

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce
Bc. Michaela Kouřilová

Dětská mozková obrna u dětí v předškolním věku

Olomouc, 2016

vedoucí práce: Mgr. Eva Urbanovská, PhD.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a použila jen uvedenou literaturu a prameny.

V Prostějově, dne

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří zejména Mgr. Evě Urbanovské, PhD., která byla mou vedoucí bakalářské práce, za její metodickou pomoc při zpracování podnětných nápadů a návrhů po dobu získávání materiálů a sepisování bakalářské práce. Dále děkuji dětem a jejich rodičům za toleranci, trpělivost a otevřený přístup.

Obsah

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 Dětská mozková obrna.....	6
1.1 Výskyt a příčiny.....	6
1.2 Klasifikace.....	7
1.3 Symptomatologie DMO	8
2 Raná intervence dětí s DMO	9
3 Předškolní vzdělávání dětí s DMO	10
3.1 Předškolní zařízení.....	10
3.2 Individuální vzdělávací plán	11
3.3 Integrace - inkluze	11
4 Práce s dětmi s DMO	13
4.1 Speciálně pedagogická diagnostika	14
4.2 Motorika.....	14
4.2.1 Hrubá motorika.....	15
4.2.1.1 Polohování imobilních dětí	17
4.2.1.2 Podpora rozvoje pohybových schopností.....	18
4.2.2 Jemná motorika	18
4.2.2.1 Grafomotorika	19
4.2.2.2 Kresba	20
4.2.2.3 Vizuomotorika.....	20
4.2.2.4 Logomotorika, oromotorika	20
4.3 Narušení komunikační schopnosti u dětí s DMO	21
4.3.1 Využití prostředků augmentativní a alternativní komunikace u dětí s DMO	22
5 Ucelená rehabilitace.....	23
5.1 Pedagogická rehabilitace.....	23

5.2	Léčebná rehabilitace	24
5.2.1	Fyzikální terapie	24
5.2.2	Léčebná tělesná výchova.....	24
5.2.3	Ergoterapie	25
5.2.4	Animoterapie	26
5.2.4.1	Hippoterapie	26
5.2.4.2	Canisterapie	26
5.2.5	Další specifické terapie	27
5.2.5.1	Bazální stimulace.....	27
5.2.5.2	Snoezelen	28
5.2.5.3	Arteterapie	28
5.2.5.4	Muzikoterapie.....	29
	EMPIRICKÁ ČÁST	30
6	Vymezení cíle a výzkumných otázek	30
7	Výzkumný vzorek a průběh šetření	31
8	Metody sběru dat	32
9	Případové studie	33
9.1	Případová studie č. 1	33
9.2	Případová studie č. 2.....	38
9.3	Případová studie č. 3.....	41
10	Diskuze.....	46
	Závěr	55
	Seznam bibliografických citací	57
	ANOTACE	60

Úvod

Narození dítěte patří mezi jeden z nejkrásnějších okamžiků našeho života. Jak se ale cítí rodiče, kterým byla sdělena nepříznivá informace o zdravotním stavu jejich dítěte, u kterého došlo k trvalému a nevratnému poškození mozku? Nastává tak zcela jistě nová a odlišná životní etapa, než rodičům dětí intaktní populace. Rodiče jsou často bezradní. Utápí se ve strachu a mnoha pochybnostech, kdy se snaží najít tzv. „viníka“ tohoto neurovývojového onemocnění. Začnou se sami sebe ptát, kde jsme udělali chybu, proč zrovna nám se tohle muselo stát? V tomto zátěžovém období jsou nuceni objevit v sobě novou vnitřní sílu, a buď přijmout své dítě takové jaké je anebo se ho mohou vzdát a umístit do domova pro osoby se zdravotním postižením. Neznalost nové životní situace nutí rodiče neustále si obstarávat nové podnětné informace, které jim zprostředkovává mnoho specialistů např. neurolog, ortoped, logoped, speciální pedagog a další. Rodiče musí ze dne na den přijmout svůj nový životní úkol a začít vytvářet v rodině vhodné podmínky pro plnohodnotný život jejich postiženého dítěte. Důležitá je raná péče, která poskytuje podporu dítěti a jeho rodině do 7 let.

Od 3 let pak mohou děti nastoupit do běžné mateřské školy anebo umístit do speciální mateřské školy dle stupně zdravotního postižení. Práci člením na část teoretickou a empirickou. Teoretickou část jsem rozdělila do 5 hlavních kapitol. V první kapitole se zabývám obecnou charakteristikou dětské mozkové obrny, v druhé části se věnuji rané intervenci, ve třetí části předškolnímu vzdělávání dětí s DMO, ve čtvrté kapitole práci s dětmi s DMO a v páté se zabývám ucelenou rehabilitací. V praktické části jsem si zvolila 3 případové studie dětí s DMO v předškolním věku, kde bych se chtěla zaměřit především na výchovně vzdělávací činnosti těchto dětí.

Cílem mé práce bylo analyzovat specifika výchovně-vzdělávacího procesu dětí s DMO v předškolním věku, kde jsem si jako dílčí cíle stanovila specifikaci vývojových odlišností dětí s DMO v předškolním věku od normy a vymezení jejich specifických potřeb. Dále jsem se zabývala schopnostmi dětí s DMO v předškolním věku, ze kterých můžeme vycházet v dalším rozvoji dítěte, a v neposlední řadě jsem se zaměřila na aktivity využitelné v předškolním zařízení, které jsou přínosem pro rozvoj dítěte s DMO.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dětská mozková obrna

„Neurovývojové syndromy (neurodevelopmental) představují funkční omezení způsobené nervovou chorobou. Začínají v raném věku a postihují řadu oblastí: kognitivní schopnosti, hybnost, zrak, sluch, způsob chování a vyvolává záchvatová onemocnění. Disabilita se může projevit v jedné nebo více oblastech. Mnohým z nich lze předcházet na primární, sekundární i terciární úrovni, a to prevencí, včasnou diagnostikou i vhodnou léčbou. Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivním, leč ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku“ (Kraus a kol., 2005, s. 21).

1.1 Výskyt a příčiny

Ludíková uvádí, že mozek dítěte může být poškozen již v období předporodním, při porodu nebo poporodním. **Prenatální** postižení vzniká působením infekce, otrav, záření, chromozomální poruchou nebo metabolickým postižením. **Perinatální** postižení vzniká poškozením mozku v důsledku nedostatku kyslíku při porodu, krvácením do mozku, narozením nezralého dítěte nebo při poranění mozku při porodu. Časné **postnatální** postižení se objevuje v kojeneckém a batolecím věku, kdy vzniká na podkladě nitrolebního poranění nebo infekce mozku. (Ludíková, 2012)

Lékařská literatura uvádí, že na tisíc živě narozených dětí připadají dvě až tři děti, u kterých je v různém stádiu vývoje diagnostikována DMO. Ve své studii poukazují Pharoah et al. (1980) v návaznosti na epidemiologické průzkumy ve spojených státech (Lee et al., 1980) na zvýšení počtu dětí s DMO oproti období šedesátých a počátku sedmdesátých let, kdy byl uváděn počet jedno až dvě děti na tisíc narozených. Jaké jsou příčiny zmíněného mírného vzrůstu počtu jedinců s DMO? Můžeme vyslovit hypotézu, že snaha o snížení novorozenecké úmrtnosti v sobě nese potenciální zvýšení počtu novorozenců, kteří budou mít nějaký typ zdravotního postižení. (Kudláček, 2012).

„Jak se ale změni život rodičům, když jejich dítěti je diagnostikována dětská mozková obrna? Na tuhle otázku většinou rodiče odpovídají jednoznačnou odpovědí, že to byl nejprve obrovský šok. Vůbec netušili, co tento neurovývojový syndrom pro ně a především pak pro jejich dítě přinese? V některých případech tento bolestný okamžik zapříčinil rozpad manželství, jindy zase naopak ještě mnohem více rodinné pouto spojil. Někteří rodiče dokonce

řekli, že po překonání tohoto prvotního období obav a pochybností o jejich dítě, pak teprve pochopili skutečný smysl života. Jedna z matek vzpomínala, že její předčasný porod vyvolala silná hádka s partnerem a jako bonus jí pak položil lékař dotaz, zdali chce své dítě s tak nízkou porodní hmotností zachránit. Jsou ale i děti, které se narodí zcela zdravé a až v průběhu jejich života, dochází k poškození jejich mozku, např. reakcí na vakcinaci. S jak obrovskou bolestí musí asi rodiče zápasit, když se jim narodí zdravé dítě, těší se z každého společně prožitého okamžiku a najednou přijde na řadu preventivní očkování a tělo dítěte zůstane po vakcinaci téměř bezvládné?

Ne všechny děti mají to štěstí, že mohou zůstat v péči svých rodičů. Obdivuji pěstouny, kteří si vezmou do péče zdravotně postižené děti a snaží se jim dát to, co biologičtí rodiče nemohou. Domnívám se, že nastavený žebřík priorit by se u každého z nás v této životní situaci zásadně změnil“ (Vlastní reflexe).

1.2 Klasifikace

DMO má tři základní formy (Komárek, Zumrová., in Zikl, 2011).

- 1) **Spastická forma**, která tvoří asi 70% DMO a může mít podobu diparézy (porucha hybnosti dolních končetin), hemiparézy (postihuje jednu polovinu těla, ale závažněji bývá postižena horní končetina), kvadruparézy (postižení všech čtyř končetin). Postižení hybnosti končetin je různě závažné, u kvadruparéz je kromě končetin narušena i hybnost svalů obličeje, úst a jazyka. V důsledku toho se u většiny lidí s touto formou objevuje narušení komunikační schopnosti (dysartrie). Mentální postižení se u diparetické a hemiparetické formy vyskytuje méně často, častěji se s ním setkáme u formy kvadruparetické.
- 2) **Dyskineticko - Dystonická** forma postihuje asi 20% jedinců s DMO. Projevuje se mimovolnými, kroutivými a pomalými pohyby různých svalových skupin. Pokud jsou ale postiženy svaly obličeje a mluvidel, bývají takoví lidé sociálně stigmatizováni. Jejich řeč bývá těžko srozumitelná. I přestože jejich inteligence nebývá poškozena (někdy i nadprůměrná), jejich záškuby v obličeji a neschopnost přijatelného verbálního projevu působí na okolí jako výraz mentálního defektu (Vágnerová, in Zikl, 2011).
- 3) **Mozečková** forma bývá poměrně vzácná, vyskytuje se u 5-10% DMO. Typickým projevem je svalová hypotonie a opoždění lokomočního vývoje. (Komárek a kol., Vágnerová, in Zikl, 2011).

1.3 Symptomatologie DMO

Zakladatel české dětské neurologie Ivan Lesný zavedl v roce 1952 označení „**perinatální encefalopatie**“ a v roce 1959 pak název „**dětská mozková obrna**“. Původní označení perinatální encefalopatie se však nadále používá pro souhrn všech druhů a stupňů raného poškození mozku v perinatálním období, které může mít za následek, jak uvádí Kábele, F.

Mezi základní symptomatologie DMO patří těžké poruchy hybnosti (dětská mozková obrna), poruchy psychomotoriky (lehká mozková dysfunkce), poruchy psychiky, intelektu (mentální retardace) a poruchy vědomí (epileptické záchvaty). Tyto poruchy se vyskytují v různých kombinacích i stupních a k nim se pak i přidružují další poruchy, a to zraku, sluchu a řeči. Pro DMO jsou charakteristické nerovnoměrný vývoj, tělesná neobratnost postihující hrubou a jemnou motoriku, patrná je i zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, nedokonalost vnímání, nedostatečná představivost, překotné a impulsivní reakce, emoční labilita a výkyvy v duševní výkonnosti i opožděný vývoj a vady řeči. (Opatřilová, 2013). Blíže se některým možným projevům budeme věnovat v kapitole 4 (Práce s dětmi s DMO).

2 Raná intervence dětí s DMO

V současných zdrojích se setkáváme s pojmy raná péče, integrovaná péče, raná podpora, raná intervence, včasná intervence, ale i včasná terapie nebo raná výchova, jejichž hlavním významem je pomoc rodině a dítěti raného věku se speciálními potřebami s cílem minimalizovat důsledky postižení v sociální, biologické a psychické oblasti vývoje dítěte a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady integrace. Pojem raná intervence vznikl z podstaty poradenské služby v USA v 60. letech 20. století ve smyslu intervence na samém začátku zjištění postižení či ohrožení vývoje dítěte. V České republice je raná intervence zakotvená v Zákonu o sociálních službách (zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.) jako **raná péče** (poskytovaná pracovišti raná péče) a ve vyhlášce č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních jako **včasná intervence** (poskytovaná SPC pro děti s tělesným a mentálním postižením). Pro vztah rodič - dítě mají v rané intervenci velký význam faktory, jako je interakce, emocionální vztahy dítěte a jeho rodiny, sebeuvědomění, ale i autonomie dítěte (Opatřilová, 2013).

„Koncepce rané intervence zahrnuje dva aspekty, a to věk dítěte a jeho opatření. Opatření mohou být zahájena při narození dítěte nebo v prvních letech jeho života, vždy však před tím, než zahájí školní docházku“ (Kolektiv 2000b, Vítková, in Opatřilová, 2013).

Promeškáme-li období v prvních letech života dítěte a neposkytneme mu odpovídající podporu v jeho vývoji, pak je obtížné a často i nemožné situaci napravit. Zvláštní šance spočívají ve zmírnění vznikajících postižení. Jsou dány zvláštní účinností rané stimulace a zkušeností získaných z co nejranějších edukativních procesů, působících na vyvíjející se dětský mozek. (Opatřilová, 2013).

„Řada rodičů si velmi chválí ranou péči. Tvrdí, že tato komplexní podpora je pro ně berlou, o kterou se občas i oni mohou opřít. Kromě terénní sociální služby, kdy dochází sociální pracovník přímo k rodině domů a radí jim, jak s dítětem správně pracovat, jsou pořádány programy pro rodiče a jejich děti s handicapem. Jako příklad můžeme uvést třeba společný výlet do ZOO, společná hipoterapie a prohlídka stájí, sportovní odpoledne apod. Díky těmto společně pořádaným akcím si mohou najít rodiče i děti s handicapem nové přátele a kamarády. Nejsou pak tak sami na složitou životní zkoušku. Mohou si sdělovat své dojmy, pokroky, ale i trápení a svému dítěti tak dokáží dát mnohem více své lásky, péče a především pak radosti ze života“ (Vlastní reflexe).

3 Předškolní vzdělávání dětí s DMO

„Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami“ (§33 zákona č.561/2004 Sb.).

3.1 Předškolní zařízení

„Děti s tělesným postižením mohou navštěvovat běžnou mateřskou školu, speciální třídu v mateřské škole, speciální mateřskou školu nebo dětský rehabilitační stacionář. Děti s tělesným postižením, které nenavštěvují mateřskou školu nebo jsou umístěny v běžné mateřské škole, se dostávají do péče speciálněpedagogického centra pro tělesně postižené, zřízeného většinou při speciální mateřské škole nebo základní škole pro tělesně postižené“ (Vítek, Vítková, 2006, s. 147).

Činnost SPC při speciální mateřské škole pro tělesně postižené je určena zejména dětem s tělesným, zdravotním a kombinovaným postižením v předškolním věku, jejich rodičům a učitelkám mateřských škol s integrovanými dětmi s tělesným postižením. Hlavním úkolem odborných pracovníků SPC je provést speciálně pedagogickou diagnostiku dítěte a navrhnout opatření k jeho cílené podpoře. (Vítková, 2006).

Docházka dětí s DMO do mateřské školy pro tělesně postižené, event. do denního stacionáře, tedy představuje nesmírně důležitou a nezastupitelnou etapu v rámci komplexní péče, resp. **uceleného systému rehabilitace** dítěte se zdravotním postižením. Pokud se v rámci této docházky podaří dobře koordinovat propojení péče edukační a sociální s péčí terapeutickou a zdravotní (medicínskou), což ovšem předpokládá propojení funkčního a dobře kooperujícího interdisciplinárního týmu odborníků (včetně zapojení rodičů dítěte), pak to přináší žádoucí efekt (Jankovský, 2006).

3.2 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy. Vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka. Dále zákon uvádí, že individuální vzdělávací plán má mít údaje o poskytování speciálně pedagogické nebo psychologické péče, údaje o cíli vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a v případě potřeby vyjádření dalšího pedagogického pracovníka, který se podílí na práci s daným žákem, seznam jeho kompenzačních, rehabilitačních pomůcek, jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení a i případné navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu. (§6 vyhl. č.73/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

3.3 Integrace - inkluze

Integrace patří v naší republice bezpochyby mezi jeden z nejfrekventovanějších termínů za posledních 10 let. Tento pojem má přímou vazbu na společensko-politické změny po listopadu 1989, které přinesly zcela jiný úhel pohledu na život lidí se zdravotním postižením a na jejich vzdělávání. Jde tedy o vztah majority (intaktní populace) a minority (lidí s postižením), jehož kvalita se promítá do všech oblastí vzájemného soužití. Pojem integrace je podle Sýkorové postupně nahrazován mnohem výstižnějším pojmem **inkluze**, který odpovídá rovnoprávnému vztahu (vyrovnání příležitostí) majority a minority, tedy úplné začlenění (zařazení), aniž by ovšem existovaly bariéry v nás lidech samých. Například v rámci pedagogické integrace se inkluzí rozumí plné a úspěšné začlenění žáka se zdravotním postižením mezi ostatní vrstevníky v běžné třídě na kmenové škole. (Sýkorová., Vítek, Vítková, in Jankovský, 2006).

V knize „*Svět dětské mozkové obrny*“, popisuje autor systém vzdělávání dětí s DMO před rokem 1989, kdy byla většina těchto dětí celoročně v období školního roku v ústavech a léčebnách, a vůbec si tak nedokázaly představit společnou docházku do běžné školy se zdravými vrstevníky. Navíc tyto děti byly celoročně odloučeny od svých rodin a rodiče je směli vidět jen jednou za 8 týdnů o nedělích a to pouze v dopoledních hodinách nebo na vánoce a o velkých letních prázdninách (Kudláček, 2012).

Myslím si, že nikdo z nás si ani nedovede představit, jak obrovskou citovou nit zpřetrhal tento systém odloučení od rodiny. Bohužel i v současnosti se setkávám s nemístnými poznámkami. Jako příklad mohu uvést návštěvu divadla, kde se setkávají děti z běžných a speciálních mateřských škol. Za naprosto nehumánní považuji názor provozních divadla, kdy mi oznámí, abych imobilní děti posadila až do poslední řady, aby se na ně nemusely zdravé děti dívat a nerušily je tak.

Občas se stane, že za námi přijdou zdravé děti a zeptají se, proč tak velká holčička je ještě na kočárku? Vysvětlím těmto dětem, že tato dívka má nemocné nohy, že by strašně moc ráda běhala jako oni, ale její zdravotní stav jí to neumožní. Co však má stejně velké jako vy, je srdce. Nebojte se jí a pohlad'te ji. Tímto většinou v dětech odblokují prvotní zábrany a pokusím se tak navázat jejich první společný kontakt“(Vlastní reflexe).

4 Práce s dětmi s DMO

Pro dítě s postižením je důležité učit se po malých krocích a soustředit se jen na jednu oblast. U dané oblasti by se ovšem měl vyhledávat co největší počet variant. Mělo by se cvičit s dítětem tak často, jak je to jen možné, tedy jak často se nabízí přirozená příležitost. Nesmí se zapomínat na to, že dítě lze snadno přetížit. Důležité je, aby se dítě zúčastnilo s radostí a bylo k plnění úkolů motivováno. Tím se přizpůsobuje svému prostředí, které ovšem současně proměňuje tak, aby vyhovovalo jeho představám. Dítě si tak vytváří svůj svět a je jím zároveň formováno. V tomto vzájemném interaktivním procesu ovšem potřebuje naši pomoc.

Při vlastní výuce by měly být naplánovány střídavé fáze: koncentrovaná, silně řízená práce s dítětem, po níž následuje uvolnění hrou. Hra rozvíjí paměť, myšlení a koncentraci, která se střídá s pohybovými a sociálně-interakčními hrami. Nabídka hraček přitom nesmí být nepřehledná. K dispozici by měly mít děti vždy hračky, které podněcují nejen k aktivitě, ale i k rozvíjení smyslů (např. hrací kostky ke stavění, předměty k vytváření zvuku, hmatové hračky apod.). Učení by mělo probíhat střídavě. Činnosti, které se dítě má naučit, musí pedagog nejprve předvést a poté by ho dítě mělo snažit následně napodobit. V případě potřeby dítěti pomáhat např. vedením ruky. Měli bychom se snažit citově rozpoznat podněty k tvůrčí činnosti ze strany dítěte. V jeho nápadech je nutné dítě podporovat a případně i nalézat další nové společné cesty. Vždy musíme pamatovat na to, aby se do hry, pokud je to možné, zapojily všechny jeho smysly. Každá činnost dítěte by měla být spojená s mluveným slovem. Přitom bychom měli používat jednoduché věty s třemi až pěti slovy. Měli bychom na dítě mluvit pomalu a zřetelně a pro určitou činnost nebo předmět bychom měli používat vždy stejný výraz. Neustálým mluvením je dítě podněcováno k napodobování a nedostává se do izolace vzhledem ke své schopnosti mluvit. Pro práci s dítětem s postižením je nezbytná „emocionální přichylnost“, kdy dítě musí cítit, že bylo přijato, musí zažívat pocit bezpečí a vědět, že ho máme rádi (Strassmeier, 2011).

„Každé ráno máme v mateřské škole ranní kruh, kdy se společně na koberec posadíme, případně děti optimálně napolohujeme s využitím kompenzačních pomůcek tak, aby se mohly soustředit např. na zvukové a zrakové podněty a nikoliv na udržení optimální polohy svého těla. Chytíme se společně za ruce, tak aby všechny děti cítily dotyk, a popřejeme si pěkný den říkankou, kterou jsem si pro děti vymyslela o sluníčku, jako symbolu lásky, která nás společně všechny hřeje. Tím v dětech uvolním napětí a společně pak přistupujeme k jednotlivým činnostem dne“ (Vlastní reflexe).

4.1 Speciálně pedagogická diagnostika

Bednářová uvádí, že diagnostika dítěte předškolního věku by měla být zaměřená na sledování motoriky, grafomotoriky, zrakového vnímání, sluchového vnímání a paměti, vnímání prostoru, vnímání času, základních matematických představ, řeči (myšlení), sociálních dovedností, sebeobsluhy (samostatnosti) a hry (Bednářová, Šmaradová, 2011).

Speciálně pedagogická diagnostika se zabývá poznáváním zvláštností jedince s postižením, který je charakterizován nejen svým handicapem, ale především svými individuálními vlastnostmi, které ho odlišují od ostatních a mohou podstatným způsobem ovlivnit jeho prožívání, vztah k sobě i k ostatním lidem v jeho sociálním prostředí, a tím i postoj k němu“ (Přinosilová, in Vítková, 2006, s. 101-102)

Je zřejmé, že děti s DMO s organickým poškozením mozku mohou být v oblastech vzdělávání deprivovány. Mezi jejich typické potíže patří **narušení percepce a diferenciacce** (např. barev, velikostí), **obtížná koncentrace pozornosti** (což negativně ovlivňuje paměť), **deficit v motorickém vývoji**, **narušení komunikační schopnosti** (zejména dysartrie), **mentální retardace** apod. Na tyto uvedené poruchy je nutné pamatovat již při zařazení dítěte DMO do mateřské školy při využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání (Jankovský, 2006).

Při diagnostických a korekčních aktivitách musí pedagog vycházet nejen z vlastních poznatků, ale i z poznatků dalších odborníků. Pedagogická diagnóza se pak stává nástrojem pro zvolení odpovídajících reedukačních a kompenzačních metod, které figurují jednak jako aspekt adekvátní intervence, ale také prevence. Při diagnostikování bychom měli pracovat v přirozeném prostředí, aby dítě nezaznamenalo, že je vyšetřováno (Opařilová a kol., 2008).

4.2 Motorika

V následující podkapitole bych se chtěla podrobněji zaměřit na oblast **motoriky**, která je důležitá nejen pro přípravu dítěte na povinnou školní docházku, ale zejména pak po celý další život. Tuto oblast jsem si zvolila také vzhledem k návaznosti praktické části.

„Pohyb je přirozeným projevem a potřebou každého jedince. Včasný a správný rozvoj hybnosti dítěte do jednoho roku je ukazatelem jeho tělesného a psychického zdraví. Každý nově zvládnutý pohyb se stává pro dítě prostředkem k poznání okolí, k získávání nových dovedností, zkušeností i návyků, které jsou základem pro jeho další vývoj. Pohyb probouzí myšlení, myšlení aktivizuje řeč. V těchto oblastech se obvykle velmi výrazně začínají

projevovat nedostatky u dítěte s handicapem. Postižené dítě má omezené množství primárních podnětů, což sekundárně může ovlivňovat vývoj rozumový. Nedílnou součástí motoriky je i motorika jemná, která může významně ovlivnit soběstačnost osoby s mozkovým postižením“ (Opatřilová, 2013, s. 59).

4.2.1 Hrubá motorika

„Hrubá motorika je zajišťována velkými svalovými skupinami. Je to souhrn pohybových aktivit dítěte, které vedou k postupnému ovládnutí a držení těla, koordinaci horních a dolních končetin, rytmizaci pohybů. Práce velkých svalových skupin umožňuje lokomoci (chůze, skákání, plavání) a nelokomočními pohyby (sezení, tahání, strkání)“ (srov. Hartl, Hartlová., Vokurka, Hugo., Průcha, Walterová, Mareš, ad., in Opatřilová, 2013, s. 45).

„Pohybové dovednosti se mohou zlepšovat přirozeným zráním a výcvikem, nebo se naopak mohou zhoršovat v důsledku vady, nemoci, úrazu apod.“ (srov. Průcha, Walterová, Mareš, Langmeier, Krejčířová., in Opatřilová, 2013, s. 45).

Hrubá motorika dětí s DMO se významně odlišuje od dětí intaktních. Mezi základní charakteristické znaky spastických forem DMO patří porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie a stereotypní pohyby. V závislosti na lokalizaci projevů odlišné motoriky a specifík hybnosti, můžeme rozlišit formu diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou.

- Diparetická forma DMO - se projevuje postižením dolních končetin, které jsou slabší, zvláště pak v bérkách. Postižení může být symetrické, ale i asymetrické (diparéza s pravou nebo levou orientací), v ojedinělých případech dochází k postižení obou horních končetin. Chůze je ve většině případů možná, děti začínají chodit mezi třetím až pátým rokem. Dolní končetiny se díky spazmu mohou vtáčet dovnitř a při chůzi se mohou kolena křížit přes sebe. Chůze je velmi nemotorná a obtížná, nejčastěji za pomoci berlí nebo s oporou. V nejzávažnějších případech se dítě chodit nenaučí.
- Hemiparetická forma DMO – u tohoto typu DMO dochází k svalovému napětí jedné poloviny těla, výrazněji však na horní končetině, která nebývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjatá tak, že postižený při chůzi došlapuje na špičku. Při stožení začíná být patrná kyfóza z důvodu přenášení rovnováhy na nepostiženou stranu. Při vzrušení (pozitivním nebo negativním) se zvyšuje svalový tonus, kdy dochází k znesnadnění rychlých pohybů. Často se i vyskytuje vynucené leváctví nebo praváctví, kdy dítě upřednostňuje funkční ruku místo dominantní.

- Kvadruparetická forma DMO – je nejzávažnější spastickou obrnou, kdy je postiženo celé tělo, hlava, trup a všechny čtyři končetiny. Hlava se nachází v tzv. opistotonním postavení způsobeném spazmy zádových a šíjových svalů, trup je v důsledku svalových spasmů ohnutý dozadu, paže jsou převážně ohnuté v pronačním postavení, ruce jsou zařaty v pěst a vytočeny v zápěstí směrem dolů a ven, nohy a kyčle jsou často v chybném postavení, natažené s vnitřní rotací. Uvědomění si vlastního těla je většinou lokalizováno jen na oblast hlavy a rukou.

Pro nespastické formy DMO je naopak charakteristická absence svalového napětí, které členíme na formu dyskinetickou a hypotonickou.

- Dyskinetická forma DMO - její příčinou je poškození mozku v oblasti bazálních ganglií podílející se na řízení pohybů člověka. Jejich poškození vyvolává pohybový chaos (nepotlačitelné pohyby), které postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny. V některých případech může být i postiženo svalstvo tváře a jazyka, což vede ke grimasování, mlaskání, žmoulavým pohybům úst apod.
- Hypotonická forma DMO – u této formy bývá poškozena zejména oblast mozečku, která postihuje především vnímání rovnováhy projevující se špatnou pohybovou koordinací, kdy chůze je nestabilní připomínající opileckou chůzi. Vyskytuje se zvýšená pohyblivost v kloubech, zejména dolních končetin. Může se i objevovat třes při volní hybnosti. Děti začínají chodit kolem třetího až sedmého roku pomalým trhavým krokem. (Fischer, a kol., 2014).

Vítková uvádí, že předškolní věk je především dobou rozvoje v oblasti poznávacích procesů a socializace a dodává, že u dětí s omezením hybnosti bývá překážkou jejich adekvátního vývoje podnětová a zkušenostní deprivace (Vítková, 2006).

Abychom snížili riziko vzniku citové, psychické a zvláště zkušenostní deprivace, je nutné děti s DMO již od raného věku stimulovat a především vytvářet dostatečné množství podmínek pro samostatné experimentování a učení. Stimulace a jednoduchá cvičení musí být pro děti realizována nejen hravou formou, ale především pak s láskou a obrovskou dávkou trpělivosti. V mateřské škole můžeme využít celou řadu běžných, ale i specifických postupů k vytváření pohybovým dovednostem. Jako příklad můžeme uvést cvičení a pohybové hry pro rozvoj motoriky např. odraz s oporou o dolní končetinu, lokomoce na vozíku nebo balanční cvičení s využitím míčů, houpačky apod. Vždy je nutné, aby cviky byly pro děti zvládnutelné, bezpečné a zajímavé. Ale i pro děti s těžším zdravotním postižením je možnost pasivního

cvičení, kdy se protahují zkrácené svaly, podporují se oběhové funkce, předchází se otokům apod. (Zikl, 2011).

Motorické projevy můžeme posuzovat podle čtyř základních hledisek a to z hlediska vývoje (normální, opožděný, patologický), z hlediska opoždění (lehké, střední, těžké), hlediska kvality (koordinace pohybů, narušení koordinace, nekoordinované pohyby a další) a hlediska výkonu (síla, rychlost, vytrvalost atd.) (Vašek srov, Přinosilová, Svobodová, Defektologický slovník., in Opatřilová, 2013).

Dále se i zaměřujeme na to, zda se dítě pohybuje samo bez omezení nebo jen s omezením. Pokud je imobilní, tak pozorujeme sed na vozíku (bez fixace, s fixací, postranními opěrkami, klíny apod.), jaké jsou jeho zvláštnosti (spasticita, hypotonie, pohybový nepokoj, případné mimovolní pohyby (choeratické, myoklonické), zaměřujeme se i na kontrolu hlavy, zda je nutná fixace, také nesmíme zapomenout na sledování unavitelnosti. Dále se zaměřujeme na využití rehabilitačních (dlahy, ortézy apod.) a kompenzačních pomůcek (chodítka, vertikalizační stojan atd.) (Opatřilová, 2013).

Děti s hybnou poruchou se účastní také léčebné tělesné výchovy, kdy s dítětem individuálně cvičí fyzioterapeut a někdy je cvičení doplňované dalšími léčebnými terapiemi, pobytem v bazénu, hipoterapií apod. V mateřské škole pak s dětmi provádí učitelky kondiční cvičení ke zlepšení hrubé motoriky dle pokynů fyzioterapeuta. (Bartoňová a kol., 2012).

4.2.1.1 Polohování imobilních dětí

„Pohodlí klienta snižuje psychickou zátěž a tím se zlepšuje i jeho obranyschopnost. Pravidelnými změnami polohy klienta se blokuje nadměrné působení tlaku na tlakové body a zajišťuje se tak okysličování a prokrvování tkání. Proto je nutné nepolohovat klienty do pozic, které mohou být pro něho nepříjemné nebo i bolestivé. Při pokládání nebo polohování dbáme na to, aby jedinec nezůstával v nepřírozené poloze jako je např. zalehnutá ruka po tělem, prohnutá záda (opistotonní držení), překřížené nohy apod. Polohy neměníme pouze ze zad na boky a naopak, ale za pomoci vhodných pomůcek využíváme podkládání části těla např. polštářem, molitanovými válci, gelovými podložkami, srolovaným prostěradlem, ručníky atd. (Opatřilová, 2008, s. 24)“

Polohování by mělo být systematické, řídicí se určitými pravidly. Intervaly mezi změnami poloh se řídí podle aktuálního stavu klienta, mohou mít rozmezí mezi 20 minutami až 4 hodinami. Děti, které leží a jsou zcela imobilní, by měly být polohovány po 1-2 hodinách a děti sedící na polohovacím křesle by pak měly mít interval kratší na 30 minut až 1 hodinu. Z

důvodu důsledné prevence vzniku dekubitů se doporučuje sestavit denní plán polohování. Vždy se dětí ptáme při změně polohy, zda se v ní cítí dobře. Pro podložení používáme klíny různých tvarů a velikostí, které vložíme např. mezi kolena, kotníky, tak, aby se vzájemně nedotýkaly (Opatřilová, 2008).

4.2.1.2 Podpora rozvoje pohybových schopností

Z pedagogického pohledu se úroveň podpory liší stupněm postižení. Cílem je kompenzovat takovýto omezený pohyb všemi možnými dostupnými prostředky, abychom dosahovali, co největšího stupně soběstačnosti. Při podpoře lokomoce v raném věku můžeme používat různé kompenzační pomůcky např. závěsnou síť, která podporuje motorický rozvoj dítěte, gymnastické míče k provádění balančních cviků nebo třeba závěsný nosič „klokánek“, který si upevní dospělý s dítětem na hrud'. Dále pak také mohou děti používat různé opěrné pomůcky, kdy jako příklad můžeme uvést „Rolátor“, což je pomůcka, o kterou se postižený opírá pomocí dvou předních koleček nebo tzv. „Kozičky“, které vytváří pevnou oporu pomocí čtyř bodů. Pravidla nácviku, délku tréninku nebo používání těchto kompenzačních pomůcek musí pedagog vždy konzultovat s odborným lékařem nebo fyzioterapeutem. Rozvoj hybnosti podle zásady vývojovosti se provádí v metodických řadách, které odpovídají průběhu přirozeného vývoje. Postupujeme od válení a plazení k lezení po čtyřech, k nácviku sedu, kleku, stoje s oporou a bez ní, až po nácvik chůze (Opatřilová, 2008).

4.2.2 Jemná motorika

Jemná motorika je řízena aktivitou drobných svalů, kde se jedná o postupné zdokonalování jemných pohybů rukou, uchopování a manipulace s drobnými předměty. Zahrnuje nejen **grafomotoriku**, ale také třeba **kresbu**, **logomotoriku**, **oromotoriku** a **vizuomotoriku**.

V období mezi třetím a šestým rokem zaznamenáváme u intaktních dětí pohyby hbitější, plynulejší a výrazně koordinovanější. Děti začínají projevovat zájem o různé nástroje a učí se s nimi manipulovat. Kolem čtvrtého roku se začíná vyhraňovat lateralita, tedy souhra párového orgánu oko-ruka. Ve čtyřech letech staví děti bránu z pěti kostek a v pěti letech postaví i schody. Důležitá je správná volba hraček a stavebnic (např. mozaiky, provlékadla, kostky, lega, hříbečkové stavebnice a další). U dětí s omezením hybnosti je problematrická situace, kdy je dominantní právě horní končetina s omezenou hybností. Záleží samozřejmě na

stupni a rozsahu, ale je možné u dětí cvičit končetinu opačnou. Jak tedy pracovat s dětmi, kde rozvoj jemné motoriky komplikuje přítomnost spasticity, hypotonie, tremoru?

Svobodová doporučuje využívat některá cvičení z metody „**Dobrého startu**“. Jako příklad můžeme uvést třeba střídavé mávání prstů (pápá), střídavé údery prstů obou rukou do podložky, přivítání prstů (dotyky prstů obou rukou), kocouří drápky (vysouvání a počítání prstů) apod. (Opatřilová, 2013).

4.2.2.1 Grafomotorika

„Grafomotorika je soubor psychomotorických činností, které jedinec vykonává při psaní. Psaní není jen záležitostí psacích pohybů ruky (u postižených též nohy, úst), ale je řízené psychikou. Grafomotorika tedy může být nápomocna při diagnostice psychických stavů (únavě, starchu), procesů a vlastností, při diagnostice poruch a nemocí jedince“ (Pedagogický slovník, in Opatřilová 2013, s. 77).

Grafomotorické cvičení je řízené pohybové cvičení, které využíváme v mateřských školách k rozvoji jemné motoriky ruky a zrakové koordinace, kdy nám jde především o uvolnění svalových skupin (paže, zápěstí a ruky), které jsou podstatné pro přípravu na psaní. Grafomotorickému cvičení by mělo vždy předcházet průpravné cvičení (např. prstová cvičení, hry s kruhovým trenérem, ježkem apod.). Dříve než dítěti dáme tužku do ruky, využíváme kreslení prstem do písku (např. v pískovničce) nebo třeba tyčinkou do plastelíny. Ve volném a rytmickém tempu provádíme konkrétní cvik za doprovodu dětských říkanek, tak jak na to již upozorňoval profesor František Kábele ve své metodice „*Rozvíjení hybnosti a řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou*“. Než přistoupíme k vlastnímu nácviku grafomotoriky, je také nutné si všimnout, jak dítě sedí (např. u dětí imobilních je třeba zajistit klín proti sesouvání, postranní opěrky, fixační pásy, límce na podporu hlavy apod. dle individuální potřeby). U správného sedu by měl být trup mírně nakloněný, ale váha těla na sedadle, hrudník by se neměl opírat o stůl, nohy u sebe, kolena mírně ohnutá, chodidla na podlaze, hlava v prodloužené ose páteře, ramena stejně vysoko, předloktí souměrně na stole, lokty mírně od trupu a vzdálenost očí od papíru 25 až 30cm.

Dalším důležitým bodem je úchop psacího náčiní. Doporučuje se úchop mezi třemi prsty (prostředník, ukazovák shora a palec), kdy úhel tužky a plochy je asi 45 stupňů, horní konec směřuje k pravému rameni (u praváků) a celá ruka je opřena na dva články malíku, který zprostředkovává lehký posun. Druhá ruka při psaní i kreslení pak přidržuje papír. Je důležité, abychom předcházeli zlovykům, které mohou pak být příčinou neúspěchu. Při potížích

s úchopem se využívají různé kompenzační pomůcky (např. trojhrané nástavce z plastu na tužku, různé držáky na psací náčiní, protismykové podložky, těžítka na zatížení papíru apod.) (Opatřilová, 2013).

4.2.2.2 Kresba

„Kresba je pro dítě důležitá jako prostředek sebevyjádření. Často dítě prostřednictvím kresby zobrazuje svoje pocity a myšlenky, které by ještě nebylo schopné popsat slovy“ (Opatřilová, 2013, s. 80).

Dětská kresba se vyvíjí od bezobsažné čáranice k obsažné čáranici, dále pak přechodem ke znakové kresbě (fáze primárního symbolického vyjádření - do středu zájmu se dostává lidská postava v podobě hlavonožce) až ke spontánnímu realismu, kdy už dítě začíná zaznamenávat řadu detailů, barev i obsahové bohatosti. U dětí s DMO je v důsledku nedostatečné nervosvalové koordinace horních končetin zapotřebí vynaložit velké úsilí k zvládnutí alespoň základních prvků. Nejprve je nutné zvolit správný kreslicí materiál, popřípadě využít kompenzační pomůcky, jako jsou těžítka, násadky apod. Důležitá je i volba výtvarného materiálu. Za vhodné je považováno zvolit takový materiál, aby vytvářel širokou stopu, dále pak prstové barvy, fixy. U tenkého materiálu musíme myslet na to, že se spastickým dětem může třeba protrhnout. Kresba nám ukáže mentální úroveň dítěte, schopnost reprodukce členěných celků, stupeň rozvoje jemné motoriky, souhrn oka a ruky, koncentraci, schopnost úkol dokončit, fantazii a další (Opatřilová, 2013).

4.2.2.3 Vizuomotorika

Schopnost získávat informace zrakovým vnímáním může činit některým dětem s postižením mozku značné potíže (např. neschopnost pozorovat určitý předmět, práce v řádku, neschopnost postřehnout detaily apod.). Dítě bývá neklidnější, nevydrží si hrát a svou hru pozorovat. Podpora dítěte by měla být zahájena co nejdříve, nejlépe formou hry. Dítě učíme pozorovat malé pohyby balónku, mýdlových bublinek, autíčka apod. Postupně tak vizuální pozornost převádíme k orientaci na ploše. K procvičování využíváme třeba manipulaci s kostkami, navlékání korálků, hru s pexesem apod. (Opatřilová, 2008).

4.2.2.4 Logomotorika, oromotorika

Deficit v orofaciální oblasti se často vyskytují jako symptom při organickém poškození mozku. Diagnostika i náprava je velmi obtížná, proto by vždy měla probíhat ve spolupráci s lékařem, logopedem, fyzioterapeutem, speciálním pedagogem a rodiči postiženého dítěte. **Oromotorika** je specifická motorika, která koordinuje a řídí pohyblivost orgánů dutiny ústní, např. při kousání a mluvení. **Logomotorika** je pohybová aktivita mluvních orgánů při artikulované řeči (Dvořák, in Opatřilová, 2008).

„Orofaciální stimulace představuje soubor pohybů a úkonů realizovaných edukátorem, které mají za cíl stimulovat neuromotoriku obličeje, tváří rtů, jazyka, patra, hltanu a docílit pozitivní pokroky v dýchání, sání, žvýkání, kousání, polykání, pití a sekundárně i v řeči. Při stimulacích se používá dlaně a hřbetu ruky, prstů, špachtlí, lžiček a jiných předmětů. Často jsou využívány i potraviny jako je voda, mléko, med ad.“ (Vančová, in Opatřilová, 2008 s. 60).

4.3 Narušení komunikační schopnosti u dětí s DMO

DMO ovlivňuje vývoj řeči dítěte již od prvopočátku. Děti mají potíže s dýcháním a sáním. Jejich pláč je někdy málo pronikavý, vzácné je u nich klidné broukání a chybí pudové žvatlání. Objevují se i problémy s příjmem potravy, často se vyskytuje porucha polykání a s ní bývá úzce spojené i nadměrné slinění. Na vývoji řeči se u všech dětí spolupodílejí vnitřní i vnější faktory. Vnitřní faktory jsou dány závažností postižení CNS, úrovní intelektu, smyslových analyzátorů a funkčnosti orofaciální motoriky. Mezi vnější činitele náleží výchova v rodině i optimálně podnětné prostředí. Vývoj řeči bývá omezený, v lepším případě opožděný. Významný je rozdíl mezi kvalitou vyjadřování a schopnosti porozumění, ta nebývá narušena. Narušený bývá i fonemický sluch, tedy sluchové rozlišování jednotlivých hlásek, které se liší třeba znělostí. Jeho narušení vzniká v důsledku nedostatečné pohyblivosti dítěte, které se nemůže otočit za zvukem (Kraus, 2005).

Častou narušenou komunikační schopností u dětí s DMO bývá dysartrie a dyslalie. Dysartrie je stejně jako dyslalie poruchou artikulace. U dyslalie jde pouze o poruchu výslovnosti (neschopnost používat jednotlivé hlásky anebo skupiny hlásek), zatímco u dysartrie se jedná o narušení nejen artikulace, ale také o dysfonii (poruchu tvorby hlasu), narušené dýchání i prozódii (melodii hlasu), kdy může být narušeno řečové tempo, rytmus, frázování, přízvuk i obsahová stránka řeči. Další z komplikací, kterou mohou děti s dysartrií trpět je dysfagie (porucha polykání). Při dysfagii je ztížen příjem stravy a tekutin, v závažnějších případech život ohrožující komplikací může být i vdechnutí stravy a

především pak tekutin do dýchacího ústrojí. Vzhledem k tomu, že dysartrie je komplexní poruchou, vyžaduje proto i komplexní terapii, která se zaměřuje na stimulaci faciálních motorických zón (dásní, plochy jazyka a středu tvrdého patra) i stimulaci aktivní hybnosti mluvidel a artikulace (rtů, jazyka, dolní čelisti a patrohltnového uzávěru, nezbytné pro rozvoj artikulačních schopností). Terapeutický přístup u dyslálie se zaměřuje na motoriku mluvních orgánů, nácvik a rozvíjení fonematické diferenciaci, vyvozování nových hlásek, fixace hlásek a automatizace hlásek. (Lechta, 2011).

4.3.1 Využití prostředků augmentativní a alternativní komunikace u dětí s DMO

U dětí s výrazně narušenou expresivní složkou řeči jsou ke komunikaci využívány náhradní (alternativní) a podpůrné (augmentativní) způsoby komunikace (dále pouze systémy AAK). Tyto systémy mají za úkol minimalizovat možnost vzniku komunikačního deficitu a umožnit jedincům s těžce narušenou komunikační schopností stát se rovnocennými partnery. Výběr vhodného komunikačního systému za účelem vytvoření funkční komunikace mezi dítětem s narušenou expresivní složkou řeči a jeho sociálním okolím je podmíněn diagnostickými závěry z několika oblastí (např. stupeň porozumění signálům nonverbální komunikace, schopnost vyjadřovat souhlas a nesouhlas, emoční projevy, sociální prostředí dítěte, způsob trávení volného času atd.). (Bendová, 2011).

Komunikační systémy se dělí na dynamické a statické. K dynamickým systémům, které zahrnují znaky a gesta, patří prstová abeceda, znaková řeč, jazykový systém Makaton a mezi statické systémy pak patří systém Bliss, piktogramy, komunikační tabulky. Z komunikačních systémů se často využívají piktogramy, což jsou zjednodušená zobrazení skutečnosti (předmětů, činností i vlastností), dále pak Bliss-komunikační systém, který používá místo slov jednoduché obrázky, kdy dítě může ukazovat očima, namířením světelného bodu apod., u dětí s mentální retardací je možné také používat metodu facilitované komunikace, která je založena na mechanické podpoře ruky postiženého, kdy facilitátor přidržuje ruku, zápěstí nebo paži postiženého podle jeho svalového napětí, která chce něco sdělit. (Klenková, 2006).

5 Ucelená rehabilitace

Léčba DMO není záležitostí ani krátkodobou, ani jednoduchou. Vždy před jejím zahájením zasluhuje důkladného medicínského rozboru a komplexního a hlavně přísně individuálního přístupu. V léčebném týmu je zapojen pediatr, neurolog, ortoped, fyzioterapeut a psycholog (Kraus a kol., 2005).

V rámci konceptu ucelené rehabilitace (tedy propojení zejména složky léčebné, pedagogické, sociální, pracovní, psychologické, technické) a v duchu multidisciplinární spolupráce se rehabilitační tým rozšiřuje o další odborníky v závislosti na konkrétních potřebách klienta.

Nutným předpokladem efektivní léčby je včasná a kvalitní diagnostika, na jejímž základě jsou pak realizovány příslušné terapeutické postupy. Vytváří se tak individuální plán ucelené rehabilitační péče a podpory dítěte. (Jankovský, 2005).

Většina autorů (Votava, Jesenský, in Zikl, 2011) uvádí jako základní složky ucelené rehabilitace **léčebnou rehabilitaci, sociální rehabilitaci, pedagogická rehabilitaci a pracovní rehabilitaci.**

Jenský uvádí, že hlavním smyslem a cílem ucelené rehabilitace je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu (Jankovský, 2006).

V posledních dvou podkapitolách se zaměřím na pedagogickou a léčebnou rehabilitaci.

5.1 Pedagogická rehabilitace

Nejvýznamnější složkou ucelené rehabilitace je ve školách vnímána rehabilitace pedagogická, která je základní náplní učitele školy. Cíle vzdělávání u žáka s tělesným postižením jsou v zásadě stejné jako u dětí intaktních, ale navíc je potřeba věnovat pozornost i v řadě jiných oblastí, které u zdravých dětí není třeba tolik rozvíjet. Mezi tyto oblasti patří podpora rozvoje motorických schopností, zvyšování samostatnosti a schopnosti při sebeobsluze, rozvoj komunikačních dovedností apod. Konkrétní úkoly závisí do značné míry na stavu žáka jak po stránce zdravotní, tak i psychické a sociální. Složitější je situace u žáků s kombinovaným postižením, protože vzdělávání komplikuje různý stupeň mentální retardace a pak je i nutno výuku tomuto zdravotnímu stavu přizpůsobit (Zikl, 2011).

Hlavním úkolem rehabilitace v oblasti pedagogiky je optimální rozvoj osobnosti člověka se zdravotním postižením, což usnadní jejich sociální, pracovní a kulturní integraci.

V návaznosti na speciální pedagogiku pak jde především o ranou péči, školní edukaci a profesní vzdělávání. Za hlavní cíl pedagogických prostředků rehabilitace lze právě považovat dosažení maximálního možného vzdělání. (Jankovský, 2006).

5.2 Léčebná rehabilitace

Rehabilitace léčebná je realizována zejména zdravotnickými pracovníky, nicméně měla by být i důležitou součástí práce učitele. Jedná se například o nutnost polohování imobilních dětí, řešení problémů s příjmem potravy, sebeobsluhou a hygienou. Speciální pedagog by měl být schopen stimulovat i motorický vývoj dítěte a usnadňovat mu vykonávání běžných motorických činností, zajištění a dodržování ergonomických zásad ve škole apod. S touto rehabilitací souvisí i aspekt technický. Tím nemáme na mysli jen odstranění architektonických bariér, ale i použití nezbytných pomůcek jako jsou vozíky, speciální židle, chodítka, pomůcky pro příjem potravy apod. (Zikl, 2011).

5.2.1 Fyzikální terapie

Metodami fyzikální terapie jsou různé druhy masáží (klasická, reflexní, podvodní atd.). Základem masáže je dotek. Dotek je přirozenou potřebou každého člověka, která nás provází celým životem. Masáž je sestava jemného i citlivého masírování, která stimuluje a zlepšuje krevní oběh, dýchání, tím posiluje hrudní svaly, ale i správné držení těla apod. V současnosti existuje spousta masážních technik. Některé masáže může kromě zdravotníků provádět i speciálně zaškolený speciální pedagog. Jako příklad můžeme uvést motýlí masáže, konejšivý dotek, míčkovou facilitaci, relaxační masáž apod. (Opatřilová, 2013).

Dalšími metodami je pak i léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem, dále pak léčba teplem (termoterapie) a zejména pak vodoléčba, perličková lázeň nebo vířivá lázeň. Nelze opomenout ani léčbu přírodními léčivými prostředky (balneoterapie). (Jankovský, 2006).

5.2.2 Léčebná tělesná výchova

Děti s DMO nedovedou samy plynule překonávat primitivní vrozenou reflexivní motoriku, do které jsou jakoby „zakleté“, protože každé jejich pohybové úsilí probíhá na pozadí starých reflexů. Tyto děti setrvávají vývojově v tomto stádiu i později a nedovedou aktivovat svaly pro funkci stabilizátorů jakéhokoliv vztyčovacího nebo opěrného pohybu. Pohyb vždy vyústí v primitivní motorickou šablonu a volní pohyb se zkreslí. V širším smyslu

můžeme fyzioterapii považovat za relaxační techniku, která v sobě zahrnuje soubory cviků či postupů, jež pomáhají jedinci udržovat tělo a svým způsobem i jeho psychickou složku v dobré kondici. Skrze tento proces se učí matky zacházet se svým dítětem, rozumět jeho postižení a vyrovnávat se tak s novou životní situací. Mezi dva nejpoužívanější koncepty patří **Vojtův koncept a koncept manželů Bobathových** (Kudláček, 2012).

„Klíčovým východiskem Vojtova konceptu je jeho předpoklad, že jedinec se rodí s geneticky vrozenými pohybovými vzory, jejichž rozvoj je porušen v důsledku poškození mozku. Vojta však přišel s tezí, že pomocí reflexních impulzů na těle dítěte můžeme tyto vrozené pohybové vzory aktivovat, a tím dítěti umožnit využití vrozených pohybových vzorců“. (Vojta, Vojta a Andres, in Kudláček, 2012, s. 78 -79)

Nejdůležitějším termínem konceptu Bobathových je tzv. handling a použití jeho jednotlivých technik. Handling je soubor manuálních technik, při kterých musí terapeut okamžitě určit reakce dítěte na zvolený pohyb a transportovat jeho volní aktivitu do nové pohybové dovednosti. Pacient tak získává co nejsprávnější zkušenost ve zvoleném nacvičovaném pohybu. Prováděné techniky jsou cíleně zaměřeny k tomu, aby usnadnily dítěti uskutečnit pohyb. Terapeut tedy neučí pohybům, ale dělá vše proto, aby pacient mohl pohyb sám co nejsprávněji provést. Během rehabilitace dostává pacient jen tolik dopomoci, kolik nezbytně potřebuje a celý proces směřuje k samostatnému pohybu. Úspěšnost terapie závisí i na kognitivních a percepčních schopnostech dítěte. (Marešová a kol., 2011).

5.2.3 Ergoterapie

Je chápána jako léčba smysluplnou činností a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace. Dětská ergoterapie má svá specifika. Děti s DMO nemají zatím žádné pohybové zkušenosti z minulosti, proto si své pohybové stereotypy teprve vytváří. Základní metodou je přirozeně u dětí hra, která je nutno vzít v úvahu při sestavování ergoterapeutického programu pro dítě s postižením. (Jankovský, 2006).

Kuric uvádí, že hra by se z hlediska vývojové vyspělosti měla členit např. na hry funkční, manipulační, napodobovací, úlohové a konstruktivní. Velmi žádoucí je především individuální přístup. Dětská ergoterapie sleduje celou řadu cílů, např. rozvoj hrubé motoriky pohybové koordinace, vizuomotorické koordinace, zlepšení komunikace aj. V obecné rovině usiluje dětská ergoterapie především o dosažení maximální samostatnosti. Tato terapie má navíc nejenom léčebný efekt, ale i resocializační (Kuric, in Jankovský, 2006).

5.2.4 Animoterapie

„Animoterapie (zooterapie) využívá domestikovaných zvířat (např. koně- hippoterapie, psa- canisterapie, kočky- felinoterapie ad.) k léčbě psychiky a osobnosti člověka, též ke stimulaci sociální a emoční komunikace“ (Kohoutek, in Opatřilová, 2013, s. 111).

Animoterapie patří k psychoterapeutickým metodám, které jsou uplatňovány při výchově a vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením. Zvíře je schopné vyvolat v člověku silné emoce. Člověk, který je chce vyjádřit, může začít spontánně komunikovat a dělit se o ně s ostatními. Prostřednictvím zvířete se snadněji navozuje terapeutický vztah s uzavřenými klienty. Dokáží se naučit vyjadřovat emoce, radost, těšit se na přítomnost zvířete, apod. (Müller, 2007).

5.2.4.1 Hippoterapie

Základním východiskem pro **hippoterapii** je využití trojrozměrného pohybu hřbetu koně, který se pohybuje nahoru a dolů, doprava a doleva, dopředu a dozadu. Každý kůň má jinak tyto pohyby intenzivní. Pro terapii se tak vytváří balanční plocha s pohybem, který žádný rehabilitační přístroj nedokáže napodobit. Tyto pohyby koňského hřbetu se přenáší přes pánev na trup člověka a vyvolávají pohybový vzor pánve a trupu jako při lidské chůzi. Imobilní dítě, které není schopno se samo otáčet nebo sedět, je na koni stimulačně polohováno. Toto polohování využívá různých pozic, které odrážejí jednotlivá vývojová stádia- stádium samostatných pohybů končetin, boční sed, plazení, lezení, sezení, chůze, jemná motorika.

Hippoterapie by neměla být prováděna v pozici, které ani starší klient ještě vývojově nedosáhl, poněvadž by mohlo dojít k jeho poškození. Smyslem výběru polohy je docílení aktivní formy terapie- samostatné balancování bez vnějších pomocných vlivů. Hippoterapie působí na jedince komplexně. Ovlivňuje tělesnou, psychickou, energetickou a sociální stránku člověka. Stává se pro dítě postupně hrou, na kterou se těší. Je venkovní rehabilitační aktivitou mimo nemocniční prostředí, kde klient může navázat kontakt se živým zvířetem. Pro mnohé děti se specifickými potřebami se jedná o zcela nový a nezapomenutelný zážitek. Většina dětí s DMO si ani neuvědomuje, že podstupují rehabilitaci (Müller a kol., 2014).

5.2.4.2 Canisterapie

Canisterapií rozumíme využití psa v podpůrné alternativní terapii. Pes zde napomáhá navodit vzájemný kontakt mezi dítětem a terapeutem, což vede k jeho celkovému rozvoji, stimulaci a k jeho aktivaci. Pro dítě je pes velkým motivačním činitelem a přispívá k tlumení

nežádoucích a negativistických projevů člověka, je zdrojem výchovných momentů, odpočinku a obohacení kvality života (Müller, in Müller a kol., 2014).

„Uplatňuje se jako pomocná (podpůrná) psychoterapeutická metoda při řešení různých situací, kdy jiné metody selhávají nebo je nelze použít“(Galajdová, in Müller a kol., 2014, s. 476).

Podle Nerandžice (Nerandžic, in Müller a kol., 2014) se canisterapie dá i definovat jako léčebný kontakt psa a člověka. Je prováděna ve skupině nebo individuálně. Pes je výborným společníkem, ale také výchovným prostředkem pro klienta. Canisterapie dále přispívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, napomáhá verbální a neverbální komunikaci, orientaci na ploše, zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci klienta s ostatními klienty, ale i ošetřovateli nebo rodiči. Pes je využíván jako koterapeut, je tedy prostředníkem a člověk terapeutem.

Individuální canisterapie (polohování) je vhodná zejména pro děti se zdravotním postižením. Této terapii se účastní pouze jedno dítě a je založená na přímém fyzickém kontaktu dítěte a psa. Polohovat můžeme děti na boku, vkleče, ale nejpoužívanější je polohování na zádech, kdy má klient pod kolena jednoho psa, druhého psa na pravé straně a třetí po levé straně. Velice pozitivní při této formě terapie je, že pes přenáší svoji energii a teplo na dítě a tím ho uvádí do pozitivního psychického a fyzického stavu (Müller a kol., 2014).

„Očima speciálního pedagoga si nemyslím, že děti s DMO vnímají svůj svět zcela odlišně. Např. v citové oblasti jsou mnohdy vnímavější než děti bez zdravotního handicapu. Dokáží se daleko více radovat z každodenních maličkostí (např. při mytí rukou mají obrovskou radost třeba jen z vody). Vždy je potřeba vést tyto děti s láskou a náležitou péčí, aby prostředí, ve kterém vyrůstají, bylo bezpečné a harmonizující, a aby prožívaly svůj život naplno. Domnívám se, že děti do určitého věku až tak negativně neprožívají přítomnost omezení hybnosti. Děti vnímají jako přirozený pohyb to, že např. jen loží po kolenou a nemohou chodit. Mnohem větší šrám na duši je zanechaný rodičům, především pak jejich matkám, které s dítětem tráví největší část dne“(Vlastní reflexe).

5.2.5 Další specifické terapie

5.2.5.1 Bazální stimulace

Tato metoda rehabilitace je psychologickou aktivitou, která se snaží nabídnout dětem s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální

znamená elementární základní nabídku, která se realizuje v té nejjednodušší podobě. Tedy stimulace figuruje jako nabídka podnětů všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dodatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj (Vítková, Pipeková, in Opatřilová, 2013).

Požadavek celistvosti chápeme tak, že každá oblast působí na další z následujících oblastí, teprve pak všechny vytvářejí jednotu. Všechny složky jsou ale stejně důležité, působí společně a nadřazování některé ze složek představuje zasahování do hodnotového systému. Tyto složky tvoří vnímání, sociální zkušenost, myšlení, komunikace, pocity, pohyb a tělesná zkušenost. Didaktická koncepce bazální podpory vychází z vnímání a umožňuje interakci mezi dítětem a prostředím, zajišťuje příjemné tělesné pocity, zprostředkovává zážitky těla, u těžce tělesně postižených je to nejdůležitější oblast pro učení (např. přijímání podnětů- chuťových, sluchových, čichových, dále pak smyslová vnímání - vizuální podněty, opticko-motorická koordinace apod.) (Opatřilová, 2013).

5.2.5.2 Snoezelen

Multismyslová relaxační místnost zprostředkovává dětem se zdravotním postižením prožitky „tady a teď“. Je to specificky vytvořené prostředí pro účely sensorické stimulace, relaxace a prožití osobních zkušeností, které je určeno pro jedince s nejtěžšími formami postižení. U osob s těžkým zdravotním postižením se vychází už z toho, že při vnímání a poznávání okolí jsou odkázány na primární smyslové vjemy (např. hmat, sluch) a odpovídající doprovodné pocity a pohyby. Proto tato metoda předpokládá rozvoj vnímání vázaného výlučně na tělo. Většina takto postižených jedinců není schopna verbální komunikace, není schopna nám sdělit svoje pocity, tužby a svá přání. Komunikace se tak právě většinou odehrává na úrovni řeči těla (Opatřilová, 2013).

5.2.5.3 Arteterapie

Cílem arteterapie je nejen najít a popsat to, co klienta trápí, s čím je potřeba pracovat, ale také zjistit možné závažné příčiny daného problému. Na první pohled problém nemusí být ten znatelný, mnohem důležitější problém může být skryt až uvnitř. Při diagnostickém procesu v arteterapii nedochází jen k interpretaci výtvarného projevu dítěte, ale i k tomu, jak se dítě při práci projevuje, resp. jak tuto terapii prožívá (Müller, 2014).

Jako výtvarná technika se může zvolit kresba, malba, prstové barvy nebo práce s keramickou hlinou, tekutým pískem, které jsou vhodné právě pro děti trpící DMO. Vedle procvičování jemné motoriky, dochází např. u spastiků k uvolňování spasticity. Navíc nelze opomenout i významný psychologický efekt a to, že výtvarná činnost umožňuje dítěti prožitek z vlastního úspěchu. (Jankovský, 2006).

5.2.5.4 Muzikoterapie

Je léčba pomocí hudby, respektive pomocí aktivit spojených s hudbou a zpěvem. Pracuje s verbálními i neverbálními prostředky a využívá různých zvuků, tónů, melodií, hudebních elementů. Pracuje i se zpěvem a dechovým cvičením a má značný vliv nejen na tělesný proces, ale blahodárně působí i na proces psychický (Jankovský, 2006).

Podle způsobu zapojení se muzikoterapie dělí na aktivní a receptivní. Při aktivní muzikoterapii se jedinec spíše zapojuje do terapeutické činnosti zpěvem, hrou na tělo nebo na hudební nástroj a při receptivní muzikoterapii se zaměřuje na poslechové aktivity (Müller, 2007).

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Vymezení cíle a výzkumných otázek

Hlavní cíl:

- Vymezit specifika výchovně-vzdělávacího procesu dětí s DMO v předškolním věku.

Dílčí cíle:

- Specifikovat vývojové odlišnosti dětí s DMO v předškolním věku od normy a vymezit jejich specifické potřeby.
- Specifikovat schopnosti dětí s DMO v předškolním věku, ze kterých můžeme vycházet v dalším rozvoji dítěte.
- Specifikovat aktivity využitelné v předškolním zařízení, které jsou přínosem pro rozvoj dítěte s DMO.

Výzkumné otázky:

- Jaké jsou vývojové odlišnosti dětí s DMO v předškolním věku od normy?
- Jaké jsou potřeby dětí s DMO v předškolním věku?
- Na kterých schopnostech předškolního dítěte s DMO můžeme založit jeho další rozvoj?
- Které aktivity realizovatelné v předškolním zařízení napomáhají rozvoji dítěte s DMO?

7 Výzkumný vzorek a průběh šetření

Výzkumná šetření byla provedena v mateřské škole speciální, která je součástí střední školy, základní školy a mateřské školy JISTOTA o. p. s., Tetín 1, Prostějov. Do této mateřské školy jsou přijímány děti se souběžným postižením s více vadami na základě doporučení z SPC, PPP, lékaře a žádosti rodičů. Rozhodnutí o zařazení dětí do této školy vydává ředitelka školy. Kapacita třídy je 5 dětí ve věku od 3 do 7 let. Ve třídě pracují s dětmi 2 učitelky a 1 asistentka pedagoga. Třída je vybavena účelovým zařízením pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, různými kompenzačními a relaxačními pomůckami (chodítka, fixační stojan, rehabilitační balón, bazén s kuličkami apod.). V budově je k dispozici tělocvična, smyslová místnost SNOEZELEN, biofeedback, keramická dílna a další. Škola spolupracuje s občanským sdružením LIPKA, které zajišťuje pro děti rehabilitační a logopedickou péči. Škola plní poradenskou funkci a zřizuje (poradnu pro žáky autistického spektra, výchovné poradenství, logopedickou poradnu, poradnu pro prevenci sociálně patologických jevů, služby školního psychologa). Dále škola poskytuje i zájmovou a mimoškolní činnost (školní družinu, zájmové kroužky- keramický, hudebně dramatický, chovatelský, práci s počítačem) a mimoškolní aktivity- divadelní představení Duhová kulička, solná jeskyně, hippoterapii.

Pro případové studie jsem si zvolila 3 děti s DMO v období předškolního věku z této speciální mateřské školy. Seznámila jsem se s dostupnou zdravotní a pedagogickou dokumentací, dále jsem provedla přímé pozorování dětí v předškolním zařízení i rozhovory s rodiči. Výzkumné šetření probíhalo v prvním pololetí školního roku 2015/16. Jména dětí i jejich pohlaví jsou záměrně z důvodu anonymity pozměněna. Jednotlivé rozhovory s matkami trvaly v rozmezí 45 až 60 minut. Rozhovor byl veden vždy jen s jednou osobou s ohledem na potřebné soukromí. Matky byly seznámeny s předmětem výzkumu, a byly také poučeny o tom, že pokud nebudou chtít na nějakou otázku odpovědět, tak nemusí. Nejprve vyprávěly o tom, jak se jejich dítě chová v domácím prostředí, poté jim byly položeny předem připravené otázky, na které odpovídaly.

Ve školním prostředí pak probíhalo přímé pozorování výchovně vzdělávací činnosti dětí během dne v prostředí MŠ.

8 Metody sběru dat

Pro praktickou část mé práce jsem si zvolila **kvalitativně orientovaný výzkum**, pro který je typické zejména dlouhodobé shromažďování podrobných dat v malých skupinách jedinců s cílem získat ucelený obraz viděný očima zkoumaných subjektů. Nezkoumají se tedy jevy typické pro celou populaci, ale spíše jevy specifické pro zkoumanou komunitu. Předem nejsou stanoveny základní proměnné ani hypotézy. Zkoumá se malý počet případů, zato však velmi intenzivně a do hloubky. Pracuje se slovy a texty s cílem tvořit a rozvíjet nové teorie. Mezi metody kvalitativního výzkumu patří **nestrukturované pozorování, interviu, narativní metoda a analýza produktů činnosti**. Výzkumným nástrojem je sám výzkumník, který shromažďuje a zaznamenává veškeré relevantní údaje. Záměrně vybírá vhodné jedince, kteří by mohli poskytnout potřebné informace, ve kterých výzkumník hledá určité pravidelnosti, vztahy a jejich podstatu. Kvalitativní výzkum zpravidla probíhá v určitých fázích, které jsou dopředu plánovány a zpracovány ve výzkumném projektu. Plán se však v průběhu výzkumu neustále upravuje. Při zkoumání edukační reality se nejčastěji uplatňují čtyři následující výzkumné designy (**zakotvená teorie, případová studie, etnografie a biografie**). Výzkumná zpráva bývá při kvalitativním výzkumu zpravidla rozsáhlejší a obsahuje řadu autentických výroků, citátů apod. Výzkumník píše nejen o zkoumaných osobách, ale též o sobě. Významným rysem zprávy kvalitativního výzkumu je podrobný popis postupu, kterým výzkumník dospěl k teorii. Výstupem je pak formulování nové hypotézy nebo teorie (Emanovský, 2013).

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila metodu pozorování, rozhovorů s rodiči a analýzu lékařské dokumentace. Na základě toho byly potom vytvořeny případové studie.

9 Případové studie

9.1 Případová studie č. 1

Jméno: **Martin**, nar. 3/2011

Diagnóza:

Kvadruspastická DMO, levostranná prevalence, vývoj na úrovni konce I. trimenonu, symptomatická epilepsie kompenzovaná medikací, dle MRI kortikální displazie frontálních laloků, redukce bílé hmoty v rámci VVV, genetika t. č. bez průkazu patologie, screening metabolických vad negativní.

Údaje z osobní anamnézy:

Chlapec se narodil z druhé gravidity ze strany matky v 9. měsíci, porod byl fyziologický, vážil 4, 10 kg, měřil 54cm. Ze strany otce je prvním dítětem. Při 3. měsíční prohlídce u pediatra bylo zjištěno opoždění PVM, kdy byla doporučena rehabilitace Vojtovou a Bobathovou metodou. Přibližně kolem 1. roku se začaly objevovat epileptické záchvaty. Dítě je dlouhodobě v péči pediatra, neurologa, ortopedie a klinického logopeda.

Údaje z rodinné anamnézy:

Oba rodiče mají dobrý zdravotní stav. Nejvyšší jejich dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Otec pracuje ve státní správě, matka pečuje o osobu blízkou v domácnosti. Chlapec má o 5 roků staršího nevlastního bratra, jehož zdravotní stav je bez závažných zdravotních komplikací. V nejbližším příbuzenstvu se nevyskytuje žádné závažné onemocnění. Chlapec vyrůstá v harmonické rodině, rodiče se velmi snaží jak v péči, tak i

v motivaci dítěte. Pravidelně navštěvují akce pořádané ranou péčí, kde se snaží oslovit sponzory na velmi nákladné kompenzační pomůcky.

Dítě v domácím prostředí:

Martínek nerad leží na zemi, je spokojenější v sedě v RHB židli, má tak lepší přehled a kontakt s okolím. Horní polovina těla je pasivnější než dolní, v lehu na bříšku se snaží hýbat nožkami, z břicha na záda a naopak se sám nepřetočí. Rodiče mu aktivizují motoriku nohou zavěšením do houpačky horní polovinou těla. Chlapec se v tomto zavěšení snaží aktivně odrážet nohama, dále pak i využívá vertikalizační stojan. Dokáže cíleně vyprazdňovat krabici s různými předměty, zvláště je nabírá rukou a vyhazuje přes zvýšený okraj krabice ven. Líbí se mu zvuky, otáčí se za směrem, odkud přichází sluchový nebo i zrakový podnět. Reaguje i na některé verbální pokyny, jako třeba na své jméno, jméno svého bratra nebo jejich psa. Velmi se mu líbí sledovat televizi, především pak sportovní přenosy. Dle otce reaguje i na konkrétní jména sportovců a dožaduje se spuštění sportovních pořadů, zvláště pak cyklistiku a tenis. Nebaví ho však sledovat kreslené pohádky. Rád si prohlíží fotky jejich rodiny na tabletě. Když má hlad nebo žízeň, dává to najevo svým způsobem, kdy používá různé slabiky. Musí být krmen a nosí pleny.

Dítě v předškolním zařízení:

Ve svých 3 letech začal Martínek navštěvovat na základě doporučení speciálně pedagogického centra pro mentálně postižené speciální mateřskou školu v místě svého bydliště. Velmi dobře se adaptoval. Na děti, pedagogy, rehabilitační pracovníky i logopeda se usmívá, dává tím najevo radost ze sociálního kontaktu. Líbí se mu všechny předkládané hračky a pomůcky, vše sleduje se zájmem, v prostojích je patrné, že je v očekávání, jaká hračka se objeví a co se s ní bude dít. Svou radost vyjadřuje hlasitým smíchem a pobrukováním si. Se zájmem pozoruje u pedagoga obličej a jeho gesta. S mechanickými hračkami si hraje v lehu na zádech, aktivně si pomáhá ústy, má je neustále otevřená a objevuje se i zvýšená salivace. Komunikace s Martínkem je nonverbální, rozumí však mnoha pokynům. Velmi si oblíbil klavír, kterého se zprvu bál. Když začne hrát učitelka na klavír, jeho oči a úsměv se rozzáří. S velkým zaujetím poslouchá krátké pohádky doprovázené maňásky. Ochetně přijímá předložené úkoly, které zpracovává za pomoci asistence. Je výrazně limitován motorikou. V oblasti jemné motoriky upřednostňuje pravou ruku, zrakovou činnost pak přenáší střídavě na obě strany. Při uchopování předmětů nejde palec do opozice, snaží se nabírat předměty na natažené prstíky, ťuká do tlačítek zvukových hraček. Musí být

krmen a přebalován, často však bývá zahleněný a strava se mu vrací. Ojediněle i mývá epileptické záchvaty, kdy se dostává do křečí. Standardní testové vyšetření není možné u něho provést, orientačně je jeho psychomotorický vývoj vyhodnocen pomocí vývojových hodnotících škál. Hrubá motorika se pohybuje kolem 5. měsíce, jemná motorika do 4. měsíce, sebeobsluha a osobní čistota do 4 měsíce, socializace kolem 5. m.

Záznam z pozorování dítěte během dne v mateřské škole: 5. 10. 2015

8:00

Martínka přiváží tatínek kolem 8h ranní do MŠ, ale pravidelněji ho vozívá maminka, která je dnes u lékaře. Dítě je usměvavé a už se nemůže dočkat na ostatní děti a především pak na paní asistentku, kterou si velmi oblíbil. Paní asistentka převezme dítě od tatínka a začne ho převlékat do tepláček a do ortopedických bot. Paní učitelka vede rozhovor s tatínkem, jak se měli o víkendu, co dělali, zdali je dítě v pohodě a nemělo přes víkend epileptický záchvat. Tatínek zodpoví, že se měl Martínek báječně, poněvadž o víkendu měli zrovna akci s Rannou péčí a podařilo se jim sehnat sponzora na nové polohovací křeslo v kombinaci s vertikalizačním stojanem. Poté tatínek opouští třídu, zamává na chlapce, řekne mu: „Čau chlapce“ a Martínek mu nonverbálně odpoví úsměvem a zamáváním. Poté je chlapec položen do rehabilitačního šneka a je optimálně napolohován. Naproti sebe má postavenou hrazičku, na které jsou připevněné zvukové hračky. Pravou rukou do těchto hraček plácá a přitom pozoruje ostatní děti, jak si hrají. Paní asistentka ho drží za levou ruku a povídá mu, tak co Mart'ó, jak bylo a Martínek se na ní usmívá. Před půl devátou přichází pro Martínka paní z rehabilitace a bere si ho do devíti hodin na cvičení konceptu Vojtovi metody.

9:00

Martínek se vrací z rehabilitace a připravuje se na svačinku. Paní učitelka ho posadí do polohovacího křesla povídá si s ním, jak bylo s tetami na rehabilitaci a hladí ho jemně po ručenkách, vklouzne mu svou dlaní do jeho dlaně a hraje s ním hru „Vařila myšička kašičku“. Poté plynule přechází paní učitelka k prvkům orofaciální stimulace, kdy se dotýká konečky prstů okrajů jeho čela, tváří, čelisti a pod bradou. Prsty obtahuje tyto jednotlivé linie, poté krouživými pohyby stimuluje tváře a postupuje k ústům. Chlapce nejprve hladí jemně prsty kolem úst a poté mu tuto oblast i jemně poklepává konečky prstů, poté postupuje k oblasti

brady, krku a vnější straně rtů. Nakonec se i dotýká jeho dásní a vrcholu jazyka. Tato terapie pomáhá dětem, které mají problémy s příjmem potravy a vývojem řeči. Poté následuje svačinka, kdy asistentka dá Martínkovi kolem krku bryndák a začne ho krmit. Přidrží jeho ruku se svou. Je nutné, aby dítě cítilo pocit bezpečí, a proto chlapce drží během krmení i za druhou ruku a povídá si s ním nebo ho i občas pohladí po tváři. Poté mu dá napít z hrníčku s násoskou čaje a je přebalen.

9:30

Zahajuje paní učitelka řízenou činnost ranním kruhem, kdy děti sedí na koberci dokola, jsou optimálně a pohodlně napolohovány a drží se s dopomocí asistence za ruce. Paní učitelka jim řekne básničku o malých kamarádech, kteří se mají rádi a děti se zapojí pohlazením se, úsměvem a zamáváním. Záměrem pedagoga je odbourat v dětech napětí, snažit se vnímat vlastní tělo napodobováním, reakce na své jméno a především pak posílit vzájemné kamarádství, tak aby společně mohli přistoupit ke kolektivní řízené činnosti.

Martínek se během řízené činnosti seznamuje s prvky hudební řeči. Paní učitelka si pro děti připraví hádanku zaměřenou na sluchový vjem s názvem „Kam se schoval zvoneček“. Martínek se snaží zvedat hlavu a otáčet se za směrem zvuku zvonečku na pravou i levou stranu v sedu i v lehu v poloze na bříšku. Poté si děti společně zaspívají písničku s podzimní tematikou „Měla babka čtyři jabka“. Martínek má na pravé ruce připevněné rolničky a zapojuje se hrou na tělo, kdy se snaží do rytmu písně s rolničkami zvonit. Usmívá se, pobrukuje si a je šťastný.

10:00

Pobyt venku, odpočinek. V době chladného počasí jsou děti v kočárku a relaxují, za teplého počasí chodí děti na dětské hřiště a houpají se např. v sítích.

11:30

Návrat z vycházky a poté následuje oběd. Martínek jí mixovanou stravu, nejprve se u chlapce pokoušeli pedagogové zavést pevnou stravu, ale vzhledem k tomu, že chlapec bývá často zahleněný, tak mu pevná strava bránila v polykání a chlapec se často dávil. Po obědě následuje hygiena, chlapec je s vozíčkem převezen k umývadlu, kde si omývá tvář, ruce s pomocí asistentky a čistí zoubky. Poté následuje výměna pleny a převlek do pyžámka. Zatím chlapec nedokáže v sebeobsluze spolupracovat. Následuje klidový režim, kdy dětem hraje paní učitelka krátkou pohádku s maňásky nebo ukolébavky na klavír.

13:00

Odpočinek

14:30

Probouzení, převlékání se a příprava na odchod domů

15:00

Odchod domů. Pro Martínka přichází jeho maminka, zeptá se paní učitelky, jaký měl její syn dnes den, co se mu podařilo, co mu naopak nešlo, jestli vše snědl a zda měl dnes stolicí. Poté se Martínek loučí pousmáním se a zamáváním.

Záznam rozhovoru s maminkou:

Jak jste spokojená s předškolním zařízením, které váš syn navštěvuje?

Nejprve jsem váhala, zda umístit své dítě do této speciální MŠ, kde je kapacita jen 5 dětí ve třídě. Myslela jsem si, že by tam můj syn byl smutný, ale opak byl pravdou. Hned od prvního dne si školku doslova zamiloval. Někdy mám pocit, když jedeme ráno do školky, jakoby měl vylétnout z kočárku, jak už se nemůže dočkat.

Jaký pokrok pozorujete u svého dítěte od doby nástupu do MŠ?

Martínek už na mne není tolik fixovaný, mohu si i já od něho na chvíli odpočinout a mít čas pro sebe. Mít postižené dítě znamená 24h péče v kuse, je to velmi náročné. Začíná mi zvedat hlavičku, když pase koníčky, to před tím nedokázal. Dříve sledoval spíš jen tablet, když jsem mu četla pohádky, nebavily ho. Pozorovala jsem ho jednou během výuky, kdy paní učitelka hrála pohádku a oči mu jen svítily radostí. A to je pro mne to nejdůležitější, když vidím, že je v tomto zařízení spokojený.

Vyskytuje se v tomto předškolním zařízení něco, s čím nejste spokojená?

Zatím jsem s pokojená.

Jste spokojená s pedagogy vašeho syna?

Ano

Plánujete, že by váš syn v této škole zůstal a pokračoval i na speciální základní škole?

Ano. Vzhledem k jeho závažnému zdravotnímu stavu ani jinou možnost nemám. Škola je skvělá, personál je zde velmi příjemný, ale to víte, raději bych viděla běhat své dítě mezi zdravými dětmi.

9.2 Případová studie č. 2

Jméno: **Lukáš**, nar. 8/2011

Diagnóza:

Smišená forma DMO, závažné globální opoždění PMV, porucha zrakové funkce (bilaterální kongenitální katarakta), inkontinence III. Stupně, afázie, epileptický syndrom kompenzován medikací.

Údaje z osobní anamnézy:

Chlapec z první gravidity, první porod, těhotenství fyziologické, plánované císařským řezem. Porod 38 týden, porodní váha 2800 gr. Etiologie obtíží nejsou zcela vyjasněny, dle MRI postinfekční změny. Od kojeneckého věku je v péči odborných lékařů sledován pro závažné opoždění PMV.

Údaje z rodinné anamnézy:

Oba rodiče mají dobrý zdravotní stav, jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Otec pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná, matka se vzdala své kariéry a pečuje o osobu blízkou v domácnosti. Aktivně se účastní odborných přednášek v oblasti dětské mozkové obrny a snaží se neustále pro Lukáška vyhledávat různé alternativní možnosti terapie. V nejbližším příbuzenstvu se nevyskytuje žádné závažné onemocnění. Chlapec vyrůstá v harmonické rodině. Pravidelně navštěvují akce pořádané ranou péčí. Dítě je dlouhodobě v péči pediatra, neurologa, ortopeda, klinického logopeda a očního lékaře.

Dítě v domácím prostředí:

Lukášek je podle matky velmi společenský. Matka uvádí, že je Lukášek rád na zádech nebo v pasivním sedu, velmi závisí na jeho naladění, umí se v poloze na břicho opřít o lokty a zvednout hlavičku. V pasivním sedu se snaží o oporu končetin a narovnávat hlavu, vždy ale jen velmi krátce. Má doma houpací síť a od rané péče zapůjčený závěsný systém, kde cvičí ve

speciálním stabilizačním oblečku. Velmi mu vyhovuje koncepce rehabilitace dle Bobatha. Uchopování hraček je u něho nediferenciované. Má rád tablet, který si prohlíží a hmatem rozeznává společně s maminkou. Rád poslouchá pohádky. Jeho nejoblíbenější pohádkou je „O veliké řepě“. Rozumí slovu ahoj a ano. Má rád fenku Zorku. Pravidelně jezdí v době příznivého počasí na koně. Často však bývá nemocný. Nosí pleny a musí být krměn, umí kousat a pít z hrníčku s násoskou. Občas mívá krátkodobé zahledění, kdy bývá jakoby vědomí nepřítomný. Maminka vyzorovala, že po podávání léku Rivotril býval velmi zahleněný. Nyní mu podává aminokyseliny a záchvaty údajně výrazně ustoupily.

Dítě v předškolním zařízení:

Ve svých 3 letech začal Lukášek navštěvovat na základě doporučení speciálně pedagogického centra pro mentálně postižené speciální mateřskou školu v místě svého bydliště. Zpočátku byl velmi plačtivý. Převažovala u něho nepřiměřená reakce na hlasité zvuky v podobě záškubů těla. Reaguje na své jméno pousmáním se. Svou radost projevuje pobrukováním si. Nemá rád velké množství lidí a hluk. Vzhledem ke svému závažnému zdravotnímu stavu bývá často nemocný. Po dlouhodobé absenci bývá pak velmi fixován na maminku a trvá mu delší dobu, než se opět zadaptuje. Velmi si oblíbil relaxační místnost Snozelen, kde reaguje na barevné světelné podněty, ale i masážní vodní postel. Intenzivně prožívá pozornost prostředí mateřské školy, potřebuje však hodně porozumění a lásky. Jeho řeč je nonverbální, vyjadřuje se různými neartikulovanými zvuky. Procvičuje vibraci mimického svalstva, dechová a fonační cvičení s využitím foukacích brček a větrníku. Seznamuje se s prvky alternativní a augmentativní komunikace. Velmi rád poslouchá pohádky. Při poslechu pohádek je nutné vždy, aby byl optimálně a pohodlně polohován s využitím kompenzačních pomůcek, tak aby se plně mohl soustředit na zrakové a zvukové podněty. Má rád deklamaci říkanek spojené s pohybem. Ze všeho však nejraději má hudbu, která je pro něho doslova prožitkem. Procvičuje oční pohyby pohybujících se a měnících se barev světélek, dále pak stimulačním deskami polepenými reflexními tapetami.

Hra je spíše individuální, sám neuchopí předmět, hraje si s chrastítky, které musí mít upevněny na ruce nebo s hrazdičkou. Upřednostňuje zvukové hračky. Učí se uchopovat různé předměty (hladké, hrubé, s vlasovým povrchem, velké, malé apod.). Rád pozoruje děti, když si hrají. Dělá mu velmi dobře dotyk tváře lehounkým poplácáním. Zatím příliš nerad pracuje s výtvarným materiálem, při práci se často rozpláče, velmi záleží na motivaci a vhodném doprovodu říkanek. Důležitý je u chlapce komplexní, citlivý a tolerantní přístup.

Záznam z pozorování dítěte během dne v mateřské škole: 6. 10. 2015

9:30

Maminka přivádí Lukáška do školky, omlouvá se, že pozdě vstávali, ale zrovna byl dnes úplněk a chlapec špatně celou noc spal. Podala jsem Lukáškově aminokyseliny a měl by být po nich klidnější. Paní učitelka se zeptá- zda-li Lukášek bude spát po obědě anebo půjde domů, maminka odpoví, že se pro Lukáška po obědě zastaví. Poté je Lukášek převlečený do tepláček a položený na koberec, kde je optimálně zapoložovaný. Paní učitelka zahajuje řízenou činnost tradičním ranním kruhem a poté následuje výtvarná činnost pod názvem „Překvapení z naší zahrádky“. Dětem připraví do košíku jablíčka- pomocí hmatu Lukášek rozpoznává, že jablko je kulaté. Paní učitelka dětem vysvětluje, že může být červené, žluté anebo zelené. Poté jablíčka rozpůlí a Lukášek k jablíčku přivoní a současně ho i rozmačkané ochutná. Prstovými barvami natírá za pomoci asistence tohle rozpůlené jablíčko, které potom obtiskne na papír za doprovodu dětské říkanky o červeném jablíčku. Lukáška je nutné neustále motivovat a povzbuzovat např. říkankami.

10:20

Měl by následovat pravidelný pobyt venku, ale z důvodu nepříznivého deštivého počasí rozhodne paní učitelka, že dnes děti půjdou relaxovat do smyslové místnosti Snozelenu. V dětech tato místnost vzbuzuje pocit uvolnění a klidu. Lukášek leží na bříšku na vodní posteli, která mu jemně jeho tělo masíruje a v přítomí přitom pozoruje světelné efekty na panelu, který mění barvy. Lukášek se usmívá a cítí se příjemně.

11:30

Návrat do třídy ze Snozelenu a poté následuje oběd. Lukášek musí být krmen, na rozdíl od Martínka jí pevnou stravu, ale po malinkých soustech. Lukášek bývá při jídle velmi plačtivý, proto je nezbytně nutné ho držet za ruku a hladit ho, tak aby cítil pocit bezpečí. Po obědě následuje hygiena, chlapec je s vozičkem převezen k umývadlu, kde si omývá tvář, ruce s pomocí asistentky a čistí zoubky. Poté následuje výměna pleny a příprava na odchod domů. Před odchodem si ještě poslechne s ostatními dětmi svou nejoblíbenější pohádku „O velké řepě“.

13:00

Během odchodu domů se maminka ptá, zdali vše Lukášek snědl, jestli neměl záchvat a co jsme dnes s Lukáškem tvořili.

Záznam rozhovoru s maminkou:**Jak jste spokojená s předškolním zařízením, které váš syn navštěvuje?**

Lukášek chodí do školky moc rád, jen často bývá nemocný. Jsem ráda, že je zde jen 5 dětí a paní učitelky tak alespoň mají víc prostoru na to se mému synovi věnovat. Jsem ráda, že jezdí pravidelně na hippoterapii, chodí do solné jeskyně.

Jaký pokrok pozorujete u svého dítěte od doby nástupu do MŠ?

Paní učitelky naučily Lukáška jíst polévky, doma jsem se snažila, ale Lukášek prostě nechtěl. Podařilo se jim i odbourat nepřiměřené reakce ze strachu. Pozoruji na něm, že se v poloze na břiše začíná zvedat o opřené ruce. Na svém dítěti vidím, že zde chodí rád.

Vyskytuje se v tomto předškolním zařízení něco, s čím nejste spokojená?

Ne

Jste spokojená s pedagogy vašeho syna?

Ano

Plánujete, že by váš syn v této škole zůstal a pokračoval i na speciální základní škole?

Ano. Se školou jsme s manželem velmi spokojeni.

9.3 Případová studie č. 3

Jméno: **David**, nar. 2/2011

Diagnóza:

Triparetická forma DMO, postižení DKK a méně LHK, nerovnoměrný vývoj, motorické předpoklady v pásmu podprůměru, mentální mírné opoždění. Relativně nejrozvinutější je oblast řeči.

Údaje z osobní anamnézy:

Chlapec je z druhé gravidity, druhý porod, těhotenství fyziologické do 24. týdne, došlo k předčasnému odtoku plodové vody, porod byl urgentní pro abrupci placenty ve 26. týdnu, porodní hmotnost byla 1090kg, syndrom dechové tísně, surfaktant, intubace, UPV, dále rozvoj makrocystické formy periventrikulární leukomalacie oboustranný, dále hyperbilirubinémie z nezralosti, anémie novorozence.

Po narození nastaly komplikace. Psychomotorický vývoj se odmala zpožďoval, matka si všimla třesu končetin a stáčení nožiček. Po 1. roce byla u Davídka diagnostikována DMO-triparéza DKK a částečně LHK. Po stránce kognitivní se vývoj tolik nezpožďoval, první slůvko matka zaznamenala kolem 1. roku. Chlapec postupně začal být velmi komunikativní, což ovlivnila častá interakce s o rok starší sestrou. Rehabilitace však u něho probíhala nepravidelně, matka řešila rodinné konflikty, které vyústily v rozpad rodiny. Dítě je dlouhodobě v péči pediatra, neurologa a ortopeda.

Údaje z rodinné anamnézy:

Oba rodiče mají dobrý zdravotní stav, jejich nejvyšší dosažené vzdělání je výuční list. Rodiče se po narození Davídka rozešli. Dle výpovědi matky byl otec velmi žárlivý a předčasný porod podle ní vyvolala právě žárlivá hádka. V současnosti společně rodiče nežijí a na společné výchově obou dětí se podílí nový přítel maminky, kterého Davídek oslovuje „stlejšdo“. Otec o své děti, dle výpovědi, zájem neprojevuje. Matka si hledá zaměstnání, přítel pracuje. Otec nepravidelně posílá peníze na alimenty. V nejbližším příbuzenstvu se nevyskytuje žádné závažné onemocnění.

Dítě v domácím prostředí:

Davídek se těžko odpoutává od matky, dle její výpovědi tvrdí, že když je s ním u lékaře nebo v prostředí MŠ, začne velmi plakat, je agresivní a maminku chce pro sebe, bojí se, že se mu ztratí. V domácím prostředí si ale mámy vůbec nevšímá a prioritou je pro něho jeho o rok starší setra a přítel matky. V oblasti motoriky, dle slov matky, sedí s oporou o ruce, což vydrží krátce, potom padá přes bok na záda. Převažuje spíše hypotonické držení těla se zjevně oslabenými dolními končetinami. V posteli s oporou se doma přitáhne o tyčky do sedu i do stoje, zkouší pérovat na nohách. Je rád v chodítku, kdy se opírá o nohy přes paty, bez chodítka však našlapuje přes špičky. Ruce má celkem přiměřeně uvolněné. Střídá pravou i levou ruku, dominantní je však u něho pravá lateralita. Staví si věž ze 3 kostek, rád vkládá tvary a kreslí obsažné čáranice. Nejraději kreslí jejich pejska Bena. Preferuje tmavé pastelky a voskovky, které zanechávají stopu. V oblasti sebeobsluhy se dokáže sám najíst lžící a pije z hrnku s násoskou, nosí pleny a výjimečně si sám řekne, že chce jít na nočník. Rád poslouchá pohádky, které mu čte jeho máma. Za problém ve své výchově však považuje matka jeho babičku, její biologickou matku. Máma se snaží být k dítěti důsledná a brát ho stejně jako zdravou jeho sestřičku, ale babička si kompenzuje ztrátu svého syna, který jí v období batolete zemřel a snaží se Davídka spíš víc rozmazlovat a veškeré zákazy matky povolovat.

Dítě v předškolním zařízení:

Davídek nastoupil do speciální MŠ ve 3 letech, velmi rychle se zadaptoval. Pravidelně jezdí s vozem s ostatními dětmi, které nevedí rodiče do školy. Bývá usměvavý a v dobré náladě. Je však pro něho velmi důležité podpůrné a bezpečné prostředí. Nemá rád krátké odloučení od dětí, kdy se chodí rehabilitovat s fyzioterapeutem nebo si povídat s logopedem, vždy se rozpláče. Je zvědavý a do jednotlivých činností se pouští s velkou chutí. Nerad se ale podřizuje, začne trucovat a zatím nevydrží příliš dlouho u jedné činnosti. Postupně se seznamuje se základními pravidly chování ve skupině ostatních dětí a dospělých, zatím odmítá pozdravit, a když hodí hračku po kamarádovi, tak se i omluvit. Sedí v polohovacím křesle kvůli stabilitě, rád si hraje s legem a autíčky. Na koberci pak rád staví ohraničení prostoru kolem zvířátek nebo autíček. Velmi má oblíbený tekutý písek, který má pro něho terapeutický účinek. Je veden k hravému zacházení s výtvarným materiálem a citového prožitku z díla. Jeho kresba je na úrovni obsažného čmárání, kdy popisuje, co maluje. Barvy pozná jen za podmínky, že mu dospělý napoví první slabiku barvy. Vždy je nutné Davídka povzbuzovat a chválit. Je neustále stimulován k pohybu, procvičuje stoj nohou s oporou, chůzi v chodítku, pravidelně chodí na rehabilitaci ve školním zařízení. Jeho pohyb je koordinován s pohybem očí. Zatím nosí pleny a o potřebu jít na nočník si řekne jen, když má chuť na sladkost, jinak zapomíná. Jí a pije sám. Komunikace je u Davídka verbální, pasivně si rozšiřuje slovní zásobu např. poslechem pohádek. Často mluví v ženském rodě, kdy napodobuje svoji sestru. Když mu dospělý napovídá, dokáže říci už i jednoduchou básničku, zpívat zatím nedokáže, pouze otevírá ústa. Aktuální intelektový výkon spadá do pásma lehké mentální retardace. Jednotlivé složky jsou nerovnoměrně rozloženy.

Záznam z pozorování dítěte během dne v mateřské škole: 7. 10. 2015

8:00

Davídek přijíždí do MŠ školním vozem. Paní asistentka převlékne chlapce do tepláků a ortopedických bot. Chlapec se začne ptát, kdy už bude svačit. Paní učitelka si prohlíží deníček, prostřednictvím kterého pravidelně komunikuje s maminkou. Chlapec je velmi komunikativní a začne vyprávět, co včera prožil se svojí sestřičkou. Po kolínkách si doleze do kuličkového bazénu, ve kterém si začne hrát s kuličkami. Přistoupí k němu paní učitelka a

zeptá se ho, jakou má barvu tato kulička, Davídek si vymýšlí. Paní učitelka mu napoví „če“ a Davídek doplní červená, paní učitelka dodá ano červená jako jablíčko, poté mu napoví „žlu“, odpoví žlutá a paní učitelka dodá ano žlutá jako sluníčko. Poté se otevřou dveře a dovnitř vstoupí rehabilitační setra, Davídek začne plakat a nikam nechce jít. Paní učitelka k němu přistoupí, zahraje mu krátkou scénku s medvídkem a chlapec přistoupí na to, že půjde tedy s tetou a medvídek cvičit.

9:00

Davídek se vrací z rehabilitace a připravuje se na svačinku. Nejprve jde s paní asistentkou si umýt ruce a poté je posazen do polohovacího křesla. V židličece vydrží sedět, ale stabilitu udrží jen krátce, poté začne sjíždět. Davídek je velmi šikovný umí jíst a pít sám. Během svačinky se ptá paní učitelky, co má pro něho dnes připravené. Paní učitelka mu odpoví, že jim dnes bude hrát pohádku „O perníkové chaloupce“. Paní učitelka zvolila tuto pohádku záměrně kvůli Davídkovi, poněvadž poslední dobou si jí maminka stěžuje, že chlapec jí odmlouvá a nechce s mámou spolupracovat.

9:30

Paní učitelka zahajuje řízenou činnost ranním kruhem a poté děti seznámí s dnešním programem. Zazvoní kouzelným zvonečkem, přitom pozoruje reakci dětí na zvuk a začne hrát pohádku s maňásky i divadelními kulisami. Davídek je malinko netrpělivý a paní učitelce občas skáče do řeči. Paní učitelka se prostřednictvím pohádky snaží dětem vysvětlit, jak důležité je poslouchat maminku s tatínkem, co vše se jim může stát, pokud rodiče neposlouchají. Poté má pro Davídka připravené obrázky, které má chronologicky seřadit. Davídek potřebuje pomoci. Poté si pro upevnění zážitku společně vybarví obrázek s perníkovou chaloupkou.

10:00

Pobyť venku, odpočinek.

11:30

Návrat z vycházky a poté následuje oběd. Davídek drží v pravé ruce lžici a jí i pije samostatně. Poté stojí u umývadla s oporou, myje si pusku a ruce po jídle, čistí si zoubky a jde na nočník. Následuje klidový režim, kdy dětem hraje paní učitelka ukolébavky.

13:00

Odpočinek. Nejprve Davídek vyrušuje ostatní děti, na třetí napomenutí potom usne.

14:30

Probouzení, převlékání se a příprava na odchod domů

15:00

Odjezd domů.

Záznam rozhovoru s maminkou:

Jak jste spokojená s předškolním zařízením, které váš syn navštěvuje?

Mateřská škola se mi pro Davidka líbí, že se mu paní učitelky věnují, pravidelně navštěvuje zde i rehabilitaci a logopedii, co však postrádám, jsou pro Davidka kamarádi na jeho komunikační úrovni. Davídek je ve třídě jediný, který mluví.

Jaký pokrok pozorujete u svého dítěte od doby nástupu do MŠ?

Doma si neříkal o vykonání potřeby, ve školce začal k tomu být pravidelně veden, proto už si občas i doma řekne. Vždycky mi vypráví, jak přijede z MŠ domů, co všechno dělali.

Vyskytuje se v tomto předškolním zařízení něco, s čím nejste spokojená?

Zatím jsem s pokojem, kromě toho, co jsem uvedla. Ale Snad časem nastoupí dítě, které bude mluvit.

Jste spokojená s pedagogy vašeho syna?

Ano

Plánujete, že by váš syn v této škole zůstal a pokračoval i na speciální základní škole?

Ne, chtěla bych, aby byl integrován do běžné základní školy.

10 Diskuze

V této části bych chtěla porovnat poznatky, ke kterým jsem dospěla během výzkumného šetření, odpovědět na stanovené výzkumné otázky a vyjádřit se k daným výzkumným cílům.

Výzkumné otázky:

1) Jaké jsou vývojové odlišnosti dětí s DMO v předškolním věku od normy?

Předškolní období zahrnuje z hlediska vývoje dítěte širokou škálu změn, ať už fyzických, psychických nebo i sociálních. Je obdobím her, rozvoje řeči, zdokonalování pohybové koordinace, kognitivních schopností apod. Je ale zřejmé, že u dětí s DMO v důsledku organického poškození mozku nastávají zásadní odlišnosti než u dětí intaktních. Ve svém vývoji se opožďují ve všech nebo jen některých vývojových složkách. Mezi jejich typické potíže patří výrazné opožďení v motorickém vývoji a narušení komunikační schopnosti.

Oblasti vývojových odlišností:

- **Hrubá motorika**

NORMA: U těchto dětí se rozvíjí pohybová obratnost, kdy ve 4-5 letech zvládají běh, seběhnou ze schodů, lezou po žebříku, seskočí z lavičky, dovedou stát na jedné noze, jezdí na tříkolce, hází míčem apod. (Opatřilová., 2013).

DÍTĚ S DMO: Martínek a Lukášek musí být z důvodu imobility pravidelně polohováni na polohovacím křesle v kombinaci s vertikalizačním stojanem a na antidekubitní podložce. Davídek se pohybuje pomocí chodítka nebo loží po kolenou. Všichni chlapci musí pravidelně

rehabilitovat dle Bobathova nebo Vojtova konceptu. Je nutná jejich pravidelnost, což je velmi náročné jak pro děti, tak i rodiče, kteří s dětmi musí pravidelně doma cvičit.

- **Jemná motorika**

NORMA: Děti začínají projevovat zájem o různé nástroje a učí se s nimi manipulovat. Kolem 4 roku se vyhraňuje laterální dominancia, kdy se dominantní ruka uplatňuje především ve složitějších úkonech. Staví brány z kostek, později i schody, provlékají korálky, učí se zavazovat tkaničku, kreslí, pracují s nůžkami atd. (Opatřilová., 2013).

DÍTĚ S DMO: U Martínka a Lukáška je nutné vést jeho ruku. Oba chlapci používají speciální voskovku pro spastiky. Davídek nepotřebuje u výtvarných a pracovních činností asistenci. Všichni tři chlapci mají nejraději tekutý písek, který má pro ně blahodárný terapeutický účinek. I v rámci stravování se zaměřuje pedagog u Martínka a Lukáška na to, aby jim byla vedena horní končetina, ve které upřednostňují svou méně narušenou horní končetinu.

- **Hra**

NORMA: Děti rády někoho napodobují, objevuje se symbolická hra „jen jako“, postupně potřebují více prostoru a pohybu, vyhledávají kamarády, s kterými si mohou hrát. Hra je motivovaná potřebami vývoje (Bednářová., 2011).

DÍTĚ S DMO: U Martínka a Lukáška převažuje hra individuální, kdy rozvíjejí pozornost zejména o zvukové a světelné hračky umístěné na hrazdičce. Davídek si hraje stejně jako děti intaktní - s autíčky, občas si staví kostky nebo zatlouká kolíky. Začíná setrvávat přiměřený čas u jedné hry nebo činnosti. Je zvědavý a má chuť experimentovat s hračkami.

- **Rozvoj řeči**

NORMA: Cokoli, co se děje v jiných oblastech vývoje, zároveň podporuje, ovlivňuje rozvoj řeči. Děti se začínají ve 3 letech na vše ptát „proč“, řeknou svoje jméno, pojmenují běžné věci na obrázku, tvoří nadřazené pojmy, recitují krátké básničky apod. (Bednářová., 2011).

DÍTĚ S DMO: Martínek s Lukáškem komunikují nonverbálně, tedy mimikou a gesty. Seznamují se s prvky alternativní a augmentativní komunikace např. metodou VOKS. U Davídky není narušena verbální komunikace, proto v jeho systému výuky postupuje pedagog jako u dětí intaktních v běžné mateřské škole.

- **Vnímání**

NORMA: V tomto období je dítě hodně zvědavé, všímá si detailů a rádo se směje. Mezi pátým a šestým rokem už dítě pozná skoro všechny barvy, rozezná barevné odstíny. Sluchové vnímání se zdokonaluje. Dítě dokáže více rozlišit zvuky, které k němu doléhají a snaží se je napodobit. Při vnímání prostoru ještě nedokáže odhadnout vzdálenost, i dny a hodiny se dítěti zdají delší než dospělému.

DÍTĚ S DMO: U Martínka a Lukáška jsou z důvodu těžké mentální retardace používány pro rozvoj vnímání všechny druhy dostupné bazální stimulace, které jsou jim příjemné a zprostředkovávají jim zážitky těla. Zaměřují se na všechny smysly svého těla (chuťové, sluchové, čichové, zrakové i hmatové) formou hry (např. Hrnečku vař, kdy děti hmatem i zrakem rozeznávají v nádobě třeba studenou a teplou vodu, čočku, fazolu nebo mají třeba různé ovoce v hrnečku a pomocí chutí i vůní rozeznávají, jaký druh ovoce právě v něm mají.) Významný je pak pro děti Snoezelen, kdy v této multimyslové místnosti např. Lukášek s Martínkem leží na vodní posteli, která jim jemnými vibracemi masíruje jejich těla, přitom poslouchají relaxační hudbu a dívají se na pohybující se barevná světélka. Davídek bývá velmi rád u panelu s bublinkami, kde si pomocí tlačítek mění sám barvy bublinek.

2) Jaké jsou potřeby dětí s DMO v předškolním věku?

Předškolní vzdělávání se maximálně přizpůsobuje vývojovým fyziologickým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám dětí této věkové skupiny (RVP., 2004).

Na zodpovězení této otázky budu vycházet z Maslowy pyramidy potřeb:

- **Fyziologické potřeby**

Martínek s Lukášekem během dne musí být krmeni. Často bývají zahleněni a trpí zvýšenou salivací. Proto někdy začnou i plakat během stravování, protože jim hleny znesnadňují přijmout potravu nebo tekutinu. Jejich pokrm musí být předem rozmačkaný. I přesto, že mají zuby, tak je nedokáží používat. Davídek se stravuje samostatně bez pomoci. Martínek s Lukáškem nosí pleny a Davídek chodí na nočník. Během každodenních aktivit, kterým se děti v MŠ věnují, se počítá se zvýšenou unavitelností a snížením pracovního tempa. Proto musí tyto děti poměrně často relaxovat a odpočívat.

- **Potřeba bezpečí**

Pravidelnější docházkou si děti upevňují větší pocit bezpečí a jistoty v prostředí MŠ. Martínek i Davídek se poměrně rychle adaptovali, možná to i pramení z toho, že doma oba

tito chlapci mají sourozence a jsou tak zvyklí mít vedle sebe druhé dítě. Lukášek je jedináček, proto odloučení od maminky bylo zpočátku velmi plačtivé. Postupně i u Lukáška začaly ustupovat nepřiměřené reakce lekáním se. Prostředí MŠ je v současnosti pro děti místem, kam rády chodí.

- **Společenské potřeby**

Každý den zahajuje třídní učitelka řízenou činnost ranním kruhem, kdy se děti společně pozdraví, vzájemně se pohladí a popřejí si pěkný den. Záměrem pedagoga je odbourat v dětech napětí a posílit vzájemné kamarádství a potřebu někam patřit.

- **Potřeba uznání**

Každé dítě by mělo zažívat pocit, že je potřebné a uznávané. Za nezbytně nutné je pak děti často chválit a motivovat k jejich dalším krokům. Vždy je potřeba vést tyto děti s láskou a náležitou péčí. Jako příklad mohu uvést Martínka, který se během řízené činnosti seznamoval s prvky hudební řeči, kdy se snažil zvedat a otáčet hlavu za směrem zvuku zvonečku na pravou i levou stranu. Byl tak velmi pochválen za svou snaživost.

- **Potřeba seberealizace**

Pro naplnění potřeby seberealizace dítěte s DMO by se měl pedagog i rodič snažit dítěti nabízet činnosti, které mu budou příjemné, a které budou podporovat jeho zvědavost. Jako příklad mohu uvést Lukáška, který se seznamoval s jablíčkem nejprve hmatem, pak čichem a nakonec rozpůlené jablko natřel prstovou barvou s pomocí asistence a poté obtiskl. Ze své tvořivosti měl velikou radost, jeho tvořivost byla naplněna.

Abychom však zjistili skutečné potřeby dětí s DMO, museli bychom si na chvíli zkusit žít v jejich těle. Můžeme se jen domnívat, jak co nejlépe se snažit těmto dětem pomoci.

V rámci zamyšlení se nad potřebami dětí jsme si uvědomili důležitost otázky potřeb jejich rodičů. Tato problematika nebyla předmětem našeho výzkumného šetření a bereme ji proto jako možnou inspiraci k dalším výzkumným aktivitám. Východiskem by nám mohl být výzkum, který zmiňuje Kučová (2012). Autorka stanovila 9 oblastí, které souvisí s potřebami rodičů. Opírá se o potřeby podpory zdraví, podpory okolí, kladných rodinných vztahů, služeb, komunikace a informace, management nemoci, financí, časového managementu a adaptace

rodiny. Dochází k závěru, že je zapotřebí poskytovat individuální péči nejen zaměřenou na potřeby dětí s postižením, ale i potřeby rodičů těchto dětí.

3) Na kterých schopnostech předškolního dítěte s DMO můžeme založit jeho další rozvoj?

Z chování dětí snadno poznáme, zda-li jsou jim jednotlivé činnosti a aktivity příjemné anebo právě naopak, jejich úsměv je pak pro nás kladnou zpětnou vazbou. U Martínka a Lukáška můžeme jejich další rozvoj stavět na jednotlivých smyslech. Oba chlapci jsou velmi vnímaví. Je radost je pozorovat, když začne hrát učitelka na klavír, jejich oči a úsměv se rozzáří, aktivně spolupracují hrou na tělo (tleskáním, plácáním), ale i hrou na Orffovy nástroje. S velkým zaujetím poslouchají také pohádky doprovázené maňásky. Dotyk je pro oba chlapce komunikačním, ale i terapeutickým prostředkem. Prostřednictvím ranního kruhu si upevňují kamarádské vztahy, současně se i naplňuje emocionální složka v dětech. Hmatem se seznamují s různými tvary, tak jako např. Lukášek rozpoznal, že jablko je kulaté a po jeho rozpůlení k němu i přivoněl a poté ho ochutnal. Z druhé poloviny jablka pak dokonce i tvořil obtisky, kde si sám vybral z palety barev a jeho tvůrčí schopnost byla doprovázena dětskými říkankami. Bazální stimulace tak dětem poskytuje nejen poznatek o světě, ale i zážitek z vlastního těla. Je zapotřebí s dětmi využívat také prvky orofaciální stimulace, která pomáhá při poruchách příjmu potravy, stimuluje tváře a ústa i jazyk. U obou dvou chlapců se do budoucna můžeme **zaměřit na rozvíjení jemné a hrubé motoriky a procvičování všech smyslů a jejich zapojení do činnosti**

U Davídka se liší priority dalšího rozvoje. V oblasti komunikace je věkově srovnatelný s dětmi intaktními, reaguje na otázku (kdo to je, často se ptá proč, používá správné slovesné tvary, plete si však pohlaví a vyskytují se u něho jen některé dyslálie např. R zaměňuje za L). Jeho kresba je na úrovni obsažného čmárání, kdy popisuje, co maluje. Barvy pozná jen za podmínky, že mu dospělý napoví první slabiku barvy. Postaví věž ze 3 kostek, otevírá krabičku, vkládá tvary. V kognitivní oblasti přiřadí chronologicky obrázky podle posloupnosti pohádky. Dokáže se samostatně najíst i napít, o vykonání potřeby si však řekne, jen když se mu chce. Bývá usměvavý a v dobré náladě. Je však pro něho velmi důležité podpůrné a bezpečné prostředí. Nerad se ale podřizuje, začne trucovat a zatím nevydrží příliš dlouho u jedné činnosti. Nemá rád krátké odloučení od dětí. Lozí po kolínkách a pravidelně trénuje chůzi v chodítku. U Davídka se můžeme **zaměřit na rozvíjení hrubé a jemné motoriky a**

procvičování řeči, zrakového a sluchového vnímání, hru, základní matematické představy a sebeobsluhu.

4) Které aktivity realizované v předškolním zařízení napomáhají rozvoji dítěte s DMO

- **Ranní kruh**

jako aktivita plnohodnotné socializace, kdy se děti společně chytí za ruce a popřejí si pěkný den. Tím se uvolňuje v dětech napětí a společně pak mohou přistoupit k dalším činnostem dne.

- **Snoezelen**

Multismyslová místnost, kde děti s DMO reagují na barevné světelné podněty, relaxují a současně jim i vodní postel masíruje jednotlivé části těla.

- **Hippoterapie-**

Fyzioterapeutická metoda, která využívá jako pomůcku k rehabilitaci trojrozměrný pohyb hřbetu koně. Většina dětí s DMO si ani neuvědomuje, že podstupují rehabilitaci. Navíc kůň je i kamarádem dítěte. Děti cítí teplo jeho srsti, tlukot srdce.

- **Canisterapie**

Tato terapie přispívá k rozvoji jemné i hrubé motoriky, dále napomáhá komunikaci, orientaci na ploše, zlepšuje interakci dítěte s ostatními dětmi, ale i terapeutem. Pes je využíván jako koterapeut, je tedy prostředníkem.

- **Pohybové aktivity**

Pohybové aktivity v rámci režimu dne v MŠ jsou plánovány s ohledem na stanovený cíl (všestranný rozvoj dítěte) a s přihlédnutím k individuálním možnostem každého z dětí. Jsme tak ve shodě s Ješinou (rok), který v této souvislosti upozorňuje na možnosti využití aplikovaných pohybových aktivit.

- **Hra**

Vytvářet kamarádké prostředí při hře, podněcuje zájem dětí o hračku, zvědavost a chuť experimentovat.

- **Tekutý písek**

Hra s tímto pískem působí na děti velmi terapeuticky. Písek je příjemný na dotek, měkký a hebký. Umožňuje dětem zdokonalovat jejich jemnou motoriku. Navíc děti velmi rády tvoří s pískem v kolektivu ostatních dětí.

- **Duhová kulička**

Pravidelná návštěva divadelního představení- kulturně společenská akce, prožitek z divadelního představení.

- **Využití videoher (podpůrná metoda do budoucna)**

Dupalová (2013) uvádí, že v posledních letech se zvyšuje popularita aktivních videoher, jako jsou např. Kinect Xbox 360, Nintendo Wii, Sony Eye Toy apod., které pro ovládnání hry vyžadují vlastní pohyb uživatele. Tyto systémy pracují na principech těla pomocí speciálních senzorů, které využívají kamery, tlaková čidla i akcelerometry. Aktivní videohry jako vhodný doplňkový terapeutický prostředek jsou používány s cílem zvýšení celkové úrovně pohybové aktivity, zlepšení koordinace, rovnováhy, zvýšení síly a zlepšení provádění cílených pohybů zejména pak horní končetinou. Napomáhají při obnově motorických funkcí a snížení disaptibility. Využívají se postupy neurorehabilitace s cílem aktivovat „spící neurony“, které mohou částečně nahrazovat poškozené spoje. Tyto aktivní videoherní systémy nejsou náhradou tradiční pohybové léčby, ale mohou být vhodným doplňkem konvenční pohybové terapie. Vzhledem k tomu, že se však jedná o relativně novou technologii, jsou nutné ještě další výzkumy.

Hlavní cíl:

Vymežit specifika výchovně – vzdělávacího procesu:

Největší důraz u dětí s DMO by měl být kladen na rozvoj **hrubé motoriky**. Děti by měly mít radost z pohybu a pedagog by měl děti do výchovně vzdělávacího procesu co nejvíce zapojovat formou hry

- Psychomotorické cviky- pravidelné polohování a uvolňování spazmů končetin.
- Cvičení dle pokynů rehabilitačního pracovníka s využitím kompenzačních pomůcek např, rehabilitační míč, chodítko, vertikalizační stojan apod.
- Procvičovat správné držení hlavy při sedu na polohovacím křesle, leh na břiše a postupné zvedání a otáčení hlavy za zvukem, reflexivní plazivé pohyby apod.
- Koordinace a orientace pohybů těla a očí.
- Masírování všech částí těla různými druhy materiálů - svalová relaxace navozená míčkováním.

Rozvojem a podporou hybnosti a možností propojení psychické a fyzické stránky člověka se zabývá také psychomotorika. Jak uvádí Hátlová (2015), **psychomotorika** jako pedagogický směr vychází z holistického pojetí člověka. Je založena na úzkém spojení mezi psychikou, čili duševními procesy a motorikou, neboli procesy tělesnými, na jejich souvislostech, návaznosti i prolínání. Propojení tělesného a psychického se využívá v pedagogickém procesu se snahou pomoci pohybu pozitivně ovlivňovat osobnost člověka a zprostředkovávat člověku vztah ke světu po celý život.

Hojně by měly být u dětí s DMO využívány arteterapeutické metody práce, kdy se rozvíjí nejen **jemná motorika**, ale i estetické cítění a především pak radost z tvořivosti.

- Práce s prstovými barvami a dlaňovými pastelkami.
- Nutné je spojování jemné motoriky s rytmizací jednoduchých říkanek a písniček.
- Hmatem se seznamovat s různými povrchy materiálu např. (hrubý, měkký), tvary (kulatý, hranatý), vlastnostmi materiálu (např. voda- teplá, studená).
- Práce s tekutým pískem – obtisky dlaní.
- Zrakové, ale i zvukové předměty zavěšené na stimulačních deskách, hmatové knížky, Ligh Box a podobně.

Také **oblast komunikace** je velmi důležitá. Ukázat dítěti cestu, jak se dorozumět s okolím – ať už verbálně nebo nonverbálně.

- Procvičování orgánů souvisejících s mluvením (jazyk, rty, dásně)

- Stimulace jemné motoriky mluvidel, orofaciální oblasti, hybnosti jazyka, koordinace mluvidel.
- Dechová a fonační cvičení (brčka, frkačky, foukadla, bublifuk, větrník).
- Zahájení elementární funkční komunikace - nahrazení mluvené řeči alternativními a augmentativními metodami např. VOKS.
- Především pak neustále navozovat situace podněcující ke komunikaci.
- Snažit se navázat oční dialog.
- Reagovat na mluvené slovo, na zmizení obličeje.

Děti nejvíce oblíbené jsou pak **hudební a literární činnosti:**

- Metody receptivní (poslechové) muzikoterapie- poslech dětských písní z CD nebo zpívaných učitelkou a hrané na klavír, hra na Orffové nástroje apod.
- Seznámení se zvukovými a výrazovými vlastnostmi některých částí těla a věcí ve třídě jako např. gesta, tleskání nebo smích, pláč a křik.
- Rozvíjet rytmický projev boucháním do bubínku, nestydět se vyjadřovat city pohybem.
- Vyjadřování různých pocitů a nálad pohybem na základě poslechu hudby.
- Zkoumání zvukových vlastností věcí kolem sebe, rozlišení zvuku a odkud přichází.
- Dětská říkadla spojená s pohybem.

Závěr

V závěru mé práce bych chtěla shrnout poznatky, ke kterým jsem v průběhu pozorování došla. Práce s dítětem s postižením je fyzicky i psychicky velmi náročná. Všechny děti jsou jedinečné a nezaměnitelné. Ke každému dítěti s DMO je nezbytné přistupovat individuálně, a především pak velmi trpělivě. Je třeba si uvědomit, že tyto děti budou mít před sebou mnohem těžší životní cestu. Speciální pedagog by měl mít nejenom patřičné vzdělání a odborné znalosti v oblasti speciální pedagogiky, ale především pak mít touhu proniknout do duše každého dítěte a naplnit tak jeho přání a potřeby. Smyslem jeho práce by měl být všestranný harmonický rozvoj každého dítěte. K tomu je i zapotřebí důvěra ze strany rodičů prostřednictvím pravidelné konzultace a snaze postupovat společně stejnými kroky.

Cílem mé práce bylo vstoupit do života 3 dětí s DMO a podrobněji se zaměřit na jejich specifika předškolního vzdělávání. Všichni 3 chlapci vyrůstají v harmonické rodině. Jejich rodiče se velmi snaží jak v péči, tak i v motivaci vlastního dítěte. U dvou chlapců dosud není známá příčina DMO, u třetího chlapce došlo k DMO následkem předčasného porodu. Chlapci pravidelně musí rehabilitovat doma i ve škole. Mateřskou školu navštěvují rádi, jen v případě

Davidka je na škodu, že nemá k sobě kamaráda, který komunikuje verbálně stejně jako on. Domnívám se, že příznivé emoce jsou i na straně rodičů. Děti mají během dne pestrý program, který je zaměřen na prožitkové učení s důrazem na specifické potřeby dětí a zdravý životní styl. Požadavky na děti jsou kladené v souladu s jejich mentální úrovní, druhem, stupněm a trváním poruchy při respektování individuality každého dítěte. Třídní učitel se u nich zaměřuje především na rozvoj motoriky, procvičování všech smyslů a na hygienické i stravovací návyky formou hry. Hlavní důraz je kladen na rehabilitační, logopedickou péči, kompenzaci zdravotního postižení a hledání vhodných komunikačních cest. Jednotlivé aktivity vždy spojuje pedagog s jednoduchými říkankami nebo písničkami. Každý den zahajuje třídní učitelka řízenou činností ranním kruhem, kdy se děti společně pozdraví, vzájemně se pohládí a popřejí si pěkný den. Záměrem pedagoga je odbourat v dětech napětí a posílit vzájemné kamarádství, tak aby společně mohli přistoupit ke kolektivní řízené činnosti. Děti mají velmi oblíbenou smyslovou místnost Snoezelen, kde získávají smyslové zkušenosti pomocí barevných světél, relaxační melodie, příjemných pocitů, vůní a chutí. Současně i hippoterapie je dětmi velmi žádaná, kdy kůň je pro děti nejen prostředkem určeným k rehabilitaci, ale i skvělým kamarádem, kterých tyto děti mají ve svém soukromí velmi málo.

Tato práce mne obohatila o cenné poznatky důležité pro poskytování kvalitní speciálněpedagogické péče dětem s dětskou mozkovou obrnou. Z pohledu budoucího speciálního pedagoga se tedy domnívám, že k docílení byť jen malého stupně pokroku, je zapotřebí ujit dlouhou a velmi náročnou cestu, kdy zastávám názor, že na každý problém, ať je malý či velký, existuje vždy nějaké řešení. Lamentovat nad pochybnostmi nemá význam a hroutit se už vůbec ne. Cílem společného úsilí je, aby dítě získalo a vnímalo pocit bezpečí. Čím více se budeme snažit nalézat smysl, logiku a přání každého dítěte zvlášť, tím více jim budeme rozumět a především pomáhat prožívat plnohodnotný život. Je nutné svůj záměr nevzdávat, úspěch často přichází až po dlouhé době. O to více pak sklízíme tyto plody naší snahy, když má dítě a jeho rodiče úsměv na tváři s tím, že jsme vytrvali a naše společné úsilí nevzdali.

Velmi bych chtěla poděkovat touto cestou ředitelce Střední školy, základní školy a mateřské školy JISTOTA o. p. s., Tetín 1, Prostějov, paní PhDr. Marii Turkové, která mi umožnila provést výzkumná šetření na její škole a Mgr. Evě Urbanovské, PhD, která byla mou vedoucí bakalářské práce, za její metodickou pomoc při zpracování a poskytnutí spousty podnětných návrhů a nápadů.

Seznam bibliografických citací

BARTOŇOVÁ, M., 2012, *Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole*, 1.vyd. Brno: Paido, 273s. ISBN 978-807315-237-6

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ V., 2011, *Diagnostika dítěte předškolního věku. Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let.* 1.vyd. Brno: Computer Press, 217s. ISBN 978-80251-1829-0.

BENDOVÁ, P., 2011, *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 150s. ISBN 978-80-247-3853-6

EMANOVSKÝ, P., 2013 *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu.* 1.vyd. Olomouc: UP, 70s. ISBN 978-80-244-3664-7.

FISCHER, S. A KOL., 2014, *Speciální pedagogika*, Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální, 1.vyd. Praha: TRITON, 295s. ISBN 978-80-7387-792-7

JANKOVSKÝ, J., 2006 *Ucelená rehabilitace dětí.* 2. vyd. Praha: TRITON, 173s. ISBN 80-7254-730-5.

- KLENKOVÁ, J., 2006 *Logopedie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 224s. ISBN 978-80-247-1110-9
- KRAUS, J. a kol., 2005, *Dětská mozková obrna*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 348s. ISBN 80-247-1018-8.
- KUDLÁČEK, M., 2012 *Svět dětské mozkové obrny*. 1.vyd. Praha: Portál, 192s. ISBN 978-80-262-0178-6.
- LECHTA., V., 2011 *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3.vyd. Praha: Portál, 190s. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LECHTA., V. A KOL., 2011 *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2.vyd. Praha: Portál, 386s. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LUDÍKOVÁ, B., 2012 *Somatologie a somatopatologie pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Olomouc: UP, 123s. ISBN 978-80-244-3060-7.
- MAREŠOVÁ, E., JOUDOVA, P., SEVERA, S., 2011. *Dětská mozková obrna. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 154s. ISBN 978-80-7262-703-5.
- MÜLLER, O., 2007, *Terapie ve speciální pedagogice*. Dotisk 1.vyd. Olomouc: UP, 295s. ISBN 80-244-1075-3.
- MÜLLER, O. a kol., 2014 *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 512s. ISBN 978-80-247-4172-7.
- OPATRĚILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D., 2008 *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno: MU, 180s. ISBN 978-80-210-4575-0.
- OPATRĚILOVÁ, D., 2013, *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami*, dotisk 1. vyd. Brno: MU, 186s. ISBN 978-80-21-6221-4.
- OPATRĚILOVÁ, D., 2013 *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 1. dotisk 2., přepracov. a rozšířen. Vydání. Brno: MU, 150s. ISBN 978-80-210-5266-6.
- STRASSMEIER, W., 2011 *260 cvičení pro děti raného věku*. 3. vyd. Praha: 296s. ISBN 978-80-7367-880-7.
- VÍTKOVÁ, M., 2006 *Somatopedické aspekty*. 2., rozšíř. a vypracov. vyd. Brno: Paido, 203s. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTEK, J., VÍTKOVÁ, M., 2010, *Teorie a praxe v edukaci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. 1. vyd. Brno: Paido, 250s. ISBN 978-80-7315-210-9.
- ZIKL, P., 2011, *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 112s. ISBN 978-80-247-3856-7.

Zákony a vyhlášky:

Vyhláška č. 72/5005 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č.73/2005 Sb.), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách., ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 561/2004 Sb., Školský zákon., ve znění pozdějších předpisů

Internetové zdroje:

DUPALOVÁ, D. a kol. *Možnosti využití aktivních videoher v rehabilitaci*, [online]. 2013, [cit. 2016-20. 06]. Dostupné z [http://eds.a.ebscohost.com/eds/results?sid=c991313d-ccf8-47f9-87d4-](http://eds.a.ebscohost.com/eds/results?sid=c991313d-ccf8-47f9-87d4-25f4470c9115%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4205&bquery=Mo%C5%BEnosti+vyu%C5%BEit%C3%AD+aktivn%C3%ADch+videoher+v+rehabilitaci&bdata=JnR5cGU9MCZzaXRIPWVkcylsaXZl)

[25f4470c9115%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4205&bquery=Mo%C5%BEnosti+vyu%C5%BEit%C3%AD+aktivn%C3%ADch+videoher+v+rehabilitaci&bdata=JnR5cGU9MCZzaXRIPWVkcylsaXZl](http://eds.a.ebscohost.com/eds/results?sid=c991313d-ccf8-47f9-87d4-25f4470c9115%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4205&bquery=Mo%C5%BEnosti+vyu%C5%BEit%C3%AD+aktivn%C3%ADch+videoher+v+rehabilitaci&bdata=JnR5cGU9MCZzaXRIPWVkcylsaXZl)

HÁTLOVÁ, B. a kol. *Pojem psychomotorika, historické prameny: přehledová, studie*. [online]. 2015, [cit. 2016-17. 06]. Dostupné z

[http://eds.a.ebscohost.com/eds/results?sid=c991313d-ccf8-47f9-87d4-25f4470c9115%40sessionmgr4004&vid=4&hid=4205&bquery=\(POJEM+AND+PSYCHOMOTORIKA%2c+AND+HISTORICK%C3%89+AND+PRAMENY%3a+AND+P%C5%98EHLEDOV%C3%81+AND+STUDIE\)&bdata=JmRiPWVyaWMmZGI9YndoJmRiPXBkaCZkYj1jbWVkbSZkYj1zaWgmZGI9YnRoJmRiPXMzaCZkYj1hOWgmZGI9OGdoJmRiPWU1aCZkYj1oZXYmZGI9ZWRzZ3ByJmRiPWVkc2VscCZkYj1lZHNvc28mZGI9ZWRzYXJ4JmRiPW5sZWJrJmRiPWVkc2dzbyZkYj1lZHNqYnAmZGI9ZWRzZWNkZmRiPWVkc2JpbyZkYj1hc3UmZGI9ZWRzYXNwJmRiPWVkc2ZkYj1lZHNtYW4mZGI9bnNtJmRiPWVkc2h2ciZkYj1lZHNkb2omZGI9ZWRzZGVyJmRiPWVkc2JsZSZkYj1lZGI9mZGI9ZWRzanN0JmRiPWVkc29hbyZkYj1lZHNvbW8mZGI9ZWRzdXBIMmRiPWVkc2VibyZkYj1lZHNzY2kmZGI9ZXJzJmRiPWVkc2FnciZkYj1jYXQwMzk1OWEmZGI9ZWRzZ3RjJmRiPWVkc2pzeiZ0eXBIPtAmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d](http://eds.a.ebscohost.com/eds/results?sid=c991313d-ccf8-47f9-87d4-25f4470c9115%40sessionmgr4004&vid=4&hid=4205&bquery=(POJEM+AND+PSYCHOMOTORIKA%2c+AND+HISTORICK%C3%89+AND+PRAMENY%3a+AND+P%C5%98EHLEDOV%C3%81+AND+STUDIE)&bdata=JmRiPWVyaWMmZGI9YndoJmRiPXBkaCZkYj1jbWVkbSZkYj1zaWgmZGI9YnRoJmRiPXMzaCZkYj1hOWgmZGI9OGdoJmRiPWU1aCZkYj1oZXYmZGI9ZWRzZ3ByJmRiPWVkc2VscCZkYj1lZHNvc28mZGI9ZWRzYXJ4JmRiPW5sZWJrJmRiPWVkc2dzbyZkYj1lZHNqYnAmZGI9ZWRzZWNkZmRiPWVkc2JpbyZkYj1hc3UmZGI9ZWRzYXNwJmRiPWVkc2ZkYj1lZHNtYW4mZGI9bnNtJmRiPWVkc2h2ciZkYj1lZHNkb2omZGI9ZWRzZGVyJmRiPWVkc2JsZSZkYj1lZGI9mZGI9ZWRzanN0JmRiPWVkc29hbyZkYj1lZHNvbW8mZGI9ZWRzdXBIMmRiPWVkc2VibyZkYj1lZHNzY2kmZGI9ZXJzJmRiPWVkc2FnciZkYj1jYXQwMzk1OWEmZGI9ZWRzZ3RjJmRiPWVkc2pzeiZ0eXBIPtAmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d)

KUČOVÁ, J. a kol. *Potřeby rodičů dětí s dětskou mozkovou obrnou*, [online]. 2012, [cit. 2016-15. 06]. Dostupné z <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=d4b099bf-a5d4-4e259b6bee411c8f9216%40sessionmgr120&hid=113&bdata=jmxhbmc9y3mmc2l0zt1lzhmtbgl2zq%3d%3d#an=84549016&db=a9h>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Michaela Kouřilová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, PhD
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Dětská mozková obrna u dětí v předškolním věku
Název v angličtině:	The cerebral palsy in the pre-school children.

Anotace práce:	Cílem mé práce bylo vstoupit do života 3 dětí s DMO a podrobněji se zaměřit na jejich specifika předškolního vzdělávání. Hlavní důraz je kladen na rehabilitační a logopedickou péči, kompenzaci zdravotního postižení a hledání vhodných komunikačních cest. Práci člením na část teoretickou a empirickou. Teoretickou část jsem rozdělila do 5 hlavních kapitol. V první kapitole se zabývám obecnou charakteristikou dětské mozkové obrny, v druhé části se věnuji rané intervenci, ve třetí části předškolnímu vzdělávání dětí s DMO, ve čtvrté kapitole práci s dětmi s DMO a v páté se zabývám ucelenou rehabilitací. V praktické části jsem si zvolila 3 případové studie dětí s DMO v předškolním věku, kde jsem se zaměřila především na výchovně vzdělávací činnosti těchto dětí.
Klíčová slova:	Dětská mozková obrna, individuální vzdělávací plán, motorika, bazální stimulace, epilepsie, hippoterapie, Snozelen, muzikoterapie
Anotace v angličtině:	The aim of my thesis was to enter into the lives of three children with cerebral palsy and focus more thoroughly on the specifics of preschool education. The main emphasis is based on rehabilitation and speech therapy, disability compensation and searching suitable communication ways. Thesis is segmented to theoretical and empirical part. The theoretical part is divided into five main chapters. The first chapter deals with general characteristic of cerebral palsy, the second part is devoted to early intervention, the third part focused on the early childhood education of children with cerebral palsy, the fourth chapter describe work with children with cerebral palsy and the fifth part deals with comprehensive rehabilitation. In the practical part, I have chosen three case studies of children with cerebral palsy in pre-school age, where I

	mainly focused on educational activities of these children.
Klíčová slova v angličtině:	Cerebral palsy, individual educational plan, motoric, basal stimulation, epilepsy, hippotherapy, Snozelen, music therapy
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	61 stran
Jazyk práce:	Čeština