

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Lenka Fabiánková

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

**PŘEDŠKOLNÍ SOMATOPEDICKÁ PODPORA DĚTÍ
HOSPITALIZOVANÝCH VE ZDRAVOTNICKÉM
ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PaedDr. Vlasta Jonášková, CSc.

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Předškolní somatopedická podpora dětí hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

Ve Žďárné 7. dubna 2011

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Vlastě Jonáškové, CSc. za vydatnou pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji zástupkyni neobsazeného místa ředitele Jihomoravského dětského centra specializované zdravotní péče paní MUDr. Kateřině Bednařikové za její ochotu vést rozhovor a za informace o jednotlivých pracovištích.

Děkuji zástupkyni ředitele Mateřské školy, Základní školy a Praktické školy Boskovice paní Mgr. Janě Bouskové za povolení k návštěvám odloučeného pracoviště Mateřské školy při Jihomoravském centru specializované zdravotní péče. Děkuji také učitelkám, které v této mateřské škole pracují, za jejich ochotu a čas poskytovat informace o podpoře hospitalizovaných dětí, za ukázky činností a práce s dětmi.

Lenka Fabiánková

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 ZÁKLADNÍ OBLASTI PÉČE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V RÁMCI HOSPITALIZACE DĚTÍ.....	7
1.1 Soustava zdravotnických zařízení.....	7
1.2 Cílové skupiny	9
1.2.1 Děti s nemocí.....	10
2 DĚTI PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ A SOMATOPEDICKÁ PODPORA	13
2.1 Vývoj dítěte v předškolním věku.....	14
2.1.1 Fyzický a motorický vývoj.....	14
2.1.2 Kognitivní vývoj.....	15
2.1.3 Osobnostně sociální vývoj	18
2.2 Pedagogická podpora	21
2.3 Výchova a vzdělávání jako součást podpory.....	25
2.4 Spolupráce s rodinou a vzájemná kooperace mezi pracovníky	28
PRAKTICKÁ ČÁST	29
3 MAPOVÁNÍ SOMATOPEDICKÉ PODPORY V RÁMCI JIHMORAVSKÉHO DĚTSKÉHO CENTRA SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE SE SÍDLEM V KŘETÍNĚ	29
3.1 Cíl.....	29
3.2 Doba, metody a postup získávání dat.....	29
3.3 Místo.....	30
3.4 Výsledky a jejich interpretace.....	30
3.4.1 Zařízení bez mateřské školy.....	30
3.4.2. Pracoviště s mateřskou školou.....	31
3.4.2.1 Týmová spolupráce a spolupráce s rodinou.....	34
3.4.2.2 Organizace výchovy a vzdělávání.....	34
3.4.2.3 Materiální podmínky mateřské školy	35
3.4.2.4 Konkrétní činnosti pedagoga v rámci podpory	36
3.5 Shrnutí výsledků	38

ZÁVĚR	40
LITERATURA	41
SEZNAM PŘÍLOH.....	46
ANOTACE	

ÚVOD

Bakalářská práce pojednává o zdravotnické péči ve zdravotnických zařízeních. Tato péče se týká především dětí předškolního věku, které se nachází ze zdravotnického hlediska ve stadiu nemoci. Různorodá onemocnění si žádají různě dlouhou hospitalizaci v nemocnicích nebo odborných léčebných ústavech za účelem zlepšení zdravotního stavu. Dítě předškolního věku, které je již zvyklé na osoby kolem sebe, má zažitý jistý řád, se najednou ocitá často samotné v prostředí, kde nikoho nezná a je nuceno se přizpůsobit se režimu zdravotního zařízení. Práce zpracovává také oblast somatopedické podpory těchto dětí, která spočívá ve využívání takových pomůcek, které se maximálně přizpůsobují individuálním možnostem a potřebám dítěte a rozvíjí jeho osobnost po všech stránkách. Nedílnou součástí somatopedické podpory je výchova a vzdělávání, která probíhá prostřednictvím mateřských škol, jež se zřizují při zdravotnických zařízeních.

Dané téma jsem si zvolila, protože jsem měla možnost vykovávat souvislou a průběžnou praxi v rámci Střední pedagogické školy Boskovice hned ve dvou mateřských školách při zdravotnických zařízeních. Jednalo se o Mateřskou školu při nemocnici Boskovice a o Mateřskou školu při (tehdy zvané) Dětské léčebně pohybových poruch Boskovice. Zajímalo mě také, jakým způsobem se podporuje dítě, které se ocitá v pro něj obtížné životní situaci, kdy je hospitalizováno ve zdravotnickém zařízení. Často bez příbuzných, vytržené z rodinného prostředí.

Cílem práce je v oblasti teorie a praxe na vybraném konkrétním pracovišti charakterizovat zdravotnická zařízení, ve kterých mohou být hospitalizovány děti předškolního věku a zmapovat oblast jejich somatopedické podpory.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ OBLASTI PÉČE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V RÁMCI HOSPITALIZACE DĚTÍ

„Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“ (zákon č. 20/1966 Sb. §11, odst. 1). „Nestátním zařízením se rozumí jiné zdravotnické zařízení, než zdravotnické zařízení státu“ (zákon č. 160/1992 Sb. § 2, odst. 1). Poskytují zdravotní péči poradenskou, diagnostickou, preventivní i léčebnou v takovém rozsahu, který je stanoven v rozhodnutí o registraci (zákon č. 160/1992 Sb.). Státní i nestátní zdravotnická zařízení musí být pro určitý druh a rozsah zdravotní péče vybavena nejen personálně, ale i technicky (zákon č. 20/1966 Sb.). Vytváří funkčně provázaný celek, aby umožnila bezpečný provoz zařízení. Je tu zajištěna dodávka pitné vody a odvod odpadních vod. Jsou vybavena systémem větrání, vytápěním a rozvodem elektrické energie (vyhláška č. 221/2010 Sb.) „Léčebně preventivní péče spočívá v péči o ochranu, navrácení a upevnění zdraví jednotlivců i kolektivů; je poskytována obyvatelstvu ve zdraví i v nemoci, v mateřství a při jiných stavech vyžadujících lékařskou pomoc“ (zákon č. 20/1966 Sb. §17, odst. 1). Zahrnuje jak ambulantní, tak i ústavní péči.

- Ambulantní péče – poskytují ji odborní lékaři pro děti v rámci jednotlivých ordinací nebo sloučených ambulantních zařízeních. Pro jejich návštěvu není potřeba lékařské doporučení. Jsou přístupné všem dětem, které se nachází v oblasti spádového území, a poskytují diagnostickou a léčebnou péči.
- Ústavní péče – poskytuje se v nemocnicích či v odborných léčebných ústavech v případech, kdy nestačí ambulantní péče

Zdravotnická zařízení se zřizují podle zásad, které určuje Ministerstvo zdravotnictví České Republiky, a tvoří specifickou soustavu. (zákon č. 20/1966 Sb.).

1.1 Soustava zdravotnických zařízení

„Soustavu zdravotnických zařízení tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob“ (zákon č. 20/1966 Sb., §31, odst. 2). Jsou zřizovány buď přímo ministerstvem zdravotnictví, anebo je řídí samotní zřizovatelé. Z hlediska předškolního věku sem patří nemocnice a odborné léčebné ústavy, do kterých řadíme

odborné léčebny, lázeňské léčebny, rehabilitační ústavy a ozdravovny (zákon č. 20/1966 Sb.).

Nemocnice

„Nemocnice poskytují obyvatelům ambulantní a lůžkovou základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření“ (vyhláška č. 242/1991 Sb., §11, odst. 1). Díky organizovanému týmu pracovníků jsou schopny zajistit nepřetržitou ošetrovatelskou a lékařskou péči (Gladkij a kol., 2003). Patří mezi nejznámější diagnostické a léčebné zařízení. Pro děti s nemocí jsou vyhrazena dětská oddělení. Nejvyšším stupněm nemocnic jsou fakultní nemocnice, které se člení na jednotlivé kliniky a následně na oddělení podle nemocí. (Jonášková, 2001). Gladkij a kol. (2003) klasifikují nemocnice podle typu vlastnictví na:

- Nemocnice ve vlastnictví státu – jedná se především o velké nemocnice (fakultní nebo vojenské).
- Nemocnice veřejné – jsou ve správě měst
- Nemocnice soukromé neziskového charakteru – nacházejí se většinou ve vlastnictví dobročinných organizací.
- Nemocnice soukromé typu akciových společností – fungují na podnikatelském principu.

Odborné léčebné ústavy

„Odborné léčebné ústavy plní úkoly podle svého odborného zaměření a podle koncepcí příslušných medicínských oborů“ (vyhláška č. 242/1991 Sb., §14, odst. 1).

- Odborné léčebny – dělí se podle jejich velikosti a zájmu činnosti na jednotlivá oddělení nebo jiné jednotky, pokud je to v souladu s hospodárností provozu. Mezi odborné léčebny můžeme zařadit i léčebny respiračních onemocnění, které jsou určeny pro děti s potížemi v oblasti dýchacího ústrojí (vyhláška č. 242/1991 Sb.). Na děti s dlouhodobou nemocí se specializují hlavně dětské léčebny (Jonášková, 2001).
- Lázeňské léčebny – *„lázeňskými léčebnami jsou odborné léčebné ústavy, které využívají při poskytování léčebně preventivní péče především přírodních léčivých zdrojů nebo klimatických podmínek“* (zákon č. 20/1966 Sb., §36, odst. 3). Péče je poskytována převážně dětem, jejichž zdravotní stav to

vyžaduje (zákon č. 20/1966 Sb.). Léčba probíhá ve specializovaných lázeňských léčebnách, které se soustředí především na jeden obor. Mimo jiné mohou poskytovat i ambulantní péči dětem, které bydlí v blízkosti tohoto zařízení (vyhláška č. 242/1991 Sb.)

- Rehabilitační ústavy – *„rehabilitační ústavy jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče nemocným se stanovenými poruchami hybnosti, popřípadě poruchami jiných funkcí.“* (vyhláška č. 242/1991 Sb., § 15, odst. 4).
- Ozdravovny – *„ozdravovny pro děti a dospělé jsou zdravotnická zařízení, v nichž se osobám ohroženým na zdraví nebo osobám v rekonvalescenci poskytuje za lékařského dozoru a odborného vedení ústavní péče zpravidla s využitím klimatických podmínek a s dodržováním potřebné životosprávy“* (vyhláška č. 242/1991 Sb., § 17). Děti předškolního věku tu bývají hospitalizovány výjimečně kvůli emoční závislosti na rodičích. Přesto ale mají možnost tu pobývat (Renotierová, 2005). Podle nadmořské výšky se rozlišují:
 - Ozdravovny horské – jsou tu umísťovány děti po těžkém nebo dlouhotrvajícím onemocnění se značným zdravotním oslabením.
 - Ozdravovny nížinné a podhorské – jsou tu umísťovány děti s často opakovaným onemocněním nebo děti zotavující se po akutní nemoci či operaci (Jonášková, 2001).

1.2 Cílové skupiny

Ve všech zdravotnických zařízeních mohou být hospitalizovány děti s nejrůznějšími onemocněními. Objasnění příčin a následků nemoci jsou součástí poznatků, které vedou ke komplexní péči. Nejčastěji se vyskytují následující druhy nemocí:

- Respirační onemocnění – nejčastější nemoc u dětí předškolního věku. Do této skupiny se řadí rýma, adenoidní vegetace, angíny, záněty hrtanu, záněty průdušek a zánět plic. Většina z nich se objevuje náhle. Některé mají sklon k recidivám nebo probíhají chronicky. Na vzniku nemocí se podílí především genetické faktory, imunita, anatomická stavba a funkčnost dýchacího ústrojí.
- Onemocnění ledvin a močových cest – objevují se u chlapců i dívek. Jedná se o záněty ledvin, záněty močového měchýře a noční enurézy, které jsou ale do pěti let na hranici normy.

- Onemocnění zažívacího traktu – u dítěte předškolního věku již mohou zaznamenat choroby jako u dospělých (vředové choroby žaludku, dvanáctníku, záněty tlustého střeva). K nejčastějším onemocněním patří průjmy způsobené bakteriemi a „bolesti břicha“, které mohou být zapříčiněny psychogenně z důvodu nepřiměřené fyzické nebo psychické zátěže.
- Onemocnění kloubů – jedná se o skupinu onemocnění pohybového aparátu, která se projevuje záněty kloubů vedoucími až k chronickým změnám. Řadí se tu i hypermobilní syndrom, který je spojen s bolestí z důvodů nadměrné kloubní volnosti (Valenta a kol., 2008).
- Neurovývojová onemocnění – jde o onemocnění a syndromy, které vznikají na základě postižení mozku v raných stádiích vývoje dítěte. Projevují se poruchami v oblasti motoriky, psychického vývoje a narušením komunikace. Do této skupiny náleží dětská mozková obrna, epileptické encefalopatie, lehké mozkové dysfunkce a autismus.
- Neuromuskulární onemocnění – rozmanitá skupina nemocí s různým průběhem a frekvencí výskytu. Do této kategorie spadá svalová dystrofie, kongenitální myopatie (neprogredující svalová slabost a hypotonie začínající v novorozeneckém věku) a myastenie (svalová slabost způsobená poruchou převodu nervového vzruchu). Příčinou je dědičnost nebo vrozené či získané metabolické onemocnění (Komárek, Zumrová, 2003).

1.2.1 Děti s nemocí

„Dítě nemocné je ve stavu nemoci. Nemocí rozumíme poruchu rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají různé anatomické a funkční změny v organismu.“ (Jonášková, 2001, s. 103). Neměla by se chápat jen jako biologické odchylení, neboť se jedná také o specifický typ sociálního znevýhodnění. Díky nemoci se může změnit i totožnost dětí (Renotierová, 2005). Podle doby trvání jsou děti s nemocí rozděleny na děti s krátkodobou akutní nemocí, děti s dlouhodobou nemocí, která se dále člení na recidivující a chronickou (Jonášková, 2001). Z hlediska předpokládaného vývoje se rozlišují děti s progresivní nemocí, jež mnohdy mají i letální charakter, a děti se stacionární nemocí, u které se neočekává postupné zhoršování (Kantor, 2008).

Krátkodobá nemoc

Krátkodobá akutní nemoc je nejméně náročná. Vzniká náhle a je charakteristická velmi rychlým procesem (Renotiérová, 2006). Výjimečně vyžaduje hospitalizaci dítěte. Většinou je to z důvodu jednoduchých operací nebo diagnostiky potíží (Jonášková, 2001).

Dlouhodobá nemoc

Dlouhodobá nemoc se vyznačuje dlouhotrvajícím, vleklým průběhem a vyžaduje delší pobyt dítěte ve zdravotnickém zařízení (Renotiérová, 2006).

Recidivující nemoc

Recidivující nemoci se opakují nejméně třikrát za rok. Typickým příkladem jsou alergie nebo astma. V období mezi onemocněním se neprojevují funkční ani anatomické změny organismu (Kantor, 2008).

Chronická nemoc

U chronického onemocnění se již vyskytují relevantní organické a funkční změny organismu. Vyznačuje se velmi zdoluhavým průběhem, který trvá nejméně tři roky. Vyžaduje soustavnou aktivní léčbu, která může stav dítěte zlepšit (Jonášková, 2001). Je často spojována s rozmanitými tělesnými obtížemi a omezeními. Onemocnění ovlivňuje děti v jejich schopnostech podávat určité výkony. Méně odolávají zátěži, bývají celkově vyčerpané. Díky častým hospitalizacím může docházet ke zhoršení rozvíjení některých kompetencí (Vágnerová, 2008). Jedná se o onemocnění léčitelné, ale bohužel není vyléčitelné. Vykytuje se asi u 10% dětské populace a jejich počet se stále zvyšuje. Do této oblasti spadají záchvatovitá, kožní, metabolická alergická a astmatická onemocnění (Opatřilová, Zámečnicková, 2007). Přináší s sebou léčebné procedury, úzkost, obavy (ze zmiňovaných procedur, ale také z cizích lidí), částečné odloučení od vrstevníků, narušení denního režimu dítěte a hlavně omezení pohybu (Krejčířová, 1995).

Na vzniku nemoci se podílí příčiny vnější a vnitřní. Mezi vnější se řadí fyzikální působení (např. vliv záření, tepla a elektrické energie), chemické účinky, kdy děti ohrožují toxické látky v ovzduší, dále kareňní dopad, protože se dětem nedostává plnohodnotná a pestrá strava, a biologické organismy jako jsou hlavně viry, bakterie, popřípadě plísně.

Vnitřní příčiny jsou vymezeny řadou činitelů, které dokážou ovlivnit začátek a průběh nemoci. Jedná se o dispozice neboli zvýšený sklon k určité chorobě. U jednotlivých dětí je to plně individuální záležitost. Dále se sem řadí imunita jako obranyschopnost organismu. Dělí se na specifickou, která se mění v průběhu života a je dána vztahem mezi organismem a viry, a na nespecifickou, při které pomáhají bílé krvinky, protože pohlcují cizorodé látky v těle.

Jakákoliv nemoc se projevuje jistými symptomy. Do objektivních náleží změna tělesné teploty, srdečního rytmu nebo různé otoky. Mezi subjektivní příznaky, jež cítí každé dítě individuálně, spadá nechutenství, únava a bolesti (Renotírová, 2005). Je zdrojem nelibých pocitů. Přispívá hlavně k negativnímu hodnocení situace. Děti, které ji prožívají, jsou zpravidla rozmrzelé, nervózní a plačtivé, reagují buď nepřírozně a v afektu, nebo jsou naopak bez zájmu. (Vágnerová, 2008). Bolest často signalizuje hrozící nebo probíhající poruchu organismu, slouží jako prostředek k diagnóze nemoci, ale zároveň informuje o účincích probíhající léčby (Plevová, Slowik, 2010). Její význam však bývá v tomto věku mnohdy podceňován, protože varovná hodnota zpravidla není rozpoznatelná. Některé děti ze strachu před injekcí mají tendence bolest zapírat. V předškolním věku může být vnímána jako určitý druh potrestání za špatné chování (Krejčířová, 1995).

Podle vývojové úrovně má nemoc pro děti odlišný osobní i společenský význam. Jejich reakce se vážou spíše na aktuální pocity a jsou silně emočně podmíněné subjektivní pohodou. Nemoc nastoluje odlišné podmínky, které se často pojí s nepříznivými zážitky, což ovlivňuje psychiku dětí. Postoj k vlastní chorobě se odvíjí od vývojové úrovně, získaných zkušeností a temperamentu dětí. Děti nějakým způsobem nemoc emočně prožívají a rozumově hodnotí. Negativní citové prožitky se objevují ve spojitosti s nepříjemnostmi spojené s nemocí. Jsou jedním z prvních signálů narušení zdraví. Zatížení a únava organismu se projevuje zvýšeným podrážděním a emoční nestálostí. Nemocné děti trápí nejistota a obavy z možných potíží, jsou zvýšeně citově fixovány na nejbližší osobu. Rozumové hodnocení nemoci je u dětí v předškolním věku nepřesné, ovlivněné fenomenismem a egocentrismem. Mají tendenci hledat jednoznačnou a srozumitelnou příčinu, což je vede k závěru, že za jejich onemocnění může nějaký člověk nebo určitá situace.

Vlivem nemoci jsou pozměněny i samotné potřeby dětí. Děti mají potřebu se ve svém stavu orientovat. Chtějí vědět, jak na tom jsou, co je čeká a z jakého důvodu. Bohužel tyto informace se často nedozvídají, protože lékaři a rodiče jim je často tají,

aby je zbytečně neděsili. Děti mají také zvýšenou potřebu podpory citového jistoty a bezpečí. Jejím naplňováním se odstraňují především pocity ohrožení. Jistotu získává hlavně tím, že se upoutává na osobu, ke které má silný citový vztah. U dítěte s nemocí by se nemělo zapomínat ani na potřebu seberealizace.

Mění se i životní styl dětí. Dostává se mu odlišných sociálních zkušeností. Důvodem může být opakovaná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení spojené s obavami z odloučení se od rodiny, s pocity ohrožení a úzkosti (Vágnerová, 2008).

Hospitalizace a hospitalismus

Pobyt ve zdravotnickém zařízení představuje pro děti určité omezení běžných aktivit, odloučení od rodiny i přerušení kontaktů s vrstevníky. Náhle se ocitají v nejistotě a v prostředí, které nezná. Prožívají bolestivé podněty a komunikují s neznámými lidmi. Jejich reakce na tuto okolnost se různí v závislosti na jejich individuální adaptaci na nové prostředí (Plevová, Slowik, 2010).

„Soubor nepříznivých faktorů, které působí na nemocného při hospitalizaci, může u některých nemocných vyvolat patologický stav – hospitalismus, nemocniční nemoc, je to vlastně silná reakce na hospitalizaci“ (Špatenková, 2003, s. 58). K nejčastějším zdrojům vzniku hospitalismu náleží nucená nečinnost, neboli klid na lůžku, dlouhodobá separace (o jejích dopadech rozhoduje také vývojová úroveň dítěte) i přístup personálu zařízení (Špatenková, 2003). Díky omezeným kontaktům se často stává, že dítě nemá jiné kamarády než ty, které poznalo v nemocnici. Mnohdy neumí komunikovat s vrstevníky ze svého okolí a spíše se jich straní (Vágnerová, 2008).

2 DĚTI PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ A SOMATOPEDICKÁ PODPORA

Společným znakem pro děti s nemocí, je sekundární omezení hybnosti, které se projevuje jako nepřímý důsledek nemoci. Děti mají omezené příležitosti k pohybovým aktivitám. U těchto dětí může vlastní omezení negativně ovlivnit jejich vývoj (Kantor, 2008). Pedagogové, vychovatelé a ostatní odborníci by měli znát jak zdravý vývoj dětí (v normě), tak druhy nemocí a jejich důsledky, které omezují rozvoj osobnosti dítěte (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík 1993).

2.1 Vývoj dítěte v předškolním věku

Období předškolního věku je vymezeno novou sociální rolí dítěte, kterou ohraničují dva významné mezníky. Toto období nastává mezi třetím a čtvrtým rokem, kdy dítě začíná navštěvovat mateřskou školu, a končí přibližně v šesti letech nástupem do základní školy (Plevová, 2008). „*Předškolní věk je označován také jako období iniciativy, dítě má potřebu něco zvládnout, vytvořit a potvrdit tak svoje kvality*“ (Vágnerová, 2005, s. 174).

2.1.1 Fyzický a motorický vývoj

„*Tělesný vývoj je poměrně rychlý, avšak trend přibývání na hmotnosti se trochu zpomaluje. V pěti letech se zrychluje růst končetin, takže dítě ztrácí baculatost a stává se štíhlejším. Dochází k tzv. první tvarové přeměně organismu*“ (Kuric, 2001, s. 61).

Mění se proporce těla. Postavy dětí se začínají celkově protahovat do výšky, trup se zplošťuje. Břicho přestává být vystouplé, a proto jej lze již dobře odlišit od hrudníku. Hlava se vzhledem k tělu zmenšuje. Končetiny se naopak prodlužují. Zpomaluje se dech dítěte a upravuje se i tlukot srdce, stává se pravidelnějším (Říčan, 2006). Plevová (2008) označuje konec předškolního období jako období vytáhlosti.

„*Pohyblivost se v tomto věku zlepšuje jen zvolna a ne příliš nápadně. Spíše než nové výkony pozorujeme větší rychlost, pohotovost a obratnost pohybů, které už dítě dovedlo dříve, a také jejich větší eleganci*“ (Říčan, 2006, s. 121).

Hrubá motorika se rozvíjí a zdokonaluje. Na začátku období je nekoordinovaná, ale ke konci děti ovládají schopnosti náročné na pohybovou spolupráci končetin (Plevová, 2008). Jakmile bezpečně zvládnou chůzi a běh, pouští se do přelézání, podlézání a prozkoumávání různých prostorů. Jsou schopné jednotlivé pohybové prvky opakovat do doby, než se jim je podaří zvládnout podle jeho představ (Kořátková, 2008).

Oblast jemné motoriky

V oblasti jemné motoriky se rozvíjí manuální zručnost. Děti začínají manipulovat s předměty kolem nich (snaží se jíst příborem, hází a chytají míč atd.). Okolo čtyř let se začíná objevovat laterální preference jedné ruky. Děti přestávají používat obě ruce k vykonání činnosti (Plevová, 2008).

Oblast lokomoce

Vývoj hrubé motoriky je v úzkém vztahu s aktivitou dětí, závisí na individuálních možnostech pohybu a podmínkách, ve kterých se utváří schopnosti a dovednosti dětí. Pohybová koordinace se odráží také v oblasti sebeobsluhy, kdy se děti dokážou obléknout a svléknout, uklidit věci na místo, samostatně se starat o své tělo (Šulová, 2003).

„Pohyb je základní potřebou, a i když je u každého jiná, vždy probouzí a podporuje celkovou aktivitu dítěte, která podněcuje myšlení, rozšiřuje zásobu informací o sobě i o využívání předmětů a pomůcek“ (Koťátková, 2008, s. 25).

2.1.2 Kognitivní vývoj

Kognitivní schopnosti, jako je myšlení, vnímání, paměť, pozornost, představivost a řeč, prochází intenzivním rozvojem (Plevová, 2008).

Myšlení

„Myšlení předškolního dítěte ještě nerespektuje zákony logiky, a je tudíž nepřesné, má mnohá omezení“ (Vágnerová, 2005, s. 174). Děti uvažují v celostních pojmech na základě podobnosti. Zaměřují se na to, co znají, co viděly nebo prožily (Plevová, 2008). Charakteristické znaky myšlení se rozdělují do dvou skupin. Podle způsobu, jak si děti vybírají informace ze svého okolí, se jedná o centraci, egocentrismus, fenomenismus a prezentismus. Dle způsobu zpracovávání informací mluvíme o magičnosti, antropomorfismu, arteficialismu a absolutismu.

- Centrace – jde o subjektivně podmíněný sklon k ulpívání na jednom nápadném znaku, který děti považují za významný.
- Egocentrismus – jedná se o sklon uvažovat a posuzovat okolí podle vlastního postoje a přesvědčení. Děti nedokážou posuzovat situaci z více hledisek, nehledají objektivní pravdu.
- Fenomenismus – rozumí se tím důraz na určitou představu o světě, kterou děti utváří na podkladě viditelných znaků.
- Prezentismus – často souvisí s fenomenismem a představuje pro děti jistotu. Hovoří se o silné vázanosti na přítomnost.
- Magičnost – je chápána jako tendence ke zkreslování reálného světa fantazií.
- Antropomorfismus – jde o přiřazování lidských vlastností neživým předmětům.

- Arteficialismus – je způsob, kterým si děti vykládá vznik světa. Věří, že okolí kolem něj někdo udělal.
- Absolutismus – tímto pojmem se nazývá přesvědčení, že každé poznání má všeobecně definitivní platnost (Vágnerová, 2005).

Na základě názornosti děti uspořádávají předměty podle určitého rysu. Dále dokážou posoudit, čeho je méně a čeho více. Ve sféře pojmového myšlení začíná uplatňovat analýzu, syntézu a srovnávání (Plevová, 2008). Obvyklou chybou je, že posuzují předměty podle jejich podobnosti, podle vlastních zájmů a přání. Běžně se stane, že během jedné činnosti několikrát změní podmínky klasifikace (Vágnerová, 2005). Kolem tří let pojmenovávají jednotlivé druhy věcí, ale nechápou souvislosti mezi nimi. Mezi čtvrtým až šestým rokem si uvědomují, že určité předměty můžou nazvat společnými jmény, jako jsou například stromy, zvířata, nábytek (Plevová, 2008). Myšlení je stále rigidní, děti předškolního věku nedokážou složitou situaci zjednodušit spontánně a informace, které jsou pro ně rušivé, vyloučit. Děti sice umí vyřešit mnohé úkoly, ale nedovedou do svého uvažování zapojit více znalostí nebo různé pohledy. Soustředí se pouze na jednu oblast (Vágnerová, 2005).

Pozornost

„Dětská pozornost bývá upoutávána tím, co je nejnápadnější“ (Vágnerová, 2005, s. 177). Na začátku období je nestálá, ale postupně s věkem dítěte se vytváří základy úmyslné pozornosti. Délku pozornosti také ovlivňují temperamentové vlastnosti i činnosti, které jsou pro děti nové a pozoruhodné (Plevová, 2008).

Paměť

Paměť dětí nese znaky konkrétnosti, mimovolnosti a mechaničnosti. Děti si zapamatovávají náhodné znaky. V tomto věku se začíná rozvíjet i paměť slovně logická, což znamená, že děti zvládnou napodobovat známé a opakující se děje na základě logických souvislostí (Plevová, 2008). Kolem pátého roku postupně nachází své uplatnění záměrná a dlouhodobá paměť (Šulová, 2003). *„Rozvoj paměťových schopností závisí na zrání příslušných mozkových struktur, na aktuální úrovni kognitivních schopností a na zkušenosti“* (Vágnerová, 2005, s. 191).

Vnímání

Vnímání je spojeno s vlastní činností dětí a má vliv na představy. Je subjektivně zabarvené a ovlivněné egocentričností dětí, dosaženými zkušenostmi, úrovní myšlení a stavem smyslových receptorů (Plevová, 2008). V oblasti sluchového vnímání jsou citlivé na intonaci lidské řeči. Poznají barvy hlasu svých nejbližších a dokážou vyhodnotit jejich aktuální náladu (hněv, radost, smutek). Děti si často pohrávají se zvukem. Vykřikují, výskají a poslouchají, jak jednotlivé zvuky znějí v různých prostorech a prostředí. Oblast zrakového vnímání je důležitá pro objevování a učení. Stále významná je pro děti oblast hmatu. Jeho prostřednictvím zkouší a zároveň pojmenovávají vlastnosti i strukturu různorodých materiálů. Zajímají se o možnosti proměn jejich tvaru, zkouší jejich tvárnost. Ke konci období zvládnou vytvořit smysluplný výtvar. Možnost seberealizace pomocí zpracovávání materiálů vyrovnává vnitřní napětí. Děti jsou pány situace. Smyslové vnímání, s ním spojené učení a prožívání, stimuluje u dětí myšlení, řeč a tvoření (Kotátková, 2008). Děti neumí správně vnímat prostorové vztahy. Předměty stojící blízko nich připadají příliš velké, vzdálené vidí malé. Vnímání času se utváří pomalu. Pro děti není důležitý, často je obtěžuje, protože žijí převážně přítomností. Minulost a budoucnost pro ně nemají významný obsah. Postupně rozumí pojům „dříve“ a „později.“ Jsou schopny rozlišit delší a kratší dobu. Díky egocentrismu měří čas podle subjektivních událostí a jevů, které se opakují. Obvykle mají tendenci přeceňovat délku časového úseku. Ve vlastních úvahách člení čas maximálně na dny v týdnu. Ostatní intervaly jako jsou měsíce, roční období umí vyjmenovat, částečně znají jejich obsah, ale nepracují s nimi (Vágnerová, 2005).

Představy

„Vybavování představ je plynulejší, o čemž svědčí schopnost dítěte souvisle reprodukovat děj pohádky, popisovat prožité události“ (Plevová, 2008, s. 69). V tomto období dochází k silnému rozvoji fantazijních představ, které děti často považují za realitu. Tyto barvitě a bohatě dětské představy, kterými si děti přizpůsobuje těžko přijatelnou realitu, se nazývají dětské konfabulace.

Řeč

Různé verbální schopnosti a způsoby vyjadřování se děti učí komunikací s lidmi nebo se staršími sourozenci. Nepřejímají vše, co slyší, ale jen určité části nebo nová slova, s nimiž později experimentují ve svém mluvním projevu. Od čtyř let začínají mluvit

v delších větách, objevují se i souvětí. Často dělají chyby v pořadí slov, což se projevuje hlavně ve vyprávění (Vágnerová, 2005). Děti pátrají po příčinách. Otázky často začínají slovem proč. Probíhá druhé ptací období. V průběhu tohoto věku si osvojí až 2500 výrazů. Slovní zásoba šestiletého dítěte obsahuje až 4000 slov. Řeč se stává prostředkem komunikace. Ve vzájemném poměru řeči a myšlení se objevují určité disproporce.

- Řeč, která zaostává za myšlením – dítě dovede vykonat činnost, ale nedokáže ji pojmenovat.
- Řeč, která předbíhá myšlení – dítě fantazijně tvoří pojmy pro označení neznámého předmětu. Vytváří novotvary.

Vypělost myšlení a řeči má svůj vliv na sociální chování (Plevová, 2008).

2.1.3 Osobnostně sociální vývoj

„U dítěte se začínají rýsovat a upevňovat určité povahové a osobnostní individuální vlastnosti jako samostatnost, družnost, iniciativnost, vytrvalost, vědomí povinnosti, ochota pomoci dospělým i vrstevníkům“ (Kuric, 2001, s. 65).

Děti se začínají podřizovat požadavkům společnosti a snaží se regulovat své vlastní chování. Ve sféře pronikání do širší společnosti se uplatňuje iniciativa a aktivita, která musí být usměrňována dle norem chování. Jedná se hlavně o bezprostřední příkazy a zákazy, ale vhodnou formou pro úpravu chování také může být napodobování jiných lidí. Děti jsou zvědavé a rádi objevují nové a nové činnosti. Naplňují tak potřebu něco zvládnout a potvrdit své hodnoty. V tomto věku se objevuje tendence k vlastnictví. Tento vztah vyjadřují slovem „moje“, proto nechtějí své hračky půjčovat a chrání si svoje teritorium. Schopnost rozdělit se nastává až kolem pátého roku (Vágnerová, 2005).

Sebepojetí

Do svého sebepojetí děti zahrnují své tělové schéma a psychické vlastnosti, které signalizují určitý pokrok. Nedovedou však samy sebe hodnotit realisticky, často se přeceňují a nadhodnocují. Jsou přesvědčeny, že se jim vše podaří, a neberou ohled na skutečnost. Tento optimismus jim zajišťuje osobní rovnováhu. Přesto je dětské sebepojetí ovlivňováno rodiči a jejich požadavky, spokojeností a postojem k dítěti (Vágnerová, 2005).

Morální uvažování

Morální uvažování závisí na úrovni poznávacích schopností. Je vázané na určitou situaci, s níž mají děti zkušenost. Hlavní autoritou jsou dospělí a děti jsou jim zcela podřízené. Motivací k dodržování norem je systém odměn a trestů. Co je dobré nebo špatné děti posuzují podle důsledků, které jim to přináší (Vágnerová, 2005).

Citové prožívání

„Významnou úlohu při formování osobnosti předškolního dítěte sehrává rozvíjející se citová sféra, neboť dítě se v chování řídí výhradně citem; všechno, co ho intenzivně zajímá, co pozoruje, co si pamatuje a poznává, o čem přemýšlí, je poznamenáno pozitivními citovými vztahy“ (Kuric, 2001, s. 65). Citové prožívání je stále silné, často přechází z jedné hodnoty do druhé. Je tu však větší stabilita a vyrovnanost. Děti bývají obvykle pozitivně naladěné. Začínají mít smysl pro humor. Žertíky bývají jednoduché a odpovídají uvažování dětí v tomto období. Negativní emoční reakce, jako jsou vztek a zlost, se objevují v době, kdy jsou děti frustrovány (Vágnerová, 2005). Strádání nastává tehdy, kladou-li se na děti nepřiměřené nároky, pokud jsou trestány často za lži, brání se jim v kontaktu s vrstevníky nebo se omezuje jejich přirozená aktivita. Následkem je spuštění obranných mechanismů, kdy se děti chovají agresivně vůči okolí, straní se ostatních a v horším případě nastává vývojový regres. (Šulová, 2003). V souvislosti s rozvojem dětské představivosti se objevuje strach z nadpřirozených bytostí. Intenzita prožívání strachu závisí na temperamentu dětí, na zkušenosti i na míře jistoty a bezpečí. V mnohých případech se může projevit tím, že odmítají být samy a vyžadují přítomnost dospělé osoby. Čtyřleté děti se snaží svoje emoce ovládat, snaží se lépe porozumět svým pocitům a projevovat empatii vůči jiným lidem. Objevují se city, jako jsou láska, sympatie, nesympatie. Odmítání určitého člověka se projevuje velmi masivní negativní reakcí. Často se uplatňuje mechanismus projekce, kdy děti rozlišují dílčí události podle vlastních dojmů a přesvědčení, že ostatní musí reagovat stejně (Vágnerová, 2005). *„Předškolní děti již obvykle mají dostatečně bohatý slovník pro označení emocí. Porozumění jednotlivým pojmům si mohou zlepšit v rozhovoru s dospělými, při čtení pohádek, vyprávění příběhů“* (Vágnerová, 2005, s. 200).

Vztah děti – rodiče

Děti se učí komunikovat, respektovat potřeby ostatních, ovládat emoce při řešení konfliktních situací. *„Vědomí, že rodiče jsou vždycky nablízku a lze se na ně plně*

spolehnout, je adekvátním prostředkem k udržení jistoty, kterou předškolní dítě potřebuje považovat za neměnnou“ (Vágnerová, 2005, s. 204). Rodiče představují pro děti významnou autoritu i vzor, jemuž by se chtěly jednou podobat. Uznávají veškeré postoje a názory v hotové podobě, jak se jim jeví. V průběhu období předškolního věku se mění vzájemné působení mezi rodiči a dětmi. Rodiče obvykle kladou větší požadavky a očekávají lepší jednání. Ve funkčních rodinách se často ve výchově vzájemně doplňují. Matka tráví s dětmi více času a její působení je zaměřeno především na každodenní činnosti. Je k dětem otevřená, více na ně mluví, chválí a vysvětluje. Její hry s dětmi jsou klidnější a v domácím prostředí. „Vztah s matkou slouží v této době jako zdroj jistoty a bezpečí, matka zůstává v roli pečující a ochraňující osoby“ (Vágnerová, 2005, s. 207). Otec je pro děti vzácnější, sdílí s dětmi především volnočasové aktivity. Funguje nejen jako prostředník k získávání nových dovedností a zkušeností, ale také jako iniciátor pohybových a bojových her. Pokud je citlivý, pomůže dětem regulovat jejich emoční reakce, zvláště při hrách, kdy dochází k afektivnímu nabuzení. „V předškolním věku dochází k další diferenciaci v chování otců k dětem, především s ohledem na pohlaví“ (Vágnerová, 2005, s. 207).

Naučené dovednosti děti uplatňují i mimo rodinu zajišťující zdroj jistoty a bezpečí, a to v kontaktu s ostatními dospělými a dětmi. Jsou schopné zařadit se, spolupracovat i v jiných sociálních skupinách (Vágnerová, 2005).

Seberealizace

„Kontakt s dětmi je důležitý též pro formování vlastního Já, pro vytváření schopnosti měnit úhel pohledu a tutéž situaci chápat z hlediska druhého pro ujasňování, jaký jsem, jak mě vidí ostatní, jaký bych chtěl být“ (Šulová, 2003, s. 18). Sociální osamostatňování a potřebu seberealizace obstarávají vztahy s vrstevníky jako rovnocennými partnery. První institucí, kde si osvojují další sociální dovednosti a zároveň se podřizují požadavkům, je mateřská škola. Jedná se o nové prostředí, na něž se děti musí adaptovat. Získávají tu hned tři sociální role. Roli žáků mateřské školy, roli vrstevníků, kterou získává navázáním kontaktu s jinými dětmi, a roli kamarádů, která je specifikovaná bližším vztahem k určitým dětem. Kamarádské vztahy jsou v tomto věku povrchní a proměnlivé. Výběr kamaráda je podmíněn efektem fyzické blízkosti, vlastnictvím zajímavého předmětu a chováním druhého. Oblíbené jsou především přátelské, dobře naladěné a tělesně zdatné děti. Kontakt s vrstevníky přispívá k socializaci

dětí. Podporuje vývoj kognitivní oblasti, učí prosazování svých názorů, které je v souladu s potřebami druhých, a poskytuje zpětnou vazbu (Vágnerová, 2005).

Hra jako prostředek socializace

Hlavním prostředkem procesu socializace je hra. Promítají se v ní vztahy mezi dětmi a prostředím, které jej obklopuje. „*Dítě si hraje, i když je unavené nebo nemocné*“ (Plevová, 2008). Hra představuje v období předškolního věku nejpřirozenější a dominantní dětskou činnost. Souvisí s tělesným a kognitivním vývojem, obohacuje řečový projev. Děti si prostřednictvím hry osvojují pravidla morálky a vlastnosti osobnosti. V tomto věku jsou v popředí úlohové hry, ve kterých děti s pomocí prvků fantazie přejímají různé odpozorované úlohy ze života rodičů a s velkou vážností se do nich vžívají. Dále své uplatnění nachází konstruktivní hry, jejichž stěžejním výsledkem je vlastní výtvar dětí. Jsou velmi důležité, neboť rozvíjí poznávací procesy. Zlepšování pozornosti a akceptování pravidel se učí v didaktických hrách. Zdokonalování smyslových funkcí a citových procesů zprostředkovávají receptivní hry (Kuric, 2001). Upřednostňování určitého typu hry vypovídá něco o určitém zaměření dětí. Proto se jim zajišťují takové podmínky, aby si mohly hrát spontánně (Šulová, 2003). Holčičky si nejběžněji hrají s panenkami. Chlapci volí zejména hračky technického rázu. Většinou mají charakter zbraní (Říčan, 2006). Ale mezi jejich oblíbené hračky se mohou zařadit také zvířecí figurky, s nimiž se většinou ztotožňují. Často se stává, že jim přisuzují různé lidské vlastnosti (Valenta a kol., 2008). Hra umožňuje dětem naplnit jejich přání, vyrovnat se s realitou (Vágnerová, 2005). Nejvýznamnějším posunem v tomto období je přechod od hry, kdy si dítě vystačí samo, ke hře v dětském kolektivu. Nejčastěji se vytváří trojčlenné skupinky (Valenta a kol., 2008). „*Pokrokem je i postupné rozlišování herních a pracovních činností, ke kterému dochází zpravidla v pátém a šestém roce*“ (Kuric, 2001, s. 65). Práce pro děti začíná představovat specifickou příjemnou aktivitu a chtějí tuto činnost vykonávat v reálné situaci. V tomto období se začínají utvářet první pracovní přístupy, které jsou zatím pozitivní (Plevová, 2008).

2.2 Pedagogická podpora

Pod pojmem podpora se rozumí systém opatření, poskytovaných dětem s omezením hybnosti, které jsou používány za účelem zlepšení organických funkcí, upevnění správných vzorců chování a celkového rozvoje osobnosti. Z hlediska oboru působení je rozmanitě

označována. V oblasti medicíny se používá termín terapie. Ve sféře pedagogických věd se o ní hovoří jako o pedagogické, popř. speciálně pedagogické podpoře (Květoňová-Švecová, ed., 2004).

Pedagogická podpora náleží do oblasti práce pedagogů a vychovatelů (Vítková, 2006). Představuje prvek ucelené rehabilitace, jež je zaměřena na celkový rozvoj osobnosti dětí, na prostředky reedukace a kompenzace s cílem co největší samostatnosti v životě společnosti. Její uskutečnění je ovlivněno nejen vývojovou kapacitou možností dětí, prostředím, ale také somatickými, psychickými a sociálními aspekty.

Somatický aspekt

Z hlediska somatického se jedná o ztížení nebo ztrátu lokomoce, o problémy v oblasti jemné motoriky a senzomotoriky, ale také o snížení pracovního tempa.

Psychický aspekt

Z oblasti psychiky se objevuje nepřiměřené prožívání i citová, popř. podnětová deprivace, ale i poruchy sebevědomí.

Sociální aspekt

V aspektu sociálním nastávají různé komunikační bariéry, obtížně se navazují kontakty s ostatními (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

Pedagog by se měl při práci více soustředit na celkovou osobnost dětí než na jejich postižení či omezení. Tyto děti mají stejné výchovné, citové a sociální potřeby jako jejich intaktní vrstevníci. Vyžadují však větší míru podpory, která je dána specifiky vývojových úkolů a vede k jejich naplnění. Mnohdy je třeba se individuálním nezbytnostem přizpůsobit prostředí, nábytek a využívat počítačové technologie.

Prostředí

Při úpravě prostředí se bere v úvahu omezení hybnosti dítěte. Pedagog by se měl zaměřit na zpřístupnění celého prostoru tak, aby děti byly co nejméně závislé na pomoci druhé osoby (Vítková, 2006). Vytváří se takové prostředí, ve kterém se děti cítí příjemně a spokojeně (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík, 1993).

Nábytek

Děti s omezením hybnosti potřebují především pohodlně sedět a používat vhodné podpory k držení těla. Kočárky, židle a veškerý nábytek jsou vhodně uzpůsobené a odpovídají účelným fyzickým terapeutickým požadavkům.

Počítačové technologie

Využívání počítačových technologií zvyšuje u dětí sebevědomí. Pomáhá ve sféře komunikace, výchovy i socializace. Jednotlivé programy musí odpovídat věku, dosažené vývojové úrovni i potřebám dětí.

Speciálně pedagogická podpora zohledňuje specifické pohybové vzory, respektuje výrazně pomalejší rozvoj a naplňuje potřebu speciální pohybové nabídky za účelem zabránění chybnému postavení a držení těla. Dle Vítkové (2006) se zaměřuje na tyto podpůrné principy: princip sebeorganizace, princip senzomotoriky, princip konstrukce a princip rovnováhy.

Princip sebeorganizace

Princip sebeorganizace představuje činnosti přinášející radost v předem připraveném prostředí. Umožňuje realizaci zábavné volné hry, jejímž prostřednictvím si děti osvojují sociální způsoby chování, akceptování pravidel. Objevují samy sebe jako aktivní, neboť získávají zkušenosti s úspěchem, což by se jim za běžných faktorů nepodařilo.

Princip senzomotoriky

Princip senzomotoriky usiluje o celkové zlepšení vnímání prostoru, s čímž souvisí i to, že si uvědomují prostorové rozložení jejich těla a jeho částí. Využívají se různé hry a stavebnice, jako jsou např. Lego, puzzle. V oblasti jemné motoriky se jedná o nejrůznější aktivity, jako je hra s pískem, navlékání korálků. Významnou úlohu tu má i sféra sebeobslužných činností. Nacvičují se formou hry na panenkách nebo medvídcích. Potíže činí také navlékání a zavazování tkaniček, zapínání knoflíků. Děti učíme jíst nejprve lžící, potom příborem. U neuromuskulárních onemocnění může být porušena citlivost. Děti nedokáže hmatem správně poznat jednotlivé předměty, jejich tvar a vlastnosti. Tím, že budeme podporovat citlivost, se může zlepšit hybnost i obratnost horní končetiny (Vítková, 2006). Klade se důraz na rozvoj pohybu ruky za účelem formování funkce opěrné,

ukazovací a uchopovací, protože se tak vytváří základ pro manipulativní činnost ruky. Zvýšená pozornost se věnuje případnému patologickému poškození ruky, které brání v pohybu (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

Princip konstrukce

Na základě principu konstrukce se realizuje fantazie dětí prostřednictvím vytváření nějakého díla. Využívá se manipulace s plastelínou, která se do práce s dětmi pravidelně začleňuje (Vítková, 2006). Nejprve se děti seznamují s vlastnostmi a možnostmi modelování, potom jsou záměrně vedeny ke zpracování hmoty krouživým pohybem v dlaních. Procvičují se i přímé pohyby rukou při výrobě válečků. Vzniklé tvary různě skládají a slepují (Opatřilová, Zámečnicková, 2008). Dále své uplatnění nachází i malování. Využívají se zejména rozmíchané temperové barvy a ploché štětce. Vhodné jsou i prstové barvy, protože děti nezatěžuje manipulace se štětcem (Vítková, 2006). Tyto techniky podporují vyjadřování představ. Děti jsou vedeny k pojmenovávání namalovaného. Mohou často malovat na základně svých zážitků z domova, z výletů či návštěv různých kulturních akcí (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

Princip rovnováhy

Vytváření nových situací učení často doprovází úzkost. Měla by být zajištěna zpětná vazba k pečující osobě, aby se nastolila rovnováha mezi instabilitou a stabilitou (Vítková, 2006).

V závislosti na omezení hybnosti potřebuje každé dítě pro svůj co nejlepší rozvoj určitou míru a určitý typ podpory. Především u vrozeného postižení je třeba se orientovat na psychomotorický vývoj, další působení se orientuje na psychickou a osobnostní celistvost dětí a na jejich sociální začlenění (Slowík, 2007). Sleduje-li pedagog děti pozorně, tak mu samo ve velké míře ukáže, čeho je schopné. Odborník by se měl naučit vnímat jejich možnosti a být otevřený k úsilí podpory jejich vývoje. Jde o stálé hledání cesty za účelem posílení vlastních kompetencí dětí.

Podpora není primárně zaměřena jen na funkčnost, tzn. dosáhnutí stanovených cílů v budoucnosti, ale také na současnost. Děti jsou schopny navázat kontakty s dalšími lidmi, jsou schopny tady a teď vnímat své okolí a pohybovat se (Vítková, 2006).

Podpora dětí s nemocí spočívá také v naplňování jejich základních potřeb. Jedná se o podnětné prostředí, které jsou svou barevnou výzdobou a hračkami

přizpůsobené věku dětí. Je zajištěna potřeba soukromí a jistoty, možnost volby a možnost normálně si hrát (Valenta a kol., 2008).

2.3 Výchova a vzdělávání jako součást podpory

Předškolní vzdělávání se organizuje a řídí podle požadavků a pokynů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Navazuje na výchovu v rodině. Realizuje se prostřednictvím mateřských škol. Jejich předností je odborné vedení a podpora rozvoje osobnosti, zdravého citového, rozumového a tělesného vývoje dětí. Úkolem předškolního vzdělávání je dovést děti na konci období k získání fyzické, psychické i sociální samostatnosti. Váže se ke vzdělávacím možnostem a potřebám jednotlivých dětí (Vítková, 2006).

Dbá na osvojení si základních pravidel chování, mezilidských vztahů a životních hodnot. Kompenzuje nerovnoměrnosti vývoje a vykonává speciálně pedagogickou péči o děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Přitom musí být respektována veškerá vývojová specifika. Proto pedagog vychází z pedagogické analýzy, tj. pozorování a uvědomování si zájmů a jednotlivých potřeb dítěte. Zná jeho zdravotní stav, všímá si určitých vzdělávacích pokroků a reaguje na ně. Všechny pedagogické aktivity probíhají v rozsahu individuálních potřeb takovým způsobem, aby docházelo ke stimulaci dětí (Opatřilová, Zámečnicková, 2007). *„Z hlediska výchovy (rodina, ústav) je třeba důsledně se zaměřovat na výchovu tak, aby bylo tělesné postiženému dítěti umožněno již od nejčasnějšího věku podílet se na činnostech a na normálním životě“* (Milichovský, 2010, s. 23).

Vymezení v legislativních dokumentech

Předškolní vzdělávání vymezuje Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Stanovuje podmínky výchovy, vymezuje povinnosti a práva fyzických a právnických osob, a také pole působnosti orgánů, které činí státní správu a samosprávu. Dle tohoto zákona je předškolní vzdělávání určeno pro děti ve věku od tří do šesti let. Je tu vymezeno i vzdělávání dětí se speciálními potřebami, které rozděluje na děti se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. Dlouhodobé onemocnění a zdravotní oslabení náleží do kategorie zdravotního znevýhodnění. Tyto děti mají právo na vytvoření takových podmínek,

ve kterých obsah, formy, metody a podmínky vzdělávání odpovídají jejich specifickým možnostem. Užívají bezplatně kompenzační pomůcky (zákon č. 561/2004 Sb.).

Vzděláváním dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se dále zabývá Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Podle této vyhlášky se výchova a vzdělávání realizuje pomocí podpůrných opatření, kterými se rozumí využívání speciálních metod, prostředků a kompenzačních pomůcek ve spolupráci se školským poradenským zařízením. Vzdělávání je zajišťováno pomocí individuální integrace, skupinové integrace nebo ve škole, která je zřízena pro tyto děti. V tomto případě se jedná o mateřskou školu při zdravotnickém zařízení. Tato škola má nejméně 10 dětí (vyhláška č. 73/2005 Sb.). Spolupracuje s rodiči dětí a dalšími fyzickými či právníckými osobami za účelem organizovat činnosti a aktivity ve prospěch dětí. Zřizují se mateřské školy s polodenním, celodenním nebo internátním provozem, přičemž celodenní provoz je vymezen v rozsahu nejméně 6,5 hodiny, nejdéle však 12 hodin denně (vyhláška č. 43/2006 Sb.).

Konkrétní cíle, obsah, formy jsou vymezeny v rámcových vzdělávacích programech. Odpovídají nejnovějším poznatkům vědních disciplín, které mají pro vzdělávání praktické využití, a poznatků z pedagogiky a psychologie, které stanovují metody a organizační uspořádání vzdělávání. Ve školách se pracuje podle školních vzdělávacích programů, ve kterých jsou popsány konkrétní cíle, formy, obsah, časové plány dle podmínek a možností dané školy (zákon č. 561/2004 Sb.).

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále RVP PV)

„V souladu s novými principy kurikulární politiky, zformulovanými v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR (tzv. Bílé knize) a zakotvenými v zákoně o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, se do vzdělávací soustavy zavádí nový systém kurikulárních dokumentů pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní“ (www.vuppraha.cz). Státní úroveň je zakotvena jako Národní program vzdělávání, který formuluje obecné požadavky, a Rámcový vzdělávací program, který vymezuje rámce vzdělávání pro určité etapy. Na školní úrovni pak vznikají školní vzdělávací programy, na jejichž základě probíhá vzdělávání na jednotlivých školách.

V programu jsou vymezeny a především doporučeny následující formy práce. Jedná se o prožitkové a kooperativní učení hrou. Činnosti využívají přímé zážitky dětí, podporují potřebu objevovat a získávání nových zkušeností. Dětem se poskytuje dostatek

prostoru pro samovolné aktivity. Jako další metodu uvádí situační učení, což představuje vytváření a využívání takových situací, jejichž prostřednictvím se poskytují praktické příklady životních souvislostí. Významné zastoupení má i metoda spontánního sociálního učení. Využívá přirozené nápodoby. Proto je důležité poskytovat dítěti vhodné vzory chování a postojů. Další formou je didakticky zacílená činnost, která může být pedagogem motivovaná přímo nebo nepřímo. Obsahuje jak spontánní, tak vědomé učení. V neposlední řadě by se měl uplatňovat integrovaný přístup. Vzdělávání se uskutečňuje na základě integrovaných bloků, které zprostředkovávají dětem informace v přirozených vazbách, vztazích i souvislostech.

RVP PV stanovuje čtyři cílové kategorie, které jsou mezi sebou vzájemně provázány. Rámcové cíle vymezuje jako univerzální záměry, které se snaží rozvíjet děti ve fyzické, psychické a sociální sféře. Cílové kategorie v podobě výstupů se nazývají klíčové kompetence. Jedná se o vědomosti, dovednosti, postoje podstatné pro uplatnění dětí. Dílčí cíle znamenají jisté záměry v jednotlivých vzdělávacích oblastech. A nakonec dílčí výstupy vyjadřují hodnoty, dovednosti a postoje, které odpovídají dílčím cílům.

Vzdělávací obsah RVP PV je hlavním prostředkem ve výchově a vzdělávání dítěte. Představuje vnitřně propojený celek pro věkovou skupinu dětí od tří do šesti let. Je uspořádaný do pěti oblastí, z nichž každá obsahuje dílčí cíle jako to, co má u dětí pedagog podporovat. Dále zahrnují vzdělávací nabídku a očekávané výstupy v podobě toho, čeho by mělo dítě dosáhnout na konci předškolního období.

- Dítě a jeho tělo – v této oblasti pedagog stimuluje a podporuje fyzický růst, pohybové a manipulační dovednosti. Vede dítě k sebeobslužným dovednostem.
- Dítě a jeho psychika – tato oblast je zaměřena na podporu psychické odolnosti, na rozvíjení řeči a kognitivních procesů.
- Dítě a ten druhý – pedagog v této oblasti pomáhá v navazování mezilidských vztahů. Posiluje a obohacuje komunikaci mezi dětmi.
- Dítě a společnost – záměrem této oblasti je objasnit základní pravidla soužití mezi lidmi a utvářet postoje k sociálnímu prostředí.
- Dítě a svět – oblast se snaží seznámit dítě se světem kolem něj. Jde také o vytvoření vztahu k životnímu prostředí.

Rámcové vzdělávací cíle jsou při vzdělávání všech dětí společné. Pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami je třeba se při jejich naplňování přizpůsobit tak, aby se v co největší míře vyhovělo jejich individuálním možnostem. Obvykle vyžaduje

vzdělávání těchto dětí ještě další podmínky. U dětí s tělesným postižením by měla být zabezpečena svoboda pohybu v prostorech, a to pomocí dostupných prostředků nebo lidských zdrojů. Vytváří se takové podmínky, které nahrazují tělovýchovné činnosti. Je snížený počet dětí ve třídě a jsou využívány všechny dostupné kompenzační, případně technické i didaktické pomůcky (www.vuppraha.cz).

2.4 Spolupráce s rodinou a vzájemná kooperace mezi pracovníky

Spolupráce s rodinou má v oblasti podpory velký význam. Rodiče jsou se svými dětmi v nejužším kontaktu, a proto jej znají nejlépe. Zajišťují především pocit jistoty a bezpečí, který je důležitý pro vývoj dětí s omezením hybnosti (Vítková, 2006). Rodiče dostávají skutečné informace o dění v mateřské škole a o individuálních pokrocích svých dětí. Mají možnost zasahovat do her svých dětí, pomáhat v řešení vzniklých problémů, pokud je to v jejich zájmu. Vztahy mezi rodiči a pedagogy jsou založeny na vzájemném porozumění, respektu, otevřenosti, vzájemné důvěře a ochotě spolupracovat (www.vuppraha.cz).

„Péče o zdravotně postižené a znevýhodněné dítě musí mít komplexní charakter, proto je nutné zajistit vyvážení péče zdravotní a výchovně vzdělávací, a to se zřetelem na věk a jeho individuální zvláštnosti. Zde vystupuje do popředí týmová spolupráce, která se tak stává nezbytnou součástí při intervenci u handicapovaných jedinců“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 MAPOVÁNÍ SOMATOPEDICKÉ PODPORY V RÁMCI JIHMORAVSKÉHO DĚTSKÉHO CENTRA SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE SE SÍDLEM V KŘETÍNĚ

3.1 Cíl

Cílem praktické části je mapovat konkrétní pracoviště Jihomoravského dětského centra specializované zdravotní péče, pracoviště Mateřské školy při Jihomoravském dětském centru specializované zdravotní péče Boskovice a činnosti pedagogů, které vedou k podpoře dítěte s omezením hybnosti. V rámci mateřské školy se konkrétně zaměřit na následující oblasti:

- Zřízení mateřské školy u jednotlivých pracovišť
- Týmovou spolupráci a spolupráci s rodinou
- Organizaci výchovy a vzdělávání
- Materiální podmínky
- Konkrétní činnosti v rámci podpůrných principů dle Vítkové (2006)

3.2 Doba, metody a postup získávání dat

Příprava na mapování probíhala od září 2010 do února 2011 v podobě navazování kontaktů se zařízením. Na základě slovní domluvy samotné mapování probíhalo v průběhu měsíce března 2011 formou individuálních návštěv převážně v dopoledních hodinách.

K získávání informací jsou použity následující metody kvalitativního výzkumu:

- Volný rozhovor s pedagogy konkrétního pracoviště (paní učitelkou Chlubnou a paní učitelkou Nejezovou) a zástupkyní zatím neobsazeného místa ředitele MUDr. Kateřinou Bednařikovou
- Přímé pozorování práce pedagoga s dětmi
- Nepřímé pozorování hospitalizovaných dětí
- Analýza pedagogické dokumentace.
- Analýza webových stránek zařízení (www.detskelecebny.cz)

Přímým pozorováním práce učitele jsou zjišťovány konkrétní činnosti, které vedou k podpoře dětí s omezením hybnosti. Nepřímým pozorováním jsou sledovány především reakce dětí. Jedna návštěva je věnována analýze pedagogické dokumentace. Jedná se o třídní vzdělávací plán a individuální plány některých dětí. Tyto materiály jsou zapůjčeny pouze k nahlédnutí.

Volné rozhovory jsou vedeny v období odpoledního odpočinku dětí. Jsou zjišťovány obecné informace o jednotlivých pracovištích konkrétního zařízení. Volné rozhovory s pedagogy probíhají současně s pozorováním.

3.3 Místo

Místem je zdravotnické zařízení s názvem Jihomoravské dětské centrum specializované zdravotní péče. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení – příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je Jihomoravský kraj. V čele stojí MUDr. Kateřina Bednaříková, která je pověřena zastupováním zatím neobsazeného místa ředitele. Vzniklo 1. 1. 2010 sloučením tří samostatných zařízení:

- Dětské léčebny Křetín (dřívější název Dětská ozdravovna Křetín)
- Dětská léčebna se speleoterapií Ostrov u Macochy
- Dětská léčebna pohybových poruch Boskovice

3.4 Výsledky a jejich interpretace

V rámci kvalitativního přístupu jsme se při pozorování a rozhovorech zaměřili na určité oblasti. Zjišťovali jsme přítomnost mateřských škol na všech pracovištích Jihomoravského dětského centra specializované zdravotní péče. Potom jsme se zaměřili na Mateřskou školu při JDC v Boskovicích, kde jsme se snažili postřehnout jednotlivé prvky podpory.

3.4.1 Zařízení bez mateřské školy

Pracoviště dětské léčebna se speleoterapií Ostrov u Macochy

Dětská léčebna se speleoterapií vznikla v roce 1982 a nachází se v areálu jeskyní Moravského krasu v obci Ostrov u Macochy (viz Příloha I, obr. 1). Mimo léčebného poslání se tato léčebna zabývá i speleoterapií. Je určena pro děti ve věku od čtyř do osmnácti let s alergickými chorobami a opakovanými záněty dýchacích cest. Léčebný

pobyt trvá asi 3 týdny, ale vlastní léčebná kúra trvá celkem 6 týdnů. V prostředí léčebny probíhá první tři týdny tzv. indukční doba, poté je dítě propuštěno domů. Nastává období zklidňující fáze, která trvá také přibližně tři týdny. Děti předškolního věku jsou doprovázeny pečující osobou. Termín pobytu je dítěti přidělen a rodiče jsou informováni nejpozději měsíc před nástupem.

Celková kapacita zařízení je 42 dětí. Dále je každému dítěti zajištěna individuální rehabilitace dle jeho onemocnění. Režim této rehabilitace stanovuje lékař. Jedná se o odborné rehabilitace, rekondiční programy, reedukační programy, výchovu a psychoterapii. O děti tu pečují dva lékaři, devět sester, tři rehabilitační pracovníce a dvě vychovatelky.

V tomto zařízení je přítomna pouze herna. V léčebně jsou většinou hospitalizovány děti školního věku. Je tu pro ně zřízena základní škola. Děti předškolního věku jsou na léčebný pobyt brány pouze s doprovodem rodičů. Herna slouží jako místo pro hru a zábavu mezi jednotlivými léčebnými procedurami. Je také místem kontaktu s ostatními rodiči. Jednotlivé pečující osoby mezi sebou mohou vést jiný typ komunikace, který je odlišný od rozhovorů s personálem zařízení.

Speleoterapie

Jedná se o léčebnou metodu, která využívá přírodního zdroje mikroklimatu jeskyně. Své uplatnění má u opakovaných zánětů dýchacích cest a některých chorob, kterou jsou často doprovázeny sníženou imunitou. Nenahrazuje léčbu léky, jde spíše o doplňkovou metodu. Nejedná se ani o zázračnou techniku. Nelze často dojít k úplnému vyléčení. V minulosti byly využívány Sloupsko-Šošůvské jeskyně a Amatérská jeskyně. Od roku 1997 po současnost pro tyto účely slouží Císařská jeskyně. Návštěva jeskyně trvá 3,5 hodiny denně. První polovinu času děti leží na lůžku a v druhé části hrají sportovně zaměřené hry, které vedou ke zvyšování jejich kondice a obratnosti (viz příloha č. I, obr. 2).

3.4.2. Pracoviště s mateřskou školou

Dětská léčebna Křetín

Dětská léčebna se nachází asi 10 km od Olešnice v krásném přírodním prostředí na konci Letovické přehrady v obci Křetín. Hlavní budovu léčebny tvoří bývalý pseudoklasický lovecký zámeček (viz příloha č. I, obr. 3), obklopený dvěma rybníky

a anglickým parkem. V areálu parku se nachází i plavecký bazén (viz příloha č. I, obr. 4), do kterého mají děti přístup v rámci léčebné terapie stanové zařízení. Od roku 1948 do roku 2010 tu byla provozována dětská ozdravovna. V nynější době prošla rekonstrukcí a je tu provozována dětská léčebna, která je určena pro děti ve věku od dvou do osmnácti let. U dětí do šesti let se povoluje doprovod pečující osoby. Pro všechny jsou tu zařízeny pokoje, které působí uklidňujícím barevným prostředím (viz příloha č. I, obr. 5)

Cílovou skupinou jsou děti s recidivujícími a chronickými onemocněními dýchacích cest, s vadným držením těla, lehčím typem skolióz, s poruchami příjmu potravy a obezitou. Léčebný pobyt trvá přibližně 30 dní, je hrazen zdravotní pojišťovnou po schválení revizním lékařem. Platí se pouze nemocniční poplatek, který činí 60 Kč na den.

V rámci léčebné terapie u dýchacích obtíží se provádí endogenní cvičení na Frolůvovu dýchacím trenažeru, inhalace, míčkování, magnetoterapie, otužování, FIT trasa a turistika. Pro děti s obezitou je léčba založena na metodě kognitivně : behaviorální terapie. Tímto způsobem se děti učí zdravému životnímu stylu pomocí změny stravovacích a zejména pohybových návyků, upravením jídelníčku, který obsahuje pestrou a vyváženou stravu. Jejich program je založen na každodenních pohybových činnostech (např. FIT trasa, trampolína, aqua cvičení). U skolióz je terapie založena na individuálních a skupinových cvičení pod vedením fyzioterapeuta. Využívá se vodoléčby, magnetoterapie, turistiky.

Celková kapacita tohoto zařízení je 40 dětí. V prostředí parku je umístěna také nově zrekonstruovaná budova mateřské školy s polodenním provozem. Třída je vybavena novým nábytkem, pomůckami a hračkami (viz. Příloha č. I, obr. 6). Na patnáct dětí je tu přítomna jedna učitelka, která se snaží zpříjemnit pobyt v neznámém prostředí bez rodičů přípravou různých činností.

Léčebna předvolává rodinu dítěte přibližně tři týdny před nástupním termínem. Součástí léčebny je i Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které se řídí podle pokynů Ministerstva práce a sociálních věcí.

Pracoviště dětské léčebny pohybových poruch Boskovice

Dětská léčebna pohybových poruch se nachází v klidné části města Boskovice. Vznikla v roce 1985 z rehabilitačního ústavu. V současné době prošla

rekonstrukci (viz příloha I, obr 7). Pracoviště poskytuje komplexní rehabilitační péči dětem s dětskou mozkovou obrnou, s neurologickým onemocněním, které má negativní následek na pohybovém aparátu, s ortopedickými vadami i po úrazech a operacích.

Léčebný pobyt je po schválení revizním lékařem hrazen zdravotní pojišťovnou a trvá podle závažnosti onemocnění přibližně od jednoho do pěti měsíců. Zácvikové pobyty rodičů s dětmi do jednoho roku trvají 28 dní. Součástí zařízení je i velká zahrada s pískovištěm (viz příloha č. I, obr. 9), která je určena ke hrám a procházkám. Lékařskou péči zajišťují dva lékaři. Na rehabilitační péči se podílí pět pracovníků rehabilitačního oddělení. To najdeme v přízemí a suterénu budovy. Provádí se tu Vojtova reflexní lokomoce, Koncept manželů Bobathových, synergetická reflexní terapie, senzomotorická stimulace, magnetoterapie, laserová akupunktura, vodoléčba a výcvik plavání tělesně postižených. O děti pečují devět zdravotních sester a čtyři ošetřovatelky. Pracoviště je vybaveno polohovatelnými rehabilitačními lehátky, přístroji na kompletní elektroléčbu, přístroji pro tepelné zábaly a magnetoterapii. Je vybaveno dvěma lasery, motomedy, různě velkými rehabilitačními míči a válci. Dětská léčebna pohybových poruch pracuje v přímé návaznosti na dětské oddělení nemocnice Boskovice a na odborné oddělení akutní péče ve Fakultní dětské nemocnici v Brně, která je vzdálená 40 km.

Celková kapacita činí 30 dětí od jednoho roku do sedmi let, přičemž s dětmi do šesti let je umožněn doprovod pečující osoby. Pokoje pro matky s dětmi jsou hotelového typu a nachází se v prvním patře zařízení a v přístavbě zvaný „domeček“. V druhém patře jsou pokoje pro děti hospitalizované bez doprovodu. Na tomto podlaží se nachází i třída Mateřské školy při Jihomoravském dětském centru Boskovice (viz příloha č. I, obr. 8) je odloučeným pracovištěm příspěvkové organizace Mateřské školy, Základní školy a Praktické školy Boskovice. Nachází se v druhém patře Dětské léčebny pohybových poruch. Je vybavena vhodným nábytkem, pomůckami a různými druhy hraček. Třída má kapacitu 10 dětí. Je určena pro hospitalizované děti bez rodičů. Mateřská škola je škola s celodenním režimem. Otvírá se v 7 hodin a její provoz je ukončen v 17 hodin. Pracují tu dvě paní učitelky, které si rozšiřují své vzdělání o speciální pedagogiku. Střídají se na ranní a odpolední směnu. Proto s dětmi pracuje vždy jen jedna, což je někdy u tělesně postižených náročné. Tuto třídu navíc navštěvují tři děti s pohybovými problémy z blízkého stacionáře AGAPE Letovice. Do mateřské školy dojíždí po celý školní rok. Režim dne je podobný náplni dne běžné mateřské školy. Přihlíží se však na specifické možnosti a potřeby hospitalizovaných dětí. Počet dětí se v průběhu dopoledne mění, protože odchází na jednotlivá cvičení, která mají určeny v rámci léčebného procesu.

Z tohoto důvodu jsou na tento čas zařazeny řízené skupinové činnosti. Individuální práci se pedagog věnuje po odpoledním klidu, kdy jsou děti odpočaté a lépe se soustředí na svou činnost.

3.4.2.1 Týmová spolupráce a spolupráce s rodinou

Informovanost mezi zdravotnickým personálem a pedagogy funguje na vynikající úrovni. Vzájemně si předávají informace o stavu dítěte, o jeho aktuální náladě, popř. únavě. Jestliže si fyzioterapeut má brát v určitou hodinu dítě, informuje o tom ráno pedagoga. Ten dítě na „cvičení“ v průběhu ranních činností připraví. Po návratu z terapie umožní dítěti odpočívat dle rady odborníka. Fyzioterapeut podává také informace o tom, jak určité dítě polohovat, aby práce s ním byla efektivnější. Ošetřovatelky pomáhají s oblékáním dětí, jestliže se chystají na procházku po zahradě. Zdravotní sestry občas vypomůžou při různých činnostech, často motivují dítě k činnosti svou přítomností, pokud není postižen intelekt dítěte. Pedagog vypomáhá v době oběda při jídle nebo se samotným krmením dětí, které mají těžké postižení a sami jíst nezvládnou.

Kooperace také probíhá se Speciálně pedagogickým centrem Blansko, zejména se podílí na přípravě individuálních vzdělávacích plánů pro děti, které jsou tu na delší pobyt.

Spolupráce s rodinou ale vážne. V mateřské škole jsou většinou děti, které jsou hospitalizovány bez doprovodu rodičů. V tomto případě je spolupráce mizivá. Při příjezdu je pečující osoba zaměstnána lékaři a sestrami. Pedagog musí sám přijít na to, co dítě baví, jaké hračky preferuje, co mu vadí. Rodiče dítěte na konci pobytu dostávají Zprávu o činnosti v mateřské škole. Obsahuje podrobný popis jednotlivých aktivit, které dítě vykonávalo, dále je tu vylíčen průběh adaptace, případné pokroky v lokomoci, v jemné motorice a v neposlední řadě také úroveň navazování kontaktu s vrstevníky, ale i s pedagogem. U rodičů dětí, které dojíždí v rámci stacionáře, probíhá vzájemná informovanost během předávání dětí. Pedagog dítě často chválí, hovoří o pokrocích, občas ale upozorňuje na nevhodné chování.

3.4.2.2 Organizace výchovy a vzdělávání

Výchova a vzdělávání probíhají podle školního vzdělávacího programu, který má název „Hrajeme si od jara do zimy“. Je rozdělen do čtyř bloků podle ročních

období. Paní učitelky si na každý týden zpracovávají třídní vzdělávací plán. Podle tohoto plánu jsou vedeny děti, které nemají sestaven individuální vzdělávací plán. Vzdělávací nabídka je vždy upravována podle aktuálních specifických možností a potřeb dětí. Je zprostředkovávána především hravou formou. Při jednotlivých činnostech se respektuje individualita dítěte.

Po příchodu do herny děti snídají. Po snídání následuje volná hra, kdy je aktivní především paní učitelka. Nabízí dětem různé hry, hračky, chrástítka. Hračkami podněcuje především ty děti, které kvůli svému postižení pasivně leží. Protože se tu nesvačí, přechází se volně do řízených skupinových činností, kde se podporuje vzájemná spolupráce mezi dětmi. Práce se přizpůsobuje takovým způsobem, aby ji zvládly všechny děti. V průběhu dopoledne děti odchází na jednotlivé terapie. Za odměnu si paní učitelka s dětmi zazpívá dětské písničky, u kterých se rozvíjí rytmizace, paměť, koordinace oko-ruka. Pokud je venku pěkné počasí, obleče děti a vydá se s nimi na zahradu. Změní aspoň na chvíli prostředí. Přesun a pobyt venku je náročný, pokud je mnoho dětí, které mají kvadruparézy nebo diparézy či jiné omezení hybnosti dolních končetin. V takovém případě vypomáhají ošetřovatelky. Po návratu ze zahrady následuje oběd, při kterém naopak vypomáhá pedagog. Po náročném dopoledni přichází na řadu polední klid, který většina dětí prospí. V odpoledních činnostech se opět rozvíjí volná hra a uplatňují se individuální činnosti.

3.4.2.3 Materiální podmínky mateřské školy

Mateřská škola je vybavena novým nábytkem se zaoblenými hranami, aby nedocházelo ke zranění. Je tu spousta skříněk a poliček (viz příloha č. II obr. 1), které jsou naplněny různými hračkami a hrami na rozvoj smyslů, jemné motoriky, paměti, představivosti, kostkami a hlavně stavebnicemi. Velmi oblíbený je tu klavír, který je paní učitelka využívá nejčastěji (viz příloha č. II, obr. 2). Děti rády zpívají nebo alespoň poslouchají. Stoly a židle jsou přizpůsobeny výšce dětí. Dle potřeby se může využít i židle s mezinožním klínem. Třída je dále vybavena lehátkem, na kterém mají děti možnost odpočívat (viz příloha č. II, obr. 3), a polohovatelnými i nepolohovatelnými kočárky s mezinožním klínem a čtyřbodovým pásem (viz příloha č. II, obr. 4). Tato pomůcka je velmi využívána i při činnostech. Jestliže se dítěti zajistí stabilizovaný sed, je schopné soustředit se. Stěny třídy jsou polepeny výrobky dětí, je tu magnetická tabule, na níž jsou připevněné obrázky k aktuálnímu tématu. Na podlaze je koberec, protože většina dětí samostatně nechodí a leze po zemi. Je tu zabudována i malá kuchyňská linka. Na lince

je postavena konvice s čajem za účelem zajištění pitného režimu. V rohu místnosti je umístěn počítač (viz příloha č. II, obr. 5), ten v době návštěv využíván nebyl. Jsou v něm programy na rozvoj paměti, na určování barev, přiřazování zvuků k jednotlivým zvířatům.

3.4.2.4 Konkrétní činnosti pedagoga v rámci podpory

Pedagog při své práci s dětmi začleňuje do výchovy a vzdělávání následující činnosti, které u dítěte rozvíjí jemnou a hrubou motoriku, koncentraci, působí na postoje a chování dítěte. Jednotlivé aktivity jsme rozdělili podle podpůrných principů dle Vítkové (2006), uváděných v teoretické části.

Princip sebeorganizace

Podpora založená na principu sebeorganizace formuje hlavně chování dětí. Za dohledu pedagoga se děti učí půjčovat si navzájem hračky. Většina dětí je totiž přesvědčena, že věci patří jenom jim, a nechtějí se o ně dělit. Mají tendence většinu hraček brát i ostatním dětem. Většina z nich je zvyklá, že za ně někdo hračky uklízí. Pedagog se často setkává s tím, že si děti neumí samy spontánně hrát. Neustále si vymáhají různými způsoby (pláčem, křikem, voláním) pozornost. Spíše se pohybují po herně a sem tam se na něco podívají nebo vykonávají stereotypní pohyby. Proto je i ve volné hře aktivní především paní učitelka, která děti pro činnost vždy určitým způsobem nadchne, ukáže jim možnosti hry s konkrétním předmětem. Upravuje vztahy mezi vrstevníky, často vysvětluje, za jakého důvodu si nemohou brát věci bez dovolení.

Princip senzomotoriky

Podpora na principu senzomotoriky se v mateřské škole realizuje prostřednictvím činností zaměřených na koordinaci oko-ruka. Pedagog při těchto aktivitách využívá především míčky, které s dětmi přendává z jedné mističky do druhé. Děti řídí pokynem „vezmi-podej“. Práce se postupně stupňuje až do stadia, kdy dítě musí najít určitou věc mezi ostatními hračkami a dát ji do jedné z tří misek. Po celou dobu se řídí radami a pokyny pedagoga. Za splnění je vždy pochváleno. Dále se s dětmi procvičuje motorika prstů. S pomocí paní učitelky navlékají korálky různých velikostí umělohmotné silné vlákno (viz příloha č II, obr. 6). Hodně dětí má problém s horní končetinou. Mají ji ztuhlou a pohyby provádí velmi neobratně. Děti se spastickými obrnami cvičí lepší ruku. Před jakoukoliv činností pedagog využívá masážního ježka (viz příloha č. II, obr. 7), který

masíruje dětskou dlaň, hřbet ruky a prstíky. V rámci podpory cvičí i sebeobsluhu, především zapínání knoflíků. Dítě si to nejprve zkouší na molitanovém panákoví. Největším problémem v této oblasti je spojit knoflík s příslušnou dírkou a zkoordinovat práci obou rukou. Starší děti skládají různé dřevěné puzzle (viz příloha č. II obr. 8), pracují s rozmanitými vkládačkami. Zajímavým momentem u této činnosti bylo, že bavila převážně děti, které si neumí hrát spontánně. Ke zlepšení citlivosti konečků prstů se používá tzv. kouzelná krabice (viz příloha č. III). Z této krabice děti vytahují předměty, pojmenovávají je a snaží se určit alespoň jednu vlastnost. Na základě seznámení se s jednotlivými věcmi dítě opět vytahuje, ale nyní již podle pokynů. Velmi oblíbenou činností, alespoň u seskupení dětí, jež jsme v rámci pozorování viděli, je zpívání. Děti mají rády, když paní učitelka sedne ke klavíru a rozdá jim Orffovy nástroje. U některých písniček provádí motorické pohyby. Například u dešťových kapiček ťukají prsty do dlaně druhé ruky. Ke zpívání jsou pozvány i mladší děti do tří let z vedlejší herny, o které se starají ošetřovatelky. Některé z nich mají malé děti na klíně a houpou se s nimi do rytmu hudby. Velkým zpestřením bylo, když jedna malá holčička po skončení písničky začala sama od sebe znázorňovat kapičky. Za příznivého počasí mají děti možnost hrát si na pískovišti na zahradě. Učí se mu přisuzovat jeho vlastnosti. Určují, zda je mokrý, studený, nebo suchý a teplý. Do písku prstem malují různé obrázky, které jsou kvůli motorickým obtížím těžko rozpoznatelné. Jelikož mnoho dětí je postiženo spasmu svalových skupin v obličeji, nedozvěděli jsme se, co jednotlivé obrázky vyjadřují.

Princip konstrukce

Podpora založená na principu konstrukce je velmi důležitá. Dítě zažívá úspěch prostřednictvím výsledků své práce, což svým způsobem kompenzuje omezení pohybu. Tato podpora se dítěti poskytuje již v rámci ranních her, kdy děti manipulují s různými druhy stavebnic (viz příloha č. II, obr. 9). Jejich stavby, ať už jsou nepovedené či povedené, jsou alespoň do druhého dne vystavené na polici vedle nástěnky. Chlapeček, který má jen jednu ruku funkčně pohyblivou, vyplňuje alespoň okýnka postavená z „modré“ stavebnice barevnými čtverečky (viz příloha č. II, obr. 10). Dále pokračuje v rámci společných činností, kdy děti kreslí, malují, modelují. Před modelováním jim pedagog nahřeje hmotu na topení, aby změkla a byla dobře tvarovatelná. Děti mají za úkol tvořit kuličky mezi dlaní a podložkou. Většinou se jim to nedaří. Nezvládají krouživý pohyb. Vzniká jim stále váleček, protože provádí pohyb směrem od těla a k tělu. Udělat kuličku (motivačně hrašek pro Budulínka) jim nejde. Paní učitelka jim pomalým pohybem

vede ruku. Poté chvíli tento pohyb opakují, ale jakmile zrychlí, vznikne pohyb od těla k tělu. Ale nakonec se na tácku několik „hrášek“ objevilo (viz příloha č. II, obr. 11). Mačkání zahřáté modelíny se provádí s dětmi často, protože se tím podporuje zručnost a jemná motorika ruky. Další možností je malování. Děti s omezeným pohybem ruky drží plochý štětec příčným úchopem. Vybarvují obrázky se silnou konturou. Děti u této činnosti nevydrží dlouho. Musí se zesílit vliv motivace. Učitelka stojí za dítětem, popřípadě drží štětec a dítě má položenou ruku na její ruce. Tímto se podporuje pohyb ruky. Na závěr si činnosti si tuto činnost zkouší samo. Všechny výkresy se pověsí na nástěnku, aby na ně děti dobře viděly. Nejnáročnější pro dítě je kreslení. Vyžaduje správný úchop pastelky, voskovky či jiného náčiní. Využívá se tzv. trojhránek, které podporují správný úchop. Děti, které upřednostní dlaňový úchop, používají Kuličku SES (viz příloha č. II, obr. 12). S dětmi se převážně provádí grafomotorická kreslení. Například kreslí kruh, ke kterému potom dolepí natrhané kousky papíru.

Princip rovnováhy

Podpora dítěte v rámci principu rovnováhy se neuskutečňuje. Děti v mateřské škole jsou hospitalizovány bez přítomnosti rodičů. Nemají zajištěnou zpětnou vazbu od pečující osoby. Rodiče jsou někdy ale z velké dálky, a tak většinou dítě přivezou a po propuštění zase odvezou.

Výše uvedené popisované činnosti rozvíjí dítě po stránce psychické, sociální a fyzické, zejména v oblasti jemné motoriky. Na rozvoj hrubé lokomoce se zaměřují terapie uskutečňované v rámci léčebného programu. Podpora dítěte v těchto oblastech má pro dítě význam pro budoucí nácvik psaní, který bude probíhat na základní škole, pro úkony soběstačnosti a sebeoblužné dovednosti (např. dokáže se samo najíst).

3.5 Shrnutí výsledků

Somatopedická podpora se uskutečňuje ve vzájemné spolupráci pedagoga a ostatního zdravotnického personálu. Pedagogové a ostatní pracovníci si předávají informace o jednotlivých pohybových problémech dítěte. Pedagog se v rámci podpory snaží rozvíjet celkovou osobnost dítěte. Zaměřuje se především na činnosti, které rozvíjí jemnou motoriku. Důvodem je příprava na počáteční psaní na základní škole, vlastní sebeobsluha a soběstačnost. Při činnostech využívá polohování dítěte dle doporučení fyzioterapeuta, cíleně se zaměřuje na pomůcky, které pomáhají zlepšovat citlivost ruky.

Mateřská škola má podnětné a příjemné prostředí. Pracuje podle školního vzdělávacího programu s názvem „Hrajeme si od jara do zimy“, který se v rámci týdenních plánů realizuje dle aktuálních individuálních možností a potřeb dítěte. Děti v průběhu dopoledních činností odchází na léčebné procedury. Vyzvedává si je vždy příslušná fyzioterapeutka. Pedagog tento odchod dítěte nepovažuje jako narušení výchovy a vzdělávání, protože hlavním cílem pracoviště dětské léčebny pohybových poruch je léčba dítěte.

ZÁVĚR

Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a praktickou. Teoretickou část tvoří dvě kapitoly. První kapitola pojednává o zdravotní péči určené pro hospitalizované děti, o soustavě zdravotnických zařízení pro děti v předškolním věku a cílových skupinách těchto zařízení. Druhá kapitola vymezuje vývoj dítě předškolního věku a oblast somatopedické podpory, jejíž součástí je i výchova a vzdělávání ve zdravotnických zařízeních. V odborných literárních dokumentech, které byly k realizaci teoretické části bakalářské práce nashromážděny, se velice málo pojednává o somatopedické podpoře dětí v předškolním věku. V této souvislosti se spíše literatura věnuje péči a bazální stimulaci v raném věku.

Zpracování praktické části má charakter kvalitivního výzkumu. Je realizována pomocí přímého a nepřímého pozorování, volných rozhovorů, analýzou pedagogické dokumentace a analýzou internetových stránek konkrétního zařízení. Zaměřuje se na obecnou charakteristiku jednotlivých zařízení Jihomoravského dětského centra se specializovanou zdravotní péčí a na poskytování podpory na jednom z pracovišť. Hlavní pozorování probíhalo v prostředí Mateřské školy při Jihomoravském dětském centru v Boskovicích a mapuje jednotlivé činnosti pedagogů, kterými podporují děti v období předškolního věku s omezením hybnosti hospitalizované ve zdravotnickém zařízení.

Přílohami bakalářské práce je fotodokumentace daného zdravotnického zařízení, fotodokumentace pomůcek používaných při práci s dětmi a „kouzelná krabice“ a činnosti s ní spojené.

LITERATURA

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením : somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha : TRITON, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JONÁŠKOVÁ, V. Dítě s poruchou mobility. In MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2001. s. 87- 122. ISBN 80-244-0231-9.

KANTOR, J. Somatopedie jako speciálně pedagogická disciplína. In VALENTA, M. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc : UP, 2008. s. 11-43. ISBN 978-80-244-2137-7.

KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha : UK, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.

KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A. et al. *Dětská neurologie : vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha : Galén, 2000. 195.s. ISBN 80-72762-081-9.

KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-1568-1.

KRAUS, J. ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě : psychologie, léčba, výchova*. 2. přeprac. vyd. Praha : SPN, 1975. 206 s. Bez ISBN.

KREJČÍŘOVÁ, D. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. IN ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 1995. s. 55-107. ISBN 80-7169-168-2.

KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd. Brno : CERM, 2001. 179 s. ISBN 80-214-1844-3.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. ed. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. 1. vyd. Brno : Paido, 2004 126 s. ISBN80-7315-063-8.

MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. 1. vyd. Praha : UJAK, 2010. 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno : MU, 2008. 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie : texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno : Paido, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.

PLEVOVÁ, I. Období předškolního věku. In ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc : UP, 2008. s. 68-72. ISBN 978-80-244-2141-4.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

RENOTIÉROVÁ, M. Charakteristika osob s pohybovým postižením. In JONÁŠKOVÁ, V., MÜLLER, O., RENOTIÉROVÁ, M., VALENTA, M. *Speciální pedagogika 2*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2006. s. 15-35. ISBN 80-244-1210-1.

RENOTIÉROVÁ, M. Charakteristika dětí tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených. In RENOTIÉROVÁ, M., BENDOVIČ, P. *Somatopedie pro učitelství předškolního věku I*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2005. s. 21-27. ISBN 80-244-1018-4.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem : vývojová psychologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠULOVÁ, L. Repetitorium vybraných poznatků vývojové psychologie. In MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. eds. *Psychologie pro učitelky mateřských škol*. 1.vyd. Praha : Portál, 2003. s. 11-20. ISBN 80-7178-799-X.

ŠPATENKOVÁ, N. *Problematika zdraví a nemoci*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2003. 121 s. ISBN 80-244-2648-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. : dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozšř. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7376-414-4.

VALENTA, M. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc : UP, 2008. 218 s. ISBN 978-80-244-2137-7.

VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd. Brno : Paido, 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšř. přeprac. vyd. Brno : Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

Internetové zdroje

Jihomoravské dětské centrum specializované zdravotní péče. [online]. [cit.2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.detskelecebny.cz/>>.

SMOLÍKOVÁ, K. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [online]. Praha : VÚP, 2004 [cit.2011-03-16]. Dostupné z WWW: <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2010/01/RVP_PV-2004.pdf>.

Pracoviště Dětské léčebny pohybových poruch Boskovice. [online]. [cit.2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.dlpp.cz>> .

Pracoviště Dětské léčebny se speleoterapií Ostrov u Macochy. [online]. [cit.2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.detskelecebny.cz/kretin/>> .

Pracoviště Dětské léčebny Křetín. [online]. [cit.2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.speleotherapy.cz/>>.

Vyhláška č. 43/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání. [online]. [cit.2011-03-16]. Dostupné z WWW: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/MJVyhlaska43_2006Sb.pdf>.

Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. [cit.2011-03-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1?highlightWords=73%2F2005>>.

Vyhláška č 221/2010 Sb. o požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. [online]. [cit.2011-02-26]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=221%2F2010&number2=&name=&text=>>.

Vyhláška č. 242/1991 Sb. o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi. [online]. [cit.2011-02-26]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/701?l=242/1991>.

Zákon č. 20/1996 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění aktuálních předpisů [online]. [cit.2011-02-26]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=20%2F1966&number2=&name=&text=>>.

Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. [online]. [cit.2011-04-05]. Dostupné z WWW:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_number1=160/1992&PC_8411_p=5&PC_8411_l=160/1992&PC_8411_ps=10#10821>.

Zákon č. 561/2004 Sb. předškolní, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). [online]. [cit.2011-03-16]. Dostupné z WWW:

<<http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I: Fotodokumentace Jihomoravského dětského centra specializované zdravotní péče

Příloha č. II: Fotodokumentace pomůcek, používaných na pracovišti Mateřské školy při Jihomoravském dětském centru specializované péče v Boskovicích.

Příloha č. III: „Kouzelná krabice“ a její využití při činnostech

Příloha I: Fotodokumentace Jihomoravského dětského centra specializované zdravotní péče



Obr. 1: Hlavní budova Dětské léčebny se speleoterapií Ostrov u Macochy (<http://www.speleotherapy.cz/>)



Obr. 2: Speleoterapie v dětské léčebně se speleoterapií Ostrov u Macochy (<http://www.speleotherapy.cz/>)



Obr. 3: Hlavní budova Dětské léčebny Křetín (<http://www.detskelecebny.cz/kretin/>)



Obr. 4: Bazén v areálu parku Dětské léčebny Křetín (<http://www.detskelecebny.cz/kretin/>)



Obr. 5: Vybavení pokojů v dětské léčebně Křetín (<http://www.detskelecebny.cz/kretin/>)



Obr. 6: Třída Mateřské školy v Dětské léčebně Křetín
(<http://www.detskelecebny.cz/kretin/>)



Obr. 7: Budova Dětské léčebna pohybových poruch Boskovice



Obr. 8: Třída mateřské školy v dětské léčebně pohybových poruch Boskovice



Obr. 9: Areál zahrady v Dětské léčebně pohybových poruch Boskovice
(<http://www.dlpp.cz/foto-index.php>)

Příloha č. II: Fotodokumentace pomůcek, používaných na pracovišti Mateřské školy při Jihomoravském dětském centru specializované péče v Boskovicích.



Obr. 1: Ukázka nábytku



Obr. 2: Klavír v rohu místnosti



Obr. 3: Lehátko na odpočinek



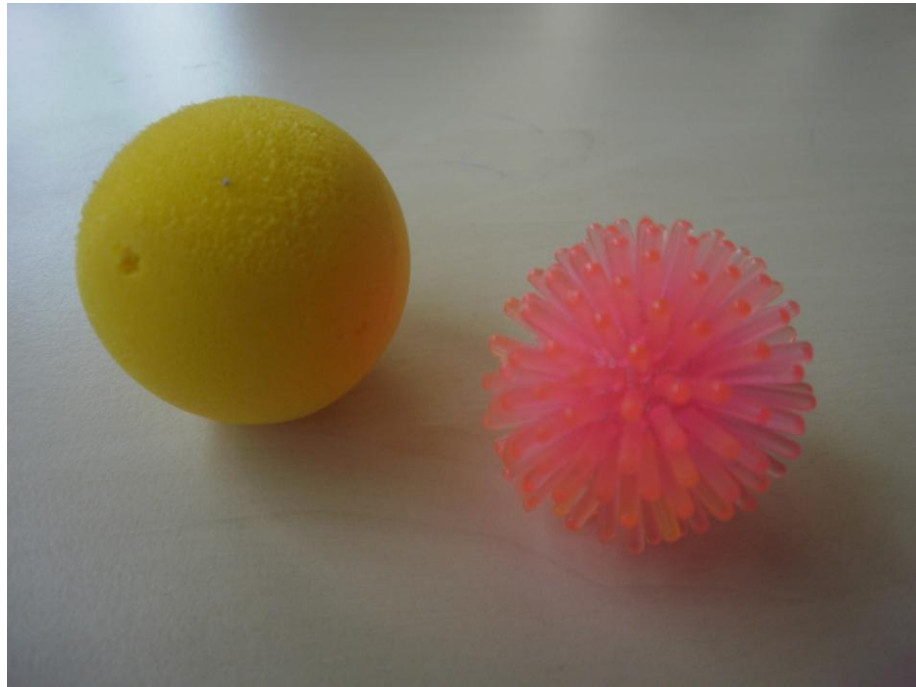
Obr. 4: Nepolohovateľný kočárek



Obr. 5: Počítač



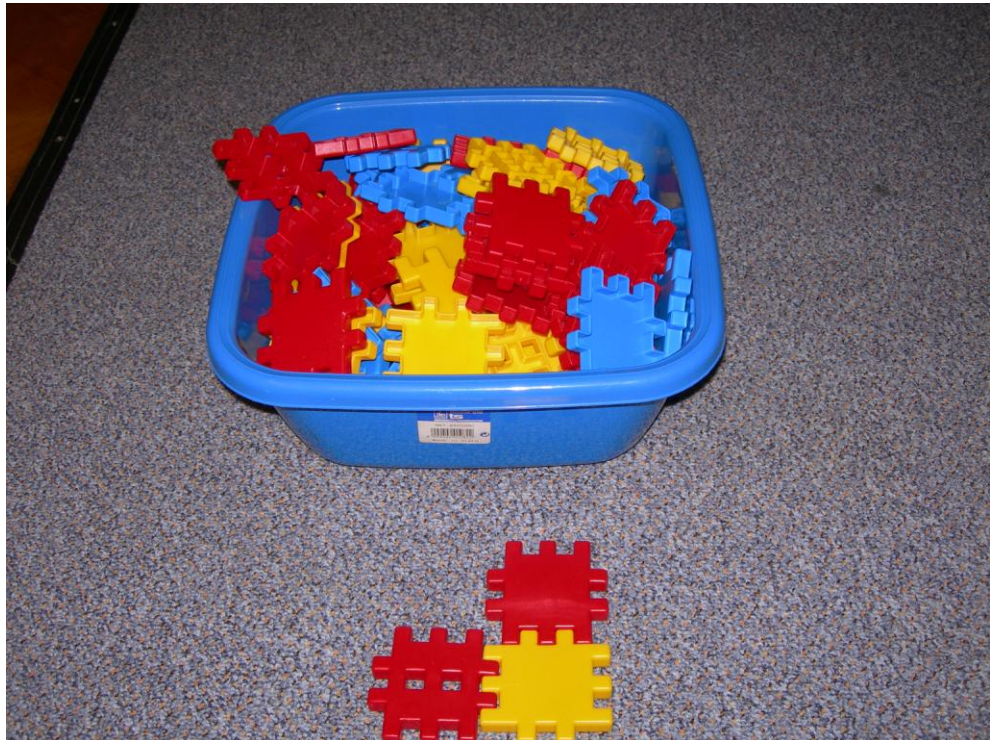
Obr. 6: Korálky



Obr. 7: Masážní ježek



Obr. 8: Puzzle



Obr. 9: Stavebnice



Obr. 10: Modrá stavebnice



Obr. 11: Vymodelovaný hrášek



Obr. 12: Pomůcky na malování a kreslení, na okrajích Kulička SES

Příloha č. III: „Kouzelná krabice“ a její využití při činnostech



Činnost č. 1

Do krabice se vloží různé předměty. Dítě má za úkol jednotlivé předměty vytahovat a pojmenovávat. Určuje se jaký má povrch (drsňý, hladký, teplý, studený, plyšový). Určuje se velikost předmětu (malý, velký).

Činnost č. 2

Do krabice se dá určité množství předmětů. Jeden předmět se vloží dítěti do ruky, které si ho pečlivě ohmatá. Úkolem je najít daný předmět mezi ostatními. Z počátku může vybírat ze dvou rozdílných. Postupně se tento úkol ztěžuje přidáváním předmětů a zjemňováním rozdílů.

Činnost č. 3

Do krabice se vloží předměty, které dítě opravdu zná. Úkolem dítěte je nahmatat předmět, pojmenovat jej a vytáhnout.

Činnost č. 4

Do krabice se vloží předměty, které souvisí s nějakým zážitkem (výletem nebo procházkou). Dítě má za úkol vytáhnout jednotlivé předměty. Poskládat je do řady.

O těchto předmětech se s dítětem povídá. Dítě se snaží vyprávět příběh a předměty mu k tomu pomáhají.

Činnost č. 5

Je zaměřena na koordinaci oko – ruka. Dítě z kouzelné krabice jednotlivé předměty vytahuje a pokládá na zem. Pokud chce, může říkat, co vytáhl. Potom má za úkol dané předměty naskládat zpátky do krabice.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Fabiánková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PaedDr. Vlasta Jonášková, CSc.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Předškolní somatopedická podpora dětí hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení
Název v angličtině:	Preschool somatopedic support children hospitalized in medical arrangement
Anotace práce:	<p>Cílem práce je v oblasti teorie a praxe na vybraném konkrétním pracovišti charakterizovat zdravotnická zařízení, ve kterých mohou být hospitalizovány děti předškolního věku a zmapovat oblast jejich somatopedické podpory. Teoretická část se věnuje zdravotní péči, soustavě zdravotnických zařízení, dítěti předškolního věku, jeho vývoji a hospitalizaci v důsledku nemoci. Dále charakterizuje somatopedickou podporu a výchovu a vzdělávání.</p> <p>Praktická část je výsledkem analýzy konkrétního zařízení pomocí pozorování a rozhovorů.</p>
Klíčová slova:	somatopedická podpora, zdravotnická zařízení, omezení hybnosti, předškolní věk, hospitalismus
Anotace v angličtině:	The main objective in the theory and practice is to characterize medical facilities on chosen particular workplace, in which may be hospitalized preschool children and chart the sphere of their somatopedic support. Theoretic part deals with health care, system of medical facilities, a child of preschool age, his

	<p>development and hospitalization due to illness. It also describe somatopedic support, upbringing and education.</p> <p>Practical part is the result of analysis of the specific facilities by using observations and interviews.</p>
Klíčová slova v angličtině:	somatopedic support, medical facilities, limitation of momentum, preschool age, hospitalism
Přílohy vázané v práci:	<p>Počet příloh: 3</p> <p>Příloha č. I: Fotodokumentace Jihomoravského dětského centra specializované zdravotní péče</p> <p>Příloha č. II: Fotodokumentace pomůcek, používaných na pracovišti Mateřské školy při Jihomoravském dětském centru specializované péče v Boskovicích.</p> <p>Příloha č. III: „Kouzelná krabice“ a její využití při činnostech</p>
Rozsah práce:	46 s. (83 831 znaků)
Jazyk práce:	Český