍKOVÁ, P. BENDOVI, Z. KOZÁKOVÁ, M. POTMĚŠIL, V. STOKLASOVÁ, M. RŮŽIČKA, E. SOURALOVÁ. *Kombinované vady*, s. 25–52. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1154-7.

KRAUS, J., 2005. Etiopatogeneze a patofyziologie. In: J. KRAUS, T. BELŠAN, R. BRAUNER, K. CHAMOUTOVÁ, I. CHMELOVÁ, aj. *Dětská mozková obrna*, s. 35–52. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.

KUNHARTOVÁ, M., 2023. Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením. In: *Šance Dětem*. Online. Aktualizováno 2023-10-19. ISSN 1805-8876. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230330152350/https://sancedetem.cz/vzdelavani-deti-s-kombinovanym-postizenim>. [archivováno 2023-03-30T15:23:50Z]. [citováno 2024-02-02].

LANGER, J., 2006. Problematika péče o osoby s kombinovaným postižením. In: L. LUDÍKOVÁ (ed.), K. VITÁSKOVÁ, P. BENDOVI, J. LANGER, V. RŮŽIČKOVÁ, A. ŠARÁTKOVÁ. *Základy speciální pedagogiky*, s. 69–78. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1479-1.

LAUDOVI, L., 2007. Náhradní komunikační systémy. In: E. ŠKODOVI, I. JEDLIČKA, V. LECHTA, V. FUKONOVÁ, K. NEUBAUER, M. ČECHÁČKOVÁ, A. SALOMONOVÁ, Z. ŽLAB, E. VYMLÁTILOVÁ, J. HOLMANOVÁ, E. STRYKOVÁ, J. KAULFUSSOVÁ. *Klinická logopedie*, s. 563–582. 2. aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

LIDOVKY.CZ, ČTK, 2015. Kdo má nejnižší úmrtnost novorozenců do týdne v Evropě? Česko. In: *Lidovky.cz*. Online. 2015-04-26. ISSN 1213-1385. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20220818071010/https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/cr-ma-nejnizsi-umrtnost-novorozencu-do-tydne-zivota-v-evrope.A150426_115402_In-zdravi_sho. [archivováno 2022-08-18T07:10:10Z]. [citováno 2024-01-06].

LOCKEL, L., 2024. The Tadoma Method. In: *Speechreading*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240126165616/https://spc342.weebly.com/tadoma-method.html>. [archivováno 2024-01-26T16:56:16Z]. [citováno 2024-01-26].

LORM SPOLEČNOST PRO HLUCHOSLEPÉ, 2024a. Červenobílá hůl. In: *LORM společnost pro hluchoslepé*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230628140817/https://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/pohyb-a-orientace-hluchoslepych/cervenobila-hul/>.

[archivováno 2023-06-28T14:08:17Z]. [citováno 2024-01-26].

LORM SPOLEČNOST PRO HLUCHOSLEPÉ, 2024b. Česká verze Lormovy abecedy. In: *LORM společnost pro hluchoslepé*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230930103210/https://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/komunikace-hluchoslepych/lormova-abeceda/>.

[archivováno 2023-09-30T10:32:10Z]. [citováno 2024-01-18].

LORM SPOLEČNOST PRO HLUCHOSLEPÉ, 2024c. Hluchoslepota. In: *LORM společnost pro hluchoslepé*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240126192321/https://www.lorm.cz/legacy/HMN2/obsahC/D/neveslo/hluchoslepota.html>. [archivováno 2024-01-26T19:23:21Z]. [citováno 2024-01-26].

LORM SPOLEČNOST PRO HLUCHOSLEPÉ, 2024d. Kompenzační pomůcky. In: *LORM společnost pro hluchoslepé*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240126203523/https://www.lorm.cz/legacy/HMN2/obsahC/D/neveslo/kompenzacni-pomucky.html>. [archivováno 2024-01-26T20:35:23Z].

[citováno 2024-01-26].

LORM SPOLEČNOST PRO HLUCHOSLEPÉ, 2024e. Komunikace. In: *LORM společnost pro hluchoslepé*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240118141744/https://www.lorm.cz/legacy/HMN2/obsahC/D/neveslo/komunikace.html>. [archivováno 2024-01-18T14:17:44Z]. [citováno 2024-01-18].

LUDÍKOVÁ, L., 2006. Problematika osob s vícenásobným postižením. In: M. RENOTIÉROVÁ, L. LUDÍKOVÁ, V. JONÁŠKOVÁ, O. KREJČÍŘOVÁ, J. KUJA, J. LANGER, J. MICHALÍK, O. MÜLLER, A. PEUTELSCHMIEDOVÁ, P. ŘEPOVÁ, E. SOURALOVÁ, M. VALENTA, K. VITÁSKOVÁ. *Speciální pedagogika*, s. 303–306. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.

LUDÍKOVÁ, L., 2005. Teorie kombinovaných vad. In: L. LUDÍKOVÁ, P. BENDOVÁ, Z. KOZÁKOVÁ, M. POTMĚŠIL, V. STOKLASOVÁ, M. RŮŽIČKA, E. SOURALOVÁ. *Kombinované vady*, s. 7–14. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1154-7.

LUDÍKOVÁ, L., 2000. *Vzdělávání hluchoslepých*. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-225-1.

MASSOWOVÁ, D., 2024. Lorm Hieronymus. In: *Židovská obec Brno*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230609215157/https://www.zob.cz/vzdelavani/osobnosti/lorm-hieronymus/>. [archivováno 2023-06-09T21:51:57Z]. [citováno 2024-01-18].

MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA, 2024. Spektrum péče. In: *Městská nemocnice Ostrava*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230929172155/https://www.mnof.cz/spektrum-pece-detskeho-rehabilitacniho-stacionare>. [archivováno 2023-09-29T17:21:55Z]. [citováno 2023-02-02].

MONATOVÁ, L., 1994. *Pedagogika speciální*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-1009-6.

MPSV, 2020. Invalidní důchody. In: *MPSV*. Online. Aktualizováno 2020-10-01. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230807053442/https://www.mpsv.cz/invalidni-duchody>. [archivováno 2023-08-08T05:34:42Z]. [citováno 2023-11-17].

MŠMT, 2023. Předměty speciálně pedagogické péče. In: *MŠMT*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230327164945/https://www.msmt.cz/vzdelavani/predmety-specialne-pedagogicke-pece#otazka1>. [archivováno 2023-03-08T16:49:45Z]. [citováno 2023-12-29].

NÁHLED ČESKÉ VERZE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 11. REVIZE – MKN-11 PRO STATISTIKY ÚMRTNOSTI A NEMOCNOSTI (ICD-11 MMS CZECH PRE-RELEASE, ČERVEN 2023), 2023. Demence. In: *Náhled české verze Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize – MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti (ICD-11 MMS Czech Pre-release, červen 2023)*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230602140247/https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>. [archivováno 2023-06-02T14:02:47Z]. [citováno 2023-08-19].

NZIP.CZ, 2024. Dendrity. In: *Nzip.cz*. Online. ISSN 2695-0340. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230223062846/https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/2290>. [archivováno 2023-02-23T06:28:46Z]. [citováno 2024-02-01].

OLEJNÍČKOVÁ, J., 2012. Obecně o lidské komunikaci. In: V. REGEC, K. STEJSKALOVÁ, J. OLEJNÍČKOVÁ, L. PASTIERIKOVÁ, E. MARTÍNKOVÁ, A. HANÁKOVÁ, E. VYMAZALOVÁ. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*, s. 13–34. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3203-8.

OPATŘILOVÁ, D., 2008. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Dotisk 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 978-80-210-3819-6.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D., 2014. *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. Online. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 978-80-210-7611-2. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20240122162201/https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps_14/hybnost/web/pages/03-04-tech_podpora.html. [archivováno 2024-01-22T16:22:01Z]. [citováno 2024-01-22].

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2003. *Logopedické minimum*. Dotisk 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0258-0.

PONECHALOVÁ, D., 2024. Co je Snoezelen – teoretický úvod. In: *3lobit*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230325083452/https://3lobit.cz/co-je-snoezelen-teoreticky-uvod/>. [archivováno 2023-03-25T08:34:52Z]. [citováno 2024-01-23].

PORTÁL, 2024. Orofaciální regulační terapie. In: *Portál*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20211020225939/https://obchod.portal.cz/pedagogika/orofacialni-regulacni-terapie/#bibliograficke-udaje>. [archivováno 2021-10-20T22:59:39Z]. [citováno 2024-02-01].

REHABILITAČNÍ STACIONÁŘ ZLÍN, 2024. Rehabilitační stacionář Zlín. In: *Rehabilitační stacionář Zlín*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231001082257/http://www.stacionar.cz/Stacion%C3%A1%C5%99/%C3%A1vod/O-n%C3%A1s>. [archivováno 2023-10-01T08:22:57Z]. [citováno 2024-02-02].

RENOTIÉROVÁ, M., 2006. Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In: M. RENOTIÉROVÁ, L. LUDÍKOVÁ, V. JONÁŠKOVÁ, O. KREJČÍŘOVÁ, J. KUJA, J. LANGER, J. MICHALÍK, O. MÜLLER, A. PEUTELSCHMIEDOVÁ, P. ŘEPOVÁ, E. SOURALOVÁ, M. VALENTA, K. VITÁSKOVÁ. *Speciální pedagogika*, s. 209–240. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1154-7.

ROSKOL REHABILITACE & LOGOPEDIE, 2024. Bobath koncept. In: *Roskol rehabilitace & logopedie*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230208033529/https://www.rehabilitace-roskol.cz/rehabilitace/bobath-koncept>. [archivováno 2023-03-25T08:34:52Z]. [citováno 2024-02-01].

RŮŽIČKA, M., 2005. Problematika kombinovaných vad z pohledu etopedie. In: L. LUDÍKOVÁ, P. BENDOVIČ, Z. KOZÁKOVÁ, M. POTMĚŠIL, V. STOKLASOVÁ, M. RŮŽIČKA, E. SOURALOVÁ. *Kombinované vady*, s. 93–105. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1154-7.

SLOMEK, Z., 2006. *Základy speciální pedagogiky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20160626135727/https://docplayer.cz/318407-Z-a-k-l-a-d-y-zdravotne-socialni-fakulta-jihoceske-univerzity-v-ceskych-budejovicich-katedra-specialni-a-socialni-pedagogiky.html>. [archivováno 2016-06-26T13:57:27Z]. [citováno 2024-01-27].

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

SMOLÍKOVÁ, K., aj., 2021. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Online. Praha: MŠMT. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20231229151320/https://www.npi.cz/images/RVP_PV_2021.pdf. [archivováno 2023-12-29T15:13:20Z]. [citováno 2023-12-29].

SOURALOVÁ, E., 2023a. Hluchoslepota. In: *Šance Dětem*. Online. Aktualizováno 2023-03-20. ISSN 1805-8876. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230928002913/https://sancedetem.cz/hluchoslepota>. [archivováno 2023-09-28T00:29:13Z]. [citováno 2024-02-04].

SOURALOVÁ, E., 2023b. Podpora dětí se sluchovým postižením. In: *Šance Dětem*. Online. Aktualizováno 2023-03-20. ISSN 1805-8876. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230924025559/https://sancedetem.cz/podpora-deti-se-sluhovym-postizenim>. [archivováno 2023-09-24T02:55:59Z]. [citováno 2024-02-04].

SOURALOVÁ, E., 2000. *Vzdělávání hluchoslepých II*. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-226-X.

SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI, 2023. Co je raná péče. In: *Společnost pro ranou péči*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230609143911/https://www.ranapece.cz/pro-rodice/co-je-rana-pece/>. [archivováno 2023-06-09T14:39:11Z]. [citováno 2023-11-22].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2024. Nelátkové závislosti: co to je? In: *Nzip.cz*. Online. ISSN 2695-0340. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230205151524/https://www.nzip.cz/clanek/321-nelatkove-zavislosti-zakladni-informace>. [archivováno 2023-02-05T15:15:24Z]. [citováno 2024-01-26].

ŠAROUNOVÁ, J., a kol., 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.

TICHÉ ZPRÁVY, 2015. V Berlíně vyvíjejí speciální rukavici pro hluchoslepé. In: *Tiché zprávy*. Online. 2015-03-23. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20200114200832/https://www.tichezpravy.cz/v-berline-vyvijeji-specialni-rukavici-pro-hluchoslepe/>. [archivováno 2020-01-14T20:08:32Z]. [citováno 2024-01-18].

TÝM REHABILITACE.INFO, 2017. Bobathova rehabilitační metoda – jak funguje? In: *Rehabilitace.info*. Online. 2017-02-22. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230206134926/https://www.rehabilitace.info/rehabilitace/bobathova-rehabilitacni-metoda-jak-funguje/>. [archivováno 2023-02-06T13:49:26Z]. [citováno 2024-02-01].

VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přepr. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.

VÍTKOVÁ, M., 2019. *Somatopedie: Distanční studijní text*. Online. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7510-340-6. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230530171044/https://is.slu.cz/publication/36780/cs/Somatopedie-Distančni-studijní-text/Vitkova>. [archivováno 2023-05-30T17:10:44Z]. [citováno 2023-07-22].

VYBÍRAL, Z., 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.

Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230506093834/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-14?text=14%2F2005#p1b>. [archivováno 2023-05-06T09:38:34Z]. [citováno 2023-12-26].

Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230506004904/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-48>. [archivováno 2023-05-06T00:49:04Z]. [citováno 2023-12-26].

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231226095452/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72?text=72%2F2005>. [archivováno 2023-12-26T09:54:52Z]. [citováno 2023-12-26].

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230813013047/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>. [archivováno 2023-8-13T01:30:47Z]. [citováno 2023-11-22].

WIKISKRIPTA, 2014. Metoda manželů Bobathových. In: *WikiSkripta*. Online. Aktualizováno 2014-12-01. ISSN 1804-6517. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20230131223939/https://www.wikiskripta.eu/w/Metoda_man%C5%BEel%C5%AF_Bobathov%C3%BDch. [archivováno 2023-01-31T22:39:39Z]. [citováno 2024-02-01].

WIKISKRIPTA, 2018a. PNF. In: *WikiSkripta*. Online. Aktualizováno 2018-12-19. ISSN 1804-6517. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231004032837/https://www.wikiskripta.eu/w/PNF>. [archivováno 2023-10-04T03:28:37Z]. [citováno 2024-02-01].

WIKISKRIPTA, 2016. Polohování. In: *WikiSkripta*. Online. Aktualizováno 2016-04-23. ISSN 1804-6517. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230131225843/https://www.wikiskripta.eu/w/Polohov%C3%A1n%C3%AD>. [archivováno 2023-01-31T22:58:43Z]. [citováno 2024-01-24].

WIKISKRIPTA, 2021. Propriocepce. In: *WikiSkripta*. Online. Aktualizováno 2021-01-26. ISSN 1804-6517. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230608155950/https://www.wikiskripta.eu/w/Propriocepce>. [archivováno 2023-06-08T15:59:50Z]. [citováno 2024-01-23].

WIKISKRIPTA, 2018b. Usherův syndrom. In: *WikiSkripta*. Online. Aktualizováno 2018-05-02. ISSN 1804-6517. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20230207135840/https://www.wikiskripta.eu/w/Usher%C5%AFv_syndrom. [archivováno 2023-02-07T13:58:40Z]. [citováno 2024-01-18].

WIKISKRIPTA, 2015. Vojtova metoda. In: *WikiSkripta*. Online. Aktualizováno 2015-10-15. ISSN 1804-6517. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20230201001918/https://www.wikiskripta.eu/w/Vojtova_metoda. [archivováno 2023-02-01T00:19:18Z]. [citováno 2024-02-01].

WIKISOFIA, 2024a. Arnold Gessel. In: *Wikisofia*. Online. ISSN 2336-5897. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20221229165125/https://wikisofia.cz/wiki/Arnold_Gessel. [archivováno 2022-12-29T16:51:25Z]. [citováno 2024-01-20].

WIKISOFIA, 2024b. Gesellovy vývojové škály. In: *Wikisofia*. Online. ISSN 2336-5897. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20221229165129/https://wikisofia.cz/wiki/Gesellovy_v%C3%B Dvojov%C3%A9_%C5%A1k%C3%A1ly. [archivováno 2022-12-29T16:51:29Z]. [citováno 2024-01-20].

WIKISOFIA, 2024c. Helen Keller. In: *Wikisofia*. Online. ISSN 2336-5897. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20240202144850/https://wikisofia.cz/wiki/Helen_Keller. [archivováno 2024-02-02T14:48:50Z]. [citováno 2024-02-02].

Zákon č. 18/1992 Sb., o civilní službě. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20220618164128/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-18>. [archivováno 2022-06-18T16:41:28Z]. [citováno 2024-01-23].

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231113002339/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/>. [archivováno 2023-11-13T00:23:39Z]. [citováno 2023-11-22].

Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231110072402/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-111>. [archivováno 2023-11-10T07:24:02Z]. [citováno 2023-12-26].

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230601131642/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>. [archivováno 2023-06-01T13:16:42Z]. [citováno 2024-01-21].

Zákon č. 587/2004 Sb., o zrušení civilní služby a o změně a zrušení některých souvisejících zákonů. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240123124528/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-587?text=587%2F2004>. [archivováno 2024-01-23T12:45:28Z]. [citováno 2024-01-23].

ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3856-7.

ZVONEK, 2024. Vítejte na stránkách Dětského rehabilitačního stacionáře Zvonek. In: *Zvonek*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231128170324/https://www.zvonek-kladno.cz/>. [archivováno 2023-11-28T17:03:24Z]. [citováno 2024-02-02].

Název	Speciální pedagogika jedinců s vícenásobným postižením
Autor	Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.
Recenzentka	ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.
Vydavatel	Technická univerzita v Liberci Studentská 1402/2, Liberec
Schváleno	Rektorátem TUL dne 14. 2. 2024, čj. RE 10/24
Vyšlo	v březnu 2024
Vydání	1.
ISBN	978-80-7494-690-5
Č. publikace	55-010-24

Tato publikace neprošla redakční ani jazykovou úpravou.

