

**Univerzita Hradec Králové**  
**Pedagogická fakulta**

**Bakalářská práce**

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra Speciální pedagogiky a logopedie

**Speciálně pedagogická intervence u dětí s postižením ve věku  
od 5 do 6 let v prostředí dětského domova**

Bakalářská práce

Autor: Petra Kolaříková  
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních  
Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Hradec Králové 2015

**UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ**

**Pedagogická fakulta**

**Akademický rok: 2014/2015**

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

Jméno a příjmení: **Petra Kolaříková**  
Osobní číslo: **P12871**  
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**  
Studijní obor: **Výchovná práce ve speciálních zařízeních**  
Název tématu: **Speciálně pedagogická intervence u dětí s postižením ve věku od 5 do 6 let v prostředí dětského domova**  
Zadávající katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

**Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**

V teoretické části bude popsána realizace ústavní výchovy u dětí ve věku 5 a 6 let. Podrobně bude představeno prostředí dětského domova a jeho poskytované služby. Bakalářská práce přiblíží vývoj motorických dovedností, poznávacích procesů, jazykových schopností a dovedností, emoční vývoj a socializaci v období předškolního věku. V bakalářské práci budou definována postižení, která se u dětí v předškolním věku mohou vyskytnout (dětská mozková obrna, Downův syndrom, epilepsie) a specifické potřeby, které z postižení vyplývají. V praktické části bude popsána realizace ucelené péče o děti v dětském domově v Holicích. Na případové studii bude představen průběh speciálně pedagogické intervence u dětí s postižením. Bude zhodnocen přínos péče a možnosti jejího rozšíření či zkvalitnění. Použité metody: rozhovor, pozorování, analýza výsledků činnosti, případová studie.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.**

Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

**20. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**26. března 2015**

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph. D.

děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph. D

vedoucí katedry

dne

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní doktorce Javorské a také i Dětskému domovu od 1 do 3 let v Holicích za cenné životní zkušenosti, které jsem využila i k napsání této bakalářské práce.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Borohrádku dne 20. 3. 2015.

Podpis:.....

## Shrnutí

Teoretická část se zabývá realizací ústavní výchovy u dětí ve věku 5 a 6 let. V bakalářské práci je představen Dětský domov pro děti od 1 do 3 let v Holicích. Teoretická část se zabývá vývojem motorických dovedností, poznávacích procesů, jazykových schopností a dovedností, emočním vývojem a socializací v období předškolního věku. V bakalářské práci jsem definovala postižení, která se u dětí v předškolním věku mohou vyskytnout. V teoretické části jsem definovala pojmy jako je dětská mozková obrna, Downův syndrom, epilepsie, srdeční vada u Downova syndromu a mentální retardace. V praktické části je představena realizace ucelené péče o děti v dětském domově v Holicích. Na případové studii je představena speciálně pedagogická péče u dětí s postižením. Zhodnotila jsem speciálně pedagogickou péči v Dětském domově pro děti od 1 do 3 let v Holicích. Představila jsem návrh na rozšíření nebo zkvalitnění ucelené péče u chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami.

Použité metody: rozhovor, pozorování, analýza výsledků činnosti, případová studie.

## Summary

Theoretical part deals realization of education in institutional care at children age 5 at the age of 6. In bachelor's work is introduce Children's home for children from 1 to 3 years in Holice. Theoretical part deals of development of motor skills, recognition trials, language skills, emotional development and socialization in period preschool age. In bachelor's work I define handicaps, which can occur at children in preschool age. In theoretical part I define concepts as is children's paralysis of brain, Down syndrome, epilepsy, heart defect and mental retardation. In practical part is introduce realization comprehensive care at children in children's home in Holice. In case study is introduce special pedagogical care at children with handicap. I evaluated special pedagogical care in Children's home for children from 1 to 3 years in Holice. I plan widen or improve complete care at boys with special education needs.

Used methods: dialog, watching, analysis of result's activity, case study.

**Klíčová slova:** speciálně pedagogická intervence, dětský domov, předškolní věk, dětská mozková obrna, Downův syndrom, epilepsie, dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, ucelená péče.

**Keywords:** special pedagogical care, children's home, preschool age, children's paralysis of brain, Down syndrome, epilepsy, child with special education needs, complete care.

## Obsah

Úvod.....	9
1. Náhradní rodinná péče, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.....	11
2. Předškolní věk – charakteristika daného období.....	15
2.1 Motorický vývoj v předškolním věku.....	15
2.2 Percepční a kognitivní vývoj.....	16
2.3 Vývoj poznávacích procesů v předškolním věku.....	17
2.4 Emoční vývoj v předškolním věku.....	20
2.5 Komunikace dítěte a osobnostně sociální vývoj v předškolním věku.....	21
3. Dětská mozková obrna.....	25
3.1 Etiologie DMO.....	25
3.2 Formy dětské mozkové obrny.....	26
3.3 Péče o děti s DMO.....	29
3.4 Vzdělávání a výchova dětí s DMO.....	30
3.5 Epilepsie.....	31
4. Downův syndrom.....	35
4.1 Etiologie Downova syndromu.....	35
4.2 Diagnostika Downova syndromu.....	36
4.3 Fyziognomie a anatomické zvláštnosti osob s Downovým syndromem.....	36
4.4 Možnosti vzdělávání jedinců s Downovým syndromem.....	38
4.5 Srdeční vady u Downova syndromu.....	39
5. Vymezení cílů praktické části BP.....	47
6. Metodologie praktické části BP.....	48
7. Charakteristika místa výzkumného šetření.....	51
8. Realizace speciálně pedagogické intervence ve vybraném dětském domově.....	55
9. Zhodnocení ucelené péče chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami v daném zařízení a návrh na její zkvalitnění.....	67
10. Zhodnocení naplnění cílů praktické části BP.....	69
11. Závěr.....	70
Seznam literatury.....	71
Seznam internetových zdrojů.....	73
Přílohy.....	74



## Úvod

Během života se každý člověk může dostat do náročných životních situací. Pokud se lidem narodí dítě s postižením, je to určitě pro rodiče velice těžká životní zkouška. Bohužel se stává, že někteří jedinci nejsou schopni se o takové děti postarat, nemají k tomu materiální, finanční a popř. další prostředky, nebo nemají vnitřní sílu o dítě s postižením pečovat. Proto se velice často stává, že právě takové děti jsou umísťovány do dětských domovů.

V dětských domovech se setkáváme s dětmi intaktními, ale také s dětmi mentálně i tělesně postiženými. Pokud bychom srovnávali životní podmínky dětí se zdravotním postižením, které mají své rodiče, tj. mají domov, zázemí, své hračky, jednotný přístup lidí kolem sebe, mají proti dětem s postižením umístěných do dětských domovů neskutečnou výhodu. V dětských domovech zpravidla nelze současně zajistit optimální podmínky pro všestranný rozvoj jejich osobnosti, protože tyto děti kromě zajištění biologických potřeb vyžadují stimulaci a rozvoj také potřeb sociálních a psychologických. Nelze zajistit jednotný přístup všech zaměstnanců. Vidím to u nás v Dětském domově od 1 do 3let v Holicích. Název zařízení může být trochu matoucí, jelikož v tomto dětském domově nejsou umístěny pouze děti v rozmezí od 1 do 3 let, ale jsou zde i děti starší. V domově pracují již 5. rokem. Člověk se může snažit sebevíc, ale stejně nelze dosáhnout stejného přístupu všech zdravotních sester ani speciální pedagožky, které o děti v Dětském domově v Holicích pečují.

Cílem teoretické části bakalářské práce (dále pouze BP) je popsat realizaci ústavní výchovy u dětí ve věku 5 a 6 let. Podrobně představit prostředí dětského domova a jeho poskytované služby. Bakalářská práce přiblíží vývoj motorických dovedností, poznávacích procesů, jazykových schopností a dovedností, emoční vývoj a socializaci v období předškolního věku. V bakalářské práci budou definována postižení, která se u dětí v předškolním věku mohou vyskytnout a specifické potřeby, které z postižení vyplývají.

Hlavním cílem praktické části BP je na příkladu konkrétního dětského domova přiblížit možnosti a meze realizace speciálně pedagogické péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami předškolního věku v tomto zařízení. V praktické části bude popsána realizace ucelené péče o děti v dětském domově v Holicích. Na případové studii bude představen průběh speciálně pedagogické intervence u dětí s postižením. Pozornost bude konkrétně věnována popisu speciálně pedagogické intervence u dvou chlapců, kteří jsou umístěni v Dětském domově v Holicích od 1 do 3 let.

Prvním popisovaným bude chlapec s dětskou mozkovou obrnou, s kvadruspastickou formou, s větším postižením dolních končetin a s přidruženou sekundární epilepsií.

Druhým popisovaným bude chlapec s Downovým syndromem, s přidruženou srdeční vadou. Bude zhodnocen přínos péče a možnosti jejího rozšíření či zkvalitnění. Prostřednictvím dílčích cílů, které jsem si vymezila, bude naplňován hlavní cíl praktické části bakalářské práce. Dílčí cíle: Prvním dílčím cílem bude popsat současný stav speciálně pedagogické intervence v konkrétním DD. Druhým dílčím cílem bude u vybraných dětí = chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami (viz případová studie) konkrétně popsat speciálně pedagogickou péči. Třetím cílem bude na vybraných dětech = chlapcích se speciálními vzdělávacími potřebami v DD zhodnotit pokroky, či stagnaci nebo neúspěšnost v oblasti rozvoje. A posledním čtvrtým cílem bude zhodnotit ucelenou péči v konkrétním DD a popř. vypracovat návrh na zkvalitnění ucelené péče v DD.

*...Jiné je tvé dítě.*

*Jiné ve svém duševním bohatství,*

*jiné v rozvoji svých schopností,*

*jiné ve vztazích ke světu,*

*jiné ve svém jednání i počínání,*

*jiné v běžných reakcích.*

*Je jiné, ale není horší.*

*(Heinrich Behr, Valenta a Muller: Psychopedie, 2007, str. 3)*

## 1. Náhradní rodinná péče, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

V první kapitole vymezím pojem náhradní rodinná výchova a to z důvodu toho, že v BP se objeví informace o Dětském domově od 1 do 3 let v Holicích a taktéž o dvou chlapcích v mé případové studii, kteří jsou umístěni právě v tomto zdravotnickém zařízení. Věnovala jsem se ovšem pouze zařízením nesoucí název dětský domov 1 – 3 let a také jsem věnovala pozornost kojeneckým ústavům, jelikož od 1. 12. 2014 se Dětský domov od 1 do 3 let v Holicích spojil s Dětským centrem Veská a statutárním zástupcem je Mgr. Markéta Tauberová. Přišlo mi vhodné věnovat určitý prostor i kojeneckému ústavu, poněvadž v současné době jsou DC Veská a Dětský domov v Holicích „příbuznými“. Jelikož jsem se ve své praxi samozřejmě setkala i s pojmy osvojení i pěstounská péče, je zapotřebí se i o těch zmínit. Zažila jsem na „vlastní kůži“ odcházení dětí z našeho dětského domova jak do pěstounských rodin, tak i do adopce a to nejen do adopce v rámci ČR, ale zažila jsem odchod dětí (především Romského původu) i do zahraničí (např. Německo, Švédsko, Itálie, Španělsko). A v neposlední řadě se taktéž musím zmínit o zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, jelikož Dětský domov od 1 do 3 let v Holicích provozuje i tuto službu.

### Náhradní rodinná výchova

Náhradní rodinná výchova či náhradní rodinná péče je institut sociálně – právní ochrany dětí, který je určen těm dětem, které z nějakých důvodů nemohou žít a vyrůstat ve své biologické rodině. Účelem náhradní rodinné péče je poskytnout těmto dětem přechodnou či dlouhodobou péči, která se podobá co nejvíce rodinné péči. Taktéž je při ní snahou zachování vazby dítěte s původní rodinou.

Vlastní rodině je neblížeší a také nejpřirozenější náhradní rodina. Ústavní péče je další formou náhradní rodinné péče. Možnosti náhradní rodinné výchovy stanoví soud a to vzhledem k potřebám dítěte. Instituce zabezpečující náhradní rodinnou péči nejsou legislativně sjednoceny a spadají do resortů různých ministerstev: do resortu ministerstva zdravotnictví patří kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti od 1 do 3 let. V poslední době se kojenecké ústavy a dětské domovy dle místních podmínek spojují. (*Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 3. května 1991 o soustavě zdravotnických zařízení*). Do resortu ministerstva školství spadají diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy – dle zákona č. 109/2002 Sb., *O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*. (internetový zdroj: [www.msmt.cz](http://www.msmt.cz))

## **Kojenecký ústav**

Kojenecké ústavy či kojenecká zařízení jsou zákonem určena pro děti zpravidla do 3 let věku. Tato zařízení jsou určena pro děti, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí – zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Soudy rozhodují o „nedobrovolném“ pobytu dětí v kojeneckých ústavech a to v rámci řízení o nařízení ústavní výchovy, popř. řízení o svěřením dítěte do péče kojeneckého ústavu. Děti jsou do kojeneckých ústavů umísťovány taktéž na základě různých dohod, prohlášení nebo souhlasů jejich zákonných zástupců – v tomto případě mluvíme o „dobrovolném“ pobytu. Kojenecké ústavy jsou zdravotnická zařízení, která dětem poskytují především zdravotní služby a tzv. zaopatření (stravování, ošacení, ubytování a výchovnou činnost), dále také nabízí ubytování biologickým matkám (nebo náhradním rodičům) s dětmi, edukační služby a služby podpory biologickým (nebo náhradním) rodičům, či ambulantní služby nejčastěji terapeutického typu. (*internetový zdroj: [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz)*)

## **Osvojení**

Nejnámější formou náhradní rodinné péče u nás je osvojení. Při osvojení přijímají manželé, ale i jednotlivci (osvojitelé) za vlastní opuštěné dítě (osvojenec) a mají k dítěti stejná práva, ale taktéž povinnosti, jako by byli jeho biologickými rodiči. Pro osvojení musí být splněna řada podmínek: např. osvojit lze pouze dítě nezletilé – tzn. do 18 let, žadatel musí splňovat základní kritéria, těmi jsou - stálé zaměstnání, finanční zajištění, čistý trestný rejstřík, dobrý fyzický a zdravotní stav, věkový rozdíl, vyzrállost, laskavost apod. O osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele (budoucí rodiče o dítě pečují 3 měsíce před rozhodnutím soudu – tzv. předadopční péče). Dítě osvojením získává příjmení svých rodičů. Zanikají také tak vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a jeho původní rodinou. Podmínkou k osvojení dítěte je, že dítě musí být tzv. právně volné. (*Motejl, 2008*)

Ještě vysvětlím, co znamená právně volné dítě. Právně volné dítě je takové dítě, o které biologičtí rodiče neprojeví žádný zájem. (*internetový zdroj: [www.ulekare.cz](http://www.ulekare.cz)*)

## **Pěstounská péče**

Pěstounská péče je určena především těm dětem, které ze zdravotních nebo sociálních důvodů nemohou být osvojeny. Často jde o skupiny sourozenců a starší děti. Mluvíme zde o svazku vzniklém na základě soudního rozhodnutí.

Musí být ale splněny i další podmínky, mezi ně např. patří: osoba pěstouna musí poskytovat záruku řádné výchovy dítěte – dítě může být svěřeno fyzické osobě či do společné pěstounské péče manželů, přičemž tento svazek pěstounů s dítětem je podstatně volnější, než je tomu při osvojení (nevzniká příbuzenský vztah). Dítě v pěstounské péči nepřijímá příjmení, tak jako tomu je u osvojení, ale zůstává mu příjmení po vlastních rodičích. Končí zletilostí, popř. může být soudem zrušena z nějakých důležitých důvodů. V praxi se setkáme s uplatňováním dvou typů pěstounské péče – individuální a skupinová. Rozdíl je v tom, že individuální pěstounská péče probíhá v domácnosti pěstounů, tím se myslí běžné rodinné prostředí a skupinová pěstounská péče je uskutečňována v zařízeních pro výkon pěstounské péče, ty zřizují obce, kraje a nestátní subjekty, známé jsou určitě SOS dětské vesničky. (Motejl, 2008)

Pěstoun nemá vyživovací povinnost k dítěti a pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti jen v běžných věcech. Pokud má dojít k výkonu mimořádných záležitostí, jako je například vyřízení cestovního dokladu, musí požádat o souhlas zákonného zástupce dítěte, popř. soud. Jestliže je pěstoun přesvědčen o rozporu mezi zájmem dítěte a rozhodnutím jeho zákonného zástupce, tak se může domáhat rozhodnutí soudu. Pěstounská péče je státem podporovaná forma náhradní rodinné péče, která by měla podle nové právní úpravy dávek pěstounské péče zajišťovat hmotné zabezpečení dítěte a taktéž se zohledněním náročnosti této péče poskytovat adekvátní odměnu pěstounům. Nynější právní úprava, která je platná od 1. 1. 2013 výslovně stanovuje jako určující hledisko pro svěřeni do pěstounské péče zájem dítěte. Ze zákona má pěstounská péče přednost před péčí o dítě v ústavním zařízení. Pokud je dítě vzhledem ke svému věku a rozumové vyspělosti schopno samo vyjádřit svobodně svůj názor, je zapotřebí před svěřením do pěstounské péče vzít na jeho názor ohled. (internetový zdroj: [www.adopce.com](http://www.adopce.com))

### **Dětský domov pro děti od 1 do 3 let**

Dětský domov pro děti od 1 do 3 let je zvláštním zdravotnickým zařízením, které poskytuje ústavní a ochrannou péči dětem, o něž nemá kdo pečovat nebo jimž nelze ze sociálních důvodů zajistit péči ve své vlastní rodině, popř. náhradní rodinnou péči. O děti zde pečují (pozn.: tak jako v kojeneckých ústavech) zdravotní sestry. V poslední době se kojenecké ústavy a dětské domovy dle místních podmínek spojují. V tom případě přijímají děti od narození do 3 let, ovšem pokud ze zdravotních nebo sociálních důvodů není nutné poskytovat péči i starším dětem (*Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 3. května 1991 o soustavě zdravotnických zařízení*).

## **Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)**

S tímto zařízením je spjatý: *Zákon o sociálně – právní ochraně dětí č. 359/1999Sb., zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc - §42. (internetový zdroj: [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz))*

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytují ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy či se dítě ocitlo bez péče přiměřené jeho věku, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané či o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc takovému dítěti spočívá v uspokojování základních životních potřeb (ubytování, v zajištění zdravotních služeb a v psychologické a jiné obdobné nutné péči). Dítě se umísťuje v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc: na základě rozhodnutí soudu, na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností, na základě žádosti zákonného zástupce dítěte, nebo požádá-li o to dítě. Jeden zaměstnanec zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc může současně zajišťovat osobní péči nejvýše o 4 děti svěřené do péče zařízení.

Délka pobytu dítěte v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc může trvat nejdéle po dobu 3 měsíců od jeho umístění do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na základě žádosti zákonného zástupce dítěte. V případě opakované žádosti zákonného zástupce o umístění dítěte v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc může být dítě přijato do péče zařízení v délce dalších 3 měsíců, celková doba nepřetržitého pobytu dítěte v zařízení nesmí přesáhnout dobu 12 měsíců. Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc je povinno poskytovat služby a zajistit jeho provoz nepřetržitě. Zřizovatel zařízení je povinen vést evidenci dětí, které byly přijaty do zařízení a musí v ní být uvedeny: datum přijetí dítěte do zařízení, jméno a příjmení dítěte, pokud je známo, datum narození dítěte, pokud je známo; není-li známo datum narození dítěte, uvede se přibližný věk dítěte, datum a čas propuštění dítěte ze zařízení. Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc je při přijetí dítěte do tohoto zařízení povinno tuto skutečnost neprodleně ohlásit zřizovateli a příslušnému orgánu sociálně-právní ochrany. (internetový zdroj: [www.kurzy.cz](http://www.kurzy.cz))

## 2. Předškolní věk – charakteristika daného období

Tato kapitola BP se bude věnovat předškolnímu období, protože v Dětském domově od 1 do 3 let v Holicích pracujeme i s dětmi předškolního věku, je nezbytností, aby personál daného zařízení znal specifické potřeby dětí, které vyplývají z jejich věku, jako je např. motorický vývoj v tomto období či vývoj verbálních schopností v tomto věku. Je zřejmě trochu zavádějící, že stále se v BP objevují zmínky o Dětském domově od 1 do 3 let (především může být zavádějící to věkové rozmezí 1 – 3 let) a druhá kapitola BP se bude věnovat předškolnímu věku, ovšem je to z toho důvodu, že jsem svoji pozornost v domově zaměřila na dva chlapce ve věku 5 a 6 let, kteří jsou stále v domově umístění. Kapitola je předškolnímu období věnována i z důvodu, abych poté mohla v praktické části BP porovnávat, co by chlapci v mé případové studii už měli dle odborné literatury v tomto období umět, ovládat a v čem jsou pozadu, nebo posoudit, zda v nějaké oblasti vývoje stagnují úplně. Marie Vágnerová ve své publikaci vymezila předškolní období od 3 přibližně do 6 let.

*„Konec této fáze není určen jen fyzickým věkem, ale především sociálně, nástupem do školy. Ten s věkem dítěte sice souvisí, ale může oscilovat v rozmezí jednoho, event. I více let.“ (Vágnerová, M., 2000, str. 102)*

Charakteristickým znakem předškolního věku je postupné uvolňování vázanosti na rodinu a rozvoj aktivity, která už není tak samoučelná, např. dítěti umožňuje, aby se uplatnilo a prosadilo ve vrstevnické skupině. K uvolnění této závislosti přispívá osvojení běžných norem chování, znalost obsahu rolí a také přijatelná úroveň komunikace.

*„Na druhé straně je dětské myšlení stále ještě prelogické a egocentrické, vázané na subjektivní dojem a aktuální situační kontext. Překonání této bariéry je jedním z významných úkolů předškolního období a předpokladem k nástupu do školy, který je důležitým vývojovým mezníkem.“ (Vágnerová, M., 2000, str. 102)*

### 2.1 Motorický vývoj v předškolním věku

Dítě v 5 letech chodí pozpátku, napřed našlapuje na patu a poté na špičku. Dítě v pěti letech chodí bez pomoci po schodech a při tom střídá nohy. Pětileté dítě se může naučit kotrmelce, dokáže se dotknout rukou prstů u nohou a nemusí pokrčovat kolena, dále ještě zvládne přejít přes kladinu. Dítě v pěti letech udrží rovnováhu na jedné noze. Naučí se při skákání přes švihadlo střídát nohy. Chytí míč hozený ze vzdálenosti necelého metru. Na tříkolce či na podobných vozítkách jezdí rychle a obratně řídí.

Některé děti se již v tomto věku učí jezdit na kole. Z malých kostek postaví trojrozměrné útvary dle obrázku nebo modelu. Podle vzoru dítě v 5 letech nakreslí různé útvary a napíše různá písmena: čtverec, trojúhelník, A, I, O, U, C, H, L, T. Pětileté dítě dobře zachází s tužkou i s fixem, vybarvují omalovánky. Stříhá nůžkami podle naznačené linky (zatím nepřesně). V tomto věku je již zcela zřejmé, která ruka je dominantní.

U dítěte v šesti letech se zvětšuje síla svalů (chlapci bývají oproti děvčatům silnější). Zdokonalují se dovednosti jemné i hrubé motoriky. Pohyby přestávají být zbrklé (i přesto však určitá neohrabanost ještě přetrvává). Dítě v šesti letech rádo vyvíjí velkou tělesnou aktivitu – skáče, leze, běhá, hází a i šplhá. Šestileté dítě je zručnější a má lepší koordinaci oka a ruky. V tomto věku se děti učí jezdit na kole nebo plavat. Dítě v tomto věku baví výtvarné a rukodělné práce, rádo maluje, modeluje z hlíny, vyrábí různé předměty. S různou mírou zájmu a pečlivosti píše číslovky i písmena. Obkresluje ruce a různé předměty. Šestileté dítě skládá papír a vystřihuje z něj jednoduché tvary. Dítě si v tomto věku dokáže zavázat tkaničky. (Allen, Marotz, 2002)

## **2.2 Percepční a kognitivní vývoj**

Dítě v 5 letech sestaví ze dvou vystřižených trojúhelníků čtverec nebo obdélník, z malých kostek sestaví schody. Dítě v tomto věku chápe pojmy jako stejný tvar, stejná velikost. Dokáže roztrdit předměty na základě dvou kritérií, např. podle barvy a tvaru. Dokáže z různých předmětů vybrat ty, které mají jeden společný rys (klasifikační schopnost: dané předměty jsou např. potraviny nebo zvířata).

Dítě v tomto věku chápe pojmy jako nejmenší a nejkratší. Dovede označit předměty, které mají v řadě zvláštní postavení: první, poslední. Dítě umí počítat do 20, ale i dál. Poznává číslovky od 1 do 10. Chápe pojmy jako světlo, tma či brzy. Některé děti již v tomto věku poznají čas na hodinách. Dítě ví, k čemu slouží kalendář. Pětileté dítě zná hodnotu některých mincí a umí je pojmenovat. Mnoho dětí již umí v tomto věku celou abecedu a velká i malá písmena. Mnoho otázek, typickými jsou: Proč? Co? Kde? Pětileté dítě je zvědavé a učí se s velkým západem.

U šestiletého dítěte se prodlužuje doba, po kterou je dítě schopné udržet pozornost. Chápe jednoduché pojmy, které souvisí s kategorií času (včera, dnes) a pohybu (kola jezdí pomaleji než auta). Poznává čtyři roční období, pamatuje si hlavní svátky a činnosti, které se k nim vážou. Dítě v šesti letech baví různé skládky, činnosti spojené s počítáním a tříděním, dále hry s tužkou a papírem nebo spojování písmen a slov s obrázky. Některá slova pozná a přečte rychle, jiná si musí přeslabikovat.



Dítě v tomto věku ví, která ruka je pravá a která je levá. Dítě věří různým pověrám a nadpřirozeným jevům (např. Ježíšek). V tomto věku již získává jisté povědomí o smrti a umírání. (Allen, Marotz, 2002)

### **2.3 Vývoj poznávacích procesů v předškolním věku**

V této podkapitole představím, jak se vyvíjejí poznávací procesy v předškolním věku. Věnovala jsem pozornost myšlení, fantazii, řeči, vnímání a paměti.

#### **Myšlení**

Vývoj myšlení je dlouhodobý proces, dítě získává schopnost chápat vratnost určitých proměn postupně, v závislosti na jejich složitosti. Jestliže by se měnila jen jedna vlastnost objektu, dítě by chápalo, co se stalo. Ale jakmile se změní dva aspekty nějaké situace, dítě jejich proměnu a charakter vzájemného vztahu nepochopí. Vnímání dětí v předškolním věku je charakteristické neschopností systematické aktivní explorační – to znamená systematického prohlížení jedné části po druhé. Dítě v tomto období ještě neumí vnímat celek jako soubor detailů a nerozděluje příliš ani základní vztahy mezi nimi. Názorné myšlení může mít charakter manipulace se symboly ve vědomí – je to typ myšlení, který vychází z bezprostředního vztahu mezi představou a vjemem, popř. jiným symbolem. Jelikož je vázané na vlastní zkušenost subjektu, zůstává stále ještě do značné míry omezené. (Vágnerová, 2000)

V předškolním období dochází k plnému rozvinutí názorného intuitivního myšlení, které je typické pro tzv. předoperační stadium (věkově umístitelné zhruba mezi čtvrtým a sedmým, osmým rokem věku dítěte). Je to doba, kdy dítě je úplně myšlenkově vázáno na to, co právě nazírá. Jedná se o cestu od individuálních předmětů a jejich vnímání k postupnému zobecnování. Dítě se zaměřuje na to, co vidí či vidělo, ale už to dokáže jednoduchým způsobem rozčleňovat. Myšlení předškoláka je prelogické, tzv. předoperační, nepostupuje dle logických operací, ale je stále vázáno na konkrétní činnosti a aktivitu dítěte. Jeho myšlenkové operace jsou zaměřeny na perceptivní činnost, přičemž převažují optické znaky předmětů. (Mertin, Gillernová in Wedlichová, 2010)

## **Fantazie**

Fantazie má v období předškolního věku harmonizující význam. Je nezbytná pro rozumovou a citovou rovnováhu. Dítě má alespoň občas potřebu přizpůsobovat realitu svým potřebám a interpretovat ji bez ohledu na objektivní skutečnost.

Pro dítě je nejspíš nejsnazší vyrovnat se s tlakem reality, s nedostatky vlastního myšlení i zkušenosti pomocí fantazie, která má emocionální a relaxačně příznivý účinek. (Příklad z mé praxe – potvrzení toho, o čem píš, viz výše - předškolní děti se v dětském domově předhánějí tím, že si navzájem vyprávějí o tom, jaká je jejich maminka, tatínek, že doma u maminky taky mají hračky a že tam brzy pojedou apod. a vůbec není výjimkou, že tyto děti v životě své biologické rodiče neviděly.)

Typickým znakem myšlení předškolních dětí je jeho útržkovitost, nepropojenost a nekoordinovanost, chybí mu komplexní přístup. Děti sice už zvládnou správně vyřešit mnohé úkoly dílčího charakteru, ale nedovedou do svých úvah zahrnout více aspektů, znalostí nebo různorodé pohledy. Jejich uvažování je zaměřené jen na jednu oblast. Myšlení předškolních dětí je rigidní, nepohyblivé a nevratné.

Dítě v předškolním věku vyjadřuje svůj názor na svět v kresbě, vyprávění či ve hře, v nichž se plně projeví typické znaky dětského myšlení i emočního prožívání. Skutečnost je zde srozumitelná, zjednodušená a případně i méně ohrožující. V této podobě uspokojuje dětskou potřebu jednoznačnosti světa, který má požadovanou strukturu a zároveň v něm platí jasná pravidla. Takový svět se dítěti jeví jako bezpečný, lze se v něm lehce orientovat a lze se na něj spolehnout. (*Vágnerová, 2000*)

## **Řeč**

Dítě v pěti letech již mluví úplně plyně i téměř správně gramaticky. Slovní zásoba by v tomto věku měla obsahovat asi 2000 slov. Dítě by v pěti letech mělo správně užívat zájmena, správně časovat slovesa a také užívat slovesné časy. Dítě v tomto věku je schopno vyhodnotit situaci za pomoci slov jako „těžké“, „lehké“, „zapomněl jsem“, „nevím“, „myslím si, že“. Pětileté dítě začíná rozumět výrazům množství (největší, polovina apod.). Velmi rádo v tomto období mluví. (*Bacus, 2009*)

Dítě v šesti letech si velmi rádo povídá. V tomto období klade velké množství otázek. Slovní zásoba šestiletého dítěte obsahuje 10 000 – 14 000 slov. Dítě správně skloňuje podstatná jména a také správně časuje slovesa. Dítě se snaží napodobovat slangové vyjadřování a také mluví až hrubě, jelikož „sprosté“ řeči mu připadají vtipné, legrační.

Šestileté dítě rádo dává hádanky a rádo vypráví vtipy. Rádo poslouchá předčítané a vymyšlené příběhy. V tomto věku je dítě schopno naučit se více než jednomu jazyku. (Allen, Marotz, 2002)

## **Vnímání**

Vnímání nabývá na analytičnosti, dítě již vnímá celek jako souhrn jednotlivostí, dítě si začíná všimnout více detailů. Výrazné je to zejména u zrakového vnímání, dítě si více všimá barvy a učí se ji rozlišovat a pojmenovávat. Pro jemnější rozlišování ve sluchovém vnímání svědčí hlavně pokroky v řeči, dítě rozlišuje i hlásky, které si jsou zvukově velmi blízké a dítě je samo správně vyslovuje. Mění se také rozsah a intenzita sluchového vnímání, dítě již dokáže rozlišit i polohu a výšku tónů, některé děti jsou schopné správně intonovat. (Wedlichová, 2010)

Vnímání prostoru, času a počtu v předškolním věku:

Prostor – Pro vnímání prostoru je opět charakteristická egocentrická perspektiva. To znamená, že dítě má tendenci přeceňovat velikost nejbližších objektů, jelikož se mu zdají velké, a podceňovat vzdálené objekty, jelikož je dítě vidí malé. Dítě neumí v tomto období dobře odhadovat prostorové vztahy – hodnotí je dle toho, jak je vnímá, tj. jak se mu jeví. Rozlišení polohy nahoře a dole je už správná, avšak k takové decentraci, která by umožnila dobře rozlišovat polohu vpravo a vlevo, dítě ještě nedozrálo.

Čas – Pojem času se rozvíjí pomalu. Dítě měří čas prostřednictvím určitých událostí a opakujících se jevů. Dítě má tendenci přeceňovat délku časového intervalu.

Pro dítě je čas nedůležitý a mnohdy až obtěžující. Časové pojmy jako budoucnost a minulost nemají v tomto věku přesnější obsah.

Počet – Dítě předškolního věku se naučí chápat počet jako jedno z možných klasifikačních kritérií. V předškolním věku má počítání všechny znaky intuitivního, názorného myšlení, vázaného na jeden – konkrétní aspekt situace. Už na počátku předškolního věku znají děti názvy čísel, ovšem jim chybí porozumění podstatě číselného pojmu. (Vágnerová, 2000)

## **Paměť**

Pro paměť dítěte v předškolním věku je typická obraznost, citovost a živelnost. Dítě si v tomto období nejlépe pamatuje materiál, který působí citově - ať jsou to podněty vyvolávající radost, nadšení, obdiv či podněty spojené s negativními citovými zážitky.

Počátkem tohoto období je paměť výrazně mimovolná, dítě si pamatuje věci živelně, bez úsilí zapamatovat si. Dítě ovládá zároveň řadu veršů, pamatuje si děj pohádek, a to někdy tak podrobně, že trvá na naprosto stejné, doslovné reprodukci.

V druhé polovině předškolního věku pozorujeme zapamatování úmyslné. Dítě si již pamatuje podněty, které se ho citově vůbec nedotýkají.

Paměťové procesy se uskutečňují především mechanicky, postihováním náhodných souvislostí v obsahu zapamatování. Dítě má tendenci zapamatovat si a vybavovat věci převážně dle barvy, tvaru, zvuku apod. Neznamená to však, že by dítě předškolního věku nemělo logickou paměť. Lehčeji a rychleji si osvojuje materiál, kterému rozumí.

Logickou paměť dítěte je třeba rozvíjet vhodnými postupy a činnostmi a to tak, že se mu k zapamatování předkládá jen srozumitelný, jeho chápání přiměřený materiál. Neměli bychom ani podceňovat vysvětlení sebejednodušších věcí, pohádek.

Vrůstá rozsah paměti a rozvíjí se trvalost paměti, což jsou základní předpoklady pro systematické učení. Mohou nás udivovat rozsáhlé celky, které je dítě schopno obsáhnout.

*(Wedlichová, 2010)*

## **2.4 Emoční vývoj v předškolním věku**

Nejprve si vymezme pojem „emoce“ – je to pojem zastřešující subjektivní zážitky libosti a taktéž nelibosti, které jsou provázené fyziologickými změnami, motorickými projevy (gestikulace, mimika), stavy větší nebo menší pohotovosti a zaměřenosti (láska, nenávisť aj.).  
*(Hartl, Hartlová in Wedlichová, 2010)*

Emoce mají podstatnou roli v sociálních vztazích. Děti v předškolním věku už dovedou projevit empatii a zkouší pomoci, když je jiné dítě nebo dospělý v nesnázích. V předškolním věku dítě více mluví o svých emocích s rodiči a také se sourozenci. Dítě více rozumí svým pocitům, dokáže je spojovat s vyvolávajícími podněty nebo situacemi, dítě je schopné připsat jiným osobám, zvířatům, ale i předmětům (hračky, loutce) pocity, které by v určitých situacích samo prožívalo často s odkazem na potřeby a z nich vyplývající emocionální stavy (např. panenka je smutná, jelikož má hlad). Mluvení o emocích působí příznivým způsobem na emocionální vývoj. Prostřednictvím jazyka se dítě učí označovat emoce a taktéž je i vyjadřovat. *(Wedlichová, 2010)*

## **2.5 Komunikace dítěte a osobnostně sociální vývoj v předškolním věku**

### **Komunikace**

Dítě v předškolním věku už zvládne vyjádřit své názory, požadavky i pocity, které chce někomu sdělit.

Vypráví o minulých událostech a to formou příběhu. Od 4 let začíná diferencovat odlišný způsob komunikace vzhledem k rozdílným sociálním rolím, vývojové úrovni, apod.

Co se týče komunikace s dospělými, děti se vyhýbají nežádoucím výrazům a vyjadřují se zdvořilejším způsobem. Také však automaticky očekávají porozumění. Děti s rodiči komunikují formou otázek a odpovědí a díky těm dítě poznává svět kolem sebe.

Jiné je to v komunikaci s vrstevníky. V komunikaci s vrstevníky se děti vyjadřují přímo a používají i takové výrazy, které by byly pro dospělé nepřijatelné. Pokud si dítě hraje, obvykle používá monolog, jelikož je velmi zaujaté svou činností a předpokládá u ostatních dětí stejný postoj, tato varianta je označována termínem egocentrická komunikace. Rozvoj dětské komunikace se projevuje dohadováním mezi dětmi, které svědčí o tom, že se děti více poslouchají. Rozhovor mezi předškolními dětmi bývá složitější a i delší, pokud probíhá např. v rámci hry či jiné společenské činnosti.

Jak dítě předškolního věku komunikuje s malými dětmi? Předškolní děti se dovedou přizpůsobit komunikačním možnostem a potřebám malých dětí.

Děti v předškolním období mohou mít určité formální nedostatky v oblasti komunikačního projevu. Většina dětí ještě nedovede správně vyslovovat a některé hlásky nahrazuje jinými či je komolí. Příčinou může být např. nezralost motoriky mluvidel. Dalším důvodem může také být nedostatečná jazyková zkušenost a chybění korekce ze strany rodičů a jiných dospělých v jeho okolí. Ke konci předškolního období se ve většině případů výslovnost u dětí zlepšuje. *(Bytešniková, 2007)*

### **Osobnostně sociální vývoj v předškolním věku**

Pětileté dítě se rádo kamarádí a často uzavírá zvláštní přátelství s jedním dítětem (či s dvěma dětmi). Dítě je v tomto věku obvykle štědré a velkorysé – dělí se o hračky, ochotně se střídá apod. Rádo si hraje ve skupině s jinými dětmi a věnuje se kolektivním činnostem. Vůči menším dětem, vůči těm, kterým se přihodilo něco nepříjemného a vůči zvířatům cítí velkou náklonnost a má tendenci se k nim chovat ochranně.

Rodiče či pečovatele zpravidla poslouchá. I nadále potřebuje, aby ho dospělí povzbuzovali a dodávali mu pocit jistoty (i když se o to třeba neříká tak zjevně jako dříve).

Pětileté dítě se lépe ovládá a již neprožívá tak výrazné emoční výkyvy. Rádo se předvádí – baví ostatní. Také se rádo chlubí svými úspěchy. (Allen, Marotz, 2002)

Šestileté dítě prochází náhlými změnami nálad – např. z „nejlepšího přítele“ se může stát „nejhorší přítel“. Jeden den je ochota sama a druhý den je dítě protivné a neochotné. V tomto věku se stává méně závislé na rodičích. Sice stále potřebuje pocítovat vzájemnou blízkost a zažívat výchovnou péči svých rodičů, ovšem zároveň se od nich touží odpoutat a „být velké“. Chce se zalíbit a vyhovět dospělým. Občas si přehnaně stěžuje na drobné bolístky a zveličuje je, aby tak získalo více pozornosti. Stále je ještě v tomto věku sebestředné (egocentrické) a má za to, že všichni a všechno je tu kvůli němu. Nemá rádo, když prohrává ve hře či když ho někdo v něčem opravuje. S velkým západem se zajímá o vše, co se kolem něj děje. Dítěti je etické chování i morální hodnoty buď zcela cizí, či má o nich pouze mlhavou představu. Často lže. Dítě v tomto věku ví, kdy zlobí.

Šestileté dítě pojetí správného a špatného chování odvozuje od toho, co od něho očekávají rodiče a učitelé a jaká uplatňují pravidla. Občas mívá strach z bouřek, neznámých zvuků, tmy, či ze psů. (Allen, Marotz, 2002)

### **Význam rodiny pro psychický vývoj předškolního dítěte**

Jak se dočteme v publikaci od Vágnerové: „Rodiče jsou pro předškolní dítě emocionálně významnou autoritou“ (Vágnerová M., 2000, str. 125)

Rodiče představují pro dítě ideál, jemuž se chce dítě ve všech směrech podobat a s nímž se ztotožňuje. V rámci ztotožňování dítě zcela nekriticky přijímá veškeré postoje, hodnoty a projevy rodičů, v hotové podobě. Identifikace s autoritou posiluje sebejistotu a zvyšuje sebeúctu. Roli rodičů (i dospělých obecně) považuje dítě za něco velice žádoucího. Děti v tomto věku rodičům přisuzují téměř všemocnost. Předškolní děti svou potřebu být jako rodiče uspokojují hlavně ve hře, kde mohou snadným způsobem získat roli dospělého, jinak zatím nedostupnou. Fáze předškolního věku je také charakterizována dle E. Eriksona, 1963 (Erikson in Vágnerová M., 2000, str. 126) jako období anticipace rolí – kdy děti zkusí různé role, které by měly v budoucnu získat, a učí se je (alespoň na symbolické úrovni) nějak zvládnout. Tímto způsobem děti přijímají normy a řád platný v dospělém světě. Tento způsob učení je pro období předškolního věku typické. (Vágnerová, 2000)

## **Vrstevnické vztahy a role**

Děti umístěné v dětských domovech netrpí tím, že by se styděly ve skupině jiných dětí, jelikož pro ně to není nic neobvyklého. Děti v dětských domovech jsou nejen kamarády, ale také rodinou, stráví spolu celé dny, měsíce a občas bohužel i roky.

V publikaci od Vágnerové se dočteme, že v předškolním věku se uvolňuje vázanost na rodinu a postupně i vázanost na dospělé. Děti v tomto věku začínají navazovat vztahy především s vrstevníky. Vztahy s vrstevníky se liší od vztahů s dospělými: Vztah s vrstevníkem poskytuje mnohem méně jistoty než vztah s dospělým, od vrstevníka nelze očekávat ochranu, toleranci a nelze se na něj v tomto směru spoléhat. Aby dítě takový vztah zvládlo, musí dozrát na určitou vývojovou úroveň (až takovou podporu a potvrzení bezpečí nebude potřebovat). Pokud u dítěte vznikne potřeba kontaktu s vrstevníky, lze to chápat jako signál určité zralosti osobnosti dítěte předškolního věku.

## **Vztahy ke kamarádům**

Předškolní dítě získává kamaráda jiným způsobem, než sourozence, má totiž jakousi možnost volby. Na rozdíl od sourozence jej může odmítnout. Dítě předškolního věku dává přednost takovému kamarádovi, který mu je podobný, má stejné zájmy apod. Jedná se o jakýsi trend „volby dvojníka“. Důležitá je hlavně shoda v oblasti vnějších projevů a znaků, dítě má potřebu sdílení činnosti.

Vágnerová píše: *„Na druhé straně děti v této době přijímají i postiženého vrstevníka, ještě si dostatečně nezafixovaly běžné sociální předsudky.“* (Vágnerová, 2000, str. 129)

Citaci jsem uvedla proto, že s ní naprosto souhlasím. Mám zkušenost s tím, že do té doby, než děti začnou plnit povinnou školní docházku, vůbec si neuvědomují, že chlapec D. H. (kterému je věnována část praktické BP) je nějakým způsobem „jiný“. Neuvědomují si, že nemůže chodit, že ho „tety“ krmí, i přesto, že mu je již 7 let. Ale jakmile začnou chodit do školy a začnou se kamarádit s dětmi z rodin, začnou to teprve nějak řešit.

Začínají se objevovat otázky typu: „A proč nemůže D. H. chodit?“, nebo „Proč D. H. krmíš, i když je stejně velký jako já?“ apod.

Výběr kamaráda v předškolním věku ovlivňují hlavně situační faktory a zjevné znaky. Důležitým kritériem výběru kamaráda je pohlaví. Hraje zde velkou roli pocit příslušnosti ke stejnému pohlaví, ztotožnění se s chlapeckou nebo dívčí rolí, preference určitého způsobu chování, hry atd.

Zevnějšek dítěte je prvotní informací, kterou o něm jeho vrstevníci získají. Dítě, které je atraktivní v rámci aktuálních normativních kritérií, bývá upřednostňováno jak vrstevníky, tak i dospělými jedinci. Projevuje se zde vliv sociálního stereotypu, podle něj znamená, že vše hezké je zároveň i dobré. Sociální atraktivitu zvyšuje to, zda dítě vlastní nějaký zajímavý předmět - např. hračky (pozn.: Ovšem myslím, že dnes jsou děti tak rozmazlené, že spíš se předhánějí, kdo má lepší telefon, lepší tablet apod.) Dalším viditelným znakem je chování, které spoluurčuje sociální úspěšnost. Populární děti bývají dobře naladěné, přátelské a sociálně zdatnější. Kamarádství s nimi je příjemné. I přesto, že jsou kamarádství předškolních dětí značně povrchní a proměnlivá, je i v této vývojové fázi viditelný rozdíl ve vzájemném chování dětí, které k sobě mají kamarádský vztah a dětí, které kamarády nejsou. (*Vágnerová, 2000*)

Tuto menší podkapitolu jsem představila z důvodu, že oba chlapci jsou v Dětském domově od 1 do 3 let v Holicích umístění sami, bez sourozenců, takže v nynějším předškolním věku a v jejich situaci navazují především vztahy ke kamarádům.



### 3. Dětská mozková obrna

Prvním dítětem, kterému budu v případové studii věnovat pozornost, bude chlapec s DMO.

„DMO je nejčastěji definována jako porucha hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, během porodu nebo v nejranějším dětství (nejčastěji je vznik limitován věkem do 1 roku“ (*Renotierová in Renotierová, Ludíková, 2006, s. 214*).

Dětská mozková obrna se často kombinuje s celou řadou dalších problémů, patří sem:

- Mentální retardace (až 2/3 dětí s DMO)
- Poruchy učení, poruchy vizu
- Komunikační problémy, křeče (1/3 dětí s DMO)
- Poruchy sluchu
- Neprospívání
- Gastroesofageální reflux nebo behaviorální a emoční poruchy (*Živný in Bendová, 2006*)

#### 3.1 Etiologie DMO

Etiologie dětské mozkové obrny je velmi rozmanitá, ne vždy prokazatelná a velmi často se faktory vzniku kombinují. Podle období, ve kterém došlo ke vzniku postižení, můžeme DMO rozdělit na vrozenou a získanou. Vrozená forma DMO vzniká již prenatálně - v těhotenství nebo perinatálně – během porodu. Příčin vzniku může být celá řada. Ve většině případů se však přesnou příčinu vzniku nepodaří zjistit. Avšak příčinami vzniku DMO mohou být:

- Hypotrofie plodu – pro vznik DMO mají větší dispozice novorozenci s nízkou porodní hmotností (tj. pod 2.500g) a novorozenci narození kolem 32. týdne těhotenství.
- Mnohočetná těhotenství – větší výskyt DMO je u vícečetných těhotenství, především u jednovaječných dvojčat nebo v případě úmrtí jednoho plodu, souvisí to především s větším rizikem předčasného porodu.
- Kongenitální infekce – např. rubeola, lues, HIV, toxoplazmóza – v zemích, kde je konzumováno větší množství syrového masa se výrazně zvyšuje riziko onemocnění kongenitální toxoplazmózou.

Bakteriální onemocnění matky během těhotenství jsou významným faktorem vzniku DMO. Infekce matky je často příčinou předčasného porodu.

- Nutriční deficit – v tomto případě se jedná především o nedostatek jódu v potravě matky.
- Toxiny – mezi nejčastější toxiny působící na plod patří alkohol. Konzumace 40 g alkoholu za den významně zvyšuje riziko neurologického postižení.
- Předčasný porod – předčasný porod je faktor nejpevněji spojený se vznikem DMO.
- Porodní asfyxie – jedná se o postižení mozku, které je způsobeno nedostatkem kyslíku a je příčinou 10 – 30% případů DMO. Bylo vynaloženo značné úsilí na prevenci porodní asfyxie, ovšem léčba je zatím neúčinná.

Dětská mozková obrna se vyskytuje po porodu asi u 10 – 20% dětí. Tím pádem tedy hovoříme o získané DMO, která je následkem poškození mozku po porodu a v prvních měsících až letech života (v odborné literatuře se setkáme s hranicí 1 rok, avšak to můžou být až 3 – 4 roky). Příčinou je většinou infekce mozku, jako je bakteriální meningitida nebo virová encefalitida. Dále pak poranění mozku (perinatální, týrání dítěte, následek pádu). (*Kraus, 2005*)

### **3.2 Formy dětské mozkové obrny**

Dětská mozková obrna se projevuje v různých formách. Nejčastější formou je spastická diparéza spolu s hemiparézou. Dále se rozlišuje dyskinetická forma, kvadruparetická forma a ještě dříve uváděná ataktická forma. (*Kraus, 2005*)

Formy DMO rozlišujeme dle charakteru tonusové a hybné poruchy a dělíme je na spastické a nespastické formy.

Spastické formy DMO: Diparetická forma, hemiparetická forma, kvadruparetická forma, oboustranná hemiparetická forma.

Nespastické formy DMO: Hypotonická forma, dyskinetická forma, rigidní forma, mozečková forma. (*Renotiérová in Renotiérová, Ludíková, 2006*)

## Charakteristika jednotlivých forem DMO

### Spastické formy DMO:

Diparetická forma: Způsobena je poškozením CNS v kmenové oblasti. Postiženy jsou obě dolní končetiny. Končetiny jsou celkově slabší (obzvláště v bérkách). Končetiny jsou na první pohled kratší. Většinu svalových skupin postihuje zvýšené napětí. Zvýšené napětí v pánevní oblasti se projevuje předklonem pánve a trupu. Je zkrácena Achillova šlacha (následkem napětí tříhlavého lýtkového svalu – Achillova šlacha táhne patu vzhůru) – tím vzniká špičkové postavení nohy, kterému říkáme „koňská“. Hybnost obou dolních končetin je porušena. Chůze je možná s oporou druhé osoby nebo s pomocí berlí. Pokud je postižení větší, dítě nechodí vůbec. Pokud postižení není větší, dítě začíná zpravidla chodit ve 3. – 5. roce života. Hrubá motorika horních končetin bývá dobrá. Mentální schopnosti nebývají poškozené, jelikož mozková kůra zpravidla není zasažena. K této formě DMO se někdy přiřazuje monoparetická forma – jedná se o postižení pouze jedné končetiny. Vyskytuje se zřídka. Inteligence bývá zachována.

Paukospastická diparetická forma: Jsou obvyklé mozečkové příznaky. Jedinec chodí jen s nepatrným ohnutím v kolenou. Postižení nezvládnou poskoky a chůzi po jedné noze. (V náznamech spastické formy je tzv. koňská noha, při chůzi je více zatěžována přední část chodidla).

Hemiparetická forma: „*Hemiparéza je jednostranná porucha hybnosti, nejčastěji spastického typu*“. (Kraus, 2005, str. 69). Je způsobena poškozením jedné z hemisfér – převážně v korové oblasti. Může být pravostranná či levostranná. Téměř vždy je více postižena horní končetina. Hybnost postižené ruky je postižena tak, že vázne v upažení, dále v napřimení v lokti, vytočení předloktí zevně dlaní vzhůru, ohnutí ruky v zápěstí směrem ke hřbetu ruky, addukce palce a jeho opozice vůči ostatním prstům. Dolní končetina je volně pohyblivá v kyčelním a v kolenním kloubu, ovšem v různém stupni je vytvořena „koňská noha“. Postižená dolní končetina je většinou kratší a je slabší. Dítě při chůzi napadá na postiženou končetinu, horní končetinu drží strnule bez pohybu. Inteligence je u této formy asi ve 40% snížena. (Vítková in Pipeková, 2006)

Kvadruparetická forma: Nejtěžší forma DMO. Jedná se o poškození v oblasti mozkového kmene. Projevuje se postižením všech čtyř končetin – a to spastickou obrnou. Horní končetiny jsou postiženy víceméně symetricky. K této formě se přiřazuje i triparetická forma, což je postižení tří končetin, ovšem tato forma DMO se vyskytuje zřídka. (Renotierová in Renotierová, Ludíková, 2006).

Téměř pokaždé se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Kvadruparéza tvoří kolem 5% případů a znamená vážný problém, jelikož postižené děti jsou naprosto odkázané na pomoc druhých lidí, péče o ně je velice pracná. Prognóza u této formy je velmi nepříznivá. U této formy je méně časté větší postižení dolních končetin, jak horních končetin nebo stejné postižení všech 4 končetin. Epilepsie se řadí do klinického obrazu uvedené formy. (*Kraus, 2005*)

Oboustranná forma hemiparetická: Tato forma je následkem rozsáhlého postižení mozku – a to obou mozkových polokoulí. Jedna polokoule je pokaždé postižena více. Tato forma dětské mozkové obrny je také jednou z nejtěžších. Spastickou formou jsou postiženy všechny čtyři končetiny. Postižené děti nechodí a kvůli těžkým kontrakturám (zkráceninám) nemohou pohybovat ani horními končetinami. Takto postižené děti jsou zcela závislé na cizí pomoci a jsou odkázány na invalidní vozík. Při této formě DMO mají všechny děti sníženou inteligenci a také epileptické záchvaty. (*Renotierová in Renotierová, Ludíková, 2006*)

### **Nespastické formy DMO:**

Hypotonická forma: Tato forma se projevuje snížením svalového tonu (napětí). Tato forma DMO se vyskytuje v kojeneckém věku. Později se však většinou mění na dyskinetickou nebo spastickou formu. Inteligence bývá skoro vždy snížena. Stoj i chůze bývá nejistá.

Dyskinetická forma: Dříve nazývána „extrapyramidová“. Tato forma tvoří kolem 10% případů DMO. Dyskinetická forma má charakteristickou etiologii. Dyskinetická forma DMO je definována dominujícími abnormálními pohyby. Taktéž se jim říká nepotlačitelné pohyby. Pohyby se objevují spontánně v klidu, či na různé podněty. Nepotlačitelné pohyby se objevují jako atetóza nebo chorea. Atetotické pohyby jsou pomalé. Naproti tomu choreatické pohyby jsou prudké. U dyskinetické formy DMO se zvýšení svalového tonu a abnormální pohyby objeví až mezi 5. – 10. měsícem věku. Mentální schopnosti jsou ve většině případů normální (jelikož není postižena mozková kůra). Postiženy bývají svaly obličejové, žvýkací i svalstvo zúčastněné na tvorbě hlasu a řeči. Polykání i žvýkání bývá znesnadněno. Řeč bývá těžko srozumitelná, je porušen spád řeči. Objevují se poruchy jemné hybnosti, hlavně psaní. Rozvoj epilepsie je asi u ¼ případů. Obvykle se celkem snadno dosáhne její kompenzace. Zrakové problémy u této formy jsou časté – 1/3 dětí má strabismus.

Rigidní forma: Vzácná forma DMO. V dětském věku se tato forma DMO téměř nevyskytuje, v pozdějším věku se vytváří z forem jiných. Tato forma DMO se vyznačuje plastickým zvýšením svalového napětí.

Mozečková forma: Tato forma DMO se vyznačuje snížením svalového napětí a poruchami pohybové koordinace. Děti neprospívají a to z důvodu obtížného krmení a častého zvracení. Děti s touto formou (která někdy ani nebývá zařazována mezi ostatní formy DMO, ale považuje se za samostatný syndrom) většinou nezvládají chůzi nebo začínají chodit až po 6. roce věku. (Kraus, 2005)

### 3.3 Péče o děti s DMO

Jak píše Josef Kraus ve své publikaci: „*Rodičům je třeba zdůraznit, že v současnosti neexistuje kurativní léčba pro dětskou mozkovou obrnu*“. (Kraus, 2005, str. 26)

Ano, dětská mozková obrna je nevléčitelné onemocnění, ovšem komplexním přístupem celé řady odborníků je možno významně ovlivnit kvalitu života dítěte s dětskou mozkovou obrnou. Kdo stanoví diagnózu DMO? Stanoví ji neurolog, ten také stanovuje individuální terapeutický program (podle něhož s dítětem pracují i jiní odborníci). Do terapeutického týmu se řadí specialisté vzdělaní ve specifické problematice DMO – pediatr a neurolog. Nezbytnou součástí je sledování psychomotorického vývoje dítěte a také zapisování dílčích úspěchů. Mezi další členy terapeutického týmu patří: fyzioterapeut, neurolog, ortoped, psycholog (dětský psycholog), logoped, speciální pedagog, sociální pracovník.

Fyzioterapeut sestavuje speciální cvičební program. Využívá různé metody, jako je např. Vojtova metoda reflexní lokomoce, orofaciální metody, Bobath komplex aj. Těmito metodami se fyzioterapeut snaží u dítěte s DMO dosáhnout zlepšení zbytkových funkcí, aktivaci nových pohybových vzorů a tím zlepšení hybnosti jedince s DMO. V současné době se při fyzioterapii využívají i nové moderní metody: hipoterapie a canisterapie. Fyzioterapeut musí zároveň spolupracovat s rodinou nebo s lidmi, kteří dennodenně s dítětem s DMO pracují.

Neurolog řeší problémy v oblasti CNS, jako je např. hydrocefalus, nebo cévní vývojové vady aj.

Ortoped se zabývá řešením konzervativních nebo operativních postupů při poruchách pohybového aparátu (které se nedají řešit rehabilitací nebo neurologickou léčbou).

Psycholog (dětský psycholog) pomáhá jedincům s DMO a obzvláště jejich rodinám při zvládnutí složitých a velice stresových situací, které život s jedincem s dětskou mozkovou obrnou přináší. Psycholog se také podílí na hodnocení psychomotorického vývoje dítěte.

Logoped pracuje s osobou s DMO při diagnostice a řešení narušené komunikační schopnosti.

Speciální pedagog: Ten určuje na základě speciálně pedagogické diagnostiky speciálně pedagogickou diagnózu. Ta je tím základním pro edukaci dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Sociální pracovník: Ten napomáhá jedinci s DMO s jeho integrací do společnosti, dále také rodině při zajišťování komplexní péče o nemocného – např. včetně pobírání sociálních dávek.

S terapeutickým plánem musí být seznámeni především rodinní příslušníci jedince s DMO a zdravotničtí pracovníci. Tito všichni musí spolupracovat, neboť rodina, spolupráce a vůle jedince s DMO jsou těmi nejdůležitějšími faktory při léčbě, při integraci a také při inkluzi do společnosti. (*Živný in Bendová, 2006*)

### **Problémy s komunikací u dětí s DMO**

Mnoho pacientů s DMO má problémy s komunikací. Problémy s komunikací mohou představovat mnohem důležitější problematiku, jak hybné potíže. Nejprve se klade důraz na rozvoj řeči. Ovšem jako s chůzí – důležité je včas rozhodnout, zda jí dítě docílí. Pokud dítě neprokáže schopnost pro orální komunikaci (kterou lze stanovit ve věku 4 - 5let), může se uvažovat o metodách alternativní komunikace – od jednoduchých obrázkových nebo Bliss symbolů až po sofistikované PC programy, které poskytují výstup hlasovým syntetizátorem. Jinou další možností je využití znakové řeči – ovšem pro pacienty s DMO může být její využití problematické a to kvůli jejich pohybovému postižení. (*Kraus, 2005*)

Narušená komunikační schopnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou se odráží také v psychickém vývoji dítěte. Je proto důležité, začít s náhradními způsoby komunikace co možná nejdříve, jelikož obzvláště v předškolním věku jde o podporu celkového psychomotorického vývoje, ve kterém má rozvoj komunikace, řeči a jazyka klíčový význam = protože prostupuje všemi oblastmi rozvoje dítěte. Narušená komunikace u dětí může být příčinou frustrace a může až vést k poruchám chování. I malý pokrok při zlepšení dorozumívání znamená zvýšení sebevědomí dítěte. (*Šarounová in Bendová, 2006*)

### **3.4 Vzdělávání a výchova dětí s DMO**

S věkem dítěte se mění i způsob péče:

- a) Raná péče – rehabilitační, stacionáře.
- b) Mateřská škola – integrace, speciální třída MŠ, MŠ pro tělesně postižené děti.
- c) Základní škola – integrace, speciální třída při běžných ZŠ, ZŠ pro tělesně postižené.

- d) Tělesné a mentální postižení – vzdělávání v ZŠ praktické či speciální, v přípravném stupni ZŠ speciální, popř. v rehabilitačním vzdělávacím programu v rámci ZŠ speciální, odborné střední a učňovské školství, praktické školy a ústavy sociální péče, speciálně pedagogická centra a nestátní soukromé organizace a nadace, občanská sdružení, charitativní a církevní zařízení.

Při vzdělávání a výchově dětí s DMO se uplatňují tyto zásady rozvíjení pohybových a dorozumívacích dovedností (František Kábele):

- a) Zásada vývojovosti – vyžaduje dodržování zákonitého postupu fylogenetického a ontogenetického vývoje hybnosti člověka při nacvičování pohybových a mluvních dovedností dětí s DMO.
- b) Zásada reflexnosti – ta využívá reflexů při rozvíjení pohybových a dorozumívacích dovedností. Zpravidla se člení na – natahovací, ohýbací, polohové a pohybové.
- c) Zásada rytmizace – zásada rytmizace hybnosti a řeči vyžaduje využívání příznivého vlivu pohybového a mluvního rytmu při nácvičení pohybových a mluvních dovedností dětí postižených dětskou mozkovou obrnou, především při nácvičení plynulého koordinovaného pohybu. Rytmizací hybnosti a řeči se dosahuje odstranění nebo zmírnění elasticity a nepotlačitelných mimovolných pohybů a zlepšuje se koordinace a plynulost těchto projevů.
- d) Zásada komplexnosti – zásada komplexnosti v pohybové výchově dětí s DMO znamená komplexní ovlivňování pohybového a mluvního projevu těchto dětí více podněty zrakovými, sluchovými a kinestetickými (dotykovými a pohybovými).
- e) Zásada kolektivnosti – ta vyžaduje, aby se rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou provádělo vždy v dětském kolektivu - ne individuálně – jak to bylo doposud zvykem v ambulantní logopedické péči.
- f) Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu – souvisí se všemi ostatními, vytváří se individuální program rehabilitace a výuky. Pro každé dítě v rámci rozvoje se vytvoří individuální rehabilitační plán a u předškolního a školního dítěte individuální vzdělávací plán (IVP). (*internetový zdroj: www.dmo.cz*)

### 3.5 Epilepsie

Chlapec v mé případové studii má k diagnóze DMO ještě přidruženou diagnózu nesoucí název epilepsie. Proto ji věnuji nějakou pozornost. Jen ještě malá poznámka – chlapec umístěný u nás v domově je pravidelně kontrolován u lékaře a je medikován.

Epilepsie je neurologická porucha. Je typická opakujícími se záchvaty. Důvodem jsou chaotické elektrické aktivity v mozku, které mění vědomí a mohou vyvolat mimovolní pohyby. Často je příčina neznámá. Epilepsie, která se poprvé objeví až v dospělosti, může být způsobena nádorem, poraněním hlavy, mrtvicí či chemickou nerovnováhou. Jsou dva typy záchvatů: grand - mal a petit - mal. U záchvatu grand - mal postižený padá v bezvědomí na zem s trhavými pohyby, které trvají i několik minut. U záchvatu petit – mal si postižený vůbec neuvědomuje okolní svět (více než půl minuty), ale nepadá. U tohoto záchvatu je zřídka úplná ztráta vědomí. (Smith, 2005)

### **První pomoc při záchvatu křečí**

Jak jsem již psala, Dětský domov pro děti od 1 do 3 let je zdravotnickým zařízením, tudíž musíme počítat s tím, že v ojedinělých případech je třeba umět podat první pomoc. Naštěstí u chlapce s DMO, kterého popisuji v první případové studii, nedošlo k většímu záchvatu křečí (k záchvatu grand – mal). U chlapce se občas objevil druhý typ záchvatu – tedy petit – mal. Projevovalo se to tak, že chlapec například při jídle přestal jíst, zahleděl se do prázdna a z úst mu začalo vytékat jídlo, ovšem po několika sekundách (do 30 sekund), začal opět vnímat dění kolem sebe.

Záchvat křečí (neboli konvulzí) je následkem elektrické poruchy v mozku a spočívá ve svalových křečích a ztrátě kontroly nad tělem. Účelem první pomoci při záchvatech křečí je chránit postiženého, aby se sám nezranil a popřípadě volat lékařskou pomoc.

Příznaky při záchvatech křečí: ztuhlé tělo s prohnutými zády a pevně stisknutými čelistmi, oči obrácené v sloup, hlučné dýchání, křečovitý třes těla, po záchvatu následuje spánek.

Pokud nastane konvulze, tak prvním krokem při podávání první pomoci bude ZABRÁNIT PORANĚNÍ – snažit se zabránit poranění při pádu. Dále nesmíme s postiženým během záchvatu hýbat. Také musíme postiženému uvolnit oděv kolem krku a pokusit se mu chránit hlavu něčím měkkým (např. kusem šatstva). Druhým krokem při podávání první pomoci bude SLEDOVAT STAV – po záchvatu může postižený tvrdě usnout, musíme mu zkontrolovat dýchání (sledovat pohyby hrudníku), popř. mu uvolnit dýchací cesty.

Třetím krokem při podávání první pomoci bude PŘIVOLAT POMOC – pokud postižený zůstává v bezvědomí déle než 10 minut či má křeče déle než 5 minut, nebo pokud má opakované křeče, voláme záchrannou službu.



Do příjezdu záchranné služby sledujeme dýchání postiženého, puls a jeho vědomí (kontrolujeme jednoduchými otázkami či jednoduchými příkazy – např. „Otevřete oči“). (z *anglického originálu přeložili: Citová, Cita, Nejedlá, 2003*)

### **Preventivní opatření**

Pro vznik záchvatu je nejdůležitější vznik ohniska. Ty se mohou vytvořit ještě před narozením, během porodu či u narozeného člověka. Podnět, který slouží jako spouštěcí mechanismus epileptického záchvatu, se nevyskytuje u všech typů onemocnění. Takovými „spouštěči“ se mohou stát jak vnější, tak vnitřní faktory. Z těch vnějších jsou to třeba smyslové vjemy, především světelné a zvukové. Pro snadnější představu mezi světelné smyslové vjemy řadíme například záblesky v seriálech pro děti nebo diskotékové reflektory. Těmi vnitřními bývají horečka, únava, hladovění či léky. (*internetový zdroj: www.esznam.cz*)

Jelikož hovoříme v BP o konkrétním chlapci, zaměřím preventivní opatření přímo na něho. Pokud u chlapce nastaly příznaky epilepsie, nebyly naštěstí nijak velké. Jak jsem již psala výše, u chlapce se občas objevil typ záchvatu petit – mal, ovšem je pravdou, že nastala i situace (ovšem opravdu výjimečně), že se u chlapce objevily „záškuby“ končetin – dětská lékařka docházející pravidelně do zařízení Dětský domov pro děti od 1 do 3 let, se domnívala, že příčinou byl nedostatečný pitný režim a dále hladovění, protože se stávalo, i když málokdy, že sestry do chlapce nemohly dostat ani sousto. Dále musely sestry chlapce nadměrně hlídat, pokud se u něho objevily vysoké horečky. Takže pro shrnutí, preventivními opatřeními proti projevům epilepsie u chlapce uvedeného v první případové studii, jsou: dodržování dostatečného pitného režimu, dostatečné stravy a při vysokých horečkách se snažit o to, aby teplota co nejrychleji klesla (podávat antipyretika, aplikovat zábaly, dostatečný pitný režim).

### **Problémy s příjmem potravy u jedinců s DMO**

Píši výše, že chlapec uvedený v první případové studii občas sestry „trápil“ tím, že nechtěl nic jíst. Chlapec do domova přišel v roce 2010 a byl sondován. Postupně se přešlo na normální stravu – od hladkého mixu, přes hrubý mix až po kousky jídla. Domnívám se, že je proto žádoucí, abych zde zmínila, jaké jsou problémy s příjmem stravy u jedinců s DMO.

*„Komplikace spojené s příjmem potravy tíží významnou část pacientů s DMO a přetrvávají do dospělosti. Vývoj může zůstat na úrovni sání – polykání a nemusí dosáhnout stadia kousání. Obtíže se týkají obou složek orální i polykací fáze. Další problémy jsou v oblasti žaludku.“ (Kraus, 2005, str. 30)*

Taktéž je vysoká četnost výskytu gastroesofageálního refluxu. PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) se používá v indikovaných případech u velmi těžce postižených dětí. Umožňuje alternativní přívod potravy zajištění dostatečné výživy po dobu, kdy se pokračuje v nacvičování orální fáze. Avšak dlouhodobější využití nasogastrické sondy je faktor pro vznik polykacích potíží. (*Kraus, 2005*)

## 4. Downův syndrom

Druhým dítětem v mé případové studii bude chlapec s diagnózou Downův syndrom. Downův syndrom „je jedním z nejčastějších vrozených syndromů. Patří k nejběžnějším chromozomálním poruchám a je také nejčastěji rozpoznatelnou příčinou mentální retardace. Vyskytuje se průměrně u jednoho ze 700 narozených dětí ve všech etnických skupinách.“ (Selikowitz, str. 39, 2011)

Všichni jedinci s Downovým syndromem se vyznačují podobnými frenologickými znaky, které jsou známy jak odborníkům, tak i laické veřejnosti.

V roce 1866 bylo toto onemocnění podrobně popsáno anglickým pediatrem Johnem Downem, ovšem zmínky o něm lze najít už v 16. století. Až teprve se vznikem genetiky jako vědy bylo zjištěno, že Downův syndrom je onemocnění, které je způsobeno trizómií 21. páru chromozomu.

Dříve se užíval termín „mongolismus“, ten vznikl na základě určitých fyziognomických zvláštností jedinců s Downovým syndromem – v dnešní době je však tento termín překonán a jeho užití působí hanlivě. (Švarcová, 2006)

### 4.1 Etiologie Downova syndromu

Příčiny vzniku Downova syndromu nejsou doposud úplně známy. Ovšem od roku 1959 se ví, že mechanismem vzniku Downova syndromu je trizómie 21. chromozomu. Doposud však není známo, proč tento nepárový chromozom vůbec vznikne. Prokázána není závislost vzniku Downova syndromu na alkoholu nebo jiných návykových látkách.

Byla však prokázána určitá souvislost s věkem rodičů. Matky starší věku 35 let a otcové starší věku 55 let jsou ohroženi narozením dítěte s Downovým syndromem.

Dispozice pro vznik Downova syndromu jsou uloženy na jednom z ramen 21. chromozomu - tento chromozom je nejmenším lidským chromozomem. Tento chromozom obsahuje asi 1, 5% všech genů umístěných v jádře lidské buňky. Postižení se vyskytuje rovnoměrně u obou pohlaví, u všech etnických skupin, lidských ras, sociálně – ekonomických tříd a národností. (Švarcová, 2006)

V 70 – 80 % případů je zjištěno, že nadbytečný 21. chromozom pochází od matky a v 20 – 30 % případů je otec dítěte původcem nadbytečného chromozomu. (Pueschel, 1997)

## 4.2 Diagnostika Downova syndromu

Existují dva způsoby, jak se dá zjistit Downův syndrom během těhotenství – prvním způsobem je tzv. aminocentéza a druhým způsobem je biopsie choriových klků. Amniocentéza – jedná se o nejběžnější formu prenatální diagnostiky Downova syndromu. Toto vyšetření, které je vysoce odborné, provádí většinou zkušený porodník. Toto vyšetření se provádí mezi 16. – 18. týdnem těhotenství. Odběr plodové vody se provádí za plného vědomí těhotné ženy, pod UZ kontrolou punkční jehlou přes stěnu břišní. Amniocentéza je vyšetřením nebolestivým, ovšem psychicky náročným pro budoucí matku. Výsledky chromozomových testů jsou většinou k dispozici asi dva týdny po aminocentéze.

Existuje také modernější alternativa aminocentézy – a to je biopsie choriových klků. Ideální doba vyšetření je 9. až 11. týden gravidity.

Rovněž se toto vyšetření provádí ambulantně. Přes pochvu je děložním hrdlem zavedena tenká trubička do dělohy a koncem trubičky je provedena biopsie choriových klků – ty jsou odeslány do laboratoře. Výsledky chromozomového testu jsou známy již 2. či 3. den po odběru. (*Selikowitz, 2011*)

Pokud se potvrdí výskyt Downova syndromu u plodu, tak záleží pouze na rodičích, zda se rozhodnou dítě si nechat nebo podstoupí přerušení těhotenství z genetické indikace (které je možné do 19. týdne těhotenství). Odborníci mohou rodičům pouze poradit a říct jim, co je čeká za život s dítětem s Downovým syndromem. Ovšem nikdo nemá právo těmto rodičům vnucovat svůj vlastní názor, nebo dokonce nějakým způsobem rozhodnutí rodičů ovlivňovat. (*Švarcová, 2006*)

## 4.3 Fyziognomie a anatomické zvláštnosti osob s Downovým syndromem

Lidé s Downovým syndromem mohou mít určité společné fyzické rysy. Níže uvádím ty, které se objevují nejčastěji a tvoří charakteristický vzhled člověka s tímto typem postižení.

Hlava – může být o něco menší, temeno může být lehce zploštělé (brachycephalia), což způsobuje kulatý a plošší vzhled, který je patrný především při pohledu z profilu.

Obličej – má plochý a kulatější vzhled a to vzhledem k malému plochému nosu, užším menším očím a méně vyvinutým a výrazným obličejovým kostem.

Oči – oční víčka jsou úzká, ve vnitřním koutku oka se vyskytuje malá kožní řasa (tzv. bilaterální epikantus). Díky epikantu oči působí lehce zešikmeným dojmem směrem vzhůru, i přestože mají zcela normální tvar.

Ústa – jsou o něco menší a jazyk je zase naopak větší – to může způsobit vyčnívání jazyka z úst. Jazyk může být více vrásčitý. Růst zubů bývá opožděn.

Uši – často bývají menší a i ušní kanálky mohou být zúžené.

Krk – v dospělosti mohou mít lidé s Downovým syndromem kratší a široký krk. U novorozenců jsou viditelné kožní záhyby kolem šijové oblasti krku, které se časem vytrácí.

Ruce – dlaně jsou široké, prsty jsou poměrně krátké. Napříč dlaní může vést pouze jediná rýha. Otisky prstů mají svoji charakteristickou kresbu.

Nohy – mají normální tvar, ale mohou být mohutnější. Chodidla jsou menší a prsty u nohou kratší, než bývá obvyklé. Velké procento jedinců s Downovým syndromem má ploché nohy a to v důsledku nedostatečné pevnosti šlach.

Svalový tonus – jedinci s Downovým syndromem mívají celkovou svalovou ochablost (tzv. hypotonii). Nejvýrazněji se hypotonie projevuje u malých dětí. V určité míře hypotonie ovlivňuje i vyčnívání jazyka z úst.

Tělesná váha – porodní váha dětí s Downovým syndromem je obvykle nižší, než je průměrné. Zhruba od 3 let může docházet k většímu nárůstu hmotnosti, proto je nutné dbát na zdravou a pravidelnou stravu.

Růst – je pomalejší, než je obvyklé u majoritní populace. Dospělý muž s Downovým syndromem měří průměrně 147 – 162 cm a dospělá žena 135 – 155 cm. (*Pueschel, 1997*).

### **Rozumové schopnosti osob s Downovým syndromem**

Pokud se budeme bavit o rozumových schopnostech osob s Downovým syndromem, musíme vědět, že bylo prokázáno, že téměř u všech postižených touto chorobou se vyskytuje mentální postižení nějakého stupně.

„Děti s Downovým syndromem mívají většinou středně těžké mentální postižení, tedy IQ v rozmezí 35-49 bodů IQ stupnice, ale některé děti mohou mít lehké či naopak těžké mentální postižení, jiné mohou mít téměř průměrnou inteligenci“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, s. 106, 2007).

Výška inteligence je však v tomto případě dosti relativní pojem, jelikož je velmi závislá na přísunu podnětů z okolí, na možnostech rozvoje a na vlivu prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Je prokázáno, že děti, které jsou vychovávány v rodině, vykazují mnohem vyšší rozumový, sociální a psychický potenciál, než děti, které jsou vychovávány v ústavní péči. (Šustrová, 2004)

### **Včasná péče o děti s Downovým syndromem**

Jedním z hlavních úkolů dnešní doby je rozpracování programů včasné péče o děti s DS. Při realizaci těchto programů má u nás největší zásluhu: Speciálně pedagogické centrum při mateřské škole v Praze 8, které má ve své péči děti s Downovým syndromem už od 6 – ti týdnů. (Švarcová, 2006)

A proč je včasná péče tak důležitá? Lze jí podpořit senzomotorický vývoj a sociální vývoj kojenců a stimulovat procesy jejich učení. Termínem „včasná péče“ se rozumí stimulace senzomotorických, rozumových a sociálních schopností dětí. Je poskytována od doby krátce po narození dítěte s postižením po nástup dítěte do školy. (Selikowitz, 2011)

Odborná pomoc v rámci rané péče je zaměřena nejen na děti s Downovým syndromem, ale i na jejich rodiče (jedná se hlavně o jejich psychologickou podporu). (Švarcová, 2006)

### **4.4 Možnosti vzdělávání jedinců s Downovým syndromem**

Než si uvedeme možnosti vzdělávání jedinců s Downovým syndromem, je důležité si říct, že úroveň rozumových schopností u dětí s Downovým syndromem (dále jen DS) není stejná. Bylo prokázáno, že u všech dětí s DS se setkáme s mentální retardací. Její stupeň se však u jednotlivých dětí s DS liší.

Průměrná hodnota IQ odpovídá přibližně úrovni střední mentální retardace. Pokud jsou děti s DS vychovávány v rodinách, obecně vykazují vyšší úroveň intelektových schopností než děti, které jsou vychovávány v zařízeních různého typu.

Jako u dětí intaktních vývoj motoriky dětí s Downovým syndromem postupuje v typickém sledu. Výchovou můžeme pozitivně ovlivnit pohybový vývoj dítěte s DS (ale i přes to tyto děti vykazují určité zpoždění). Opravdu velký význam má pro děti s DS rozvoj řeči (potřeba velké intervence logopeda).

Velký důraz je dnes kladen na aktivní stimulaci všech schopností dítěte s DS v raném dětství. DS je obvykle diagnostikován již při narození, proto je možno začít se speciální péčí brzy. (*Selikowitz, 2011*)

Předškolní a školní výchova - děti s DS v předškolním věku by měly navštěvovat mateřské školy - buď speciální, které jsou určeny dětem s mentální retardací či jiným postižením, nebo mohou být tyto děti integrovány do běžné mateřské školy. Žáci s lehkým mentálním postižením jsou vzděláváni na základní škole praktické. A žáci, kterým jejich rozumové schopnosti nedovolují prospívat na ZŠ praktické, tak ti jsou vzděláváni na ZŠ speciální. Pokud jde o závažné mentální postižení, je možnost navštěvovat přípravný stupeň na ZŠ speciální. Tento přípravný stupeň poskytuje dětem odbornou přípravu na vzdělávání. (*Švarcová, 2006*)

Chlapec s Downovým syndromem uvedený v mé případové studii má mimo jiné přidruženou srdeční vadu. Níže nastíním tuto problematiku.

#### **4.5 Srdeční vady u Downova syndromu**

Zhruba jedna třetina dětí s Downovým syndromem se rodí s vadou srdce. Uvědomme si, že vady srdce související s Downovým syndromem má dítě již při narození. Chlapec v mé případové studii má diagnózu – otevřená Botallova dučej. Jedná se o třetí nejčastější srdeční poruchu u dětí s Downovým syndromem. Musíme si vysvětlit, že krevní oběh plodu je v děloze uzpůsoben zvláštním podmínkám. Kyslík z krve matky získává plod prostřednictvím placenty. Plíce se nepoužívají a plicemi prochází jen velice málo krve. Krev z nevyužitých plic odvádí do tepen zásobujících tělo velká tepna – Botallova dučej. Když se dítě narodí, jeho prvním nádechem se rozeprnou plíce a otevře se plicní oběh, stěny Botallový dučeje (nyní již nepotřebné) se přikládají k sobě a postupem času celá dučej zaniká.

Problém nastává v ten okamžik, pokud se Botallova dučej po narození nezavře. Zvýšený krevní tlak, jenž je v tepnách tělního oběhu ve srovnání s tlakem plicního oběhu, způsobí, že určité množství krve určené tělu proniká dučejí zpět do plic.

Plíce tuhnou v důsledku nadbytku protékající krve, a pokud je dučej velká, může docházet až k dušnosti, dítě hůře jí a také trpí infekcemi dolních cest dýchacích. Uzavření Botallový dučeje není složité – není třeba srdce otevírat, jelikož dučej leží nad ním. Je třeba dučej podvázat. (Selikowitz, 2011)

### **Mentální retardace**

Mentální retardaci musím v této BP také věnovat pozornost a to z důvodu, že oba chlapci v mé případové studii mají ke své diagnóze ještě přidruženou mentální retardaci.

V současné době se stále ještě setkáváme s nepřátelským postojem intaktních lidí k jedincům s mentálním postižením – jejichž názor je, že mentálně postižení by měli být v ústraní, „uklizeni“ do ústavů. Ale není to pouze názor intaktních lidí, ale i některých lékařů a zdravotnických pracovníků, kteří radí rodičům, kteří mají dítě s mentální retardací, aby jej umístili do některé instituce s celoročním pobytem - a to kvůli tomu, aby rodičům dítě s mentální retardací nekomplikovalo život. (Švarcová, 2006)

Mentální retardace je termín, který je v současné době vymezován značným množstvím definic, které mají více či méně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. schopnosti jedince adaptovat se na prostředí.

Tento termín se začal užívat až po konferenci v roce 1959 Světové zdravotnické organizace (=WHO) v Miláně v roce 1959 a postupně nahradil řadu relevantních pojmů. (Valenta, Muller, 2007)

*„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“ (Valenta, Muller, 2007, str. 12)*

### **Dělení mentální retardace**

Níže popíši klinické znaky mentální retardace, jenž ve vztahu k jednotlivým stupňům poruchy nabízí MKN – 10.

Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69): Vývoj je opožděný v oblasti řeči, problémy se projevují až po nástupu do školy. Většina klientů není závislá v oblasti sebeobsluhy, jednodušší zaměstnání je schopna vykonávat, a pokud není v sociálně náročném prostředí, dokáže se pohybovat bez omezení. Jen u menšiny klientů se vyskytuje organická příčina.

Středně těžká mentální retardace (IQ35 – 49): Výrazně je omezená řeč a myšlení, dále jsou omezeny schopnosti sebeobsluhy.



U těchto klientů je v tomto směru žádoucí chráněné bydlení (tj. především chráněné bydlení a zaměstnání) po celý život. Řeč je jednoduchá a chudá v obsahu i v dospělosti, v některých případech dokonce zůstává na nonverbální úrovni.

Retardace psychického vývoje je častokrát kombinovaná neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami, dále je retardace psychického vývoje také často kombinovaná epilepsií. Příčina středně těžké mentální retardace je většinou organická.

Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34): Opoždění psychomotorického vývoje je výrazné a je patrné už v období předškolního věku, tito jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, vývoj řeči stagnuje na předřečové úrovni (pouze jednotlivá slova). Kombinují se s poruchami motorickými a s příznaky celkového poškození CNS. Velice časté jsou poruchy chování a to v podobě sebepoškozování, stereotypních pohybů, hry s fekáliemi, projevů agrese apod. (Valenta, Muller, 2007)

Hluboká mentální retardace (IQ menší než 20): U hluboké mentální retardace je stálá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech nutností. K tomuto stupni MR se přidružují těžké neurologické poruchy a dále těžké senzorické a motorické postižení.

Schopnost komunikace je maximálně na úrovni porozumění jednodušších požadavků a odpovědí na nonverbální úrovni. Etiologie je organická. (Zvolský in Valenta, Muller, 2007)

Jiná mentální retardace: Do této kategorie se řadí jedinci a to v případě, pokud je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné či nemožné a to kvůli přidruženému senzorickému či somatickému postižení, např. u neslyšících, u nevidomých, u osob s autismem nebo u těžce tělesně postižených osob. (Švarcová)

Nespecifikovaná mentální retardace: Do této kategorie se řadí jedinci, u kterých byla prokázána mentální retardace, ovšem není dostatek informací k zařazení jedince do jedné ze shora uvedených kategorií. (Švarcová, 2006)

### **Etiologie mentální retardace**

K mentální retardaci vede celá řada příčin a ty se navzájem prolínají, podmiňují a popřípadě i společně působí. Příčiny mentální retardace můžeme rozdělit na vnější (exogenní) a vnitřní (endogenní). Vnější příčiny mohou mít vliv na vznik mentální retardace, působí od početí, prenatálně, perinatálně a postnatálně, ale také i v období raného dětství. Vnitřní příčiny jsou zakódovány v pohlavních buňkách, díky nimž vzniká nový jedinec – jsou to především příčiny genetické.

Jako nejčastější příčiny vzniku mentální retardace jsou uváděny: prenatální infekce (např. toxoplazmóza, zarděnky, kongenitální syfilis), postnatální infekce (např. encefalitida), intoxikace (např. toxemie matky), mechanické poškození mozku při porodu, postnatální poranění mozku, makroskopické léze mozku (degenerací), poruchy výměny látek (fenyلكetonurie), anomálie chromozomů (Downův syndrom), nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů), vážné duševní poruchy a psychosociální deprivace. (Švarcová, 2006)

### **Diagnostika mentální retardace**

Při diagnostice mentální retardace je nezbytné brát v úvahu všechny aspekty, které ovlivňují život dítěte. Správně stanovená diagnóza je základem. Díky ní můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat životní podmínky dítěte s mentální retardací a tím také přispívat k pozitivním změnám v jeho vývoji. A co zahrnuje komplexní diagnostika? Komplexní diagnostika mentální retardace zahrnuje zhodnocení celkového vývoje dítěte s mentální retardací – to znamená složku biologickou, sociální a psychickou. (Švarcová, 2006)

Diagnostika mentální retardace je záležitostí pedopsychiatra a klinického nebo poradenského psychologa. Během vlastní diagnostiky nesmí být opomenuto to, že se jedinec s mentální retardací obtížně přizpůsobuje nově vzniklým podmínkám, nesnadno navazuje kontakt s jinými lidmi a těžko se orientuje v prostoru. Uvědomme si, že tyto skutečnosti se poté odrážejí ve výkonu, které dítě podává při zkouškách v rámci diagnostiky.

Z toho důvodu je vhodné diagnostiku realizovat v prostředí, ve kterém se dítě s mentální retardací cítí přirozeně (v případě zaměření mé BP – chlapci uvedené v mé případové studii se samozřejmě nejpřirozeněji cítí v prostorách dětského domova).

Diagnostika rozumových schopností se provádí pomocí inteligenčních testů, ve kterých je snahou postihnout intelektovou úroveň vyšetřovaného (např. Wechslerův test). Můžeme se setkat u hodnot IQ s kolísavostí, takže při opakovaném vyšetření mohou být výsledky zřetelně rozdílné. Testy IQ je možno klasifikovat dle míry verbality potřebné pro jejich realizaci – tzv. verbální testy. Nonverbální testy jsou ty, které se o mluvené slovo neopírají. (Monatová, 2000)

Při diagnostice záleží na mnoha faktorech. Tím nejdůležitějším ovšem je vhodnost testu pro osobu s mentální retardací.

Při posuzování dítěte se sleduje především zdravotní stav dítěte a to jak současný, tak i v minulosti, dále psychomotorický vývoj, tělesný vývoj, sluchová a zraková percepce, hrubá a jemná motorika, pravolevá prostorová orientace, úroveň koncentrace pozornosti, úroveň komunikace, zájmy atd. (Švarcová, 2006)

### **Speciálně pedagogická intervence u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami**

Pokud moje BP nese název „Speciálně pedagogická intervence u dětí s postižením ve věku od 5 do 6 let v prostředí dětského domova“, měli bychom si vymezit, co se pod pojmem speciálně pedagogická intervence vlastně skrývá.

Nejprve však vysvětlím druhou část nadpisu – dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Jací žáci jsou považováni za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami?

*„Za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou považováni žáci se zdravotním postižením – tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami a specifickými poruchami učení nebo chování, žáci se zdravotním znevýhodněním – zdravotně oslabení, s dlouhodobým onemocněním a lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování a žáci se sociálním znevýhodněním – žáci z rodinného prostředí s nízkým sociálně - kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu. Patří sem i okruh žáků nadaných a mimořádně nadaných.“ (Bartoňová, Vítková, In Pipeková, 2006, str. 23).*

Speciálně pedagogická intervence je u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami plánována na základě speciálně pedagogické diagnostiky a měla by probíhat pod vedením odborníka – speciálního pedagoga. Ten vypracovává individuální vzdělávací plán (IVP) u každého dítěte a to na základě spolupráce se všemi zúčastněnými odborníky. Zhruba po 3 měsících by měl být individuální vzdělávací plán vyhodnocován a doplňován. Jeho základem je zadání konkrétních úkolů, které odpovídají individuálním možnostem daného dítěte. V individuálním vzdělávacím plánu se setkáme mj. i s doporučením pomůcek – kompenzačních (např. rehabilitační kočárky) či s doporučením didaktických pomůcek (např. komunikační tabulky, stavebnice) nebo s doporučením pomůcek rehabilitačních (např. rehabilitační balóny). V plánu se nesmí zapomenout na předměty denní potřeby, díky nimž dítě rozvíjí sebeobsluhu (např. kartáček na zuby či hřeben). Předškolní období je důležitou etapou pro utváření budoucí osobnosti každého jedince a rozvoje jeho fyzických a psychických schopností.

Vztahuje se to samozřejmě i na děti s postižením, u kterých poskytnutí včasné speciálně pedagogické péče může mít důležitý význam pro jejich další vývoj. (Švarcová, 2006)

### **Speciálně pedagogická diagnostika**

Tato diagnostika je součástí speciální pedagogiky a je taktéž základem speciálně pedagogické intervence. „Přispívá k posouzení současného stavu a ke stanovení dalšího adekvátnějšího působení na děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Zvláště důležitá je speciálně pedagogická diagnostika zejména v raných fázích vývoje jedince, neboť dítě je velice vnímavé a tím i zvýšeně zranitelné.“ (Monatová, str. 11, 2000)

Speciálně pedagogická diagnostika je vědní disciplína věnující se systematickému získávání poznatků, které jsou zaměřeny na možnosti a prostředky poznávání individuálních vlastností jedince s postižením a na odhalování souvislostí, které jsou podstatné a které mohou být příčinou těchto vlastností. (Přinosilová, 2004) Získané poznatky jsou ovšem pouze první fází diagnostiky. Do další fáze spadá jejich objasňování a také hledání příčin získaných výsledků a jejich posouzení vzhledem k prognóze. „Diagnostika je tak východiskem všech dalších opatření ve speciální pedagogice, která sledují výchovně vzdělávací cíle – co nejlepší začlenění do společnosti.“ (Přinosilová, str. 13, 2004)

Při speciálně pedagogické diagnostice se vyšetřuje za pomoci čtenářského testu, dále se vyšetřuje lateralita, provádí se percepčně – kognitivní zkoušky, vyšetření sluchového a zrakového vnímání, diagnostika různých druhů postižení – míra, důsledky, podoba, postižení dítěte a prožívání postižení dítětem. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

### **Využití výsledků speciálně pedagogické diagnostiky v praxi**

Při čem se uplatňují výsledky speciálně pedagogické diagnostiky? Tyto výsledky se uplatňují při výběru dětí, vyžadujících speciálně pedagogickou podporu, optimalizaci edukačního procesu, poradenské činnosti, profesionální orientaci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami apod.

Důležitou a nezbytnou podmínkou pro volbu optimální speciálně pedagogické péče u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je správné zařazení těchto dětí a dále celistvý přístup celého terapeutického týmu.

Vstupní a průběžná speciálně pedagogická diagnóza samozřejmě je a stále bude v popředí zájmu odborníků, také by se měla stát východiskem pro stanovení optimálních kritérií výchovného vedení dítěte a dále by měla sloužit ke zkvalitnění práce s každým jednotlivým dítětem, ale i ke zkvalitnění práce s celou skupinou.

Abychom mohli aplikovat diagnostické metody, je zapotřebí vhodným způsobem zvolit situaci, která bude přirozená a ve které se bude diagnostikovaná osoba cítit dobře, nebude pociťovat trému, nebude mít zábrany a bude se soustředit pouze na konkrétní činnost. Mezi nejčastěji využívané diagnostické situace patří: hra odrážející stav vývoje dítěte (a u dětí s postižením má své typické rysy, kresba (kvalita provedení kresby, téma kresby), vyučování (zjišťování času, který je potřebný k osvojení učební látky, aktuální výkon jedince), mimoškolní činnost a volnočasové aktivity, pracovní činnosti (vztah jedince k pracovní činnosti, schopnost organizovat si práci), poradenská činnost.

Dítě je umístěno do příslušného typu školy či příslušného zařízení na základě komplexní diagnostiky. Dále je možné u dítěte zajistit vzdělávání alternativním způsobem či realizací individuálního vzdělávacího programu. Komplexní vyšetření dětí se speciálními vzdělávacími potřebami zajišťují pedagogicko – psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. *(Přinosilová, 2004)*

### **Diagnostické metody ve speciální pedagogice**

Speciální pedagog získává prostřednictvím speciálně pedagogických diagnostických metod poznatky o vyšetřované osobě. Diagnostické metody dělíme do dvou základních skupin: obecné metody a speciální metody.

Metody obecné slouží ke sbírání údajů a dat o diagnostikované osobě. Tyto metody jsou využívány i v dalších vědách, se kterými speciální pedagogika úzce spolupracuje a jejichž poznatků také využívá. Nejsou to tedy metody typické pouze pro oblast speciální pedagogiky. Do obecných metod se řadí anamnéza, dělí se na rodinnou a osobní. *(Přinosilová, 2004)*

Rodinná anamnéza se soustředí na zjištění údajů o rodičích, sourozencích a prarodičích s ohledem na současné potíže vyšetřovaného a hledání předpokládaných zdrojů těchto potíží v genetické zátěži (např. výskyt určitých onemocnění nebo odchylek v rodině, mentální retardace aj.) či sociálních podmínkách dané rodiny (ekonomické a sociální zázemí rodiny).

Osobní anamnéza navazuje na rodinnou anamnézu a získává údaje o vyšetřované osobě. Z prenatálního, perinatálního a postnatálního období, z raného dětství, z období předškolního i školního věku atd. až po nynější stav. Soustředí se na údaje, které se týkají celkového biologického, neuropsychického a sociálního vývoje a to včetně prodělaných chorob, operací, úrazů, užívaných léků, alergií apod. *(Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)*

Metody speciální představují odborná speciálně pedagogická vyšetření, které mají za úkol zjistit druh a stupeň postižení – speciálně pedagogickou diagnózu. Tyto metody jsou složené z řady zkoušek, testů a vyšetření, jejichž úkolem je určit rozsah funkčního postižení či patologického mechanismu, zabraňující dítěti nebo dospělému v běžném výchovném či výukovém a pracovním procesu. Je zapotřebí soustředit se na celou osobnost vyšetřovaného. Na tomto vyšetření se ve většině případů podílí celý tým odborníků. Mezi speciální metody se řadí: pozorování, explorační metody (dotazník, rozhovor), testové metody, diagnostické zkoušení, kazuistika (studium případu), rozbor a hodnocení výsledků činnosti, přístrojové metody. *(Přinosilová, 2004)*

### **Rozdělení speciálně pedagogické diagnostiky dle věku diagnostikovaného jedince**

Dle věku provádíme diagnostiku: v raném věku, v předškolním věku, ve školním věku, v dospívání, v dospělosti, ve stáří. Jelikož v Dětském domově od 1 do 3 let věku máme děti hlavně v raném a předškolním věku, budu se soustředit pouze na daná období.

V raném a v předškolním věku je na prvním místě včasné podchycení poruchy a s tím související zahájení včasné speciálně pedagogické péče. Včasná speciálně pedagogická péče zamezí či alespoň sníží negativní důsledky postižení. Péče o děti v tomto období by měla být komplexní – důležitou složkou je i péče medicínská. Diagnostika v tomto věku by měla probíhat v přirozeném prostředí dítěte – prostředí, ve kterém se dítě cítí jistě, bezpečně a také přirozeně. Požadavky kladené na dítě by měly být přiměřené věku, mentální úrovni a psychomotorickému vývoji. Zaměřujeme se na diagnostiku motorických funkcí z oblasti hrubé a jemné motoriky, dále nás zajímá lateralita, rozvoj verbálních a rozumových schopností, jak je dítě samostatné při samoobslužných činnostech a také nás zajímá stránka citového vnímání a prožívání dítěte.

Je důležité za všech okolností respektovat individualitu dítěte. Správná speciálně pedagogická diagnóza pomůže při sestavování individuálních plánů dítěte, při nápravě poruch, korekci postižení a dále také stanovení prognózy pro další vývoj dítěte. *(Přinosilová, 2004)*

## 5. Vymezení cílů praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem praktické části BP je na příkladu konkrétního dětského domova přiblížit možnosti a meze realizace speciálně pedagogické péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami předškolního věku v tomto zařízení.

Hlavní cíl bude naplňován prostřednictvím dílčích cílů:

Cíl 1: Prvním dílčím cílem bude popsat současný stav speciálně pedagogické intervence v konkrétním DD.

Cíl 2: Druhým dílčím cílem bude u vybraných dětí = chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami (viz případová studie) konkrétně popsat speciálně pedagogickou péči.

Cíl 3: Třetím cílem bude na vybraných dětech = chlapcích se speciálními vzdělávacími potřebami v DD zhodnotit pokroky, či stagnaci nebo neúspěšnost v oblasti rozvoje.

Cíl 4: Posledním čtvrtým cílem bude zhodnotit ucelenou péči v konkrétním DD a popř. vypracovat návrh na zkvalitnění ucelené péče v DD.

Aby došlo k naplnění výše uvedených cílů, bude využito metody rozhovoru, metody pozorování, případové studie a analýzy výsledků činnosti.

## 6. Metodologie praktické části BP

### Rozhovor

Rozhovor může být dle počtu zúčastněných buď individuální, nebo skupinový. Dále pak dle způsobu vedení může být volný či řízený, jenž má vymezené schéma dle cíle, který sleduje, např. diagnostický. Mezi výhody metody rozhovoru bez pochyb určitě patří osobní kontakt a možnost řídit výpovědi respondenta dle potřeby aktuální situace. Tato metoda však na tazatele klade určité nároky a to především ve smyslu techniky kladení otázek (ne sugestivní). Otázky se kladou buď uzavřené – s možnou odpovědí ano či ne, nebo otevřené – ty vyžadují volnou odpověď. Formulace otázek by měla být stylově i obsahově přiměřená k věku i k celkové úrovni vyšetřované osoby (tzn., že nebudeme klást stejné otázky dítěti, jako dospělé osobě). Důležité je navodit důvěrnou atmosféru. Rozhovorem nahlížíme do vnitřního světa vyšetřovaného jedince, poznáváme jeho postoje, názory, obavy a přání a také představy o sobě. Častou chybou při vedení rozhovoru je autoritativní vystupování, dále pak unáhlenost, netrpělivost a nepřesná interpretace. Během rozhovor je také důležité umět aktivně naslouchat. *(Přinosilová, 2004)*

### Pozorování

Pozorování se řadí mezi výzkumné metody, jejichž prostřednictvím dochází ke sledování činnosti osob, záznam této činnosti, její analýzu a následné vyhodnocení.

Pozorovatel může sledovat průběh dané činnosti buď osobně (tzv. přímé pozorování) či ze záznamu (tzv. nepřímé pozorování). Pozorovatel by měl být při přímém pozorování umístěn tak, aby co nejméně vyrušoval dotyčné pozorované osoby. *(Gavora, 2000)*

*„Pozorování je záměrné a zaměřené vnímání a myšlení, jehož cílem je rozpoznat nejdůležitější znaky, vlastnosti a příčiny, které k nim vedly.“ (Přinosilová, str. 23, 2004)*

Pozorování jako metoda speciálně pedagogické diagnostiky by mělo být: plánovité (tzn. vytyčení cílů), systematické (tzn. pravidelné), dlouhodobé či opakované, soustředěné (tzn., aby bylo zaměřené na jevy, které jsou podstatné), přesné (se záznamem) a diskrétní (tzn., aby dotyčná osoba netušila, že je předmětem pozorování – toto je důležité především u dětí).

Metoda pozorování realizována v rámci praktické části BP byla prováděna po dobu 1 roku = 12 ti měsíců a to v prostředí Dětského domova pro děti od 1 do 3 let v Holicích. Objektem pozorování byli dva chlapci předškolního věku (tj. 5 a 6 let).



Záznamy byly prováděny formou deníku (záznam průběhu pozorování a výsledků) a zpracovány při hodnocení IVP u obou chlapců.

### **Analýza výsledků činnosti**

Analýza (či rozbor) výsledků činnosti je metodou, která poskytuje důležité informace o stupni osvojení vyžadovaných dovedností a vědomostí. Poskytuje však také informace o některých schopnostech, vlastnostech a zájmech. Tato metoda může učitele upozornit na různé obtíže dítěte (např. vývojová porucha psaní či čtení, vývojová porucha matematických schopností apod.). Získáváme určité podklady pro další práci s dítětem a to z: písemných prací (diktáty, slohová cvičení apod.), ze zájmových činností (např. výrobky různých materiálů) a z výtvarné činnosti (např. výkresy). V diagnostice je jednou ze základních kategorií: kategorie činnosti, o ni se vlastně opírá stanovení diagnózy. Analýza v tomto případě probíhá ve dvou úrovních: obsahové a formální. Pro pedagoga je obsah i forma zdrojem poznatků. Zvláštní kapitolu tvoří analýza písma, která může sloužit k podchycení určitých doposud utajených problémů žáka (např. rozpadající se rodinné vztahy či samotný proces psaní, jako je tempo či držení nástroje – to je důležité u dětí se somatickým postižením, např. DMO). Díky této metodě lze rozpoznat specifické vývojové poruchy učení, zjišťovat sociální vztahy či si vytvořit ucelený obraz o diagnostikovaném jedinci. Výsledky, které získáme, se dále porovnávají s dalšími technikami a metodami. *(Přinosilová, 2004)*

### **Případová studie = kazuistika**

Abychom mohli co nejobektivněji posoudit současný stav vyšetřovaného jedince, je důležité znát co nejvíce faktů o jeho předchozím životě. Při kazuistické metodě studujeme všechny dostupné materiály, taktéž tato metoda spočívá v hodnocení a formulování určitého závěru. Pracuje s výsledky různých vyšetření či s posudky institucí. Mezi důležité údaje patří údaje o psychomotorickém vývoji dítěte, údaje o prodělaných nemocech nebo úrazech a v neposlední řadě i informace o sociálním prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal. Kazuistická metoda by však neměla být jediným podkladem ke stanovení a formulování diagnózy. *(Přinosilová, 2004)*

Případové studie v praktické části mé BP mají za cíl přiblížit celkový psychomotorický vývoj dvou chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami, kterým jsem věnovala pozornost.

Také jsem zmapovala jejich individuální pokroky, či neúspěchy a to v rámci třetího cíle. V případové studii jsem se soustředila na anamnézu a na pobyt chlapců v Dětském domově pro děti od 1 do 3 let v Holicích.

## **7. Charakteristika místa výzkumného šetření**

V této kapitole představím zdravotnické zařízení nesoucí název: Dětský domov pro děti od 1 do 3 let, Holice. V tomto zařízení působím jako zdravotnický asistent od roku 2010. Mezi mé činnosti například patří: ošetrovatelská péče o děti, podávání léků, hygiena dětí, příprava a realizace výchovné činnosti apod. V této kapitole ve zkratce popíši historii daného zařízení. Poté následuje popis poskytovaných služeb v daném zařízení a dále popis denního režimu v daném zařízení. Musím zde samozřejmě také zmínit přijímání a propouštění dětí z domova a popíši výchovnou péči speciálního pedagoga.

### **Historie DD 1 – 3let, Holice**

Historie zařízení sahá až do roku 1949, kdy byl položen základní kámen, tehdy nejspíš pro dětské jesle. Když byly v roce 1951 dostavěny, zjistilo se, že poloha v Holicích není příliš praktická, a tak zde vznikl nejdříve sirotčinec a později dětský domov 1-3 let pro děti ze sociálně slabých rodin. Postupně došlo k restrukturalizaci na kombinovaný dětský domov, a to pro zdravé i postižené děti od 1 až do cca 7 let. (*internetový zdroj: [www.holice.cz/dd1-3](http://www.holice.cz/dd1-3)*)

### **Poskytované služby DD 1 – 3let, Holice**

Dětský domov má status zdravotnického zařízení, v rámci Pardubického kraje, patří pod obor zdravotnictví. Zařízení je samostatným právním subjektem s nepřetržitým provozem. V současnosti je kapacita 25 dětí, rozdělených do 3 rodinných skupin. Statutárním zástupcem je od 1. 12. 2014 Mgr. Tauberová, která je rovněž i statutárním zástupcem Dětského centra Veská. Do Dětského domova v Holicích se tedy přijímají jak zdravé děti, tak i pohybově, mentálně či jinak postižené, děti ze sociálně slabých rodin, děti týrané i opuštěné. Toto zařízení přijímá i děti vyžadující okamžitou pomoc. Zajišťují prostředí důvěry, ve kterém se snaží všemi dostupnými metodami zmírnit nebo úplně odstranit problém či hendikep.

Dětský domov 1 – 3 let v Holicích nabízí a poskytuje následující služby:

Poskytování zdravotních služeb: vstupní pediatrické vyšetření, povinné pediatrické prohlídky, včetně povinného očkování, zajištění odborných vyšetření na základě doporučení lékaře, zajištění dispenzarizace v odborných poradnách, dle ordinace lékaře zajištění plnění ordinací, základní ošetrovatelská péče (hygiena, stravování, sebeobsluha), dodržování zásad zdravého životního stylu (vyvážená strava, dostatečný pobyt na čerstvém vzduchu, optimální denní harmonogram), fyzioterapeutické služby - rehabilitační cvičení s dětmi, zajištění kompenzačních pomůcek dle potřeby.

Poskytování sociálních služeb: zajištění příjmu a propuštění dětí v ústavním režimu, péče o děti od 1 roku do 7 let věku (resp. do zahájení povinné školní docházky), provozování Zařízení pro děti vyžadující okamžitou péči – péče o děti od 1 roku do 12 let, zajištění péče o děti mentálně i tělesně postižené, popř. s kombinacemi vad (= děti s nárokem na příspěvek na péči) - v rámci zařazení zařízení do registru poskytovatelů sociálních služeb, poskytování respitní péče ve formě tzv. odlehčovacích pobytů, poskytování sociálně právního poradenství rodičům, zajišťování kontaktu dětí s biologickou rodinou, vedení podrobné osobní spisové dokumentace dětí, úzká spolupráce s orgány sociálně právní ochrany dětí, soudy, krajskými úřady, atd., spolupráce s orgány zajišťujícími náhradní rodinnou péči, zácvek žadatelů o náhradní rodinnou péči, zabezpečení dávek SSP, příspěvků, na které vzniká nárok ze zákona, sirotčích důchodů, výživného apod. Zajištění institutu poručnictví a opatrovnictví, dále také zajišťování studentských praxí. (*internetový zdroj: [www.holice.cz/dd1-3](http://www.holice.cz/dd1-3)*)

### **Denní režim v DD 1 – 3let, Holice**

Děti vstávají ve všední dny kolem 7. hodiny ranní (o víkendu spí zhruba do půl 8.), ustelou si každý svou postýlku, menším dětem samozřejmě pomáhá teta a poté následuje ranní hygiena a oblékání. Řada dětí v domově užívá léky, proto je součástí ranního vstávání i podávání léků. Poté následuje snídaně, děti si po snídani vyčistí zoubky a připraví se na cca hodinové výchovné zaměstnání, které vychází z individuálních plánů dítěte a z osnov, které každý měsíc připravuje speciální pedagog. Každý den je pro děti připraveno jiné výchovné zaměstnání, které se připravují tety = zdravotní sestry (většinou po konzultaci se speciální pedagožkou). V pondělí mají děti rozumovou výchovu, v úterý pracovní výchovu, ve středu výtvarnou výchovu, ve čtvrtek hudební výchovu a v pátek děti čeká tělesná výchova. Děti jsou rozděleny do výchovných skupin dle svých individuálních možností. První výchovnou skupinku tvoří dvě děvčátka, kterým jsou nyní 2 roky a chlapec s DMO, ti mají od speciální pedagožky předepsané IVP.

Druhou výchovnou skupinku speciální pedagožka pojmenovala „Jesle“ a tvoří ji 4 děti – dvě děvčata ve věku 3 let a dva chlapci s poruchou autistického spektra. A poslední výchovná skupinka nese název „Školka“ a tvoří ji 4 chlapci ve věku od 3 do 6let, včetně chlapce s Downovým syndromem, kterému se budu v této BP více věnovat. V současné době je v dětském domově 8 dětí, které plní povinnou školní docházku.

Děti jsou rozváženy do ZŠ Holubova v Holicích. Také jsou zde 2 děti, které navštěvují Speciální školu Svítání v Pardubicích – 1 děvče s lehkou mentální retardací a její starší bratr s těžkou mentální retardací jsou autobusovým svozem odváženi od pondělí do pátku do Polabin.

Děti, které zůstávají v domově, tak jim po výchovných zaměstnáních nastává volná hra (puzzle, kreslení apod.), některé děti mají rehabilitaci, ta je pro každé dítě navržena dle jeho zdravotního stavu.

V devět hodin děti posvačí a odchází společně s tetou na dopolední vycházku. Obvykle chodí na procházku mimo areál DD tak, aby poznaly i jiné prostředí. Pokud není vhodné počasí, mají děti k dispozici kryté terasy, anebo zůstávají s tetou na hernách. Okolo 11. hodiny děti poobědvají, převléknou se do pyžamek a následuje polední klid. Po poledním klidu po 14. hodině se děti převléknou do domácího oblečení, snědí si odpolední svačinku a odchází si hrát opět ven. Většinou však tento čas tráví na rozlehlé zahradě DD. Mají zde mnoho hraček, kol a v létě je zde mají k dispozici i bazén, proto si zde každé dítě jistě najde vyžití. Děti, které chodí do školy, musí samozřejmě plnit domácí úkoly. Většinou je s nimi plní speciální pedagožka, ale pokud není zrovna k dispozici, dětem pomáhá s úkoly teta. Po návratu si děti hrají na herně a kolem 18. hodiny následuje večere, večerní koupání a čištění zoubků. Po večerní hygieně je zvykem, že menší děti (1 – 2 roky) jsou uloženy ke spánku a větší děti se dívají dle vlastního výběru na pohádky v televizi, jelikož za celý den nemají možnost sledovat televizní program.

K práci jednotlivých tet patří i organizace oslav narozenin a svátků dětí, rovněž jsou na základě celoročního plánu speciálního pedagoga pořádány akce, jako například dětský den nebo olympiáda. V letním období jsou pořádány výlety do ZOO, na hrady či zámky. Tyto akce zajišťují tety.

### **Přijímání a propouštění dětí v DD 1 – 3let, Holice**

Do domova jsou přijímány děti ve věku od 1 do 3 let, které nemohou být vychovávány v rodině. Na základě Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ze dne 3. května 1991 o soustavě zdravotnických zařízení je možné přijímat i děti starší a to z důvodů zdravotních či sociálních. Děti se do domova přijímají dle naléhavosti případu.

Mezi přednostně přijímané děti patří děti, které zůstaly náhle bez péče rodičů či zákonných zástupců a dále děti umístěné do domova na základě rozhodnutí soudu. Děti do domova přijímá ředitelka, sociální pracovnice či speciální pedagožka.

Pokud se do domova přijímá dítě, je nutné předložit tuto dokumentaci: rodný list, zdravotní dokumentaci, řádně vyplněný osobní list a doklad o příjmu otce a matky dítěte.

Jestliže dojde k propouštění dítěte z domova, tak za těchto podmínek: jestliže je dítě osvojeno či předáno do pěstounské péče, jestliže odpadne důvod, pro který bylo dítě do zařízení dáno, pokud zdravotní stav dítěte ohrožuje ostatní děti či pokud vyžaduje léčeni v odborném zařízení, pokud dítě odchází do domova pro děti od 3 do 18 let (většinou tyto děti zůstávají ve městě Holice, protože v tomto městě je i školské zařízení Dětský domov). A dále pokud odcházejí do domova pro osoby se zdravotním postižením.

### **Výchovná péče v DD 1 – 3 let, Holice**

Za veškerou výchovnou činnost v domově nese zodpovědnosti speciální pedagožka. Ta mj. úzce spolupracuje s vrchní sestrou a se všemi zdravotnickými pracovníky. Speciální pedagožka vypracovává roční a měsíční plány výchovné práce. Dále vypracovává individuální plány výchovné práce. Speciální pedagožka hodnotí psychomotorický vývoj dítěte a také spolupracuje s logopedkou, která pravidelně do domova dojíždí, a společně se věnují dětem s narušenou komunikační schopností.

### **Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek pro doložení speciálně pedagogické intervence ve vybraném dětském domově je tvořen dvěma chlapci. Prvním popisovaným bude chlapec s dětskou mozkovou obrnou a druhým bude chlapec s Downovým syndromem.

## **8. Realizace speciálně pedagogické intervence ve vybraném dětském domově**

Speciálně pedagogická péče ve vybraném dětském domově probíhá na základě individuálních vzdělávacích plánů a měsíčních plánů výchovné práce pro „jesle“ a „školku“, které jsou vypracovány speciální pedagožkou. Jednotlivé úkoly jsou rozepsány v individuálním vzdělávacím plánu a jsou většinou plněny formou individuální práce s dítětem s postižením, či v současné době se IVP týká také dvou 12 ti měsíčních holčiček. Aktuálně u těchto holčiček zajišťuje plnění IVP rehabilitační sestra a provádí o jeho plnění každodenní záznamy. Úkoly si rehabilitační sestra vybírá dle svého uvážení a vhodnou motivací se snaží jednotlivé úkoly z IVP plnit. Jestliže se nějaký úkol nedaří plnit, sestra ho zařazuje častěji až do doby, než dítě danou činnost zvládne. Samozřejmě je velmi vhodné onu činnost opakovat pravidelně, aby si ji dítě dobře procvičilo a došlo i k jejímu zafixování. Měsíční plány jsou plněny formou skupinovou a to prostřednictvím tzv. „výchov“, kterými jsou: rozumová výchova, pracovní výchova, výtvarná výchova, hudební výchova a tělesná výchova.

Individuální vzdělávací plán v domově vypracovává speciální pedagožka pro všechny děti v zařízení na základě prováděné speciálně pedagogické diagnostiky. Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných uvádí, co musí individuální vzdělávací plán obsahovat. Speciálně pedagogická diagnostika je v domově prováděna v pracovně speciální pedagožky. Pracovna je vybavena značným množstvím pomůcek, které jsou potřebné pro stanovení speciálně pedagogické diagnózy. Prostředí pracovny je velmi útulné, barevné, s obrázky a s plyšáky, takže děti se zde cítí příjemně.

Speciální pedagožka dohlíží na plnění výchovné péče a to prostřednictvím hospitací na jednotlivých odděleních a také pravidelně kontroluje sešity sester, kde má mít sestra danou výchovu připravenou v písemné podobě (v tomto sešitu musí být napsáno: jaká výchova proběhne, jaký je úkol, jaké si sestra připraví pomůcky, jakým způsobem sestra děti bude motivovat, postup výchovy a její zhodnocení – kterému dítěti výchova problémy nedělala, kterému naopak ano apod., mj. musí být v sešitě i popsáno, co v daný celý den bude sestra s dětmi dělat - jaká činnost následuje po výchově, jak sestra děti zaměstná v odpoledních hodinách a jakou činnost dětem sestra připraví po večerní hygieně: sledování pohádek v TV, poslech pohádek na CD apod.)

## **Realizace speciálně pedagogické intervence u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v Dětském domově pro děti od 1 do 3 let v Holicích**

V této podkapitole uvedu text v podobě dvou případových studií (kazuistik), který zpracovává příklad realizace speciálně pedagogické intervence o děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Kazuistiky provedou vývojem chlapců od roku 2010 do roku 2014. U obou kazuistik představuji individuální vzdělávací plán na mnou zvolené 3 měsíce, vypracovaný speciální pedagožkou. Všechny činnosti z IVP níže uvedené jsem s chlapci plnila já (autorka BP). U obou chlapců jsem si vybrala jednu oblast psychomotorického vývoje, na kterou jsem zaměřila svou pozornost a popisuji, jak jsem s dětmi speciálně pedagogickou péčí v dané oblasti realizovala a to v prostředí Dětského domova pro děti od 1 do 3 let v Holicích (prostřednictvím IVP). Následně jsem zhodnotila, jak speciálně pedagogická intervence v daném domově probíhala, jestli a do jaké míry byla možná a kolik času trvalo, než chlapci danou činnost zvládli. IVP u chlapce s DMO jsem plnila převážně formou individuální práce a to během výchovných činností. IVP u chlapce s Downovým syndromem jsem plnila také převážně individuální formou a to i mimo výchovnou činnost – v rámci dne (na herně i na zahradě domova).

### **Kazuistika 1**

Chlapec D. H., narozen 26. 6. 2008 byl přeložen z Dětského centra Domeček (příspěvková organizace v Ostravě) do Dětského domova 1 – 3 let v Holicích 22. 7. 2010. Chlapec D. H. je těžce psychomotoricky retardovaný, přesto velice milý a přítulný chlapec, který má velice rád fyzický i sociální kontakt.

#### **Anamnéza:**

Matka – neléčená lues, dítě z 5. gravidity, porodní váha 1650 g, porodní délka 40 cm. Z novorozeneckého oddělení přeložen do kojeneckého ústavu ve stáří 3. měsíců se závěrem: těžce rizikový novorozenec, postischemická atrofie CNS, DMO - kvadruspastická forma, s větším postižením dolních končetin a přidružená sekundární epilepsie. Byla diagnostikována psychomotorická retardace. Poté předán do péče Dětskému centru Domeček v Ostravě a 22. 7. 2010 přeložen do Dětského domova pro děti od 1 do 3 let v Holicích, kde je až doposud. Chlapec má velice rád fyzický a sociální kontakt. Rád s tetami „laškuje“ a je vděčný za sebemenší pozornost věnovanou jeho osobě.



### **Průběh pobytu v Dětském domově pro děti od 1 do 3 let v Holicích:**

Za první 3 měsíce strávené v domově chlapec neudělal příliš velké pokroky. Od začátku, co chlapec přišel do domova, s ním rehabilitační sestra cvičila Vojtovu metodu.

Během měsíce února 2011 musel být chlapec hospitalizován v nemocnici více jak týden kvůli bronchitidě. V domově kvůli tomu panovaly obavy, jak se vážné onemocnění projeví na chlapcově vývoji. Hlavní starost byla o úbytek váhy a možný návrat k sondování. Naštěstí se tak nestalo. Po rekonvalescenci se chlapec pomalu vracel k běžným činnostem.

V období listopadu až února 2012 udělal chlapec celkem pokrok. Hlavní zásluhu na tom měla osobní asistence rehabilitační sestry. Jednalo se o to, že se mu sestra věnovala po celé dopoledne. Největší pokrok spočívá hlavně v sebeobsluze, zejména při jídle. Chlapec začal být schopný pozřít i kousky potravy namočené v čaji.

V září 2012 chlapec absolvoval operaci kýly, takže byl opět hospitalizován – v nemocnici strávil necelý týden.

V období let 2012 a 2013 se největší pokrok objevil v hrubé motorice – chlapec se začal více pohybovat sám jak po herně, tak po zahradě – po položení na zem začal lézt tím způsobem, že se přitahoval za rukama – dolezl si na zahradě například na pískoviště, kde se mu velice líbí, písek přesypává a dokonce ho občas sype i na sebe a velice se u toho směje.

Největší změna oproti dřívějšímu období se u chlapce objevila v chování a to v období duben – září 2014. Chlapec roste a jeho chování se začalo měnit. Stále přetrvává to, že má chlapec velmi rád kontakt s ostatními lidmi, hlavně s dospělými, ale už na něj jen pasivně nečeká. Vyhledává ho, sám si za tetou přileze, pokud teta sedí na koberci, tetu chytá za ruku, za obličej (někdy až bolestivě), leze jakoby do klína. Stále častěji si začal pozornost vynucovat pláčem. Dříve trpělivě čekal ve své židli, pokud tam zůstane nyní sám, začne plakat. Chce být v neustálém kontaktu s ostatními. Dokonce se stalo, že si chtěl vztekem na sebe upoutat pozornost, soupeřil s ostatními dětmi. Také si začal bránit své území. Velmi ho začalo rozčilovat, když se vrátil do herny a ve své manéžce měl jiné dítě. Začal plakat a uklidnil se až po odchodu „vetřelce“. Je pravda, že u chlapce je od pláče ke smíchu jen malý krůček.

### **IVP na období říjen - prosinec 2013:**

Hrubá motorika:

- rozvoj lezení, podlézání, přelézání – za výrazným cílem (hračkou) + slovní rytmizovaný doprovod

- vleže trénovat překulení se na bok
- trénovat zvedání se na kolena z kleku
- častěji nechat chlapce sedět na židličce

#### Jemná motorika:

- práce s temperovými barvami – pomalovat ruce temperovými barvami a následně je obtisknout na čtvrtku (ukázka chlapcovy činnosti viz příloha č. 1)
- manipulace s kostkami – stavění až 5 kostek na sebe, odebírání kostek, řazení kostek za sebe
- vhazování různých tvarů do manipulační kostky
- vkládání stébel do lahve
- vkládání 2-3 kostek do sebe
- mačkání a trhání papíru
- modelování – mačkání modelíny
- trénovat manipulaci s hračkami
- kresba vodorovné čáry (návčik držení tužky)

#### Smyslové a rozumové schopnosti:

- sledovat pohyb hračky očima
- rytmizace jednoduchých říkanek s dopomocí
- prohlížení obrázků v knížkách

#### Řeč:

- mluvit na dítě v jednoduchých větách při všech činnostech i mimo výchovu
- snažit se o zpětnou reakci pomocí gest
- mluvit dítěti přímo do obličeje

#### Návyky:

- stravování – jíst kousky pečiva, bez namočení v čaji
- oblékání – nechat chlapce, aby sám nastavoval a provlékal končetiny při oblékání
- hygiena – při koupání ve vaně chlapci poskytnout kelímky na hraní, aby si sám přelával vodu apod.

#### **Plnění IVP:**

##### Hrubá motorika:

- po herně leze – opírá se o předloktí, přitahuje se za rukama

- při lezení se dostane tam, kam potřebuje, třeba sundává hračky ze stolu – přileze ke stolu, klekne si, přidrží se rukou a sbírá, co potřebuje – spíše věci shazuje, zvládne překonat i nízké překážky, jako je např. práh
- pokud je vleže - překulí se na bok a dokáže se zvednout na kolena
- sedí jistě s nohama pokrčenýma jakoby do kleku
- z kleku se zvedá na kolena, už chvíli vydrží, je schopný se přidržet rukama (hlavně levou)
- vsedě na židličce se udrží jen chvíli, je třeba ho jistit

#### Jemná motorika:

- práce s temperovými barvami – nezvládl, musela mu se vším pomáhat teta, po pomalování rukou temperami začal ruce svírat v pěst a dokonce začal natahovat k pláči, po obtisknutí rukou na čtvrtku se ovšem začal usmívat
- manipulace s kostkami – staví kostky, odebírá je i je za sebe řadí, ovšem nevědomky, bez jasného cíle
- vhadzování různých tvarů do manipulační kostky – provádí pouze levou ruku, pokud mu teta tvar podá do pravé ruky, okamžitě si jej přendává do levé ruky
- vkládání stébel do lahve – taktéž provádí pouze levou ruku
- vkládání 2-3 kostek do sebe – zvládá, pravou rukou si kostku přidrží a levou rukou vkládá kostky do sebe
- mačkání a trhání papíru – zvládá, pravou rukou si papír přidrží a levou rukou papír trhá a mačká, někdy pracuje oběma rukama
- modelování – mačkání modelíny – jde mu to obtížně, levou rukou zvládá částečně, pravou rukou to nezvládá vůbec
- velké zlepšení při manipulaci s hračkami – bere je do levé ruky a přendává je do pravé
- tužku do ruky nebere, kreslí pouze s dopomocí

#### Smyslové a rozumové schopnosti:

- dokáže sledovat pohyb hračky očima
- rytmičtější jednoduchých říkanek s dopomocí – zvládá a velice ho to baví
- prohlížení obrázků v knížkách – stránky v knížce obrací pouze levou rukou

#### Řeč:

- mnohem více než dříve používá hlas – brouká, propěvuje, občas se mu podaří nějaké slabiky („ne“, „ta“)

Návyky:

- stravování – kousky pečiva jí bez namočení v čaji, i když zprvu se mu to vůbec nezamlouvalo
- oblékání – chlapec sám nastavuje a provléká končetiny při oblékání, také již nadzvedává zadeček při navlékání tepláků
- hygiena – v hygieně se toho mnoho nezměnilo, chlapec je celodenně na plenách, na čištění zubů si zvykl, nebrání se, velmi rád se koupe, ve vaně už jen neleží, rád sedí v kleku a hraje si s vodou a hračkami či kelímky a dokonce sám přelévá vodu – moc ho tato činnost baví

### **Zhodnocení speciálně pedagogické intervence u chlapce s DMO – oblast jemné motoriky v období říjen – prosinec 2013:**

U chlapce s DMO jsem si vybrala oblast jemné motoriky a to z důvodu spasmu na levé i pravé ruce, postupem času se však spasmus týkal pouze ruky pravé. Činnosti jsem s chlapcem plnila individuálně na herně, takže jsem na něho měla dostatek času. Hned první úkol z IVP se chlapci moc nedařil. Práci s temperovými barvami nezvládal, musela jsem mu se vším pomáhat, po pomalování rukou temperami začal ruce svírat v pěst a dokonce začal natahovat k pláči, po obtisknutí rukou na čtvrtku se ovšem začal usmívat. Tento úkol můžeme brát jako částečně splněný. Ovšem tento úkol byl v IVP novinkou – tedy byl speciální pedagožkou poprvé naplánovaný na období říjen – prosinec 2013. Tudíž se v nacvičování pokračovalo v následujících měsících. (Ukázka práce s temperovými barvami chlapce s DMO – viz příloha). Při plnění úkolu manipulace s kostkami jsem využila kostek. S chlapcem jsme seděli na koberci a já ho nepřetržitě motivovala svým hlasem či jsem ho hladila po hlavě. Výsledkem bylo, že chlapec kostky postavil, odebíral je i je za sebe řadil, ovšem nevědomky, bez jasného cíle. Tento úkol se naučil v období říjen – prosinec 2013, ovšem úkol se s ním trénoval dle IVP již od srpna 2011. Tudíž chlapci s DMO trvalo dva roky, než se naučil s kostkami manipulovat. Dalším úkolem bylo dle IVP vhazování různých tvarů do manipulační kostky. Chlapec činnost prováděl pouze levou ruku, pokud jsem mu tvar podala do pravé ruky, chlapec si jej okamžitě přendával do ruky levé. Tento úkol jsem s chlapcem trénovala také od října 2011, takže opět chlapci s DMO trvalo dva roky, než se tuto činnost naučil. Ovšem se mi nepodařilo, aby tvary do manipulační kostky vhazoval i rukou pravou (tou si pouze občas onu manipulační kostku přidržoval). Vkládání stébel do lahve byl další úkol z IVP. Chlapec i tuto činnost prováděl pouze levou ruku.

Ačkoliv musím zdůraznit, že naučení této činnosti mu netrvalo dva roky, ale v IVP byla zařazována od prosince 2012, tudíž se chlapec s DMO naučil vkládat stébla do láhve za necelý rok. Další činností, kterou jsem vykonávala dle IVP bylo vkládání 2 až 3 kostek do sebe. Chlapec úkol zvládal, pravou rukou si kostku přidržoval a levou rukou vkládal kostky do sebe. Tento úkol jsme nacvičovali taktéž od prosince 2012. Chlapec se tedy naučil vkládat 2 až 3 kostky do sebe za jeden rok. Mačkání a trhání papíru chlapec zvládal, pravou rukou si papír přidržoval a levou rukou papír trhal a mačkal, někdy dokonce pracoval oběma rukama. Tento úkol ho velice bavil, byl u něho veselý, zvuku trhání papíru se moc smál. Tento úkol byl do IVP zařazován od února 2013, chlapec se tedy tuto činnost naučil za necelý rok. Nejdůležitější byla při této činnosti síla v rukou, která se každým měsícem zlepšovala. Úkol modelování, mačkání modelíny šlo chlapci obtížně, levou rukou činnost zvládal částečně, pravou rukou ji nezvládal vůbec. Musela jsem mu s činností pomáhat. Navíc ho tento úkol nebavil, natahoval u něho k pláči. Myslím, že ho úkol nebavil hlavně proto, že mu právě nešel, neměl totiž ještě dostatečnou sílu v rukou. Takže tento úkol z IVP můžeme za hodnocené období říjen – prosinec 2013 brát jako nesplněný. Ovšem bylo v tomto období vidět velké zlepšení při manipulaci s hračkami. Chlapec hračky bral do levé ruky a přendával je do pravé. Tento úkol se s chlapcem nacvičoval od srpna 2011. Takže se tuto činnost z IVP naučil za 2 roky. Jako nesplněné můžeme považovat i poslední úkol z IVP v mnou vybraném období říjen – prosinec 2013 a to kresbu vodorovné čáry (nácvič držení tužky). Tužku do ruky nebral, kreslil pouze s dopomocí, občas opět natahoval k pláči.

Speciálně pedagogická péče u chlapce s DMO v oblasti jemné motoriky se v daném domově projevila dle mého názoru na dobré úrovni. S chlapcem jsem docílila toho, že při pravidelném a dlouhodobém procvičování manuálních činností došlo k tomu, že spasmus na levé ruce nebyl již vůbec patrný a u pravé ruky došlo také k pokroku, ačkoliv menšímu, ale došlo. U chlapce D. H. s DMO byla při plnění činností nedůležitější trpělivost, protože jak jsme mohli vidět (viz výše), na splnění úkolů z IVP mu nestačil rok, ale i více let a proto je veliký úspěch, pokud se nějakou činností chlapec naučil za pár měsíců. Pokroky však dělal a jsem přesvědčená, že při správné motivaci a při pravidelném opakování se to bude jen a jen zlepšovat.

## **Kazuistika 2**

Chlapec A. K. narozen 1. 5. 2009. Do Dětského domova pro děti od 1 do 3 let v Holicích přijat 16. 11. 2010 ze sociálních důvodů. Jedná se o veselého chlapce, který má rád společnost jak dospělých, tak i ostatních dětí.

### **Anamnéza:**

Matka lues - neléčená. Chlapec narozen ve 39. týdnu gravidity. Dítě z 2. gravidity. Po porodu diagnostikován Downův syndrom, středně významná srdeční vada a psychomotorická retardace. Dne 16. 11. 2010 přijat do Dětského domova pro děti od 1 do 3 let v Holicích ze sociálních důvodů.

### **Průběh pobytu v Dětském domově pro děti od 1 do 3 let v Holicích:**

Když byl chlapec do domova přijat, byl skoupý na úsměv, ale postupem času se to zlepšilo, zanedlouho už byl veselý a smál se a laškoval. Chlapec má rád od začátku společnost jak dospělých, tak i dětí. Chlapec byl a je schopný si velice hrát hezky i sám, zabaví se. Pokud si hraje s dětmi, je rád, pokud jsou děti na stejné nebo nižší úrovni, než je on. Fyzický kontakt s dospělými také zpočátku nevyhledával. V hrubé motorice se od počátku postupovalo dle pokynů rehabilitační sestry. Od doby, co chlapec přišel do domova, chodil sám, ovšem chůze byla nejistá. V období měsíce července až září 2012 byl u chlapce viditelný pokrok v oblasti sociálních vztahů. Dříve byl spíše samotářský, společnost dětí moc nevyhledával, hrál si nejraději sám a s dospělými se mazlil, pokud on sám chtěl. Jinak ani jejich společnost nevyhledával. V poslední době se toto všechno velmi změnilo. Chlapec se dobrovolně a s radostí začal zapojovat do společenských her. Nejradši měl a stále má škádlení, lechtání. Je při tom spontánní, sám provokuje ke hře. Nevadí mu spoluúčast i dalších dětí. I při jiných činnostech se už nevymezuje, ale vyhledává společnost ostatních. Třeba si rád kreslí v přítomnosti ostatních dětí nebo se zapojuje při hrách na zahradě. U chlapce byla a stále je důležitá důslednost, jelikož chlapec se snažil prosazovat i proti tetám a občas trucoval nebo odmítl.

V období březen až červen 2013 byl největší pokrok zaznamenán v oblasti řeči. Chlapec si začal broukat, žvatlat – hlavně při poslechu písniček nebo při hře. Začal napodobovat zvuky a slova, která slyšel. Velmi často mu však nebylo rozumět, ale svůj slovník rozšířil o další výraz. Ke srozumitelnému „čau“ a „ne“ přidal i zřetelné „kuju“ jako výraz díky. Toto slovo používá zcela správně, při vhodných příležitostech, např. pokud mu teta podá to, oč si žádá. Jako jeden z mála děkuje bez vyzvání tetou i za podané jídlo.

V období červenec až září 2013 prodělal chlapec neštovice. Přivezl si je z návštěvy u maminky. Nemoc snášel statečně, i přes vysoké horečky.

V září 2014 chlapec povýšil při výchovných činnostech mezi nejstarší děti.

Taktéž v tomto měsíci nastal i pokrok v oblasti hygieny – chlapec je již od této doby úplně bez plen a také už začal potřebu vykonávat na WC. Sestra ho musí mít však stále pod dohledem a musí mu dopomoci.

Během roku 2014 se objevily největší pokroky v komunikaci. Chlapec je totiž velmi snaživý.

#### **IVP na období červenec – září 2014:**

Hrubá motorika:

- naučit chlapce jezdit na tříkolce
- nacvičovat běh v nerovném terénu (do kopce, z kopce)
- při tělesné výchově opakovat běh mezi kuželi
- venku na terase procvičovat jízdu na odstrkovadle mezi kuželi

Jemná motorika:

- nacvičovat správné držení tužky
- pravidelně malovat temperovými barvami
- nabízet chlapci omalovánky – učit se nepřetahovat obrázky
- trénovat stříhání nůžkami
- skládat s chlapcem puzzle, popř. at' chlapec skládá puzzle bez pomoci
- navlékání korálek na bužírku
- kresba vodorovné čáry
- modelování – mačkání modelíny, učit válivý pohyb, dělat placičku

Rozumové schopnosti a řeč:

- opakovat slova, která už chlapec umí říkat
- vyžadovat po chlapci plnění pokynů tetou – např. umyj si ruce, oťri stůl
- prohlížení obrázků – poznat výběrem 2-3 zvířátka, určit výběrem auto (ukázat prstem)
- ukázat části oblečení, které má na sobě (rukama – např. ukaž, kde máš čepici, ponožky apod.)
- rytmizace jednoduchých říkanek s dopomocí

Sebeobsluha:

- jíst samostatně lžící
- zkoušet chlapce nechat spát v malé postýlce, nikoliv ve vysoké posteli

## Plnění IVP:

### Hrubá motorika:

- chlapec umí jezdit na tříkolce
- chlapec běhá v nerovném terénu (do kopce, z kopce) téměř bez potíží
- chlapec již zvládá běh mezi kuželi
- procvičování jízdy na odstrkovadle mezi kuželi – ještě úplně nezvládá, některý z kuželů při jízdě vynechá

### Jemná motorika:

- chlapec správně drží tužku v pravé ruce
- chlapec pravidelně maluje temperovými barvami – tato činnost ho velice baví, štětec drží správně v pravé ruce
- omalovánky – chlapec zatím stále při vymalovávání obrázků přetahuje
- stříhání nůžkami – zatím mu tato činnost nejde, ale snaží se
- puzzle skládá bez dopomoci tety – nechce její pomoc, rád si skládá sám
- navlékání korálků na bužírku – zvládá bez problémů
- kresba vodorovné čáry – zvládá téměř bez problémů, pouze občas je potřeba dopomoci tety
- modelování – mačkání modelíny, učít válivý pohyb, dělat placičku – teta mu ukáže, jak má danou činnost provést a chlapec ji poté zvládne sám bez dopomoci

### Rozumové schopnosti a řeč:

- zopakování slov, která už chlapec umí říkat, dokonce přidal nová slova: moje a Ádi (malá holčička umístěná v domově)
- pokynům od tet rozumí velmi dobře a většinou je plní, ovšem pokud nemá náladu, dělá, jako kdyby tetu neslyšel
- prohlížení obrázků – chlapec pozná výběrem 2-3 zvířátka, určí výběrem auto (ukáže prstem)
- ukázat části oblečení, které má na sobě (rukama – např. ukaž, kde máš čepici, ponožky apod.) – zvládá bez problémů
- rytmizace jednoduchých říkanek s dopomocí – zvládá, rytmizace ho baví

### Sebeobsluha:

- chlapec jí samostatně lžící - čistě
- chlapec již spí v malé postýlce



## **Zhodnocení speciálně pedagogické intervence u chlapce s Downovým syndromem – oblast rozumové schopnosti a řeči v období červenec – září 2014:**

U chlapce s Downovým syndromem jsem si vybrala oblast rozumové schopnosti a řeči a to z toho důvodu, že chlapec je velice šikovný, rozumí všemu, co se po něm vyžaduje, ovšem je u chlapce patrná frustrace z toho, že se nemůže s ostatními pořádně dorozumět a je u něho vidět neuvěřitelná snaha tuto situaci změnit.

V IVP na mnou zvolené období byl první úkol opakovat slova, která už chlapec umí říkat. S chlapcem jsme opakovali dle zadání a dokonce chlapec přidal nová slova: moje a Ádi – jedná se malou holčičku umístěnou v domově, chlapec s Downovým syndromem ji má velice v oblibě, stále ji hladí a mazlí se s ní. Nová slova se chlapec naučil během těchto 3 měsíců, takže to můžeme brát za úspěch.

Dalším úkolem bylo vyžadovat po chlapci plnění pokynů tetou – např. umyj si ruce, otři stůl. Chlapec činností velice dobře rozuměl, avšak často se stalo, že dělal, jako že neslyší. Pokud jsem mu pohrozila, okamžitě šel činnost vykonat (ale občas u toho na mě dělal i úšklebky). Činnosti jako mytí rukou či utírání stolu se zvládl naučit opět během těchto 3 měsíců a navíc, pokud měl on sám náladu, je dělal již bez vyzvání.

Úkol prohlížení obrázků – poznat výběrem 2-3 zvířátka, určit výběrem auto (ukázat prstem), ukázat části oblečení, které má na sobě (rukama – např. ukaž, kde máš čepici, ponožky apod.). Chlapec poznal výběrem 2 až 3 zvířátka, určil výběrem auto (ukázal prstem), ukázal bez problémů části oblečení, které měl na sobě. Tento úkol nebyl na období červenec – září 2014 novinkou, speciální pedagožka ho zařadila v lednu 2014. Tudíž se tyto činnosti chlapec naučil za více jak půl roku. Ale i to se dá brát jako úspěch.

Poslední úkol na dané období byla rytmizace jednoduchých říkanek s dopomocí. Chlapec úkol zvládal, rytmizace ho velice bavila. Rytmižovali jsme s chlapcem jak na tělo, tak jsme využívali ozvučných dřívěk. Tuto činnost chlapec trénuje již od října 2013. Můžeme konstatovat, že za necelý rok se chlapec naučil rytmizovat správně, ovšem pořad k rytmizaci básniček chybí ta správná slova. Chlapec při rytmizaci nebyl potichu, povídal, ale nebylo mu vůbec rozumět.

V oblasti rozumových schopností jsem s chlapcem docílila dle mého názoru dobrých výsledků. Horší to už bylo v oblasti řeči. Nepodařilo se mi u chlapce s Downovým syndromem odbourat frustraci z toho, že mu málokdo rozumí. V oblasti řeči je výrazná stagnace.

Chlapec umí v předškolním věku pouhých 5 slov. Ačkoliv jsem se snažila s chlapcem nepřetržitě komunikovat, seděla jsem u něho, aby mi odezíral z úst, opakovali jsme neustále dokola ty samé básničky, u toho jsme rytmizovali apod.

Já (autorka BP) bych pro chlapce zajistila častější a především pravidelnou logopedickou péči, nebo bych uvažovala o alternativní a augmentativní komunikaci.

## **9. Zhodnocení ucelené péče u chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami v daném zařízení a návrh na její zkvalitnění**

### **Zhodnocení ucelené péče u chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami**

U chlapce D. H. s dětskou mozkovou obrnou jsme mohli zaznamenat během 4 let největší pokrok v motorické oblasti. Velikou zásluhu na tom samozřejmě má rehabilitační sestra daného zařízení, která s chlapcem dennodenně cvičila Vojtovu metodu. Výsledkem je, že chlapec je již bez problémů položen na zahradě na trávu a doleze si, kam potřebuje a kam on sám chce. Na herně je znatelné, že si podává předměty, se kterými si chce hrát. Další pokrok jsme mohli zaznamenat v oblasti stravování – při příchodu do domova byl chlapec sondován, postupně se přešlo na hladký mix, poté na hrubý mix až po celkem normální stravu – s kousky jídla si poradí již téměř bez problémů, i toto je zásluha rehabilitační sestry. Celkem přijatelné výsledky se objevily v oblasti smyslové výchovy a to díky dodržování IVP a pravidelnému opakování činností s chlapcem – velkou zásluhu na tomto mají zdravotní sestry, které o chlapce pečují. U chlapce D. H. je největší stagnace ve vývoji řeči a v sebeobsluze.

U chlapce A. K. s Downovým syndromem jsme mohli během 4 let zaznamenat pokroky téměř ve všech oblastech psychomotorického vývoje. Výborné výsledky se objevily v hrubé i v jemné motorice, ve smyslové výchově i v sebeobsluze - pokroky v oblasti hrubé a jemné motorice jsou opět výsledkem práce rehabilitační sestry. Pokroky ve smyslové výchově i v sebeobsluze jsou výsledkem práce sester, které dodržovaly plnění IVP a především díky tomu, že při nacvičování sebeobsluhy (oblékání, hygiena) dodržovaly důslednost, která byla u chlapce nezbytná, jelikož chlapec je velmi tvrdohlavý a občas měl tendenci si dělat, co on sám chtěl. Menší pokroky už byly vidět v oblasti řeči a komunikace, ovšem objevily se také a snad se to bude nadále jen a jen zlepšovat, jelikož chlapec je velmi snaživý.

Oba chlapce zajisté do budoucna čeká s největší pravděpodobností vzdělávání ve speciální škole Svítání v Pardubicích.

### **Návrh na zkvalitnění ucelené péče v daném zařízení**

Jelikož daný dětský domov má statut i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, nese to s sebou i zaměstnávání „nezdravotníků“. Ve ZDVOP může být zaměstnán i člověk se základním vzděláním, což mi přijde naprosto nesmyslné. V daném zařízení jsou ve ZDVOP např. tři děti s lehkou mentální retardací a jeden chlapec s těžkou mentální retardací a představa, že u nich bude sloužit a bude s nimi pracovat jedinec naprosto nevzdělaný v oblasti zdravotnické i ošetrovatelské, popř. pedagogické, je nemyslitelná.

Bylo i znatelné, že do domova byla přijata slečna sice s maturitou, ovšem bez zdravotnického vzdělání. Neměla představu o lécích, nevěděla, jak se sráží vysoká horečka apod. Samozřejmě té zdravotnické práce v tomto zařízení není zase tolik, ale nějaká tam je a setkáme se s ní každý den a je potřeba mít alespoň nějaké základy. Takže mým prvním návrhem je určitě to, aby se do domova zaměstnávali pouze lidé alespoň se základy zdravotnické práce (ošetřovatelé apod.). V souvislosti s tím bych také dala prostor mužům. Jsem přesvědčená, že v zařízení absolutně chybí mužský vzor.

Dále by podle mého názoru bylo vhodné zařazení různých přednášek a seminářů na téma speciálně pedagogická intervence nebo výchova dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, jelikož zdravotní sestry zvládají péči zdravotnickou a ošetřovatelskou, ale v jejich náplni práce je i výchovná činnost s těmito dětmi a téměř každá nově přijatá zdravotní sestra s výchovnou činností zkušenosti nemá. Bylo by také vhodné seznámení s metodou alternativní a augmentativní komunikace a seznámení s metodikou Portage apod.

Dalším návrhem by byla spolupráce daného domova se speciálně pedagogickým centrem a se střediskem rané péče.

Do edukace dětí se speciálními potřebami v tomto dětském domově by bylo vhodné zařazení i terapeuticko – formativních přístupů pod vedením kvalifikovaných terapeutů - já bych určitě využila terapie s účastí zvířete, tedy canisterapie či využití hippoterapie. Hippoterapii provozuje zařízení Apolenka v Pardubicích a tím pádem to není ani nijak daleko od města Holic. Dále bych do edukace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami zařadila muzikoterapii (kterou tak trochu provádím i já, jelikož umím hrát na flétnu – stalo se nespočetněkrát, že děti s PAS umístěné v domově chytly hysterický záchvat a vztekaly se a plakaly atd. – jakmile jsem začala hrát na flétnu, děti se uklidnily a dokonce se začaly i usmívat). Dále bych využila arteterapii a muzikomalbu. Muzikomalba je prstomalba při hudbě, je využívána především při aktivizaci neurotických dětí a pasivně labilních jedinců, u kterých taktilní vjemy vzbuzují příjemné pocity a radost a tím motivují děti k tomu, aby pracovaly s výtvarnými pomůckami (*Valenta, Muller, 2007*) – což by bylo vhodné u chlapce s DMO v první kazuistice. Terapeuti by docházeli do zařízení externě a terapie by probíhala v pravidelných intervalech.

Dalším návrhem by byly pravidelnější návštěvy logopeda v tomto dětském domově.

Zajisté by se našly ještě další náměty pro změny ve speciálně pedagogické intervenci o děti se speciálními vzdělávacími potřebami, výše jsem uvedla pouze ty, které lze dle mého názoru v Dětském domově pro děti od 1 do 3 let v Holicích realizovat.

## **10. Zhodnocení naplnění cílů praktické části BP**

Hlavní cíl bakalářské práce byl naplněn pomocí dílčích cílů.

**Cíl 1:** Můžeme považovat za splněný. Lze konstatovat, že stav speciálně pedagogické intervence v daném zařízení je charakterizován jako průměrný.

**Cíl 2:** Tento cíl byl splněn. Byl splněn zpracováním dvou případových studií vybraných chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami umístěných v daném zařízení. Abych přiblížila konkrétní péči o děti se speciálními potřebami, uvedla jsem IVP na mnou zvolené 3 měsíce (IVP zpracovaný speciální pedagožkou a mnou realizovaný). Následně jsem si vybrala jednu oblast psychomotorického vývoje, které jsem věnovala pozornost, zhodnotila jsem ji a dále jsem popsala, jak speciálně pedagogická intervence v dané oblasti a v daném domově probíhala, jestli a do jaké míry byla možná a kolik času trvalo, než chlapci danou činnost zvládli.

**Cíl 3:** Můžeme považovat za splněný. Pokroky, neúspěchy či stagnace v oblasti rozvoje jsou zhodnoceny v podkapitole: Zhodnocení ucelené péče u chlapců se speciálními vzdělávacími potřebami.

**Cíl 4:** Tento cíl byl splněn. V kapitole: Zhodnocení ucelené péče v daném zařízení a návrh na její zkvalitnění je zhodnocena ucelená péče v konkrétním DD a je taktéž vypracován návrh na zkvalitnění ucelené péče v DD.

## 11. Závěr

Bakalářská práce řeší možnosti a meze realizace speciálně pedagogické péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami předškolního věku v konkrétním dětském domově.

V teoretické části bakalářské práce je představena náhradní rodinná péče a je představeno zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Dále byl v teoretické části bakalářské práce přiblížen vývoj motorických dovedností, poznávacích procesů, jazykových schopností a dovedností, emoční vývoj a socializace v období předškolního věku. V této části bakalářské práce byla definována: dětská mozková obrna, epilepsie, Downův syndrom, srdeční vady u Downova syndromu a mentální retardace.

V praktické části bakalářské práce je představena a zhodnocena speciálně pedagogická intervence v Dětském domově pro děti od 1 do 3 let v Holicích a je také představen návrh na její zlepšení. Byly stanoveny čtyři dílčí cíle, které můžeme považovat za splněné.

Ze závěru šetření vyplývá, že stav speciálně pedagogické intervence v daném dětském domově je na průměrné úrovni. Byl sepsán návrh na zkvalitnění péče o děti s postižením umístěné v tomto dětském domově.

Zajisté nemá být tato bakalářská práce kritikou speciálního pedagoga ani všech ostatních zaměstnanců Dětského domova pro děti od 1 do 3 let v Holicích. Snažila jsem se pouze o to, aby tato práce přispěla ke zkvalitnění péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami v prostředí dětského domova.

## **Seznam literatury:**

ALLEN, K. Eileen, MAROTZ, Lyn R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*, nakladatelství Portál, 2002, ISBN: 80 – 7178 – 614 – 4.

BACUS, Anne. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*, nakladatelství Portál, 2009, ISBN: 978 – 80 – 7367 -563 – 9.

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ J.: *Psychopedie*, Brno: Paido, 2007, ISBN 978-80-7315-161-4.

BENDOVIÁ, Petra. *Komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou*, Olomouc, Univerzita Palackého, Sborník příspěvků z cyklu seminářů „Aspekty komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou v praxi“, 2006, ISBN: 80 – 244 – 1561 -5.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2007, ISBN 978-80-210-4454-8.

CITOVÁ, Irena, CITA, Stanislav, NEJEDLÁ, Marcela. *Průvodce bezpečnou domácností*. Přeloženo z anglického originálu: *Home Emergency Guide. The Essential Practical Manual*. Bratislava: PERFEKT, 2003, ISBN: 80 – 8046 – 226 – 7.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido, Brno, 2000, ISBN: 80 – 85931 – 79 – 6.

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*, nakladatelství Grada, 2005, ISBN: 80 – 247 – 1018 – 8.

MONATOVÁ, Lili. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*, Paido, Brno, 2000, ISBN: 80 – 85931 – 86 – 9.

MOTEJL, Otakar a kol. *Sborník stanovisek veřejného ochránce lidských práv*, Brno: Aspi, 2007.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Paido, Brno, 2006, ISBN: 80 – 7315 – 120 – 0.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Vybrané okruhy ze speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. 2.vyd., Masarykova univerzita, Brno, 2004, ISBN: 80 – 210 – 3354 – 1.

PUESCHEL, S. M.: *Downův syndrom pro lepší budoucnost*. Praha: Teach-market, 1997, ISBN 80-86114-15-5.

RENOTIEROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*, Olomouc, Univerzita Palackého, 2006, ISBN: 80 – 244 – 1475 -9.

SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom*, nakladatelství Portál, 2011, ISBN: 978 – 80 – 7367 – 882 -1.

SMITH, Tony a kol. *Encyklopedie lidského těla*, nakladatelství Fortuna Print, Praha, 2005, ISBN: 80 – 7321 – 156 – 4.

ŠAUEROVÁ, Markéta, ŠPAČKOVÁ, Klára, NECHLEBOVÁ, Eva. *Speciální pedagogika v praxi*, nakladatelství GRADA, 2012, ISBN: 978 – 80 – 247 – 4369 – 1.

ŠUSTROVÁ, M.: *Diagnóza: Downov syndróm*. Bratislava: Spoločnosť Downovho syndrómu v Slovenskej republike, 2004, ISBN 80-8046-259-3.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*, nakladatelství Portál, 2006, ISBN: 80 – 7367 – 060 – 7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*, nakladatelství Portál, s. r. o., 2000, ISBN: 80 – 7178 – 308 – 0.

VALENTA, Milan, MULLER, Oldřich. *Psychopedie*, nakladatelství Parta, s. r. o., 2007, ISBN: 978 - 80 – 7320 – 099 – 2.

WEDLICHOVÁ, Iva. *Vývojová psychologie (určeno studentům oboru Učitelství pro mateřské školy)*, Univerzita J. E. Purkyně, Ústí nad Labem, skripta, 2010, ISBN: 978 – 80 – 7414 – 320 - 5.



## **Seznam internetových zdrojů:**

[www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)

[www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz)

[www.ulekare.cz](http://www.ulekare.cz)

[www.adopce.com](http://www.adopce.com)

[www.dmo.cz](http://www.dmo.cz)

Portál nejen pro zdravotně znevýhodněné: [www.esznam.cz](http://www.esznam.cz)

Internetové stránky *Zákony pro lidi*, kde najdeme předpisy Sbírky zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění: <http://www.zakonyprolidi.cz/>

<http://www.kurzy.cz>

[www.holice.cz/dd1-3](http://www.holice.cz/dd1-3)

## **Přílohy:**

*Příloha č. 1 – pracovní plocha chlapce s DMO (především na výtvarnou a pracovní činnost)*



*Příloha č. 2 – plnění IVP – práce s temperovými barvami (chlapec s DMO)*

