

Univerzita Jana Amose Komenského Praha

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2011 – 2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Uhrinová

Grafomotorika u dětí s dětskou mozkovou obrnou

Praha 2014

Vedoucí Bakalářské práce:

Mgr. Bc. Blanka Gruberová

Jan Amos Komensky University Prague

Bachelor Full-Time Studies

2011 – 2014

BACHELOR THESIS

Kateřina Uhrinová

Grafomotorika in children with cerebral palsy

Prague 2014

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Bc. Blanka Gruberová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, kterou jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne: 20 . 02. 2014 *Jméno autorky: Kateřina Uhrinová*

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především Mgr. Bc. Blance Gruberové a Ondřeji Tumičovi, bez kterých by tato bakalářská práce nikdy nevznikla.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou vývoje grafomotoriky u dětí s dětskou mozkovou obrnou se zaměřením převážně na odlišnosti u zdravých dětí a dětí s tímto postižením. V teoretické části se práce zabývá charakteristikou neurovývojových specifíků dětské mozkové obrny. Druhá kapitola uvádí optimální vývoj grafomotorických dovedností. V praktické části se věnuje rozdílům kresby mezi dítětem s optimálním grafomotorickým vývojem a dítětem s mozkovou obrnou.

Klíčové pojmy

Dětská mozková obrna, grafomotorika, hrubá motorika, hygienické návyky, jemná motorika, kresba, vnímání, výchova, vzdělávání.

Annotation

The bachelor thesis deals with the development graphomotorics in children with cerebral palsy, focusing mainly on differences in healthy children and children with this disability. In the theoretical part of the thesis deals with the characteristics of neurodevelopmental specifics of cerebral palsy. The second chapter presents the optimal development of graphomotor skills. In the practical part deals with the differences between a child drawing with optimal grafomotorickým development of a child with cerebral palsy.

Key words

Cerebral palsy, drawing, education, fine motor, graphomotorics, gross motor skills, health habits, perception.

OBSAH

ÚVOD	- 8 -
1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	- 10 -
1.1 Historie dětské mozkové obrny	- 10 -
1.2 Charakteristika	- 12 -
1.3 Příčiny	- 17 -
1.4 Klasifikace	- 18 -
1.4.1 Spastické formy.....	- 19 -
1.4.2 Nespastické formy	- 20 -
2 GRAFOMOTORIKA	- 22 -
2.1 Vývoj kresby dítěte	- 22 -
2.2 Předškolní příprava	- 26 -
2.3 Počáteční psaní	- 29 -
3 PRAKTICKÁ ČÁST	- 32 -
3.1 Popis metod a výzkumného vzorku, organizace a postup-	33 -
3.2 Jedličkův ústav	- 35 -
3.2.1 Historie Jedličkova ústavu.....	- 35 -
3.2.2 Současnost	- 37 -
3.2.3 Popis školy	- 39 -
3.2.4 Učební plán pro 1 . a 2 . stupeň ZŠ	- 42 -
3.3 KAZUISTICKÁ STUDIE	- 43 -
3.3.1 Chlapec X	- 43 -
3.3.2 Chlapec XX.....	- 46 -
3.3.3 Dívka.....	- 48 -
ZÁVĚR	- 51 -
SHRNUTÍ	- 51 -
SUMMARY	- 52 -
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	- 53-
SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ ..-	54 -
PŘÍLOHY	- 55 -

ÚVOD

Téma bakalářské práce bylo vybráno z důvodu působení v Jedličkově ústavu. Byly zde děti, kterým byla diagnostikována dětská mozková obrna. V dnešní době je velikou výhodou, že děti s tímto, nebo s jakýmkoliv jiným postižením, mají stejné možnosti jako děti zdravé. Pro postižené děti není problém začlenit se do běžného života. Podmínkou zůstává, že práce s nimi musí být samostatná. Ke každému jedinci přistupujeme individuálně a máme na něj dostatek času.

Bakalářská práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. Jedna z hlavních kapitol práce se zabývá problematikou dětské mozkové obrny. Další kapitola pojednává o historii tohoto postižení. Poprvé byla popsána roku 1840 J. Littlem, od té doby se nazývala dětská mozková obrna jako Littleova choroba. Další důležitá kapitola popisuje příčiny, které se dělí na prenatální, perinatální a postnatální. Úplně posledním bodem hlavní kapitoly je klasifikace forem postižení. Tato kapitola je rozdělena na dvě podkapitoly - spastické formy postižení a nespastické formy postižení.

Druhá hlavní kapitola se nazývá Grafomotorika. Důležitým faktorem vývoje kresby a posléze i psaní je u dětí jemná a hrubá motorika. V této kapitole jsou vysvětlena i jednotlivá cvičení na zlepšení celkové motoriky. Psaní a kreslení ovlivňují např. vizuální vnímání a hygienické návyky, které jsou velmi důležité pro správný start dítěte. V kapitole Vývoj kresby dítěte jsou popsány kresby dětí od prvního měsíce života. Prvním velkým dílem dítěte je tzv. hlavonožec, u kterého je poprvé vidět uzavřený kruh. Taková kresba je nejlepší předškolní příprava dítěte pro psaní ve škole. Každé dítě baví kreslit již od útlého věku. V určitých chvílích přichází nechuť ke kreslení, to však jen v případě, pokud dítěti nejde nakreslit přesně to, co chce. V takové chvíli nesmíme zapomenout dítě povzbudit a kresbu pochválit, i když se nám výtvar dítěte nelíbí. Po kresbě začíná další období a to je počáteční psaní. U psaní je důležité správné držení těla, držení tužky či

pera, natočení papíru a vzdálenost hlavy nad deskou stolu. Nohy by se neměly pohybovat ve vzduchu. Dítě musí mít plochu, na které píše, dobře osvětlenou. Toto je jedna z věcí, na které si rodič musí dát pozor. Důležité také je, zda je dítě levák, nebo pravák. Kvůli lateralitě ruky přizpůsobujeme psací desku a natáčíme papír směrem k ruce, kterou dítě píše. Osvětlení pak umísťujeme na opačnou stranu (např. pokud je dítě pravák, papír bude mít natočený k pravé ruce a osvětlení desky stolu bude vlevo nahoře).

Poslední hlavní, ale neméně důležitá kapitola, je empirická, zatímco předešlé dvě kapitoly se dětskou mozkovou obrnou a grafomotorikou zabývají z teoretického hlediska. V této kapitole je zpracováno vlastní výzkumné šetření, které se zaměřuje na kazuistiky tří dětí. Děti byly vybrány v Jedličkově ústavu, který pravidelně navštěvují. Hlavním důvodem tohoto výběru je, že u všech byl čas na podrobné pozorování. U těchto tří klientů jsou popsány kazuistiky, které se dělí na osobní, aktuální stav a posléze vlastní pozorování. Je zde popsán i Jedličkův ústav, jeho fungování, popis místa a celkové hodnocení aktivity v tomto ústavu, možnosti rodičů jak pomoci svému dítěti s dětskou mozkovou obrnou.

Cílem empirického výzkumu bakalářské práce je popsat kresbu těchto dětí z Jedličkova ústavu na základě zpracovaných kazuistik. Dále do této části patří porovnání kreseb těchto dětí, které měly za úkol nakreslit stejný obrázek.

1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

První kapitola, pojmenovaná jako dětská mozková obrna, je zaměřena na historii postižení. Je důležité si připomenout, jak se tato choroba vyvíjela. Také co vlastně dětská mozková obrna znamená. Důležité je, že se jedná o neurovývojovou poruchu. Bohužel tedy postihuje mnoho nejdůležitějších oblastí v běžném životě. Mezi jednu z mnoha důležitých oblastí řadíme řeč, která je v tomto případě narušená. Nejčastější porucha řeči je dysartrie a huhňavost.

Další kapitola je zaměřena na příčiny této choroby a důvody jejího vzniku. Poslední kapitola se zabývá klasifikací dětské mozkové obrny. Klasifikace je rozdělena na dvě podkapitoly: Spastické a Nespastické formy.

1.1 HISTORIE DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

Už v ČSSR trpělo touto chorobou 15.000 až 18.000 dětí. Jedním z hlavních problémů je stupeň postižení. Nelze dělat závěry jen z hodnocení zdravotnického (neurologického, ortopedického, psychiatrického a foniatrického), současně s ním se musí provádět hodnocení pedagogické, psychologické a logopedické (Kábele, 1970).

Podle M. Kudláčka dětskou mozkovou obrnu popsal poprvé roku 1840 anglický chirurg J. Little. Tímto se začala dětská mozková obrna nazývat Littleova choroba. Vycházel z předpokladu, že onemocnění vzniká v důsledku těžkého a komplikovaného porodu. Narozdíl od J. Littla, S. Freud odmítá jeho názor na výše zmiňované hlavní příčiny dětské mozkové obrny (těžký a komplikovaný porod).

Hypotézu formuje S. Freud. Tato hypotéza byla potvrzena pozdějšími neurofyziologickými výzkumy. Hypotéza tvrdí, že komplikovaný porod je spíše indikátorem vážné poruchy, která má svůj původ už v období těhotenství.

Teprve rozvoj a pokrok v medicíně, která se zabývá postnatálním vývojem dítěte, zapříčinil, že posouvání porodní hmotnosti novorozenců, při které je dítě schopné přežít, směrem k nižší váhové hodnotě znamená, že mnozí novorozenci i když za cenu určitého postižení, přežijí.

Ranou dětskou mozkovou obrnu znali již ve starověku. V průběhu dějin jí byli postiženi i mnozí významní lidé. Jednalo se například o římského císaře Claudia, anglického krále Richarda III, básníka Byrona a jiné. První zmínky o dětské mozkové obrně nacházíme u Giovanniho Morgagniho (1682-1771), slavného italského anatoma.

V roce 1950 zřídili speciální pracovní skupinu pro dětskou neurologii. Již od začátku věděli, že se budou muset zabývat ranou dětskou mozkovou obrnou jako jedním z hlavních problémů (Lesný, 1959).

Toto onemocnění nebylo dříve předním zájmem neurologů. Péče o tyto děti byla přenechávána pediatrům a ortopedům. Některé ortopedické školy začaly propracovávat rehabilitační léčbu. Po válce vznikla rehabilitační střediska v Jánských Lázních, v Teplicích a tak dále (Lesný, 1959).

Titzl v roce 1998 popsal spektrum diagnóz postižených dětí v Jedličkově ústavu v době jeho vzniku, uvádí: „Dnes nejčastější tělesné postižení, dětská mozková obrna tehdy označovaná jako Littleova choroba se vyskytovala, ale počet dětí jí postižených byl nízký. Medicína s tímto syndromem ještě neuměla kvalifikovaně pomoci, a proto jich hodně v nejranějším věku umíralo.“(Kudláček, 2012).

V průběhu 20. století dochází nejvíce k budování porodnic a gynekologických klinik, které tak nahrazují hlavně roli takzvaných porodních bab. To také znamená, že porod jako takový přestává být jen ženskou záležitostí a z matek se tak stávají na určitou chvíli pacientky. Klade se důraz na snížení úmrtnosti novorozenců. Vznikají také kliniky a oddělení postnatální péče. Hlavním cílem bylo poskytnout novorozencům se zdravotními defekty šanci na přežití a hlavně zařazení do běžného života. U jedinců, kteří jsou postiženi na celý život, se klade

důraz na vytvoření podmínek k plnohodnotnému životu (Kudláček, 2012).

1.2 CHARAKTERISTIKA

Dětskou mozkovou obrnu zařadíme do kategorie neurovývojových poruch. Neurovývojové syndromy představují funkční omezení způsobené nervovou chorobou. K poškození došlo, když mozek ještě nebyl vyzrálý. Začíná v raném věku a postihuje řadu oblastí: kognitivní schopnosti, hybnost, zrak, sluch, způsob chování a vyvolávají záchvatová onemocnění. Také dochází k poruše vnímání. Právě vnímání může být ovlivněno poruchami pohyblivosti a porucha tělesného schématu může nastat následkem ochrnutí. Disabilita se může projevit v jedné nebo více oblastech. Mnohým z nich lze předcházet na primární, sekundární i terciární úrovni. Převážně prevencí, včasnou diagnostikou i vhodnou léčbou. Dětská mozková obrna patří mezi nejčastější neurovývojová onemocnění. Jedná se o závažné postižení CNS (Kraus a kol., 2005).

Poškození mozku může vzniknout i v době před porodem, v jeho průběhu nebo krátce po něm a projevuje se poruchou hybnosti a vývoje hybnosti. Nazýváme jí jako ranou dětskou mozkovou obrnu. Dříve se toto onemocnění nazývalo perinatální encefalopatie. Tento název měl vyjadřovat, že jde o onemocnění mozku vzniklé v perinatálním období (Lesný, 1959).

Uvádí se, že jde o postižení mozku v době, kdy vyvíjející se mozková tkáň není ještě zcela zralá nebo vyvinutá. Jde o období právě před porodem, za porodu a ještě určitou dobu po porodu (Kábele, 1970-71).

Z pediatrického hlediska se zahrnuje do období perinatálního (kolem porodu) prvních 28 dnů života novorozence. Z hlediska neurologického je toto období značně delší, k době dozrávání mozkové tkáně a nervových drah. Uvádí se 2 -3 měsíce po porodu. Stává se však,

že dětská mozková obrna může vzniknout i později. Dokonce až do ukončení 1 . roku života dítěte (Kábele, 1970-71).

Pohybová výchova dětí s tímto postižením se provádí v péči léčebné i výchovné. V péči léčebné jde hlavně o léčebnou tělesnou výchovu a o léčbu prací, tedy kromě malých dětí, kde se provádí léčba hrou. Ve výchovné péči se využívá psaní, kreslení, výtvarná výchova a pracovní vyučování. Samozřejmě i tělesná výchova, jak školní tak i mimoškolní. Při tomto onemocnění je stejným způsobem porušena motorika hybná i mluvní, je tedy důležité zahrnout do pohybové výchovy také logopedickou péči. Pro děti s vážnými poruchami hybnosti se zřizují oddělení zvláštní tělesné výchovy, pro žáky s potížemi při psaní, kreslení a výtvarné výchově se zřizují oddělení speciálního psaní, děti s poruchami řeči se zařazují do oddělení speciální logopedické péče (Kábele, 1970-71).

Mimo motorického postižení a řeči se objevují další projevy tohoto postižení. Například epilepsie, zrakové postižení, poruchy učení, mentální retardace. Velmi časté jsou poruchy zrakové ostrosti a strabismus. Je důležité tyto poruchy včas odhalit a léčit. Jelikož se jedná o chronické a komplexní postižení, vyžaduje multidisciplinární péči. K základní péči patří tyto obory: pediatrie, rehabilitace, neurologie, ortopedie, pracovní terapie, logopedie, psychologie, sociální péče a pedagogika. Čím je dítě starší, mění se i způsob péče (Kraus, kol. 2005).

Nejdůležitější v těchto případech je potřebná speciální péče léčebná, výchovná i sociální. Hlavní důvod je, že dětská mozková obrna patří k chorobám, které postihují zdravotní stav, vývoj dítěte a také jeho tělesné a duševní schopnosti.

Je jasné, že k pracovnímu a společenskému začlenění nestačí nemocného jen vyléčit, ale je také nutno, zajistit mu vzdělání a přípravu pro povolání. Provádí se u mládeže současně s léčením, aby se nepromeškal dětský věk, tzv. období nejvhodnější k učení a k rozvíjení schopností. Je podstatné hledat nové metody a připravovat

pracovníky zdravotnického a pedagogického odvětví pro tuto speciální práci. Především je zde právo všech občanů, tedy i těchto dětí, na vzdělání, které jim poskytuje hlavně školský zákon. Dále je zde zájem samotného státu, aby byly připraveny a zapojeny do produktivní práce, a to co nejučelněji a nejpřiměřeněji se zřetelem k jejich schopnostem a možnostem (Kábele, 1970-71).

Například předškolní děti navštěvují stacionáře, ve školním věku děti chodí do speciálních tříd, nebo se je snaží integrovat do tříd základních škol. V adolescenci jeden z hlavních úkolů je odhad schopností pro zaměstnání. Pacienti s dětskou mozkovou obrnou, kromě zdravotní péče, vyžadují i odpovídající výuku, kterou poskytuje speciální pedagogika. Více než polovina dětí s tímto postižením má střední nebo těžké poruchy učení. V poslední době se klade důraz na integraci dětí s dětskou mozkovou obrnou do normální výuky. Potřebují odpovídající předškolní přípravu, zhodnocení jejich schopností k výuce a sestavení individuálního vzdělávacího plánu. Dítě s tímto chronickým onemocněním potřebuje diagnózu, zhodnocení stavu, medikaci, léčbu, péči, poradenství a pravidelné diagnostické kontroly se zhodnocením změn. Nejrizikovější období pro rodiče je mezi rizikovým dějem a stanovením diagnózy. Opožděný vývoj hrubé motoriky je prvním signálem, který znepokojí rodiče. Poté přivedou dítě na vyšetření. Důležité je zmínit, že při opožděném vývoji motoriky může být mluva a řeč téměř normální. Hodně pacientů má problém s komunikací. Schopnost dítěte pro orální komunikaci můžeme stanovit ve věku 4 -5 let. Další možnost je znaková řeč, nesmíme však zapomínat na jejich hybné postižení. Dítě s dětskou mozkovou obrnou může mít problém dále s příjmem potravy, poruchy učení, problémy s chováním a s edukací (Kraus a kol., 2005).

Pod pojmem léčba, bychom si spíše měli představit metody a techniky, které můžeme rozdělit do dvou podskupin. Hlavně kompenzace a reedukace. Jako kompenzaci chápeme pomůcky, které umožňují pohyb a bez kterých by dotyčný pohyb nezvládl. Reedukace

spočívá v tom, že každý jedinec je vybaven určitými pohyby a poškozením mozku došlo jen k jejich narušení. Lze tedy tyto pohyby zase napravit (Kraus a kol, 2005).

Záleží na podkladě zjištěného zdravotního stavu, lékařského vyšetření, psychologického a speciálně pedagogického a zejména logopedického vyšetření. Sestaví se jednotný a koordinovaný plán léčebně výchovné péče pro dítě s dětskou mozkovou obrnou. Jelikož je tento plán pro dítě velmi důležitý, mají být přizváni k jednání také rodiče (Kábele, 1970-71).

Je důležité zde také zmínit správný vývoj hybnosti dítěte. Mozkové dráhy dozrávají postupně, posléze se myelinizuje motorická dráha pyramidová, která řídí volnou hybnost člověka. Pohyby novorozence jsou především řízeny systémem extrapyramidovým.

Jsou zde tedy úplně normálně vyskytující se trhavé, atetonické nebo choreatické pohyby až do šesti měsíců. Mezi první reflex řadíme roztažení paží, jež doprovází první vdech dítěte. Další pohyby jsou např.: při otočení hlavy na stranu vznikne napětí končetin na straně, kam se hlava otočí a ohnutí končetin na straně druhé (Kábele, 1970-71).

Vývoj hybnosti pokračuje od celkových pohybů, tedy celým tělem, k jednotlivým pohybům. Dítě se nejdříve převaluje, plazí, poté leze po čtyřech a postupně začíná stát a chodit. Nejdříve dítě pokud je položené na bříško, nebo na záda, pokrčuje dolní končetiny, v pěti měsících se již samo obrací z lehu na břicho na záda a opačně, v šesti měsících dokáže samo sedět, v sedmi měsících leze již po kolenou a dokáže jít do kleku, v osmi měsících se samo posadí, v devíti měsících se dokáže postavit na nohy s oporou nebo s držením, v deseti měsících stojí již úplně samo, začíná chodit s oporou. Zde je popsána hlavně hybnost dolních končetin (Kábele, 1970-71).

Jako první je u dítěte nepodmíněný uchopovací reflex, ve čtyřech měsících dítě i vědomě uchopuje určité předměty, v sedmi měsících již dítě uchopuje předměty samo, zachytí to tzv. nadhmatem (napjatý palec a ukazováček). V deseti měsících uchopí také malé předměty (ohnutým

palcem a ukazováčkem). Již ve třinácti měsících uchopuje téměř stejně jako dospělý (Kábele, 1970-71).

S léčbou dětské mozkové obrny se setkáváme hlavně v rehabilitaci. Tato metoda je považována za relaxační techniku, jde zde o cviky, které udržují jedince v dobré kondici. Komplexní rehabilitační péče u těchto dětí bude tedy zahrnovat péči léčebnou, péči výchovnou a péči společenskou (sociální). Péče léčebná zahrnuje léčbu medikamentosní chirurgickou a fyzikální. Zahrnuje léčebnou tělesnou výchovu a léčbu prací. Je zaměřená k všeobecnému i speciálnímu rozvoji hybnosti a k zlepšování hybných funkcí. Péče výchovná zahrnuje školní vzdělávání, základní i odborné, v kterém pak speciálně rozvíjí též hybnost a řeč, nácvik pohybových a mluvních dovedností. Důraz se klade na přípravu k budoucímu povolání a pracovnímu zařazení. Dále i mimoškolní výchovu rozumovou, tělesnou, mravní, estetickou atd. Mezi péči společenskou (sociální) řadíme hlavně včasnou sociální péči, ochrannou a také poradenskou již od zjištění choroby. Výběr pracoviště a příprava pro úspěšnou činnost na tomto pracovišti (Kábele, 1970-71).

Pokud se chceme přesvědčit, zda se našemu dítěti rozvíjí v pořádku horní končetiny, jsou zkoušeny tyto pohybové dovednosti:

- Otevírání a zavírání rukou (plynule)
- Rozevírání a stahování prstů (plynule)
- Palec proti jednotlivým prstům (plynule)
- Válení tenisového míčku
- Tleskání do dlaní (ne silně, ve volném tempu)
- Uchopování velkého míče oběma rukama
- Uchopování malých tenisových míčků jednou rukou
- Chytání velkého míče po odrazu od země atd.

1.3 PŘÍČINY

Příčiny se obvykle rozdělují do tří skupin:

- Prenatální, (předporodní)
- Perinatální, (porodní)
- Postnatální, (poporodní)

K postižení může dojít právě v těchto obdobích. Za perinatální období se považuje celá doba nitroděložního vývoje, posléze období porodu a 2 -3 měsíce až do 1 roku po porodu (Kábele, 1970-71).

Dětská mozková obrna je tedy velmi úzce spjatá s obdobím kolem porodu. Například Lesný uvádí období nejpozději do šestého měsíce života dítěte. Jak je již zmíněné dříve, nejvíce případů dětské mozkové obrny je způsobeno těžkým a komplikovaným porodem, navíc je situace velmi dramatická, protože jde o život matce i dítěti. Pokud vycházíme ze statistických studií a analýz, které zkoumají procentuální zastoupení v uvedených obdobích, vyplývá z nich, že 75-80% případů spadá do období prenatálního vývoje, čímž potvrzují výše zmíněnou Freudovu hypotézu. Pouze 10-15% případů je zapříčiněno hypoxií mozku, což je spojováno s komplikovaným porodem (Kudláček, 2012).

Jedním z rizik je nízká porodní váha, riziková hranice hmotnosti novorozence je uvedena okolo 1500g. Mezi další rizikové faktory můžeme zařadit infekční onemocnění (zejména zarděnky) matky v období těhotenství, dále nezdravý životní styl (kouření, konzumace alkoholu nebo braní drog). U prenatální etiologie v mnoha případech nastává situace, kdy se nepodaří najít konkrétní příčinu. Mezi postnatální příčiny řadíme novorozeneckou žloutenku, další virová nebo bakteriální onemocnění (Kudláček, 2012).

Kraus uvádí rizikové faktory postižení vyvíjejícího se nezralého mozku k jednotlivým fázím vývoje plodu a novorozence. Fáze jsou rozděleny na antenatální, intrapartální a postnatální období. Mezi rizikové faktory vzniku mozkových lézí určil infekce, drogy, léky,

trauma in utero (což je havárie, poranění břicha nebo pánve), nitroděložní retardace růstu plodu, těžká prematurita (funkční nezralost CNS), vrozené metabolické poruchy. Rizikový faktor je i vícečetné těhotenství. Patologické stavy placenty a pupečnickových cév, nejčastěji se uvádějí infarkty placenty, odlučování placenty, pravé uzly na pupečníku, pupečník pevně ovinutý kolem krku plodu a tak dále. Jsou dvě substance nezbytné pro činnost mozku, pro jeho růst a regeneraci.

Je to kyslík a glukosa. Mozek není schopný přežít několik minut bez kyslíku ani několik hodin bez glukózy. Všechn kyslík mozku je zužitkován na spalování glukósy (Lesný, 1959).

1.4 KLASIFIKACE

Hlavní rozdělení podle Lesného, který pravou ranou dětskou mozkovou obrnu dělí na 4 formy:

- forma diparetická
- forma hemiparetická
- forma hypotonická
- forma extrapyramidová

Diparetická forma patří mezi spastickou obrnu dvou stejných končetin. Většinou bývají postiženy právě dolní končetiny, současně můžou být i horní končetiny, ale lehčeji.

Hemiparetická forma postihne jednu polovinu těla, tedy obě pravé nebo obě levé končetiny, přičemž bývá více postižená horní končetina. Paže může být křečovitě ohnuta v lokti, noha naopak napjatá tak, že dítě došlapuje jen na špičku.

Hypotonická forma je chabá obrna, postižené jsou výrazněji dolní končetiny. Je zde snížený tonus svalový, ochablost svalstva a uvolnění v kloubech. Tím je znemožněn stoj a chůze.

Extrapyramidová forma se vyskytuje vzácně a vyznačuje se nezvladatelnými mimovolnými pohyby. Tyto pohyby většinou postihují

celé tělo a zabrání správnému provádění volných pohybů, nebo je alespoň ruší (Kábele, 1970-71).

Na rozdíl od Kudláčka, který sice vychází z klasifikace Lesného, je to pro nás lépe zpracované a proto upřednostníme jeho klasifikaci. Dělení klasifikace dle Lesného je (Kudláček, 2012):

spastická - diparetická, hemiparetická, kvadruparetická
nespastická – dyskinetická, hypotonická

1.4.1 SPASTICKÉ FORMY

Spasticita se projevuje jako svalová ztuhlost, je důležité vědět, že tento vnější projev je zapříčiněn poškozením mozkového kmene. Spasticita je viditelná již od narození, v poloze na břiše. Jedinec není schopen hýbat hlavou a nohy má skrčené (ve flexi) v kyčlích a v kolenou při poloze na zádech. Tento projev se ukazuje mezi čtvrtým a pátým měsícem jako celkové svalové napětí. Při stoji jsou nohy stočené dovnitř, jedinec stojí pouze na prstech nohou a se zakloněnou hlavou dozadu, kvůli snaze udržet rovnováhu. Postižené je celé tělo, takže jedinec má velký problém udržet si normální postavení těla. Ve vyšším věku pak dochází u některých případů k záměně spasticity v pravém slova smyslu za svalovou ztuhlost. Při poloze na zádech můžeme vidět nesymetrické držení nohou, jedna noha je přitažena k tělu. Dále je důležité zmínit, že druhá noha, tedy většinou levá, je neschopná ohybu a také u ní dochází k rotaci dovnitř. To je hlavní příčina překřížení obou nohou (Kudláček, 2012).

Nejdříve začneme kvadruparetickou a dále diparetickou formou. Obě tyto formy jsou způsobeny poškozením mozkového kmene, kvůli spasticitě jsou postiženy i horní končetiny. Většinou jsou jedinci trpící touto formou postižení upoutáni na vozík. Tato forma je velmi často spjata s mentální retardací.

Nejznámější a nejtypičtější forma dětské mozkové obrny, je diparetická, avšak není nejčastější. Jde o spastickou paraparesu dolních

končetin, reflexy břišní jsou vždy v normálu. Jsou postiženy hlavně mozkové nervy, především okohybné. U těchto jedinců se často vyskytuje strabismus. Nápadná je addukční kontraktura ve stehnech, kontraktura trojhlavých svalů lýtkových, triceps je zkrácen (táhne patu nahoru). Dítě tak našlapuje jen na špičku nohy nebo chodí po zevní straně chodidla. Chůze vypadá tak, že pacient nohy překřičuje, to je tzv. chůze nůžkovitá. V nejtěžších případech dotyčný nechodí vůbec. V některých případech chodí dítě v podřepu s pokrčenými koleny. Zde vzniká chůze houpavá neboli lidoopí chůze. Postižení není symetrické, jedna dolní končetina je postižena více (Lesný, 1959).

Hemiparetická forma postižení vzniká poškozením jedné nebo obou mozkových hemisfér. Je zde křížové pravidlo, že pokud je poškozená levá hemisféra, je postižená horní a dolní pravá končetina a naopak. Levá nebo pravá ruka není schopná se otevřít, není schopná se dotknout úst, není aktivní při hře postiženého jedince, váha při chůzi je přenášena na zdravou stranu, tím dochází k přetěžování zdravé kyčle. Často je hemiparetická forma doprovázená mentální retardací (Kudláček, 2012).

Pravidlem je, že trojhlavý sval bývá zkrácen u jedné dolní končetiny, ale hybné postižení může být u dolních končetin větší než u horních. Končetiny rostou pomaleji než na straně zdravé. Oboustranná hemiparetická forma se nazývá forma kvadraparetická. Jedná se o postižení všech čtyř končetin. Od diparetické formy se liší velkým postižením horních končetin a od hemiparetické oboustrannosti (Lesný, 1959).

1.4.2 NESPASTICKÉ FORMY

Forma dykinetická tvoří okolo 10% případů dětské mozkové obrny. U dětí, které se narodily v termínu, se objevuje tato forma po těžké hypoxii v pozdějších fázích porodu. V prvních měsících života nejsou patrné abnormální pohyby. Ve většině případů se objeví až mezi pátým

až desátým měsícem. Nález ukončí tzv. svůj rozvoj až po druhém roce života dítěte (Kraus a kol., 2005).

Při dyskinetické formě je dítě pasivnější a má málo spontánních pohybů. Ústa jsou otevřená a hlavu má položenou k jedné straně. Je zde asymetrie v držení paží. Když se dítě snaží o sed, je zřejmé že hlava se zpětně zakloní. Pokud chce pacient s ostatními lidmi komunikovat, používá především nonverbální komunikaci, protože ještě nemůže mluvit. U každé polohy je jasné svalové napětí. Chůze tohoto jedince je velmi nestabilní, pomáhá si buď rukama, nebo opíráním o zeď (Kudláček, 2012).

Kraus a kol. (2005, s. 81) uvádí: „Dyskinetická forma je definována dominujícími abnormálními pohyby či posturami vznikajícími sekundárně při poruše koordinace pohybů nebo regulace svalového tonu.“

Postižený jedinec má poruchu stability. Řeč je velmi obtížně srozumitelná, postižené může být i kousací svalstvo. Kvůli tomu dochází k nekontrolovatelnému vyměšování slin. Většinou nebývá postižená šedá kůra mozková, tím může zůstat nenarušená inteligence. Poslední formou je hypotonická. Je to celkové ochabnutí svalstva, avšak během vývoje se forma mění v některou ze spastických forem (Kraus a kol., 2005).

2 GRAFOMOTORIKA

Grafomotorika spadá do oboru logopedie, konkrétně je to způsob komunikace (řeči) písemnou formou nebo kresbou. Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Kapitola grafomotorika je zaměřená na neverbální komunikaci.

První kapitola, pojmenovaná Vývoj kresby dítěte, se zaměřuje na vývoj kresby již od prvního měsíce života. Je patrné veliké zlepšení, kdy kresba z pouhého čmárání a čárání, se mění postupně např. v kruh, křížek, čtverec atd. Největším pokrokem je nakreslení tzv. hlavonožce ve čtyřech letech, který znázorňuje celou lidskou postavu ve tvaru kruhu. V další kapitole, pojmenované Předškolní příprava, nebo-li příprava před psaním, je zmíněno správné sezení u kresby, správné držení tužky atd. Důležitou součástí této kapitoly je vizuální vnímání a rozvoj jemné a hrubé motoriky. Poslední kapitola, s názvem Počáteční psaní, se věnuje tzv. hygienickým návykům, které již byly zmíněné v předešlé kapitole. Také se zabývá správným držením tužky či pera u praváků a leváků a následně metodickými postupy, které mají dvě fáze.

2.1 VÝVOJ KRESBY DÍTĚTE

S celkovou mentální vyspělostí dítěte, úzce souvisí jeho kresba. Skutečností zůstává, že kresba bohužel nemusí být vždy na stejné úrovni jako intelekt dítěte. Pokud je vidět výraznější nesoulad, je třeba pátrat po jeho příčinách. Je samozřejmostí, že grafický projev mentálně retardovaného dítěte nikdy nebude stejný ve srovnání s vrstevníky a s celkovou úrovní věku.

Výrazné faktory, ovlivňující vývoj a úroveň dětské kresby jsou např. mentální vyspělost dětí, motorika, laterálita, zrakové vnímání, paměť, schopnost představivosti, reprodukce a pozornost (Bednářová, Šmardová, 2006).

Motorika rukou začíná již v prvním měsíci života. V tomto období až do třetího měsíce dítě bere předměty, jen když se dotýkají jeho ruky. Ve třech až čtyřech měsících si dítě hraje především s rukama a je schopno udržet drobný předmět. Poté používá současně obě ruce, umí pomalu upustit předmět a dokonce si přendává předmět z jedné ruky do druhé, používá zde radiálně-palmární (dlaňový) úchop. Toto všechno dokáže již ve čtyřech až šesti měsících. Mezi šestým až osmým měsícem si dítě strká především věci do úst, sahá na předmět, tahá za oblečení, bouchá věcmi o stůl, také umí držet dva předměty najednou. Zároveň hází všechny věci na zem.

V osmém měsíci až desátém vidíme radikální změnu, klešťový úchop vytřídil pinzetový (klíšťový úchop), tahá předměty před sebou a také za sebou. Dále v osmi měsících až v prvním roce života používá dítě ukazováček izolovaně, třese předměty, ohmatává je (Looscová, Piekertová, Dienerová, 2001).

Prvním grafickým pokusem dítěte bývají nahodilé tahy na papíře, v první řadě čárání, čmárání. Nazýváme to jako črtací experimentaci. Pokud dáme dítěti před druhým rokem tužku do ruky, pohybuje jí, má radost z pohybu. Samozřejmě má také radost, že jeho tahy nechávají za sebou viditelné stopy. Většinou jsou to velké tahy, až 20 centimetrů v různých směrech. Dítě při kreslení nepohybuje jen rukou ale i celým trupem, hlavou a jinými částmi těla. Později se nadbytečné pohyby eliminují (Mlčáková, 2009).

První čáranice jsou tzv. motorickou hrou. Pro dítě je na začátku z pravidla důležitější, že kreslí, než co se kreslí. Zpočátku děti kreslí rozmachem celé paže, postupem času se zapojuje loketní a zápěstní kloub (Bednářová, Šmardová, 2006).

Když dítě dosáhne jednoho roku až roku a půl, umí věc volně pustit, jí samo lžičkou, samostaně pije a tluče předměty o sebe. Do tří let věku kreslí čáru mezi dvěma body, modeluje kuličku a hady, samostatně si umývá a utírá ruce, začne si samo svlékat oblečení a také čmárá na papír. Bohužel někdy není papír dost velký, může pokreslit

např. zeď, zem nebo různé věci okolo (Looscová, Piekertová, Dienerová, 2001).

Tříleté dítě zvládne většinou podle předlohy vertikální, horizontální i kruhové čáry, také nakreslí kruh. Zde již dětská kresba přechází do vyššího stádia.

Horizontální linie je především výrazem klidu, plynutí, pasivního ženského principu, lunárních kosmických sil. Na této linii bývá znázorňován hlavně čas, který se rozprostírá na obou stranách přímky donekonečna. Je důležitá, protože odděluje zpravidla svět pozemský od podzemí, nebo naopak od světa nebeského, především v pohádkových výjevech dětmi často zobrazovaných.

Vertikální linie je opak horizontální linie, zde se jedná o vzruch ale i trvalé směřování člověka k transcendentnu. Vertikála může být tzv. spojována s podsvětím, lidským nevědomím a temnými silami duše. Tato linie je u dítěte často používána, když chce rychle vyjádřit odehrávající se pohyb nebo historku nabitou pohyblivými scénami (Babyrádová, 1999).

V tomto samém roce dítě začíná kreslit obrysové tvary. První tvar, který bývá uzavřený, je právě kruh. Také kreslí přímku a úsečku. Kruh u dítěte může znamenat zobrazení lidské postavy, slunce, strom, auta atd. Dosavadní črtací experiment se přemění v prvotní obrys. Prvotní obrys znamená, když dítě při opakování črtů seskupí kresbu, aby vyjádřilo význam, který má na mysli (Mlčáková, 2009).

Kruh má v dětské tvorbě daleko hlubší význam, než je mu přisuzován (kruh zpravidla bývá spojován pouze s hlavou, kolem, okem a podobně). Kruh představuje věčný přírodní koloběh, ale zastupuje i věčný běh událostí lidského života. Jsou v něm hlavně obsaženy další základní geometrické obrazce. Například trojúhelník, čtverec nebo kříž. Kruh především symbolizuje světlo, protože je mu často přisuzován význam naděje a víry (Babyrádová, 1999).

Ve čtyřech letech dovede dítě vzít do ruky štětec, dokonce pro něj není problém stříhat nůžkami, zapínat a rozepínat knoflíky.

Dítě kreslí v tomto roce takzvaný lineární náčrt. Je schopno nakreslit základní podobu předmětu, zobrazuje znaky, které považuje za nejdůležitější. Člověka kreslí převážně jako uzavřenou kruhovitou křivku, která naznačuje celé tělo (nejen hlavu, krk a trup). Tato kresba bývá správně označována jako „hlavonožec“.

Mezi oblíbené obrazce, které dítě kreslí, jsou lidé, zvířata, domy, dopravní prostředky. Kresba se samozřejmě omezuje na několik čar a málo podrobností. Ve čtyřech letech již dítě umí nakreslit např. křížek (Mlčáková, 2009).

Kříž je jeden z nejstarších symbolů v umění. U kříže dochází ke střetu linií, jde opět o symbol velmi dynamický. V dětském výtvarném projevu je kříž velmi často vidět, nemusí však hned vyjadřovat hluboké náboženské či filozofické obsahy (život a smrt, aktivitu a pasivitu a podobně). Kříž ve tvaru znázorňující „T“ symbolizuje v dětských grafických projevech figuru (Babyrádová, 1999).

Kolem pátého a šestého roku má dítě období realistické kresby. Kreslí podle představy nebo také z paměti. Jeho kresba přestává být lineární. Jelikož paže, nohy i krk dítě znázorňuje dvojdímní. Dále kreslí postavu v oblečení, které již diferencuje pohlaví (Mlčáková, 2009).

Svou kresbu lidské postavy obohacuje např. o prsty na ruce, vlasy, uši a pupík. Dítě již rozlišuje a znázorňuje u lidské postavy např. hlavu, trup a končetiny.

Stále si však může počínat i jednodímní. Hlavním faktorem je rozdíl mezi dětmi. Některé děti právě již kreslí dvojdímní, jak je výše zmíněno. Pětileté dítě zvládne nakreslit čtverec a šestileté dokonce trojúhelník (Bednářová, Šmardová, 2006).

Čtverec je symbol značící pozemskost. V dětském výtvarném projevu je třeba upozornit na to, že děti často kreslí své obrazy v kvadraticky členěných schématech. Nejde pouze jen čtverec jako tvar, ale o samostatné čtvercové kompoziční uspořádání. Příčinou proč si dítě tak počíná, může být vnitřní touha po stabilitě, vyrovnanosti a výrazu

hmotné vyváženosti. Čtverec také můžeme chápat jako čtvernost živlů (voda, vzduch, oheň, země). Čtyři stejně dlouhé strany čtverce mohou také symbolizovat i jednotlivá roční období nebo různé světové strany (Babyrádová, 1999).

V šesti letech je dvoudimenzionální kresba končetin častější, kresba je celkově proporcionálnější a jednotlivé části lidského těla jsou lépe připojené na správnějších místech. Lidská postava je lépe členěná na hlavu a trup. Ruce jsou již zasazeny k trupu, mohou směřovat do stran nebo trčí vzhůru. Hlava bývá pokryta vlasy, jsou zde výraznější obličejové detaily (Bednářová, Šmardová, 2006).

Poslední výrazná změna v kresbě je po desátém roce života. Nastupuje zde období naturalistické kresby. Dítě vystihuje pohyb, činnost, proporce, perspektivu, uplatňuje stínování, postavu také znázorňuje z profilu. Můžeme u něj vidět, že začíná kreslit podle předlohy, modelu, přírody, jak se mu předmět tzv. skutečně jeví.

Důležitou souvislostí s počátkem dětské kresby zaznamenáme vývoj úchopů psacího náčiní (Mlčáková, 2009).

2.2 PŘEDŠKOLNÍ PŘÍPRAVA

Dětskou kresbou se zabývají především psychologové, speciální pedagogové, pedagogové. Kresba může poskytnout pohled na odhad úrovně vývoje rozumových schopností především u předškolních a mladších školních dětí (Mlčáková, 2009).

“Dobré jest také schvalovati jim, jak jest to znamenitá věc do školy choditi a učiti se. Nadto že učiti se není práce, než hra s knihami a perem.” Komenský (1952, s . 48).

Komenský vnímal především význam pozitivní motivace a přípravy dětí předškolního věku pro vstup do školy a touto řečí i doporučoval. Začátkem 70. let se začal realizovat experiment s volnou grafickou produkcí strojopisnou u žáků 1. ročníku základní školy i u dětí předškolního věku. Dokázalo se, že žáci, kteří psali na psacím stroji

zadané úkoly formou hry, měli v 1. ročníku na konci školního roku v průměru lepší výsledky z Českého jazyka. Bylo považované za vydatnou přípravu na psaní dobře motivované rytmické čmárání. Nejčastější bylo vést děti předškolního věku k přiměřeným grafickým projevům, počínaje čmáráním, grafické hry doprovázet říkankami, a to hlavně ve stoje. Předškolní dítě by mělo vykonávat grafické hry co nejméně v poloze sedu. Mělo by je vykonávat ve stoje, protože se předejde naučení dítěte řady nežádoucích návyků. Těchto návyků se dítě ve škole obtížně odnaučuje (Mlčáková, 2009).

Již v předškolním věku dítěte, je velmi důležité naučit ho správnému držení těla, protože to ovlivňuje další pracovní návyky, např. správné sezení u kreslení, úchop tužky, práce s uvolněním a napětím. Velmi významně to napomáhá pozdějšímu výkonu v psaní, čtení atd.

Poloha těla právě ovlivňuje pohyblivost jednotlivých kloubů, jejich uvolnění a koordinaci. Také je zde významný vliv na psychickou a fyzickou pohodu při kreslení. Počáteční kreslení ve stoje podporuje zejména pohyb rameního kloubu, umožňuje volný pohyb ruky na papíře.

Při poloze vsedě by měly být vytvořené dobré podmínky podle postavy dítěte. Samozřejmě není vhodný nábytek pro dospělé osobu, pokud není přizpůsoben pro dítě. Chodidla by měla být opřena celou plochou o zem nebo podložku. V žádném případě nesmí dítě s nohama pohupovat a kývat ve vzduchu. Kolena dítěte svírají se židlí přibližně pravý úhel, to samé jako lokty s deskou stolu. Tělo je nakloněno mírně dopředu, prsa se nesmějí opírat o desku stolu. Obě ramena má ve stejné výšce. Hlavu by mělo mít mírně skloněnou, oči ve vzdálenosti 25-30 cm od papíru. Pro kreslení a psaní je důležité mít dostatek prostoru, aby se ruka mohla plynule a rovnoměrně pohybovat. Nedostatek místa může mít vliv na výsledek kresby, tlak na podložku, postavení ruky při kreslení například vyvrácení ruky v zápěstí (Bednářová, Šmardová, 2006).

Také je důležité upozornit, že předčasný přechod ke kresbě, kde již záleží na přesném vedení linie, může vést ke grafospamům. Grafická

linie posléze zůstává trvale křečovitá a křečovitost se přenáší i do vlastního psaní. Určitě není od věci, když dítě v mateřské škole může spontánně čmárat či jinak se graficky projevit, ať už jen křídou.

Pokud nebudeme dítě do kresby nutit a naopak projevíme jakoukoliv radost z jeho výkonu, bude kreslení vyhledávat častěji a nacvičí si dobrou pohybovou koordinaci (Mlčáková, 2009).

Nesmíme zapomínat na hlavní výhodu předškolní přípravy. Děti si rády kreslí. Při kreslení si spontánně uvolňují svaly ruky a získávají dovednosti, které při pozdějším nácvičku psaní ve škole využijí. Kreslení a psaní však není jenom činností uvolněné a šikovné ruky. Patří sem například: schopnost orientovat se na ploše, zrakově posuzovat směr, velikost a vzdálenost, koordinovat pohyby ruky a oka. K tomu všemu je potřeba, aby se děti učily dívat, vědomě sledovaly zrakem pohyb své ruky, a aby se u nich rozvíjely potřebné dovednosti (Pokorná, 1998).

Dítě by mělo od pěti let vizuálně vnímat barvy a všechny je pojmenovat, umět přiřadit pět detailů k nákresu panáčka, přiřadit hlavy ke čtyřem zvířátkům, poznat dvě mince, číselné symboly a dopravní značky. Vybarvit předkreslené obrázky, roztrdit věci podle velikosti nebo délky, správně určit počet tří předmětů, najít rozdíly a rozlišit stejné od podobného. V sedmi letech pozná, co je nelogické, vybere věc, která nepatří do stejné kategorie (např. oblečení na zimu, ovoce, zelenina, léto a zima). Při vstupu do první třídy je důležitá orientace v hodinách (Looscová, Piekertová, Dienerová, 2001).

Naučit se písemnou podobu mateřštiny, je pro začínající školáky velmi obtížná aktivita. Někteří z nich se potýkají s obrovskou škálou nesnází. Pokud jsou problémy v psaní výraznějšího charakteru a přetrvávají, mohou nepříznivě ovlivnit úspěšnost dítěte ve škole. Především jeho sebedůvěru, omezení profesního zaměření i uplatnění (Mlčáková, 2009).

Příprava na psaní v předškolním věku převážně směřuje k rozvoji hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, k navození a fixaci správného

držení tužky. Zdokonalování v hrubé motorice dosáhneme při chůzi, běhu, poskocích, hry s míčem i pohybových hrách.

Jemná motorika nebo tedy rozvoj jemných pohybů prstů, zdokonalíme cvičením např. palcem, se postupně dotýkáme ostatních prstů, ukazováček a prostředníček běhají po stole, vytvořit z prstů brýle (spojit palec s ukazováčkem u obou rukou), ruce dlaněmi k zemi, roztahovat a stahovat prsty plynule atd. (Klenková, 2000).

2.3 POČÁTEČNÍ PSANÍ

Vzdělávací obsah vzdělávacího oboru Český jazyk a literatura je určen v Rámcově vzdělávacím programu pro základní školy. Je to dokument státní úrovně, který normativně stanoví obecný rámec základního vzdělání. Učivo je rozloženo do určitých okruhů. Školám je doporučeno rozpracování učiva do jednotlivých ročníků nebo na delší úseky (Mlčáková, 2009).

V prvním ročníku je vhodné pomalu přecházet jen od hravých činností do školního života. V psaní začínáme především s rytmickými uvolňovacími cviky, které mají za úkol vycvičit lehký, pružný psací pohyb a odstranit u dítěte pohyby nežádoucí. Provádíme to vždy na větší formát, nezáleží u dítěte na přesnosti, ale dbáme hlavně na hygienické návyky a správné držení tužky (Spáčilová, Šubová, 2004).

Hygienickými návyky se rozumí hygiena psaní. Do hygieny psaní řadíme již výše zmíněné správné sezení a držení těla, natočení psací podložky (papír, sešit) a psací potřeby, osvětlení psací plochy a především vytváření radostné pracovní atmosféry.

Nejdříve bude popsáno správné držení tužky u dětí píšících pravou rukou. Pero či tužku dítě drží prvními třemi prsty. Jedná se o palec, ukazováček a prostřední prst. Všechny prsty jsou mírně ohnuty. Prostřední prst podpírá pero z pravé strany zdola a to jen prvním článkem, palcem přidržujeme pero z levé strany a ukazováčkem shora.

Děti píšící levou rukou drží psací náčiní v levé ruce zrcadlově jako pravák. Nesmíme zapomínat, že děti píšící touto rukou potřebují osvětlení zleva zepředu, tedy zase opačně než pravák. Pokud dítě drží přeci jen tužku či pero špatně, doporučují se kompenzační pomůcky (trojhranný program). Jde o trojhranné psací potřeby (pryžové, plastové nebo dřevěné) nástavce na pero (Mlčáková, 2009).

Dnes není už mnoho precvičovaných leváků na praváky. I když pro leváky je mnoho věcí těžších. Mezi ty hlavní patří upevnění si směru psaní - zleva doprava. Přirozenou tendencí pro leváky bývá psát opačně. Posléze se tato potíž promítá i do čtení, vnímání řady např. určování co je první, poslední apod. Jedinou odlišností mezi pravákem a levákem je naklonění pracovního listu. Nejčastějším problémem je tendence ruku v zápěstí nadměrně ohýbat a vykrucovat. Důsledkem tohoto počínání je zvýšená únava při psaní, bolestivost celé paže, časté zpomalení psaní nebo dokonce nechuť psát. Můžeme se setkat s dětmi, které toto postavení ruky dělají záměrně. Odůvodnění je, aby si text nerozmazávaly a dobře na něj viděly (Bednářová, Šmardová, 2006).

Mezi další důležitý bod je nutné zařadit metodický postup počátečního psaní, který má dvě fáze. První fáze je příprava na psaní. Doba trvání je 4 -5 týdnů, kdy připravujeme jen ruku. Druhá fáze je období vlastního psaní. Do první fáze patří příprava drobného cvičení, jemné koordinační pohyby např. vytrhávání z papíru, modelování, navlékání korálků, jeřabin, stříhání, obkreslování. Dále sem řadíme kresbu na volné téma a to z důvodu, aby se dítě zbavilo ostychu graficky se projevovat. Velmi užitečným je v tomto případě Roszgerův grafický prognostický test. Tento test je vhodné realizovat hlavně v prvních dnech školní docházky. Děti mají za úkol nakreslit podle předlohy zuby pily (Spáčilová, Šubová, 2004).

Druhá fáze se skládá z psaní písmen, psaní slabik a slov, také z obtahování každého písmene a následnému napsání. Pro nácvik jednotlivých psacích písmen je důležité navodit vhodnou atmosféru ve třídě, na tabuli je předveden správný tvar písmene, nebo může být

napodoben ve vzduchu. Správný tvar písmene na tabuli, musí být zvětšen. První pokusy o napsání nového písmene mohou být uskutečněny na cvičné papíry nebo průhledné fólie. Nemělo by se zapomínat na uvolňovací cviky rukou, zápěstí a prstů, před každým psaním (Spáčilová, Šubová, 2004).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na problematiku dětské mozkové obrny a charakteristiku grafomotoriky. Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na kresby dětí, které byly předem vybrány z důvodu možnosti každodenního pozorování ve školském zařízení a posléze i mimo něj.

Cíl

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo popsání dětské mozkové obrny. Přiblížení její historie, charakteristiky, příčin a její klasifikace.

Cílem praktické části bakalářské práce je vybrat tři děti, které je možno pozorovat v každodenních činnostech. Dále zde budou porovnány kresby těchto dětí, které měly za úkol nakreslit stejný obrázek na hodině výtvarné výchovy.

Hypotézy

Hypotéza 1 : Je těžké pro dítě s tímto postižením se začlenit do běžné společnosti?

Hypotéza 2 : Došlo u pozorovaných dětí k nějakému zlepšení?

Použité metody k vypracování této práce

- Odborná literatura
- Analýza dostupných lékařských a pedagogických záznamů žáků
- Nestandardizovaný rozhovor s vychovateli
- Přímé pozorování dětí ve škole, kroužcích a ve školním klubu

3.1 POPIS METOD A VÝZKUMNÉHO VZORKU, ORGANIZACE A POSTUP

Metoda rozhovor

Metoda rozhovoru je přirovnatelná k dotazníku. Jsou kladeny otázky, které mohou být uzavřené, polouzavřené a otevřené. Otázky jsou pokládány určitému jedinci a v některých případech mohou být velmi důvěrné a osobní (Zelinková, 2001).

Metoda rozhovoru je v bakalářské práci použita z důvodu zjištění osobní anamnézy a aktuálního stavu dítěte.

Metoda pozorování

Metoda pozorování je jedna z nejdůležitějších metod v pedagogické diagnostice. Pozorování je rozlišeno na krátkodobé a dlouhodobé. Je to proces, který má systematický charakter sledování a zaznamenávání projevů dítěte (Zelinková, 2001). Metoda pozorování je v bakalářské práci z důvodu působení v Jedličkově ústavu.

Analýza dokumentace

Jedličkův ústav poskytuje dokumenty dětí, které mají v péči. Jsou zde zdravotní záznamy, rodinné a osobní údaje o rodině.

Kazuistika

Kazuistika je jednou z metod, kterou získáváme informace z uplynulého života dítěte. Jinými slovy kazuistika je anamnéza, která se dělí na osobní, rodinnou a sociální (Zelinková, 2001).

Popis výzkumného vzorku

Vybrány jsou tři děti z Jedličkova ústavu, s kterými bylo úzce spolupracováno. Významným rozdílem mezi zkoumanými dětmi tvoří typ postižení a kombinace s dětskou mozkovou obrnou. Důležité rozdíly jsou v chování a celkovém projevu těchto dětí. Každé dítě má odlišný individuální vzdělávací a výchovný plán. Děti byly pozorované pouze v prostředí školy, nikoliv doma.

Organizace a postup

Nejprve došlo k setkání s dětmi z Jedličkova ústavu, s kterými jsem strávila několik týdnů. Poté následovalo nahlédnutí do dostupných lékařských a pedagogických záznamů žáků. Další setkání bylo s vychovateli, kterým jsem kladla otázky o pozorovaných dětech, dále byly vypracovány osobní, rodinné anamnézy a aktuální stav dětí. Poté byla vypracována teoretická část bakalářské práce.

3.2 JEDLIČKŮV ÚSTAV

“Bezbranné dítě má být chráněno láskou, vědou a státem.”

B. Dosužkov

3.2.1 HISTORIE JEDLIČKOVA ÚSTAVU

Jedličkův ústav byl založen 1. dubna v roce 1913, představitelem Rudolfem Jedličkou. Ústav dostal také tento název od listopadu téhož roku, díky tomuto muži. Tehdy byl ústav pod vedením ředitele Františka Bakuleho.

Zpočátku měl sloužit pro „zmrzačené“ děti, které měly postižené jen horní končetiny. Avšak s intelektem byly v průměru. Bylo tedy přijato 11 dětských klientů (svěřenců). Prof. Jedlička pro ně požadoval nejen péči léčebnou, ale také vzdělání, výchovu a přípravu pro budoucí povolání. Můžeme tedy jeho myšlenku přirovnat k dnešní době, protože přesně toto Jedličkův ústav poskytuje dětem nyní.

Děti byly přijímány do ústavu jen na zkoušku, pobyt jim mohl být změněn na trvalý jen tehdy, pokud u nich nebyly shledány závady mravní a intelektuální. Jednalo se především o udržování tělesné čistoty a infekčních nemocí. Z tohoto důvodu museli rodiče podepsat prohlášení, že dítě bude přijato zpět do rodinné péče, kdykoliv to ústav uzná za vhodné. Na druhou stranu pokud dítě zůstane v ústavu a bude vyučeno, rodiče se posléze postarají o umístění v povolání. Rodiče také byli povinni sdělit v ústavu úplnou a přesnou anamnézu jejich dítěte.

Prof. MUDr. Rudolf Jedlička dokonce pro zlepšení a zkvalitnění péče klientům, posílal lékaře i učitele ústavu na vlastní náklady na studijní cesty a pobyty. Jedlička jako první se svými spolupracovníky prakticky uskutečnil novou koncepci, kterou lze nazvat jako komplexní rehabilitaci. Tento muž měl vždycky pochopení pro emoční i výchovné

potřeby svěřených dětí. Snažil se jim vytvářet podmínky, které jim umožní šťastné dětství ale zároveň plné začlenění do práce a společenského života.

Podmínky se změnily za 1. světové války od října v roce 1914, kdy začala být zajišťována péče o raněné vojáky (invalidy). Prof. Jedlička dal vojákům k dispozici veškeré léčebné zařízení Podolského sanatoria, které do té doby sloužilo hlavně tělesně postiženým dětem. Z důvodu nedostačujícího prostoru ústavu, byla pro invalidní vojáky získána nemocnice č. 3 “U Bartoloměje” ve Vyšehradské ulici v Praze s 500 lůžky. Měli zde připravovat vojáky na nová povolání. Vyučovali je v literárních předmětech, jazycích, psaní na stroji, účetnictví a tak dále.

Na rozdíl od toho, vzdělávání dětí po 1. světové válce probíhalo ve dvou až třech třídách. Kapacita tříd byla kolem dvaceti dětí. Jedličkův ústav se změnil na soukromou školu, každým rokem zde byl vzrůstající počet žáků a zájem stále stoupal. Přestaly vyhovovat učebny v Pevnosti, a proto začala stavba nové budovy, která byla otevřena v roce 1926. Již v tomto roce byl ředitelem Augustin Bartoš.

Ústav se po tomto roce zestátnil a dokonce i škola se stala státní. Vzdělávaly se zde jen děti od první až do páté třídy. Dalším důležitým obdobím byl rok 1948 z důvodu zrušení spolku, který Jedličkův ústav zřizoval. Kvůli tomu byl ústav postátněn. Škola začala být řízena ministerstvem školství.

V roce 1951 zde byla zřízena Mateřská škola, dále v roce 1953 druhý stupeň základní školy a v roce 1954 první třída zvláštní školy. Zvláštní škola se později rozrostla na tři třídy.

Dlouholetou historii mají také školy v přírodě. Hlavní důvod byl, že Prof. Jedlička odkázal dětem z Jedličkova ústavu svou rekreační vilu v Harrachově s pozemkem, na kterém byl les a park. Děti tuto vilu využívaly do roku 1950, poté se stala rekreačním střediskem pro předsednictví vlády, nyní se zde rekreují poslanci Parlamentu ČR.

Velkou zajímavostí je, že nyní je Jedličkův ústav pro všechny otevřený, nikde není žádný plot a děti se mohou pohybovat venku, jak chtějí. Dříve to vypadalo jinak. Pokud se v Kongresovém centru konala nějaká výjimečná akce, bylo dětem zakázáno pohybovat se mimo budovu. Jedna dívka sama v rozhovoru přiznala, že se na ni dívali všichni „skrz prsty“ a každý den pociťovala, že se odlišuje od zdravých lidí. Ona sama pochvalovala tuto dobu, že každé postižené dítě si ani samo neuvědomuje, že je jiné a má stejné možnosti jako všichni ostatní.

3.2.2 SOUČASNOST

Jedličkův ústav se nachází na pražském Vyšehradě. Přesná adresa je V Pevnosti 4, Praha 2. Je ve velmi dobré lokaci a vede tam jednoduchá cesta od metra C, která trvá 10 minut. Do metra se také dostanete úplně bez problémů díky bezbariérovému přístupu. Celý název je Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola.

Nejdříve je důležité popsat, čím se tento ústav vlastně zabývá. Jedná se o příspěvkovou organizaci, která funguje již od roku 1913. Jsou zde poskytovány převážně školské a sociální služby hlavně mladým lidem s tělesným postižením, kteří do ústavu docházejí v době povinné školní docházky a během volby a přípravy na budoucí povolání (zaměstnání). Je tu kladen důraz převážně na vhodné vzdělávání, celkový rozvoj dovedností a rehabilitaci celého těla. Jejich hlavním cílem je nejlepší začlenění absolventů této školy do úplně běžného života a přirozeného sociálního prostředí.

Snaží se žáky učit takovým znalostem a dovednostem, které budou moci využít v běžném životě. Zaměřují se převážně na sebeobslužné činnosti a orientaci v každodenních záležitostech života. Učí žáky pracovat v týmu ale zároveň umět řešit problémy sami. Také dbají na dodržování pravidel a uvědomění si následků za jejich porušení.

Na škole pracuje 30 učitelů, 10 asistentů pedagoga a 4 pedagogové ve školním klubu. Celkové složení pracovního týmu

Jedličkova ústavu je: pediater, zdravotní sestry, fyzioterapeut, ergoterapeut a kliničtí logopedi, kteří jsou zde přítomni každý den. Dále je tu klinický psycholog a neurolog, kteří dochází jen jednou týdně. Rehabilitační lékař je v ústavu dvakrát týdně a indikuje fyzioterapii a ergoterapii. Stomatolog dochází dvakrát za rok a ortoped pouze po dohodě.

Učitelé jsou povinni vystudovat vysokoškolské pedagogické vzdělání se zaměřením na speciální pedagogiku (odborná aprobace). Také se aktivně zapojují v mimoškolních aktivitách. Dalším požadavkem je získat certifikát ECDL.

Jako v normálních školách i zde jsou třídní schůzky čtyřikrát do roka. Účastní se jich rodiče žáků, učitelé, ergoterapeut, fyzioterapeut a další odborníci.

V Jedličkově ústavu je i školská rada, která má 6 členů (2 pedagogičtí pracovníci, 2 zákonní zástupci nezletilých žáků a 2 členové za zřizovatele). Také je tu rada rodičů, která se koná stejně jako školská rada, dvakrát za pololetí.

Vzdělávání vychází z koncepce Rámcového vzdělávacího programu pro základní školy a přílohy upravené pro žáky s lehkým mentálním postižením. Je nutné přizpůsobit výuku současným podmínkám a požadavkům, přičemž musíme respektovat zdravotní omezení žáků.

Tato organizace může dětem poskytnout např.: Mateřskou školu, Základní školu, Střední školu, zdravotně rehabilitační pracoviště, domov mládeže, speciálně pedagogické centrum, internát a školní klub.

Internát je určen rodičům v případě, že si potřebují odpočinout. Jeden týden děti bydlí na místním internátu, kde se o ně střídavě starají vychovatelé. Toto se nazývá Respítní pobyt (mají čas na dovolenou, služební cestu, lékařská vyšetření). Vychovatelé děti doprovází do školy, do klubu, na kroužky, dbají na jejich osobní hygienu, dělají s nimi úkoly, ukládají je do postele. Toto využití je také pro děti, které bydlí daleko od školy a rodiče je nemohou vodit každý den. Jsou zde od

pondělí do pátku a na víkend jedou zase domů. Výjimečně můžou zůstat v Jedličkově ústavu na internátu dva víkendy v měsíci. Dále na diagnostický pobyt, který trvá 1 -6 měsíců. Během toho se tým odborníků snaží zařadit dítě do vzdělávacího procesu.

Další služby, které může Jedličkův ústav poskytnout, je osobní asistent, finanční podpora a individuální doprava. Dopravu využívá skoro polovina rodičů. Stačí jen nahlásit vychovatelům, v kolik hodin si přejete dítě odvést domů. Řidiči se v autě nestřídají, většinou je tam pouze jeden. Je to hlavně z důvodu, že některé děti nemají rády změny. Pro děti jsou zde dva speciálně vybavené a upravené autobusy a dva mikrobusesy, které vozí děti domů.

Mezi další aktivity dětí patří každoroční školy v přírodě, pobytové víkendové akce v přírodě, časté exkurze v rámci školního vyučování a šachové turnaje. Dále sem řadíme abilympiádu pro děti a mládež, která se pořádá každý rok. Dále The TAP TAP, název rytmického souboru mládeže a zaměstnanců Jedličkova ústavu. Pravidelně vystupují na festivalech. Také sportovní aktivity, jako pravidelné turnaje v Boccia, atletika, lukostřelba, cyklistika a curling.

3.2.3 POPIS ŠKOLY

Jedličkův ústav se skládá ze šesti budov, které mají bezbariérový přístup. Nejstarší budova, které vychovatelé říkají Topolka, je jako jediná oddělená a nejdál od ostatních. Okolí hlavní budovy tvoří krásná zahrada a velké hřiště. Děti si zde mohou zahrát basketbal i fotbal. Dále jsou tu např. houpačky a prolézačky.

Při vstupu do hlavní budovy se ocitneme ve velké chodbě, která je zdobena obrázky dětí po obou stranách. Na levé straně je malá jídelna, kde je jen pár stolečků. Na oběd se chodí postupně, protože by se zde všechny děti nevešly. Důležitým předmětem k vydání jídla je bílá kartička, která slouží jako čip. Na výběr mají děti ze dvou jídel, většinou slané a druhé je sladké. K pití si děti mohou vybrat, zda chtějí slazený

čaj nebo šťávu. Vedle obou barelů s pitím, jsou postavena brčka na pití, některé děti jinak pít neumí. Pokud se vydáme doprava, dojdeme k šatně, kde každé dítě má vlastní skříňku.

Po schodech nahoru jsou již třídy, ve kterých se učí. Pohyb dětí, s mechanickými vozíčky po budově, umožňují dva prostorné výtahy. Je zde kladen důraz na individuální přístup. Kapacita ve třídě základní školy je deset studentů. Jak bylo již řečeno, výuka má sama o sobě individuální charakter, všechny činnosti zohledňují žákovy možnosti a specifické potřeby. Ve většině tříd spolupracuje s učitelem asistent pedagoga. Základní škola má postupných devět ročníků, jako všechny základní školy. V případě menšího počtu žáků, může dojít k slučování ročníků.

Po ukončení základní školy mají klienti možnost pokračovat ve vzdělání na některých středních školách Jedličkova ústavu, středním odborném či odborném učilišti.

Třídy jsou vybavené velmi dobře. Je zde speciální nábytek (nastavitelné židle a lavice, dle potřeby žáka), úložné prostory na školní pomůcky, klasická kopírovací tabule, počítač se síťovým připojením, polohovací lůžka, relaxační koberec a sedačky, televize, video, magnetofon, CD přehrávač, dále speciální pomůcky individuálně vybrané dle potřeby dětí. Mezi ně řadíme např. protiskluzové podložky, nástavce na psací potřeby, čtecí lupy a upravené klavesnice na počítač. Jsou zde i speciální třídy výpočetní techniky (počítače, dataprojektor, tiskárny a další speciální pomůcky). Také nesmíme zapomenout na kabinety učitelů a knihovnu, ve které je interaktivní tabule a kopírka. Dále je zde divadelní sál, herna, sborovna a kanceláře vedení školy.

V této budově se nachází i dvanáctimetrový a vyhřívaný bazén, do kterého chodí děti jednou za 14 dní ve čtvrtek. Bazén má chlórovanou vodu a hned vedle něj je veliká vířivá vana. Je to opravdu dobrá rehabilitace pro tyto děti. Je zde také malá tělocvična, která je vybavená rehabilitačními prvky a zrcadlovou stěnou. Slouží hlavně pro malé skupiny žáků k relaxačním a rehabilitačním účelům. Dále se zde

nachází zdravotní úsek, fyzioterapie a pracovníci SPC. Mezi příjemné zpestření, kromě bazénu s viřivkou, řadíme saunu, solárium a posilovnu. V dalším pavilonu jsou např. pracovny fyzioterapie, vodoléčba, ergoterapie a logopedie.

V každé budově je výborné hygienické vybavení. Mezi nejdůležitější řadíme bezbariérové toalety, které jsou vybaveny bezdotykovými bateriemi. Dále jsou zde bidety, zdvihací zařízení, madla, drtička hygienického odpadu a papírové ubrousky. Na každém patře jsou také dostupné sprchy.

Novější budova není nijak propojena se starším pavilonem, proto se do ní lze dostat pouze venkem. Tato budova má dva vstupy, jeden na čip, kterým chodí děti. U druhého vstupu, který vede kolem vrátnice, musíte předložit doklad totožnosti a nahlásit důvod návštěvy. Všechny pavilony jsou chráněny např. kamerovým systémem, požárními hlásiči a vrátnicemi s bezpečnostními čipy.

Zde se také nachází větší tělocvična vybavená tradičními pomůckami např. basketbalovými koši, žíněnkami a žebřinami. Můžeme zde narazit i na speciální pomůcky, jedná se především o sportovní vozíky, které se využívají na basketball nebo florball. Děti také mají k dispozici veslařské trenažéry nebo míče, kterými hrají hru Boccia. Tato hra Boccia je tradiční rekreační sport pro lidi na invalidním vozíčku. Cílem hry je hodit míček co nejbližší k cílovému míčku tzv. Jacku. Soutěžit mezi sebou mohou jednotlivci, dvojice nebo trojice. Pokud je účastníků více, slouží jako náhradníci.

V tomto pavilonu se vyskytují také dílny, které jsou pro jemnou a hrubou motoriku opravdu nejlepším trénováním. Děti si mohou vybrat hned z několika, např. košíkářská, textilní, keramická a dřevařská. Nejstarší z nich je dílna košíkářská, která byla již založena za pana Prof. Jedličky.

Posledním důležitým bodem je školní klub, který je důležitý hlavně pro děti ve výchovné a vzdělávací funkci.

3.2.4 UČEBNÍ PLÁN PRO 1 . A 2 . STUPEŇ ZŠ

Jeden z prvních důležitých předmětů na prvním stupni je Český jazyk (8 hodin). V prvním a druhém ročníku je tento předmět vyučován komplexně. Změna nastává ve třetím ročníku, kdy je předmět členěn na komunikační a slohovou výchovu, jazykovou výchovu a cvičení psaní. Matematika je dokonce posílena o tři hodiny, dříve jen 5 hodin. Toto opatření je z důvodu dětského zapomínání po dlouhých prázdninách. Dalším předmětem je práce s počítačem od prvního a čtvrtého ročníku je také předmět posílen o jednu hodinu v každém ročníku. Posílení není z důvodu zapomínání dětí, avšak v nové době je velmi důležité se orientovat v počítačové technice. Také mají výtvarnou a pracovní výchovu. Pracovní výchova vznikla tzv. sloučením vzdělávacího oboru člověk, svět práce a výtvarnou výchovou. Děti mají půl roku dílny, poté půl roku výstupy ze ŠVP pro dané vzdělávací obory.

Jsou zde i pohybové činnosti např. jednou za 14 dní ve čtvrtek bazén, který se nachází v již popsané hlavní budově. Také jednou za 14 dní probíhá vyučování v učebnách fyzioterapie. Jsou zde zařazovány sportovní dny a sport na školách v přírodě.

Mezi nejdůležitější předmět, který není hodnocen známkou, řadíme ergoterapii. Je to předmět speciálně pedagogické péče. Vedený je vysokoškolským terapeutem. Cíl ergoterapie je připravit žáky do běžného života. Náplní jsou sebeobslužné činnosti, příprava jídla, samostatně jíst, domácí práce a instrumentální činnost.

Předměty na druhém stupni jsou podobné. Český jazyk je rozdělen na jazykovou, literární a slohovou výchovu s jedním rozdílem, je posílen o čtyři hodiny. Do jazykové výchovy jsou zahrnuty zvukové stránky jazyka, slovní zásoba a tvoření slov, tvarosloví a obecné poučení o jazyce. Vedou také k osvojení spisovné formy českého jazyka. Rozvíjejí logické myšlení a také srozumitelné vyjadřování. Další

slohové a komunikační rozdělení je např. dovednosti čtenářské, verbální a spojení s písemným projevem a s nasloucháním.

Matematika je také posílena od předešlého prvního stupně, jedná se o 2 hodiny. Práce s počítačem je posílena o další 3 hodiny. Pohybové předměty, které se nijak neodlišují. Žáci na druhém stupni mají možnost si vybrat z volitelných předmětů. Jedná se o individuální rozvoj žáka podle jeho zájmu a o zlepšení vědomostí jím zvolené oblasti. Ten předmět, který si žák vybere, musí navštěvovat po celý zbytek roku. Jeden z volitelných předmětů je např. Anglická konverzace. Hlavním cílem je u dětí zvýšit zájem o učení cizího jazyka, porozumět mu, navazovat kontakty a otevírat se světu. Angličtina je učena zábavnou formou, pomocí písniček, básniček, přísloví, známých citátů a her. Využívají anglicky mluvené filmy, spolupracují s rodilými mluvčími, dobrovolníky, používají se anglické programy na počítač a také organizace divadla v angličtině.

3.3 KAZUISTICKÁ STUDIE

3.3.1 CHLAPEC X

Osobní anamnéza

Chlapec narozen v roce 1999. Pochází z úplné rodiny. Matka vystudovala střední školu s maturitou, otec má vysokoškolské vzdělání. Oba rodiče jsou zdraví. Chlapec má další dvě starší sestry, které jsou již vdané. Jedna ze sester čeká dítě. Sestry jsou též jako rodiče úplně zdravé.

Porod byl v 26. týdnu po krvácení, psychomotorický vývoj (PMV) byl výrazně opožděn. Byla u něj diagnostikována dětská mozková obrna. Dominují dystonicko-dyskinetické projevy, centrální kvadruspasticita s převahou vlevo. Vývoj řeči výrazně ovlivněn vrozenou hluchotou. Chlapec má kochleární implantát od roku 2002. Při komunikaci si

vypomáhá odezíráním, ale preferuje sluchovou cestu. Užívá jednotlivá slova a jednoduché věty. Před nástupem do Jedličkova ústavu neuměl více než 3 -4 slova. V roce 2006 mu byl zaveden nový kochleár. Můžeme vidět, že po zavedení jsou větší spasmy. Projevilo se to především v logopedii, škole a při jídle začal těžce polykat jídlo, občas se dokonce muselo mixovat.

Ve všech životních úkonech je odkázán na pomoc druhé osoby. Jedná se o osobního asistenta, který ho všude, kromě Jedličkova ústavu, doprovází. Pokud potřebuje na toaletu, umí si sám říct.

Aktuální stav

Nyní je v logopedii spontánní projev a projev v celých větách, i když minimální. Je zde převážně cvičení sluchové percepce. Pokud se zaměříme na fyzioterapii, má chlapec paretické postavení končetin a skoliotické postavení páteře. Věškeré pohyby rušené výraznými hyperkinézami.

Výchova v Jedličkově ústavu se vždy provádí v tzv. Klubu, kam dítě dochází za odměnu. Odpočinout si, nebo na kroužky, které má zapsané od rodičů. Chlapec odpoledne často odpočívá. Žádá dokonce vychovatele, aby mu vypnuli kochleár. Hlavním důvodem je velký křik dětí kolem něj, který můžu potvrdit. Nejvíce ho baví čtení pohádek, dívání se na pohádky, kroužek vaření, který patří mezi jeho nejoblíbenější aktivity. Pokud není hodně unavený a nemá bolesti, je velmi dobře naladěný a pozitivní.

Ve škole má chlapec třikrát týdně osobního asistenta, který mu pomáhá převážně jen s učivem. Velmi se snaží, pokud nemá větší spasmy, které ho vyčerpávají a limitují. Nejraději má matematiku např.: malou násobilku, poznávání čísel do 10 000, sčítání a odčítání do 100, zaokrouhlování na desítky. Ke sčítání a odčítání používá kalkulačku.

V Českém jazyce se učí vyjmenovaná slova, čte po slabikách, píše na počítači. Asistentovi diktuje písmenka, která chce na počítači napsat. V dalších předmětech jako dějepis, zeměpis a občanská výchova jsou

chlapcovi znalosti velmi omezené. Největším problémem jsou prázdniny, po nich vždy následuje dlouhé opakování předchozího učiva.

Vlastní pozorování

Nejdříve bych shrnula vlastní pozorování tohoto chlapce. Dále i ostatních dětí, s kterými jsem trávila méně času. S tímto chlapcem jsem byla nejvíce. Vyzvedávala jsem ho z hodin ve škole, někdy jsem i seděla vedle něj v hodinách. Pomáhala jsem mu tedy se zadanými úkoly. Vodila jsem ho na obědy. S chlapcem X bylo o hodně více práce než s ostatními dětmi, jelikož je připoután na mechanický vozíček. Jak je již výše uvedeno, má rušené pohyby výraznými hyperkinézami. Kvůli tomu má většinou ruce připoutány k vozíčku, aby sám sobě neublížil. Jen malé pásky, které mu drží zápěstí.

Pokud na něj promluvíte, za jeho zády, vždy se lekne, je proto lepší si vozíček obejít a teprve až si vás všimne, začít mluvit. Jeho leknutí je kvůli kochleáru, který mu byl zaveden již v roce 2002. S tím je spojeno i leknutí, když v jeho blízkosti zakřičí děti, lekne se a rozhazuje rukama do stran. Nohy má také připoutané k vozíčku malou páskou. Hlavní důvod je, že mu nohy padají, sám je neudrží.

Při obědě je nutné ho krmit, přinést jídlo a přidržet lahev s pitím. Sám si řekne, kdy je čas na další sousto. Také si umí říci, kdy je čas na pití. Neumí pít z hrnečku, ani pokud je v něm dáno brčko. Má vlastní lahvičku se speciálním víčkem. O toaletu si umí říct, pokud potřebuje, jak jsem již výše zmiňovala.

V klubu jsem s ním trávila minimálně času, protože se o něj starali zkušené vychovatelé. Většinou seděl vepředu v klidu a k hrajícím dětem do zadní části Klubu ani sám nechtěl. Vídala sem ho vzadu jen každý pátek, vždy když byl čas na pohádku. Byl z mechanického vozíčku vždy přenesen na pohodlný duchovitý polštář. Na jeho mimice bylo obtížné poznat, zda vás vidí rád nebo nerad.

3.3.2 CHLAPEC XX

Osobní anamnéza

Pochází také z úplné rodiny. Otec i matka mají vystudovanou vysokou školu. Jeho rodiče jsou zdraví. Tento chlapec XX je ze čtyř sourozenců, má dva bratry a sestru. Dva starší bratři jsou také zdraví a ani mladší sestra nemá žádné zdravotní problémy.

Chlapec se narodil v roce 1998. Porod proběhl v termínu, vývoj plodu byl také v normálu. Do sedmi měsíců prospíval velmi dobře, v sedmém měsíci náhle přestal dýchat a upadl do komatu. Ihned byl hospitalizován a byla zjištěna vývojová vada mozku. Od sedmi měsíců byl léčen na EPI. V pěti letech byla zjištěna šelest na srdci. Celkově mu diagnostikovali dětskou mozkovou obrnu (sekundární levostranná triparéza v rámci léze extrapyramidového systému pravé hemisféry), vrozenou vývojovou vadu mozku a agenezí striata a se sekundární hypoplázií thalamu, sekundární epilepsii, lehkou MR, vývojovou dysartrii, oční vadu a šelest na srdci neorgánového charakteru. Sedat si začal v prvním roce, chůze byla ve dvou letech a první srozumitelná slova až v pěti letech. Od 1. 9. 2009 byl převeden do jiného vzdělávacího programu (Společně proti bariérám- zpracovaného podle RVP ZV-LMP).

Aktuální stav

Navštěvuje fyzioterapii a ergoterapii. Ve fyzioterapii nemá velké problémy. Chůze je samostatná s paretickými prvky vpravo, nosí ortopedickou obuv. Ergoterapie se zabývá protahováním horních kočetin a nacvičováním problematických pohybů.

V Klubu v rámci výchovy má kroužky vaření a x-box. Je velmi rád v kolektivu, má rád lidi. Ve škole je velmi náladový. Také je snaživý a každý neúspěch těžce snáší. Vzteká se a při "zaseknutí" je lepší vše převést do vtipu, tím navodíme opět klidnou atmosféru

a chlapec XX chce zase dál pracovat. Ve všech předmětech je na tom hůře než ostatní děti. Platí stejně jako u chlapce X , po prázdninách musí vždy dlouhodobě opakovat předchozí učivo.

Vlastní pozorování

Chlapce XX jsem vyzvedávala stejně z hodin, jako chlapce X . Vodila jsem ho na oběd, dále jsem vedle něj jen seděla. Můj úkol byl vzít mu školní brašnu, vyzvednout mu jídlo pomocí čipu, který mělo každé dítě. Jedl sám a také i pil z hrnečku bez pomoci. Důležité bylo, aby každý vychovatel, který s ním obědvá, měl dostatek čaje v hrnku. Po každém jeho soustu přišlo významné přiřuknutí. Největší radost mu udělalo, když byl připitek pokaždé pronesen v jiném jazyce např. španělsky “Salud”. Po obědě vždy následovalo oblékání v šatně, kde každé dítě má svou skříňku a převedení do školního klubu. Každé dítě muselo být přezuto do venkovní obuvi, i když převedení trvalo jen pár minut.

Byl velmi vnímavý, bylo možné s ním hrát mnoho her. Většinou to bylo hlavně “Člověče nezlob se”. Počítal si políčka sám, pokud jsem mu špatně pohnula s figurkou, vždy se rozčiloval. Při pohádkách nejraději seděl stejně jako chlapec X ve velkých duchnovitých polštářích. Byl našťvaný, pokud někdo opakovaně rušil pohádku.

Je to skvělý chlapec, velmi usměvavý a hodný. Myslím si, že je na sebe velmi přísný. Pokud se u jídla například ušpinil, nebo se nedopatřením polil pitím, byl velmi rozčilený. Muselo se to vždy převést do legrace, aby nepřestal jíst a spolupracoval dál jako předtím. Nejvíce na něj zabírala slova, ale ještě důležitější byl tón hlasu, kterým jsme ho uklidňovali.

Jeho nejoblíbenější aktivita byla, jak se řekne “Na zdraví” v dalších jazycích. Jeho hlavní vychovatel s ním seděl hodiny a hodiny, dokola opakoval nová slova, která se naučil. Opakoval je tak dlouho, dokud chlapec nebyl se svou výslovností spokojený.

3.3.3 DÍVKA

Osobní anamnéza

Tato dívka pochází stejně jako chlapci z úplné rodiny. Matka i otec mají středoškolské vzdělání. Oba rodiče jsou zdraví. Tato dívka má jen jednoho sourozence a to mladšího bratra, který je také úplně zdrav.

Porod byl v 38. týdnu. Diagnostikována dětská mozková obrna (centrální kvadruparéza - smíšená forma), od 6 měsíců také epilepsie a strabismus. Je držitelka ZTP/P a příspěvek na péči se stupněm závislosti III. Došlo k dekompenzaci epilepsie, tudíž změna terapie.

Aktuální stav

V logopedii trénuje především motoriku mluvidel a dechová a fonační cvičení. Co se týče fyzioterapie, je zde samostatná chůze, jen pokud se jedná o krátké trasy. Pokud je to delší vzdálenost, je nutný mechanický vozík. Dívka má skoliotické postavení páteře a pohyby rušené dyskinézemi. V ergoterapii trénuje paměť, časovou orientaci, protstorovou orientaci. Dále přesné poznávání tvarů a logických řad.

Ve výchově (klub) a škole jsou prudké změny nálad a chování. Má velký problém s koncentrací. Můžeme u ní vidět, že často píše dopisy, hlavně rodičům a bratrovi. Navštěvuje vaření a kreativní kroužek. Je velmi fixovaná na dospělé, špatně se zapojuje do dětského kolektivu. Neumí si totiž s dětmi hrát.

Ve školních znalostech je na tom podobně, jako chlapec X. Kromě toho, že matematiku moc ráda nemá a také v ní není tak dobrá. Umí malou násobilku, poznávání čísel do 10 000, sčítání a odčítání do 100 s kalkulačkou a zaokrouhlování na desítky. V českém jazyce lépe čte, v podstatě úplně plynule, jen jsou zde limitující logopedické problémy. Jinak ovládá vyjmenovaná slova, psaní na počítači téměř samostatně. V dějepise, zeměpise a občanské výchově má velmi omezené znalosti.

Stejně jako u chlapce X musí po prázdninách vždy dlouze opakovat předchozí učivo.

Stejně jako chlapec XX je od 1 . 9 . 2009 převedena do jiného vzdělávacího programu (Společně proti bariérám - zpracovaného podle RVP ZV-LMP).

Vlastní pozorování

Dívka všechny úkony vykonávala sama bez pomoci. Nepotřebovala asistenci při jídle, pití a toaletě. Sama si nosila věci, sama vyndala čip na oběd. Také si jídlo přinesla, někdy si šla přidat. Následovalo oblékání, které také zvládala úplně sama. Jediné, u čeho potřebovala oporu, byla chůze. Byla trošku nejistá, pokud se jednalo o nesouměrný nebo špatný terén.

V klubu bylo vidět, že vyhledává převážně dospělé. Záleželo na tom, jaký měla den. I když měla dobrý den, neznamenalo to, že na ní nemusíme dávat pozor. Několikrát se stalo, že znenadání začala bít děti kolem sebe. Jednou dokonce měla tak špatný den, že začala děti kolem sebe kousat, kopat a škrábat. V tuto chvíli je důležité ji uklidnit a vzít pryč z klubu. Dáme ji dopředu, kde bude jen sedět s dospělými a malovat si nebo stříhat. Jiná aktivita zde totiž není možná.

Ráda hraje různé hry. Sama vybere, jakou hru ten den chce hrát. Pokud ji nebaví, řekne to klidně po pěti minutách hry. Pokud se k nám chtělo přidat jiné dítě, dívka automaticky přestává hrát a odchází pryč. Nyní jí lékaři změnili prášky na epilepsii, po těchto je více plačtivá a lítostivá. Častěji chce z klubu domů. Naopak dříve tomu bylo jinak, dokonce protestovala, když pro ni rodiče přišli.

Další důležitá zkušenost s touto dívkou byla, že se bojí cizích lidí, například v dopravních prostředcích. Při jedné cestě v metru se mi s těmito obavami svěřila. Sedí bez pohnutí vedle dospělého, tiskne mu ruku a jen těká očima ze strany na stranu. Prý také vnímá, jak na ní ostatní koukají nepříjemnými a zkoumajícími pohledy. Nejhorší je,

pokud si někde v blízkosti sedne člověk, vyznávající jiný styl oblékání (emo, methal atd.). Těchto lidí se bojí ještě více, než normálních.

Program „Společně proti bariérám“

Čím se vlastně zabývá tento program, do kterého vstoupili chlapec XX a dívka? Hlavním cílem projektu je výměna zkušeností a přenos dobré praxe při řešení začleňování zdravotně postižených na trhu práce, zvyšování zaměstnatelnosti a zaměstnanosti. Současný projekt má také za úkol zmapování celkové situace v České republice.

V Jedličkově ústavu se jedná o přípravu žáků na běžný život a minimalizaci všech možných omezení, která je mohou v budoucnu potkat. Jde především o kvalitní vzdělání a neméně důležitou věcí je komplexní rehabilitační péče. V rámci vyučování děti navštěvují fyzioterapii, ergoterapii, vodoléčbu a logopedie.

Tento projekt je úzce ve spolupráci s DAMACO Group s.r.o. Tato firma poskytuje uplatnění na trhu práce, rekvalifikaci, vzdělávací kurzy a zajišťuje zprostředkování zaměstnání.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou dětské mozkové obrny. Cílem teoretické části bylo popsat onemocnění, příčiny onemocnění, klasifikaci a historii. Do dětské mozkové obrny patří i rozvoj grafomotoriky, který byl rozebrán v kapitole č. 2 a spadá do oboru logopedie.

Pro děti s DMO je velmi důležitý správný rozvoj a vývoj ostatních funkcí, které nejsou postiženy tímto onemocněním. Na tomto rozvoji se podílí velká skupina specialistů, mezi které patří speciální pedagogové, neurologové, psychologové, ergoterapeuti, fyzioterapeuti a logopedi a z nemalé části také zdravotní sestry a hlavně rodiny postižených jedinců.

Cílem praktické části bylo popsat strukturu a aktivity jednoho z nejnámějších ústavů v Praze, Jedličkova ústavu. Praktickou část bakalářské práce jsem provedla na základě metody kvantitativní (analýza odborné literatury a dostupných lékařských a pedagogických záznamů, nestandardizovaný rozhovor s vychovateli a pozorování pacientů). Domnívám se, že cíle této bakalářské práce byly splněny.

SHRNUTÍ

Bakalářská práce „Grafomotorika u dětí s dětskou mozkovou obrnou“ se zabývá problematikou dětské mozkové obrny a grafomotoriky.

Práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. Dvě hlavní kapitoly jsou z teoretického hlediska a jedna hlavní kapitola má praktický charakter.

První kapitola se zaměřuje na dětskou mozkovou obrnu, popisuje toto onemocnění. Je rozdělena na historii, příčiny a klasifikaci dětské mozkové obrny. Druhá teoretická kapitola se zabývá grafomotorikou. Je

v ní specifikován rozvoj dětského psaní (jemná a hrubá motorika) a správné postupy.

Poslední hlavní kapitola je empirického obsahu. Jsou v ní uvedeny analýzy dokumentů a odborné literatury a dále rozebrány kazuistiky tří klientů postižených dětskou mozkovou obrnou z Jedličkova ústavu.

K bakalářské práci jsou přidány materiály, které jsou uvedené a popsány v přílohách.

SUMMARY

Bachelor thesis "Grafomotorika in children with cerebral palsy" deals with cerebral palsy and graphomotorics.

The work is divided into three main chapters. Two parts are from a theoretical point of view and one major chapter is from practical point of view.

The first chapter focuses on the DMO, describes this disease. It is divided into the history, causes and classification of cerebral palsy. The second chapter deals with the theoretical graphomotoric. It is specified in the development of children's writing (fine and gross motor skills) and good practices.

The last major chapter is empirical content. It contains the analysis of documents and scientific literature and analyzed three case studies of clients affected DMO Jedlicka Institute.

Thesis are added materials, which are listed and described in the annexes.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BABYRÁDOVÁ, H. - Symbol v dětském výtvarném projevu. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1999, ISBN – 80 – 210 – 20 – 79 – 2.

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. – Rozvoj grafomotoriky. Brno: Computer Press, 2006, ISBN – 80 – 251 – 0977 – 1.

KÁBELE, F. – Rozvíjení hybnosti a řeči u dětí s DMO. Praha: MPSV, 1986.

KLENKOVÁ, J. – Logopedie, České Budějovice, GRADA, 2006, ISBN- 978-80-247-1110-9.

KRAUS, J. a kol. – Dětská mozková obrna, Praha: GRADA, 2005, ISBN – 978 – 80 – 247 – 6750 – 5.

KUDLÁČEK, M. - Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace, Praha, Portál, 2012, ISBN- 978-80-262-0178-6.

LESNÝ, I. – Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologie. Praha: AVICENUM, 1985,

LOOSCOVÁ, C., PIEKERTOVÁ, N., DIENEROVÁ, G. – Grafomotorika pro děti předškolního věku, Praha, Portál, 2001, ISBN – 80 – 7178 – 540 – 7.

LOOSCOVÁ, C., PIEKERTOVÁ, N., DIENEROVÁ, G. – Pracovní listy grafomotorika, Praha, Portál, 2001, součástí knihy Grafomotorika pro děti předškolního věku, ISBN – 80 - 7178 - 540 - 7.

MLČÁKOVÁ, R. – Grafomotorika a počáteční psaní. Havlíčkův Brod: Grada, 2009, ISBN – 978 – 80 – 247 – 2630 – 4.

POKORNÁ, V. - Šimonovy pracovní listy. 9, Grafomotorika a kreslení, vydání 1., Praha, Portál, 1998, ISBN – 80 - 7178 – 225 - 4.

SPÁČILOVÁ, H., ŠUBROVÁ, L. – Příprava žáka na psaní, rozvíjení grafomotoriky a zrakového vnímání. 1. Vydání Olomouc, Univerzita Palackého, 2004, ISBN- 80 – 244- 0761 – 2.

ZELINKOVÁ, O . – Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: (nástroje pro prevenci, nápravu a integraci), vydání 1 ., Praha, Portál, 2001, Pedagogická praxe (Portál) ISBN – 80 – 717 – 8544 – 8.

Seznam použitých internetových zdrojů

Damaco Group. Společně proti bariérám trhu práce pro zdravotně postižené osoby. [online]. 2010 [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: <http://www.damaco.cz/spolecne-proti-barieram-trhu-prace-pro-zdravotne-postizene-osoby-020/>

Jedličkův ústav a školy, neústavní ústav. Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání. [cit. 2014-01-05]. Dostupné z: http://www.jus.cz/files/dokumenty/SVP_ZV.pdf

Jedličkův ústav a školy. [online]. 4. 2. 2014 [cit. 2014-18-01]. Dostupné z: <http://www.jus.cz/>

Seznam zkratk

PMV- psychomotorický vývoj

SPC- speciálně pedagogické centrum

CNS- centrální nervová soustava

ECDL- digitální gramotnost podle mezinárodních standardů

ZTP/P - průkaz mimořádných výhod

MR- mentální retardace

EPI- stanovení správné diagnózy a nejvhodnější způsob léčby

ŠVP- školní vzdělávací program

Seznam příloh

Příloha A - kresba Chlapce X.....I

Příloha B - kresba Chlapce XX.....II

Příloha C - kresba Dívky.....III

Příloha A - kresba Chlapce X



Příloha B - kresba Chlapce XX



Příloha C - kresba Dívky



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Uhrinová

Obor: Speciální pedagogika- vychovatelství

Forma studia: Prezenční

Název práce: Grafomotorika u dětí s dětskou mozkou obrnou

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 56 stran

Celkový počet stran příloh: 3 stran

Počet titulů českých použitých zdrojů: 12

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Blanka Gruberová