

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra primární a preprimární pedagogiky

Dětská mozková obrna u dětí předškolního věku

Diplomová práce

Autor: Bc. Ludmila Kotrlíková

Studijní program: N 7531 Předškolní a mimoškolní pedagogika

Studijní obor: Pedagogika předškolního věku

Vedoucí práce: MUDr. Mgr. Vladana Skutilová, Ph. D.



Zadání diplomové práce

Autor:	Ludmila Kotrlíková
Studium:	P16P0906
Studijní program:	N7531 Předškolní a mimoškolní pedagogika
Studijní obor:	Pedagogika předškolního věku
Název diplomové práce:	Dětská mozková obrna u dětí předškolního věku
Název diplomové práce AJ:	The cerebral palsy in the pre-school children

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá problematikou dětské mozkové obrny u dětí předškolního věku. Teoretická část je zaměřena na obecnou problematiku onemocnění dětské mozkové obrny, pozornost je zde věnována i jednotlivým formám a terapiím. V závěru teoretické části jsou popsány i jednotlivé poruchy, které souvisí s dětskou mozkovou obrnou. Praktická část je pojata formou tří kazuistik, které obsahují osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, formu dětské mozkové obrny a specifické techniky a metody pro práci s dětmi postižené dětskou mozkovou obrnou.

Dětská mozková obrna - E.Marešová Dětská mozková obrna - J.Kraus a kol. Svět dětské mozkové obrny - M.Kudláček Příčiny mozkových postižení dětí - V.Mydlil Raná dětská mozková obrna - I.Lesný

Garantující pracoviště:	Ústav primární a preprimární edukace, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	MUDr. Vladana Skutilová, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Pavel Zíkl, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	26.5.2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny prameny a literaturu.

V Chotovinách 23. 3. 2020

Ludmila Kotrlíková

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala mojí vedoucí diplomové práce, paní MUDr. Mgr. Vladaně Skutilové, Ph.D. za nesmírnou trpělivost, odborné rady a pomoc při psaní diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala paní Mgr. Ireně Litnerové ze zařízení Kaňka, která i přes neskutečnou vytíženost našla čas, aby mi poskytla cenné informace do mé diplomové práce. Dále také děkuji maminkám, které byly ochotné se mnou otevřeně promluvit a dát mi tím důležité informace k realizaci výzkumné části diplomové práce. Poděkování také patří mé rodině, která mě neustále podporovala, a to nejen při psaní diplomové práce, ale po celou dobu studia na Univerzitě v Hradci Králové.

ANOTACE

KOTRLÍKOVÁ, Ludmila. *Dětská mozková obrna u dětí předškolního věku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 66s. Diplomová práce

Diplomová práce se zabývá problematikou dětské mozkové obrny u dětí předškolního věku. Teoretická část je zaměřena na obecnou problematiku onemocnění dětské mozkové obrny, pozornost je zde věnována i jednotlivým formám a terapiím. V závěru teoretické části jsou popsány i jednotlivé poruchy, které souvisí s dětskou mozkovou obrnou, léčba dětské mozkové obrny, ale také možnosti edukace dětí s dětskou mozkovou obrnou. Praktická část je pojata formou tří kazuistik, které obsahují osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, formu dětské mozkové obrny a specifické techniky a metody pro práci s dětmi postižené dětskou mozkovou obrnou.

Klíčová slova: dětská mozková obrna, dítě předškolního věku, Raná péče, vzdělávání žáků s dětskou mozkovou obrnou

ANNOTATION

KOTRLÍKOVÁ, Ludmila. *Cerebral palsy in preschool children*. Hradec Králové: Faculty of Education, University Hradec Králové, 2020. 66s. [Diploma Dissertation Thesis]

The diploma thesis deals with the issue of cerebral palsy in preschool children. The theoretical part focuses on the general issue of cerebral palsy, attention is also paid to individual forms and therapies. At the end of the theoretical part are described individual disorders related to cerebral palsy, treatment of cerebral palsy, but also the possibilities of education of children with cerebral palsy. The practical part is conceived in the form of three case reports, which include personal history, family history, form of cerebral palsy and specific techniques and methods for working with children affected by cerebral palsy.

Key words: cerebral palsy, preschool child, early care, education of pupils with cerebral palsy

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	VYMEZENÍ POJMŮ	10
2.1	Dítě předškolního věku	10
2.2	Zdravotní a tělesné postižení	10
2.3	Znevýhodnění a porucha	10
2.4	Integrace a inkluze	12
3	RODINA DÍTĚTE S POSTIŽENÍM	13
4	DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	17
4.1	Pojem, historie DMO	17
4.2	Výskyt a příčiny DMO	17
4.3	Klasifikace dětské mozkové obrny	18
4.4	Přidružené vady dětské mozkové obrny	22
4.4.1	Mentální retardace	22
4.4.2	Epilepsie	24
4.4.3	Poruchy řeči	27
5	LÉČBA DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY	30
5.1	Ortopedická léčba	30
5.2	Pomocné prostředky u osob s dětskou mozkovou obrnou	30
5.2.1	Ortély	30
6	UCELENÁ REHABILITACE	32
6.1	Léčebná	32
6.1.1	Fyzikální terapie	32
6.1.2	Léčebná tělesná výchova	32
6.1.3	Ergoterapie	34
6.1.4	Animoterapie (hipoterapie a canisterapie)	35
6.1.5	Další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie)	35
6.1.6	Další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace	35
6.2	Sociální	35
6.3	Pedagogická	36
6.4	Pracovní	36
7	MOŽNOSTI EDUKACE DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU	37
7.1	Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami	37

7.2	Význam rané péče při edukaci dětí s dětskou mozkovou obrnou	38
8	VÝZKUMNÁ ČÁST	40
8.1	Metody a cíle výzkumné části.....	40
8.2	Výzkumné otázky	40
8.3	Charakteristika zařízení Základní škola a mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s.....	40
8.3.1	Mateřská škola Kaňka	41
8.3.2	Základní škola Kaňka	41
8.3.3	Školní družina	42
8.3.4	Sociální služby	42
8.4	Kazuistika č. 1.....	43
8.5	Kazuistika č. 2.....	45
8.6	Kazuistika č. 3.....	47
8.7	Záznam z rozhovoru s ředitelkou zařízení Kaňka.....	49
8.8	Záznam rozhovorů s matkami dětí	53
9	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	55
9.1	Odpovědi na výzkumné otázky	55
9.2	Vlastní vyjádření k výzkumu	56
9.3	Praktické využití poznatků.....	56
10	ZÁVĚR	57
11	PŘEHLED LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ	59
12	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	62
13	SEZNAM TABULEK.....	63
14	SEZNAM PŘÍLOH	64

1 ÚVOD

Dětská mozková obrna. Onemocnění, které mi nebylo známo do té doby, než jsem nastoupila na Univerzitu Hradec Králové. Má představa o tomto onemocnění do té doby byla pouze taková, že dítě bude mít nižší inteligenci. Když jsem poté o přednáškách na univerzitě zjistila, jak tato nemoc vypadá, byla jsem na jednu stranu velmi zděšená, ale také zvědavá, jak opravdu takové dítě vypadá, jak komunikuje, jak se učí, jak existuje v běžném životě. Na Univerzitě v Hradci Králové jsem v rámci pedagogického týdne měla možnost vidět pana Kudláčka, který dětskou mozkovou obrnu má. Jeho přednášky byly velice zajímavé, a to i přesto, že bylo nutné se velice soustředit z důvodu jeho špatné komunikační schopnosti. O to více mne pak zajímalo, jak tato nemoc vypadá u malých dětí. Proto jsem si právě toto téma pro svou diplomovou práci zvolila.

Velmi jsem se začala obávat, jak zvládnou komunikaci s rodiči dětí s postižením a hlavně – jak zvládnou přítomnost samotných handicapovaných dětí právě s onemocněním dětské mozkové obrny. Musím říct, že to pro mne byl jeden z nejsilnějších zážitků v mém životě.

Jako malé dítě jsem jezdila s rodiči každou neděli do divadla do Tábora. Jelikož jsem z Chotovin, jezdili jsme autem a s sebou brali ještě jednu rodinu se dvěma dětmi – kdy jedno z nich mělo diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu (což jsem samozřejmě tenkrát nevěděla, že jde přesně o tuto nemoc). Jelikož před divadlem bylo vždycky hodně lidí, druhá rodina vždy vyndala průkazku invalidního vozíčku, abychom mohli zaparkovat na místě pro handicapované. Pamatuji si to, jako by to bylo dnes, jak jsem se nesmírně styděla za to, že mám za sklem našeho auta známku pro handicapovaného, když já i můj bratr jsme zdraví. Nechtěla jsem to, bylo mi to nepříjemné, nechtěla jsem, aby někdo viděl, že z toho auta vystupuji, a to jen díky oné ceduli. A nyní? Stydím se za to, jaký přístup jsem k tomu všemu měla.

2 VYMEZENÍ POJMŮ

2.1 Dítě předškolního věku

Doba předškolního věku dítěte trvá od 3 do 6-7 let. Konec tohoto období není určen pouze věkem, ale hlavně sociálně a to nástupem do základního vzdělávání. Typickým znakem tohoto období je postupné odpojování vazeb na rodinu a postupné uplatnění a prosazování mezi vrstevníky. Dítě si osvojuje běžné normy chování, přijatelnou komunikaci a znalost obsahu rolí. Během tohoto období také dochází k zpomalení a harmonizaci vývoje. Eric Erikson o tomto období řekl, že je to věk iniciativy, jehož hlavním znakem je aktivita, činorodost a spolupráce. Toto období je také označováno za zlatý věk dětské hry (Vágnerová, 2012).

2.2 Zdravotní a tělesné postižení

Zdravotní a tělesné postižení bývá často prezentováno jako to samé, někdo jiný zase udává, že se jedná o synonymum. Školský zákon ovšem zařazuje tělesné postižení jako jednu z forem zdravotního postižení. Fischer a spol. (str. 57, 2012) uvádí definici tělesného postižení jako *„přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“* Vítková (str. 41, 1999) chápe tělesné postižení zase jako *„vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, které se projevují porušenou hybností, ať už tato poškození vznikají na základě dědičnosti, nemoci nebo úrazem.“* Společnost vnímá tělesně postiženého jako člověka, jehož handicap je naprosto viditelný a nepřehlédnutelný. Tělesná postižení mohou být vrozená nebo získaná. Vrozená vznikly v průběhu těhotenství, v průběhu porodu nebo těsně po něm. Oproti tomu získaná jsou způsobená úrazem, nebo různými chorobami a jejich následky (Fischer a spol., 2012).

2.3 Znevýhodnění a porucha

Pokud mluvíme o znevýhodnění, mluvíme také o handicapu, čili o znevýhodněné osobě, která je handicapovaná v důsledku nějaké poruchy nebo defektu.

Poruchu vymezuje Fischer (str. 23, 2012) jako *„jakoukoliv ztrátu nebo abnormalitu v psychologické, fyziologické nebo anatomické struktuře nebo funkci.“*

V současné době můžeme handicap, poruchy a znevýhodnění třídit a to dle druhu, rozsahu a doby, kdy k jeho vzniku došlo.

Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle druhu

1. Poruchy tělesné (somatické)

Do této skupiny patří poruchy, handicapy vzniklé kvůli onemocnění, úrazu, nebo ztráty hybnosti a mobility. Může jít jak o vrozené, tak o získané poruchy.

2. Poruchy komunikace

Patří sem problémy s vnímáním, přijímáním podnětů. Následně jejich zpracováním a s následnou reakcí. Jedná se o poruchy zraku a sluchy, a poruchy řeči. Řadí se sem i poruchy učení.

3. Poruchy mentální

Zde můžeme zařadit poruchy rozumových schopností. Jedná se nejen o vrozené defekty, jako je mentální retardace, ale také získané v průběhu života, což je například demence.

4. Poruchy chování

Do této skupiny řadíme odlišné vzorce chování, které jsou pro společnost nežádoucí, nepřijatelné, jako je například lhaní, závislostní chování, ale také delikvence a kriminalita)

Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle stupně závažnosti

1. Handicap a poruchy lehkého stupně

Fischer a spol. (str. 26, 2012) charakterizuje tuto kategorii jako „*minimální odlišnosti od normy, někdy i jevy ještě normální či hraniční.*“ K nápravě většinou stačí běžné pedagogické prostředky.

2. Handicap a poruchy středního stupně

Tyto handicapy již potřebují speciální metody, přístup a pomoc. U této skupiny už je nutné zapojení specialistů a speciálních institucí. Jedná se například o smyslové poruchy.

3. Handicap a poruchy těžkého stupně

Do této skupiny patří osoby, které již potřebují celodenní péči okolí a společnosti.

Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle doby jejich vzniku

1. Handicapy a poruchy vzniklé v důsledku působení prenatálních etiologických faktorů

Poruchy a handicapy mohou být podmíněny genetikou. Dále pak vlivem chemických faktorů, jako jsou například léky, fyzikálních faktorů, což může ovlivnit například výrazná změna tlaku nebo pak vlivem biologických faktorů, mezi které patří například virové a infekční onemocnění matky.

2. Handicapy a poruchy vzniklé v důsledku působení perinatálních etiologických faktorů

Do této skupiny patří komplikovaný, nebo protahovaný porod, který způsobí například přidušení plodu nebo mechanické poškození plodu.

3. Handicapy a poruchy vzniklé v důsledku působení postnatálních etiologických faktorů

V této skupině hovoříme o vlivu chemických (alkohol, kouření), biologických (virová a infekční onemocnění a sociálních faktorů (stres, deprivace).

2.4 Integrace a inkluze

Jak uvádí v pedagogickém slovníku Průcha (str. 107, 2009), integrace je *„přístup a způsob zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol.“*

Inkluzi definuje Průcha (str. 104, 2009) jako *„začlenění všech dětí do běžných škol.“*

Fischer a spol. (2012) potom staví inkluzi jako vyšší stupeň integrace. Dále Fischer a spol. (str. 44, 2012) cituje třídímní model Hornákové (2006), podle níž je inkluze možné: *„Ztotožňovat s integrací, anebo se může chápat jako jakási vylepšená „optimalizovaná“ integrace, nebo jako nová kvalita přístupu k postiženým dětem, odlišná od integrace – jako bezpodmínečné akceptování speciálních potřeb všech dětí“.*

3 RODINA DÍTĚTE S POSTIŽENÍM

Pokud se narodí dítě s postižením, jedná se velmi náročnou životní situaci pro celou rodinu. Už jen samotné narození dítěte je natolik obtížnou situací, která se dá přirovnat k situaci, kdy zemře člen rodiny. I v tomto případě totiž musí rodina měnit životní, veškeré zaběhnuté systémy se nyní musí přizpůsobit dítěti s postižením. Pokud je dítě integrováno do běžné mateřské školy, vytváří se mezi učiteli, asistenty a rodinou pouto, při které si obě strany jsou spolupracovníky. Aby vše probíhalo tak jak má, je dobré vědět, jaké jsou fáze, kterými rodiče procházejí. (Slowík, 2007, Mazánková, 2018).

Mazánková (2018) uvádí 5 fází dle Vágnerové, jsou to:

1. Fáze šoku a popření

Jedná se o první reakci poté, co se rodiče dozvědí o handicapu svého dítěte. Rodiče často nedokáží nijak reagovat, jsou šokovaní. Rodiče nemají v této fázi absolutně žádný zájem o bližší diagnózu, jak pečovat o dítě či jak dále postupovat, jelikož se ještě nesmířili s postižením svého dítěte.

Mazánková (2018) uvádí příklad z praxe:

„Hned druhý den po porodu za námi na pokoj přišli lékaři. Seděla jsem na lůžku, vedle mě manžel. Lékaři nám sdělili, že po porodu nastala u naší holčičky dlouhá zástava dechu, která má pro ni bohužel fatální následky. Dále lékaři povídali něco o krvácení do mozku, o opatřeních, která již podnikli. Nevím... Seděla jsem na posteli a v hlavě prázdno. Nemohla jsem se pohnout, ruce mě brněly, nohy jako bych měla zalité v betonu. Nemohla jsem se pořádně nadechnout, natož něco říct. Z očí mi tekly slzy. Měla jsem pocit, že se zastavil čas...“

2. Fáze bezmocnosti

Rodiče jsou postaveni do neznámé situace a tím u nich vzniká pocit bezmocnosti. Hlavně u matky se začínají sebeobviňovat, zda nastala chyba už v těhotenství, co udělaly špatně a co měly dělat třeba jinak. Vznikají také obavy, jaká bude reakce okolí na postižení jejich dítěte, a to hlavně tehdy, pokud je postižení patrné na první pohled (Downův syndrom apod.). Rodiče už se snaží získat pomoc jak od lékařů, tak od rodiny.

Mazánková (2018) uvádí jako příklad právě situaci s Downovým syndromem:

„Když nám v porodnici řekli, že náš čtvrtý syn má Downův syndrom, zhroutil se mi svět. Původně jsme synovi chtěli dát jméno Jakub. Po sdělení diagnózy jsem přemýšlela o tom, že když dám jméno Jakub, všichni mu budou říkat hloupej Kuba. Dali jsme tedy jiné jméno. Po návratu domů z porodnice jsem dlouhou dobu neopouštěla domov, hrozila jsem se představy, jak mi zdejší drbný budou nakukovat do kočárku a ptát se, proč naše miminko vypadá tak divně. Také jsem dlouhou dobu odmítala návštěvu svých kolegyně z práce. Nechtěla jsem, aby přišly k nám domů a chovaly si syna, měla jsem strach, že poznají, že je to Down.“

3. Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem

Rodiče se už hodně zajímají o další informace, co se týče jejich postiženého dítěte. Chtějí se především dozvědět, kde je příčina postižení jejich dítěte, ale také její podstatu. Stále jsou ale přítomny pocity smutku, deprese, strach, úzkost, pocity viny. Stále hledají viníka. Matka vidí viníka nejdříve u sebe, ale poté jej hledají mezi lékaři, partnerem, širší rodinou. V této fázi rodiče přiléhají buď k aktivní, nebo pasivní obranné reakci. Aktivní obranná reakce se projeví při hledání pomoci u nejrůznějších léčitelů, odborníků, za jakoukoliv finanční částku. Jsou ochotni dát opravdu velké peníze, a často nedokáží rozeznat podvodníky, které jejich dětem nijak nepomáhají. Naopak pasivní obranná reakce tkví v tom, že se rodiče absolutně nedokáží vyrovnat se situací a proto dítě umístí do nějakého zařízení, nebo jeden z rodičů úplně odejde od rodiny.

Jak se maminka dokáže obviňovat, ukazuje příklad Mazánkové (2018) :

„Maminka se s postižením své dcery od začátku velmi těžce smířovala. Obviňovala se, vracela se ve vzpomínkách do doby těhotenství a hledala, v čem udělala chybu a čím zavinila stav svojí dcerky. Uvědomila si, že v těhotenství často konzumovala sladké věci. Na internetu si vyhledala zcela nesmyslnou informaci, že pokud matka v období těhotenství konzumuje sladkosti, zvyšuje se riziko rozvřeného páteřního kanálu, a tím vzniku rozštěpu páteře, kterou její dcera má. Maminka informaci zcela uvěřila a propadla hlubokým depresím z toho, že svému dítěti tímto způsobem ublížila.“

4. Fáze smlouvání

Rodiče svým způsobem přijali, že je jejich dítě postižené, ale snaží se získat alespoň malou naději na zlepšení jeho stavu.

I v tomto případě uvádí Mazánková (2018) příklad z praxe, jak situace může vypadat:

„Jana po několika vážných epileptických záchvatech přestala komunikovat, snížil se jí intelekt a celkově se zpomalil psychomotorický vývoj. Maminka s Janou velmi intenzivně rehabilitovala a věřila v její úplné uzdravení a znovuvrácení všech schopností. Velmi usilovala o to, aby Jana nastoupila v šesti letech do základní školy běžného typu. Mamince velmi záleželo na tom, aby Jana zahájila povinnou školní docházku s dětmi, se kterými se potkala v mateřské škole. O odkladu povinné školní docházky nechtěla dlouhou dobu ani slyšet, neustále argumentovala tím, že Jana vše dožene a bude zase jako předtím. Návrat schopností ovšem nenastal.“

5. Fáze realistického postoje

Rodiče přijali fakt, že je jejich dítě postižené a berou ho takové, jaké je. Rodiče již mají reálné představy o schopnostech jejich dětí.

Situace v praxi dle Mazánkové (2018) vypadá například takto:

„Maminka neustále svému těžce kombinovaně postiženému dítěti nosila různé didaktické pomůcky (vkládačky tvarů, puzzle...). Snažila se co nejvíce rozvíjet své těžce postižené dítě. Na vysvětlování ostatních, že to k ničemu nevede, nedbala. Dítě s pomůckami nebylo schopno pracovat. Po dlouhém čase došla maminka sama k poznání, že nemá smysl dítě pomůckami tohoto typu zatěžovat. Získala velmi střízlivý náhled na své dítě a jeho schopnosti a přehodnotila své počínání.“

Aby celý proces zdárně došel k dobrému konci, podílí se na něm mnoho faktorů, jako je rodinné zázemí, počet a pořadí dětí v rodině, partnerský vztah a další. Důležité také je, jak byla diagnóza rodičům sdělena. Často se totiž stává, že je diagnóza sdělena neeticky a vulgárně. Rodiče pak diagnózu snášejí ještě hůře, je to pro ně celoživotní trauma, které se pak prolíná i do jejich další komunikace s odborníky.

Mazánková (2018) jako příklad uvádí tento odstrašující příklad z praxe:

„Maminka se vrací z toalety na svůj pokoj v nemocnici a na chodbě potká lékaře, který nahlas prohlásí: Tak, paní Nováková, už to máme, je to Down, jestli chcete psycholožku, tak dveře číslo 315 na konci chodby.“

Slowík (2007) uvádí fáze takto:

1. Fáze šoku a popření

Jedná se o situaci, kdy se všechno zhroutí. Rodina nedokáže uvěřit diagnóze, doufá, že se všechno ještě otočí k dobrému. Je důležité dbát na dobré informovanosti rodiny a citlivém přístupu.

2. Fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem

Rodina začíná situaci přijímat, ale nastává hledání viníků. V této fázi jsou časté rozpady rodin. Důležitá je stálá podpora rodiny a odborníků.

3. Fáze smíření a realismu

Rodina přijala situaci a veškerá opatření. Nyní je důležité, aby vybrala také optimální styl výchovy. Jedná se o tzv. realistickou výchovu, kdy je respektován handicap dítěte, ale zároveň je dítě motivováno k dosažení maximálního rozvoje. Oproti tomu u protekcionalistické výchovy je dítě příliš protěžováno, rodina za něj dělá vše, i to, co by zvládlo samo. U perfekcionista výchovy zase rodiče kladou vysoké nároky na dítě, snaží se postižení překonat.

Proces se často komplikuje tím, že partneři neprocházejí jednotlivými fázemi stejně, každý se tedy velmi často nachází v jiné. V tomto případě velmi často dochází k partnerským krizím, které často končí odchodem jednoho z rodičů od rodiny (Slowík, 2007, Mazánková, 2018).

4 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

4.1 Pojem, historie DMO

Dětská mozková obrna je charakterizována dle Lesného a kol. (1972, str. 9) jako „*hybné poruchy centrálního původu vzniklé v dětství, ale jejich časové, rozsahové, ale i etiologické ohraničení je dost nejasné, ba sporné.*“ Dle Lesného (1972) je dětská mozková obrna nejčastějším neurovývojovým onemocněním. Jak říká Lesný (1972, str. 14), „*je neprogresivním, leč ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku... a postihuje řadu oblastí: kognitivní schopnosti, hybnost, zrak, sluch, způsob chování*“.

J. Tichý (1998) pak definuje DMO jako „*syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku*“.

V zahraniční literatuře pak definuje dětskou mozkovou obrnu Hinchcliffe (str. 13, 2007) jako „*přetrvávající, ale neměnnou poruchu pohybu a držení těla způsobenou neprogresivní poruchou nezralého mozku.*“

Dětská mozková obrna byla poprvé zmíněna kolem roku 1840 anglickým chirurgem J. Littlem, díky němuž nesla jméno Littleova choroba až do konce čtyřicátých let 20. století. Odborníci měli za to, že choroba vzniká díky těžkému a komplikovanému porodu. Později přichází s novým názorem Sigmund Freud, který nesouhlasí s Littlem, že by hlavní příčinou DMO byl komplikovaný porod, nýbrž že komplikovaný porod je ukazatel vážné poruchy, která je zakotvená již v období těhotenství. Výzkumy poté potvrdily Freudovu hypotézu (Kudláček, 2012).

4.2 Výskyt a příčiny DMO

Přibližně na tisíc živě narozených dětí připadají dvě až tři, kteří mají dětskou mozkovou obrnu. Při diagnostice DMO berou lékaři v úvahu formu DMO, anamnézu matky a anamnézu dítěte. Ve většině případů však není dána úplná přesná příčina DMO. Příčiny dětské mozkové obrny můžeme rozdělit do třech skupin, a to dle období vzniku:

- Prenatální
- Perinatální
- Postnatální

Prenatální příčiny vzniku DMO

Jedná se o období od vzniku těhotenství až do porodu. Nejvíce rizikové jsou infekce matky, které se mohou projevit v prvních třech měsících těhotenství. Jednou z možných infekcí je infekce cytomegalovirem (HCMV), při němž může dojít k přenosu infekce na plod. Při této infekci se ženě doporučuje přerušit těhotenství. Další velmi nebezpečnou infekcí je pak toxoplazmóza, kterou způsobuje tzv. *Toxoplasma gondii*. Toxoplazmóza je infekce zvířecí, ovšem člověk ji může získat ze špatně připraveného masa či při kontaktu s hlínou nebo pískem znečištěným od trusu koček. Infekce toxoplazmóza postihuje plod v jakémkoliv stádiu vývoje. Dalšími faktory, které v prenatálním období mohou zapříčinit zrod DMO, návykové a toxické látky jako je alkohol, nikotin, drogy a některé léky. Dále pak můžeme zmínit zvýšený krevní tlak. Ještě nesmím zapomenout zmínit Rh-inkompatibilitu s následnou novorozeneckou žloutenkou.

Perinatální příčiny vzniku DMO

Jedná se o období porodu a po něm. Příčinou vzniku DMO zde mohou být abnormální porody, protražované porody, překotné porody a výjimečně klešťový porod. Za těchto okolností dochází k nedostatečnému okysličení plodu. Další nebezpečím je krvácení do mozku. Ke krvácení do mozku může dojít při protražovaných porodech či nadměrnému stlačení lebky novorozence.

Postnatální příčiny vzniku DMO

Jedná se o období po porodu. Příčiny vzniku DMO v tomto období nejsou již tak časté jako v předchozích dvou obdobích. Náleží sem infekce CNS, střevní a plicní infekce, toxické otravy či traumata mozku (Fischer a spol., 2014).

4.3 Klasifikace dětské mozkové obrny

Prvními autory, kteří se pokusili klasifikovat dětskou mozkovou obrnu, byli v roce 1955 neurologové Balf a Ingram. Poté už s klasifikací přišlo dalších mnoho autorů. Vítková (2004) uvádí tyto formy:

- 1) Spastické formy DMO
 - Diparetická forma
 - Hemiparetická forma
 - Kvadraparetická forma

2) Nespastické formy DMO

- Dyskinetická forma
- Hypotonická formy

Fischer a spol. (2014), str. 65, uvádí ve své publikaci tabulku, ve které jsou uvedené formy DMO podle mezinárodní klasifikace nemocí takto:

Tab. 1 – Formy DMO v mezinárodní klasifikaci nemocí

KÓD DLE MKN - 10	SLOVNÍ OZNAČENÍ
G80	Mozková obrna
G80.0	Spastická kvadruplegická mozková obrna
G80.1	Spastická diplegická mozková obrna
G80.2	Spastická hemiplegická mozková obrna
G80.3	Dyskinetická mozková obrna
G80.4	Ataktická mozková obrna
G80.8	Smíšená mozková obrna
G80.9	Neurčená mozková obrna

Spastické formy dětské mozkové obrny

Vznikají jako následek poškození mozkového kmene. Přibližně 60% všech DMO tvoří právě spastická forma. Typické znaky pro tuto formu jsou porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie a stereotypní pohyby (Fischer a spol., 2014).

Diparetická forma DMO

Diparetická forma DMO je nejčastější ze všech forem. Mozek je poškozen v oblasti temenního laloku. Tato forma je převážně následkem předčasných porodů, nezralosti plodu, či v důsledku krvácení do mozku. Do 32. týdne se narodí zhruba třetina dětí, další třetina dětí mezi 32. – 36. týdnem a třetina dětí se narodí v termínu. Charakteristické znaky diparetické formy je postižení obou dolních končetin a spastická hypertonie svalových skupin dolních končetin. Jak říká Fischer a spol. (2014, str. 67) „postižení může být symetrické, ale i asymetrické, kdy hovoříme o diparéze s pravou či levou orientací.“ Dítě se většinou naučí chodit, ovšem stane se tomu až mezi třetím a pátým rokem. Častá je tzv. nůžkovitá chůze, kdy se kříží dolní končetiny, předsouvají se ramena, pánev a trup se předklání a dítě našlapuje na špičky a má tzv. koňskou nohu. Ve většině případů musí postižená osoba používat při chůzi berle nebo oporu druhé osoby. V prvních měsících života se dítě s diparetickým vývojem vůbec neliší od zdravého jedince. Až v 6 měsíci se diparetik přetáčí jinak než zdravé dítě. Později pak při lezení zdravé dítě používá všechny čtyři končetiny, za to diparetik horní končetiny střídá, dolní končetiny

jsou ve skrčené poloze obě současně přitaženy, tomuto stylu se říká tzv. zaječí přískoky. Typické znaky při sezení jsou u dětí s diparetickou formou dorsální kyfóza, ohnutá záda a zakloněná hlava. Velmi časté v této formě nemoci jsou častá vymknutí kyčelního kloubu. Nejhorším obdobím této formy je období, kdy dítě začne chodit do školy. Neustálým sezením v lavici se může stát, že dítě, které chodilo, chodit přestane. Epilepsie a mentální postižení není u této formy DMO časté (Fischer a spol., 2014, Kraus, 2005).

Hemiparetická forma DMO

Fischer a spol. (2014) udává jako příčinu vzniku této formy DMO „*lokalizované poškození, vznikající krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry*“. U této formy DMO se zhruba čtvrtina dětí narodí předčasně. Z 75% jsou za příčinou vzniku prenatální a perinatální faktory, kolem 8% jsou to pak vývojové vady mozku. Hemiparetickou formou onemocnění ve většině případů mají spíše chlapci. Pravá či levá polovina těla, a spíše horní končetina, je postihnuta svalovým napětím. Horní končetina je ohnutá v lokti a dolní končetina je napnutá a dítě našlapuje na špičku. Končetiny jsou většinou slabší a kratší, stejně tak obličej bývá menší. Příznaky, díky nimž můžeme poznat hemiparetickou formu DMO uvádí Fischer a spol. (2014, str. 69) tyto:

- *Dítě se dívá ke zdravé straně těla,*
- *hlava je natočena ke zdravé straně těla a lehce zakloněna,*
- *ústa se otvírají asymetricky, jazyk směřuje ke zdravé straně těla,*
- *typickým příznakem je addukce palce, kdy je ruka zařata v pěst a palec sevřen,*
- *páteř je ve skoliotickém vybočení tvaru C směrem ke zdravé straně.*

Od 5. měsíce se pak liší hemiparetické dítě od zdravého způsobem otáčení, lezením, úchopem, a lateralitou. U této formy DMO se nejčastěji vyskytuje epilepsie.

Kvadruparetická forma DMO

Jedná se o nejvíce vážnou formu dětské mozkové obrny. Podle Fischera (2014, str. 71) je následkem „*poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti kortexu*.“ U této formy jsou z jedné třetiny příčinou vývojové vady mozku, ve 25 % případů pak nízká porodní hmotnost. Při kvadruparetické formě DMO je postiženo celé tělo – hlava, trup, a všechny končetiny. Trup je ohnutý dozadu, hlava v tzv. opistotonním postavení, paže jsou ohnuté, ruce zařaty v pěst, nohy a kyčle natažené, s vnitřní rotací. Těžkou kvadruparézou můžeme poznat ihned po narození a následně pak v novorozeneckém období, kdy jsou viditelné natažené dolní končetiny či

ohnuté ruce. Středně těžkou formu poznáváme až později, kolem 1. trimestru, kdy dítě nezvedá hlavu, nepase koničky, má asymetrické držení hlavy, nohou a ohnuté kyčle. Velkým problémem je vývoj řeči – často dochází k dysartrii až anartrii. U této formy DMO jsou časté tyto přidružené vady: těžká mentální retardace, epilepsie, smyslové vady (Fischer a spol., 2014).

Nespastické formy dětské mozkové obrny

Typickým příznakem pro tyto formy DMO je tzv. absence svalového napětí.

Dyskinetická forma DMO

Tuto formu nemoci můžeme v jiné literatuře najít i pod jiným názvem (např. atóza.). Diskinetickou formu definuje Kraus (2005, str. 81) jako „*dominujícími abnormálními pohyby nebo posturami vznikající sekundárně při poruše koordinace pohybů nebo regulace svalového tonu.*“ Fisher a spol. (2014) je pak nazývá tzv. „*nepotlačitelné pohyby.*“ Tato forma DMO patří mezi méně časté, trpí jí asi pětina postižených DMO. Příčina vzniká převážně v perinatálním a prenatalním období. Lesný (1985) říká, že úplně nejčastěji je za vznikem této formy DMO novorozenecká žloutenka. U této formy jsou typické mimovolními pomalými krotivými pohyby, které postihují ruce, nohy, v občasných případech i celé horní a dolní končetiny. Kraus (2005) rozlišuje dva typy dyskinetické formy DMO a to hyperkinetickou a dystonickou. Hyperkinetická podskupina je typická masivními, neúčelnými mimovolními pohyby. Dystonická podskupina se vyznačuje náhlými abnormálními změnami svalového tonu. Můžeme se ovšem setkat i se smíšenou dystonicko-hyperkinetickou formou.

U této formy se prakticky nevyskytuje mentální retardace, a to z důvodu, že tato forma DMO vzniká postižením hlubší oblasti mozku a korové funkce tak zůstávají zachovány. Epilepsie je zde také minimální (Fischer a spol., 2014).

Hypotonická forma DMO

Tato forma vzniká na základě vrozených vývojových vad mozku, poškození míchy či nedostatkem kyslíku v perinatálním nebo prenatalním období. Jedná se o vzácnou formu DMO, která se vyskytuje zhruba u 6% všech DMO a zasahuje především oblast mozečku. Osoba s touto formou DMO mají špatnou pohybovou koordinaci, chůze je nestabilní, chodidla dávají hodně daleko od sebe. Dítě s tou formou převážně leží nebo sedí, nebo se pohybuje jen velmi málo.

Už u novorozence můžeme sledovat svalovou hypotonii, později pak dítěti chybí aktivní pohyb a cílený oční pohled. Kolem osmého měsíce můžeme při úchopu zaznamenat třes. Začnou chodit pomalým trhavým krokem až mezi 3 – 7 rokem života. Velmi slabá je i hybnost jazyka a tím pádem jsou u této formy DMO časté těžké poruchy řeči. Většina dětí přechází z hypotonické formy do spastické nebo nejčastěji do dyskinetické a to kolem 3. roku života. Pokud i nadále dítěti zůstane hypotonická forma DMO, mluvíme pak o tzv. hypotonickém syndromu, který nelze přímo specifikovat (Kraus, 2005, Kudláček, 2012).

4.4 Přidružené vady dětské mozkové obrny

Dětskou mozkovou obrnu často kromě poruch hybnosti doprovázejí další postižení. Pokud dítě má nějaké další postižení, mluvíme pak o tzv. kombinovaném postižení. Nejčastější přidruženou vadou je mentální retardace. Dále jsou to pak poruchy řeči, problémy s chováním, epilepsie a smyslová postižení (Pipeková, 2006).

4.4.1 Mentální retardace

Jak již bylo zmíněno, jedná se o nejčastější přidruženou vadu DMO. Mentální retardace má velmi špatný dopad na socializace jedince, na jeho edukaci i profesy. Jedná se o poruchu inteligence jednotlivých funkcí ovlivňující duševní, tělesné i sociální složky osobnosti. Fischer a spol. (2014) definuje mentální retardaci jako „*neschopnost jedince dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován.*“ Fischer a spol. (2014) udává výskyt mentální retardace u jednotlivých postižení takto:

Tab. 2 – Výskyt mentální retardace u jednotlivých postižení DMO

Forma DMO	Těžká MR	Středně těžká MR	Lehká MR
diparetická	5,3 %	16,7 %	26,7 %
hemiparetická	1,2 %	13,7 %	20,0 %
kvadraparetická	8,3 %	25,0 %	33,3 %
dyskinetická	0 %	19,5 %	21,9 %
hypotonická	6,2 %	31,2 %	37,5 %

Hlavními znaky mentální retardace jsou:

- Porucha je vrozená

Jedinec se už od začátku nevyvíjí tak jak by měl.

- Porucha je trvalá

Horní hranicí, kam se člověk může rozvinout je dán závažností a příčinou. Zlepšení jde dosáhnout pouze ojediněle dle původu vady. Při retardaci ovšem handicapovaná osoba nikdy nedosáhne hranice normy.

- Zřetelné adaptační potíže

Projevení nízké rozumové schopnosti se může ukázat i adaptací na běžné životní podmínky. V raném věku tyto potíže můžeme najít v senzomotorice, komunikaci, sebeobsluze a socializaci, později pak v edukaci.

Mazánková (2018) uvádí přehled jednotlivých stupňů mentální retardace takto:

Lehká mentální retardace (IQ 69-50)

Nejčastěji se projeví v předškolním a školním věku, opožděným či zpomaleným psychomotorickým vývojem. V hrubé motorice děti zaostávají a jsou neobratné, bývají náladové, impulzivní a labilní. Důležité v tomto případě je dobré rodinné zázemí a správná výchova.

Středně těžká mentální retardace (IQ 49-35)

Tyto děti mají zpomalený motorický vývoj, jsou neobratné a slabé i v jemné motorice. Děti jsou neustále závislé na pomoci druhých osob. Děti jsou velmi labilní, řeč je jednoduchá s malou slovní zásobou.

Těžká mentální retardace (IQ 34-20)

Tyto děti mají opožděný psychomotorický vývoj, jsou neobratné, nezvládají sebeobsluhu. Je u nich omezené myšlení, pozornost a komunikace. Při řeči používají buď úplně jednoduchá slova, nebo vůbec nemluví.

Hluboká mentální retardace (IQ 19 a nižší)

Tyto děti mají těžké omezené motoriky a přidružují se těžké smyslové poruchy. Řeč se vůbec nerozvíjí, dítě pouze vykřikuje a dělá grimasy. Takové dítě je zcela odkázané na pomoc druhého.

4.4.2 Epilepsie

Jedná se o záchvatové onemocnění. Fischer (2014, str. 106) definuje epilepsii jako „*onemocnění, při kterém dochází k výskytu opakovaných časově limitovaných příhod – záchvatů, které se objevují buď spontánně, bez provokující příčiny, nebo při podmínkách, které běžně u člověka záchvaty nevyvolávají.*“ Hlavní projevem epilepsie jsou tzv. epileptické záchvaty. Epileptické záchvaty se můžou projevit v jakémkoliv věku.

Diagnostika

Abychom mohli upřesnit epileptický záchvat, je třeba udělat rozbor obtíží, interní a neurologické vyšetření, především pak EEG a zobrazovací vyšetření MR. Pokud se epileptický záchvat potvrdí, je třeba upřesnit typ záchvatu, rozhodnout o další léčbě pacienta a podrobně ho i jeho blízké informovat (Pipeková, 2006).

Etiologie nemoci není jednotná, ale můžeme rozlišit tyto skupiny:

- Idiopatické epilepsie

Příčinou vzniku této epilepsie je pravděpodobně určitá dědičná vlna.

- Symptomatické epilepsie

Příčinou vzniku této epilepsie může být krvácení do mozku, nádory a záněty mozku, cévní anomálie, intoxikace, metabolická vada, vrozená anomálie a další.

- Kryptogenní epilepsie

Tato epilepsie má úplně nejasnou příčinu vzniku.

Kraus (2005) uvádí výskyt epilepsie u jednotlivých poruch DMO takto:

Tab. 3 – Výskyt epilepsie u jednotlivých postižení DMO

Forma DMO	Epilepsie %
Kvadru – a triparetická	50 - 94
hemiparetická	33 - 50
Diparéza spastická či ataktická	16 - 27
Dyskinetická	25
Čistá ataxie	vzácná

Fischer (2014) rozdělil epileptické záchvaty takto:

1) Parciální epileptické záchvaty

Tyto záchvaty trvají pár sekund, minut, ale klidně také hodin, vzniknou náhle, mohou také přechodně vymizet a pak se znovu vrátit.

Parciální záchvaty simplexní (jednoduché)

Při těchto záchvatech jsou typické samovolné záškuby v obličeji, končetin nebo poloviny těla, brnění poloviny těla, divná chuť v ústech, vnímání pachů a záblesky pře očima. Důležité je, že dítě je při těchto záchvatech při plném vědomí, je schopen komunikovat, pamatuje si záchvat.

Parciální záchvaty komplexní

Typickými projevy tohoto záchvatu je ušklebování, neúčelná gestikulace, mlaskání přecházení po bytě s bezmyšlenkovitým prohlížením věcí a tak dále. Dítě při tomto záchvatu nereaguje, nekomunikuje, ale není v bezvědomí, pouze upadá do tzv. vigilambulantního stavu. Tyto záchvaty trvají přibližně od 30 sekund až po 3 minuty, výjimečně i desítky minut. Když záchvat skončí, stává se, že jsou děti zmatené, dezorientované.

2) Generalizované epileptické záchvaty

Při generalizovaných záchvatech je postižen celý mozek. Charakteristickým rysem pro tento záchvat je ztráta vědomí a také to, že si nemocný záchvat nepamatuje.

Generalizované tonicko-klonické záchvaty

Tento záchvat probíhá tak, že dítě začne plakat nebo vykřikne, následuje pád, ztuhnutí těla a ztráta vědomí. Dítě je v křeči, tělo je napnuté, objevuje se pěna u pusy. Tato fáze trvá asi minutu. Pak nastupuje druhá fáze, kdy sebou dítě hází, škube končetinami, může dojít ke kousnutí do jazyka, může se pomočit, pokálet, v horších případech pak k zapadnutí jazyka a následnému udušení. Tato fáze trvá asi 2 – 4 minuty. Tento záchvat vypadá hrozivě, ale není životu nebezpečný, pokud co nejdříve dítě dopravíme do bezpečí, odstraníme věci kolem něj, o které by se mohlo zranit. Probírání se záchvatu trvá až desítky minut, děti jsou zmatené spavé, nevědí, co se stalo.

Tonické záchvaty

Stejné záchvaty jako u generalizovaného tonicko – klonického záchvatu, ale nejsou záškuby. Trvá méně než 1 minutu.

Myoklonické záchvaty

Charakteristickým rysem těchto záchvatů jsou impulzivní záškuby hlavně horních končetin. Typický čas pro tento záchvat je po probuzení. Myoklonické záchvaty mají více dívky než chlapci.

Atonické záchvaty

Dochází ke ztrátě svalového napětí a pádu na zem. Záchvat trvá obvykle pár sekund.

Dětské absence (pyknolepsie)

Tyto záchvaty se objevují mezi 4. – 12. rokem života. Jedná se tedy o záchvatové onemocnění dětského věku. Typický pro tento záchvat je 5 – 15 sekundový trvajících výpadek kontaktu s okolím. Dítě nereaguje, strnule hledí před sebe, padají mu věci z ruky. Tento záchvat může proběhnout tak rychle, že ho ani nezaregistrujeme. Ovšem dítěti v ten moment může ve škole uniknout např. nějaká informace. Tyto dětské absence jsou často zaměňovány za nepozornost nebo nesoustředěnost. V pubertě obvykle zmizí (Fischer a spol., 2014, Pipeková, 2006).

Typy záchvatů u jednotlivých forem DMO

Nejčastějším záchvatem u hemiparetické formy DMO jsou parciální záchvaty, zhruba 69-73 %. Druhými nejčastějšími jsou tonicko-klonické. Ostatní typy záchvatů postihují pouze 17% dětí. U kvadruparetické formy DMO jsou velmi časté absence, ale také tonicko-klonické. Velmi

častý je pak Westův syndrom – má jej kolem 27 % dětí. U diparetické formy má 50 % dětí tonicko-klonické záchvaty. Zhruba 27 % dětí má parciální záchvaty. (Pipeková, 2006)

4.4.3 Poruchy řeči

U dětí s DMO je velice důležitá včasná logopedická péče, popřípadě v horších případech metody alternativní komunikace. Fischer a spol. (2014) uvádí výskyt poruch řeči u postižených DMO takto:

Tab. 4 – Výskyt poruchy řeči u dětí s DMO

Porucha řeči	Výskyt
Dysartrie	19,6%
Anartrie	2,8%
Dyslalie	10,2%
Opožděný vývoj řeči	6,4%
Koktavost	1,9%
palatolalie	1,8%

Klinický logoped, u něhož je dítě s DMO v péči, by se měl řídit dle Krause (str. 249, 2005) následujícími body:

- *Čím dříve začne klinický logoped s dítětem pracovat, tím lépe (terapii je vhodné začít již v prvním roce života postiženého dítěte),*
- *logopedickou péči je třeba sladit s fyzioterapií, vytvořit individuální terapeutický plán, vzájemně konzultovat další postupy,*
- *při provádění logopedické terapie je třeba dítě uvést do polohy, při které se co nejvíce normalizuje svalové napětí, je třeba se snažit o minimalizaci souhybů mluvidel a celého těla,*
- *již od časně doby je třeba provádět stimulaci orofaciální oblasti,*
- *logopedická péče u dětí s DMO by měla probíhat formou individuální terapie, nejlépe za přítomnosti jednoho z rodičů,*
- *s dětmi s DMO nelze nacvičovat správnou artikulační polohu hlásek, pokud není uspokojivý stav motoriky orofaciálního svalstva. Při nácvičování artikulace jednotlivých hlásek postupujeme od hlásek jednodušších ke složitějším jako u intaktní populace,*
- *na každé dítě s vývojovou dysartrií je třeba pohlížet zcela individuálně, individuální je taktéž terapeutický postup, který volíme,*

- *bez dostatečných praktických zkušeností s terapií vývojové dysartrie u dětí s DMO by měl klinický logoped odeslat takové dítě na specializované pracoviště klinické logopedi, které se těmito pacienty zabývá.*

Každý člověk má potřebu komunikovat se svým okolím. V případě, že člověk nemůže dorozumět tak, aby mu bylo rozumět, je třeba využít náhradních metod komunikace. Jedná se o tzv. alternativní a augmentativní metody komunikace. Augmentativní metody jsou ty, které zvyšují mluvené schopnosti tam, kde už člověk něco říci dokáže, jedná se například o nesrozumitelnou řeč. Alternativní metody jsou ty, kdy se mluvená řeč musí nahradit. Kraus (str. 251, 2005) tyto metody rozděluje na:

- Dynamické – gesta a znaky, prstová abeceda, znaková řeč neslyšících, komunikační systém Makaton
- Statické – písmo, symboly, piktogramy, skutečné i zmenšené předměty, komunikační systém Bliss

Alternativní komunikace pomáhá rozvoji jazykových dovedností, umožňuje dítěti se samostatně rozhodnout a umožnit mu komunikovat s okolím.

Komunikační systém Makaton

Jedná se o znaky doplněné mluvenou řečí a symboly. Znakují se pouze slova klíčová. Makaton obsahuje 350 slov (znaků). Je zhotoven v 8 stupních, kdy každý stupeň má 35 – 40 slov. Je třeba postupovat postupně dle stupňů. Tento systém navrhla logopedka Margaret Walkerová a původně byl pro děti s autismem a mentálním postižením. Dnes můžeme tento systém vidět u dětí s dětskou mozkovou obrnou, malých neslyšících dětí, u dětí s autismem a dalších.

Komunikační systém Bliss

Místo slov se v tomto systému využívají obrázky, které zobrazují jednoduché a známé předměty a činnosti. Využívá se asi 26 prvků, z nichž se dá sestavit zhruba 2000 symbolů. Tento systém vymyslel Charles K. Bliss. V roce 1979 pak skupina lékařů, učitelů a dalších odborníků Bliss symboly upravila. Původně byly určeny pro osoby nemluvící s tělesným postižením, později už i pro děti s mentálním postižením a s kombinovaným postižením.

V běžné praxi se setkáme právě s tzv. piktogramy. A nejen u dětí s handicapem, ale i v běžném životě – př. obrázek nemocnice. Jsou méně složité než Makaton a Bliss systém.

Využíváme je nejčastěji u dětí s dětskou mozkovou obrnou a u dětí s autismem. Můžou být barevné, ale i černobílé. Většinou je symbol doprovázen textem.

Komunikačními pomůckami jsou fotografie, individuálně sestavené komunikační tabulky, komunikátory s hlasovým výstupem, nejrůznější bzučáky, notebooky, počítač a další (Kraus, 2005).

5 LÉČBA DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

5.1 Ortopedická léčba

Operačně lze léčit spastické projevy, někdy pak hypotonické až atonické. Ortopedickou léčbu provádíme tehdy, když se pacient nezlepšuje cvičením nebo tak, kde je třeba zabránit subluxacím, vybočením a luxacím kloubů. Cílem léčby je, aby dítě stálo, dále chůze na jedné straně a sebeobsluha. Nejvíce operací se provádí na dolních končetinách. U těžkých pacientů s kvadruparézou může operace pomoci alespoň v tom, že pacient zvládne základní hygienu vleže na posteli, nebo alespoň sedu.

5.2 Pomocné prostředky u osob s dětskou mozkovou obrnou

Jedná se o prostředky, které se používají jako náhrada ztracené či oslabené funkce. Dále pak jsou to pomůcky, které nahrazují určité denní nebo pracovní úkony. Důležité je, aby se pomůcky osobě s DMO dobře přizpůsobily. Kraus (str. 173, 2005) uvádí za úkony pomocných prostředků tyto:

- *Profylaxe chybného držení a postavení,*
- *stabilizace eventuálně fixace paretických kloubů,*
- *zlepšení svalové rovnováhy mezi antagonisty svalových skupin,*
- *ovlivnění nežádoucích pohybů,*
- *zlepšení pohybu,*
- *zlepšení komunikace ve všech úrovních,*
- *někdy mohou být i testem pro pozdější úspěšnost operace.*

5.2.1 Ortézy

Kraus (str. 173, 2005) definuje ortézu jako věc, která by měla „nahrazovat ztracenou či oslabenou funkci, měly by u pacientů ovlivňovat získané změny růstu – skoliózy, dezaxace a kloubní změny, ale též svalové a vazivové hypertonie a hypotonie. Patří sem ortézy končetin, ortézy páteře i ortopedické vložky.

Ortézy končetin

Tyto ortézy jsou důležité především pro stabilizaci a fixaci kloubů v určité pozici. Ortézy mohou být měkké, jednodlahové nebo dvoudlahové.

Ortézy páteře

Tyto ortézy mají pozitivně ovlivňovat pokrivení páteře. Jedná se hlavně o skoliózu, kyfózu a lordózu, které se u dětí s DMO objevují.

Ortopedické vložky

Ortopedické vložky se používají do bot, aby korigovaly postavení nohy chodidla. Ortopedických vložek existuje mnoho druhů, jsou to například vložky stélkové, tříčtvrteční nebo podpatěnky.

6 UCELENÁ REHABILITACE

Ucelená rehabilitace je chápána v dnešní době jako interdisciplinární obor, který zahrnuje léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní péči. Jejím smyslem je zařazení jedince s postižením do běžného života s určitou kvalitou. Světová organizace WHO definovala rehabilitaci jako „*rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti.*“ Později pak přišla ještě se dvěma definicemi, a to: „*rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého*“ a „*Proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti*“ (Jankovský, 2005).

6.1 Léčebná

Léčebná rehabilitace je zaměřena jedna na odstranění postižení a funkčních poruch, ale také na zmírnění následků zdravotního postižení. V léčebné rehabilitaci se můžeme setkat s různými aktivitami, které jsou aplikovány zejména u dětí s tělesným postižením, resp. dětskou mozkovou obrnou, jedná se o:

6.1.1 Fyzikální terapie

Do fyzikální terapie patří nejrůznější masáže, elektroléčby (ta ovšem není u dětí tak častá). Dále jsou to pak magnetoterapie, léčba ultrazvukem, léčba světlem, léčba teplem a vodoléčba (perličková lázeň, vířivá lázeň. Řadíme sem balneoterapii, což je léčba přírodními léčivými prostředky.

6.1.2 Léčebná tělesná výchova

Jedná se o fyzioterapii, která se zabývá pohybovým ústrojím. Využívá se hlavně u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Jde o tělesné cvičení, které je praktikováno buď individuálně, nebo skupinově. Mimo jiné sem patří velmi známá Vojtova metoda a také Bobathova metoda, které jsou typické pro využití u dětí s dětskou mozkovou obrnou. K léčbě DMO jsou dále využívány Petöho metodika konduktivní pohybové pedagogiky či Kabatova metoda. Při aplikaci léčebné tělesné výchovy lékař rozlišuje dva přístupy, které praktikuje, a to buď analytický, nebo syntetický. Analytický se používá především u úrazů končetin. Syntetický přístup je takový, při kterém se lékař snaží nacvičit pohybové stereotypy, kdy si je jednotlivě rozloží, špatné odstraní, opraví a vrátí zpět zase do stereotypu. Tento postup se dělá především u centrálních paréz apod. (Votava a kol., 2005)

Vojtova metoda reflexní lokomoce

Zakladatelem této metody je prof. MUDr. Václav Vojta. Tuto metodu vytvořil díky své práci, na které dělal v 50. – 70. letech 20. století. Zabýval se konceptem dětské mozkové obrny a přišel na reflexní komoci. Jedná se o terapeutický princip, ve které jsou vyvolávány reakce, které jsou vrozené. Prof. Vojta zjistil, že i u dětí s DMO jdou tyto reakce vyvolat.

Základní přínos této metody je dle Vojty (str. 8, 2010) „*přesné rozlišování svalových funkcí v terapii reflexní lokomoce (reflexní plazení a reflexní otáčení) odpovídajících svalové diferenciaci lidského motorického vývoje a směřujících proti motorické patologii.*“

Pojem „reflex“ v názvu značí, že na určité podněty můžeme reagovat motorickou aktivitou, čímž uděláme pohyb vpřed. Pohyb vpřed můžeme rozlišit buď jako reflexní plazení, který aktivujeme v poloze na břiše, anebo jako reflexní otáčení, který aktivujeme, když jsme na zádech nebo na boku (Vojta, 2010).

Tuto metodu lze používat u pacientů od narození až do dospělosti. V dětském věku je tato metoda prováděna zejména u:

- *Asymetrického vývoje a retardaci motorického vývoje,*
- *centrálních koordinačních poruch (CKP),*
- *dětské mozkové obrny (DMO),*
- *periferních paréz horních a dolních končetin (např. paréza plexus brachialis, spina bifida a další),*
- *různých svalových onemocnění,*
- *zakřivení a onemocnění páteře (např. skolióza) a jiných ortopedických vad,*
- *u vrozených vývojových vad pohybového systému jako pomocná pohybová terapie ortopedické léčby (dysplázie kyčlí, luxace kyčlí, pes equinovarus),*
- *poruch a onemocnění v orofaciální oblasti (problémy žvýkací, polykací),*
- *poruch dechových funkcí,*
- *skolióz.*

Česká vojtova společnost

Bobath koncept

Autory tohoto konceptu jsou Karel a Berta Bobathovi. Původně byl Bobath koncept určen hlavně dětem s DMO. Jedná se o terapeutický postup, který se provádí u pacientů s DMO od malých až po dospělé pacienty. Nejedná se o metodu, která by obsahovala sadu cviků, ale o jistou filozofii, která sleduje pacienta jako celek. Kraus (str. 207, 2005) definuje koncept jako „*problémově koncipovaný přístup, který učí terapeuta, jak nahlížet na problémy pacienta, jak je analyzovat a účinně řešit, přičemž terapeutické techniky jsou pouhými nástroji v jeho ruce k dosažení funkčního cíle.*“. Cílem tohoto konceptu je zlepšení svalové kontroly a vybraného pohybu. Při konceptu se používají tyto prvky: placing, což je pohyb, který vykonává terapeut, guiding, což je způsob, jakým terapeut vede pacienta k funkci, handling, neboli manipulace a jednání s pacientem a bridging, čili uvedení pánve, dolního trupu a dolních končetin do pohybu (Votava, 2010).

6.1.3 Ergoterapie

Jedná se o tzv. léčbu prací. U malých dětí můžeme hovořit o léčbě pomocí hravých aktivit. Jankovský (2005) uvádí 4 hlavní oblasti v ergoterapii, které se navzájem prolínají a doplňují, jedná se o:

- *Kondiční terapii – zaměřuje se na psychickou rovnováhu nemocného.*
- *Ergoterapii cílenou na postiženou oblast – práce má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované.*
- *Ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění – pomocí ergodiagnostiky sleduje pracovní začlenění nemocného, neboť práce bývá pro člověka s postižením často smyslem jeho života a umožňuje mu komunikaci s okolím.*
- *Ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti – jedná se o zvládnání běžných činností každodenního života).*

Ergoterapii lze rozdělit do 4 oblastí, a to dle používaných činností:

1. Ergoterapie zaměřená na trénink ADL (Activities of Daily Living) – jedná se o aktivity denního života, který handicapované nemůže nebo může v omezené míře dělat, jako osobní hygiena, jedení, oblékání, ale také praní, nákup, jízda autem aj.
2. Ergoterapie cílená na postiženou oblast – tato terapie je zaměřená na konkrétní oblast, využívá ke cvičení nějaký nástroj nebo zařízení, pohyb je cílený, přesný.

3. Kondiční ergoterapie – tato terapie je zaměřená především na celkovou duševní pohodu handicapovaného, kterou podporuje na základě jeho zájmů (společenské hry, rukodělné činnosti aj.)
4. Ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink – terapie, která se snaží vyhodnotit předpoklady postiženého pro budoucí povolání a motivovat ho.

6.1.4 Animoterapie (hipoterapie a canisterapie)

Hipoterapie je léčebná metoda, při které se k léčbě používá kůň. Tato terapie využívá vlivu tepla koně, taktilní podněty, ale také působením koně a jeho kroku, který ničím jiným nenahradíme. Můžeme ji rozdělit na hipoterapii, léčebně – pedagogické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných. Terapii vede fyzioterapeut, který má k sobě ještě pomocník, který zabezpečuje, aby jedinec s postižením neupadl z koně.

Canisterapie je opět metoda, při které se používá zvíře, a to pes. Touto metodou se dle Jankovského (str. 21, 2001) zlepšuje „*psychická pohoda, komunikační dovednost, pohybová schopnost a citové zrání u dětí.*“ Efekt této léčby je především psychologický, jelikož se díky ní dají odstranit agresivní sklony jak ke zvířatům, tak k ostatním dětem.

6.1.5 Další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie)

Arteterapie je léčba, která je praktikována pomocí výtvarných prostředků, jako je kresba, malba. U dětí s dětskou mozkovou obrnou je typická práce s keramikou. Tato terapie posiluje jemnou motoriku, grafomotoriku, vizuální percepce, ale také emoční ladění, estetické vnímání a tak dále. Hlavně u dítěte s dětskou mozkovou obrnou umožňuje arteterapie prožitek vlastního úspěchu, což je velice významné pro vytváření jeho osobnosti.

Muzikoterapie je terapie, která se dělá pomocí hudby. Pracuje se s hudbou, rytmem, písněmi.

6.1.6 Další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace

Jedná se o léčbu pomocí chirurgických zákroků. Velkým význam mají tzv. kompenzační pomůcky, které jsou jak pro lokomoci – vozíky, kárky chodítka..., tak pro manipulaci – podavače, upravené přístroje a další (Jankovský, 2001).

6.2 Sociální

Jankovský (str. 46, 2005) definuje sociální rehabilitaci jako „*přijmutí svého postižení, nemoci, poruchy či znevýhodnění a v maximální možné míře se integrovat do společnosti.*“ Sociální rehabilitace musí usilovat o to, aby nedošlo k defektivitě, tedy k tomu, kdy by člověk byl společností na obtíž a byl na ní zcela závislý. Jedinec s postižením se musí naučit se svým

handicapem žít. V rámci sociálního začleňování je důležité také vytváření ekonomických a dalších materiálních podmínek pro samostatný život. Také sem patří invalidní důchody a finanční příspěvky. V neposlední řadě to jsou služby osobní asistence. Základními činnostmi uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb. O sociálních službách jsou:

- *Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- *poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,*
- *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- *sociální poradenství,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
- *telefonická krizová pomoc,*
- *nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- *podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.*

6.3 Pedagogická

Je jednou ze čtyř složek ucelené rehabilitace. Pedagogická rehabilitace je celoživotní proces, přesto je nejvýznamnější právě v dětství a dospívání. Jankovský (str. 48, 2005) definuje pedagogickou rehabilitaci jako „*záměrné působení pedagogicko - psychologickými prostředky ve smyslu reedukace, tedy v duchu úsilí o obnovení normálního stavu.*“

6.4 Pracovní

U pracovní rehabilitace se nejedná pouze o pracovní přípravu, ale hlavně o to, aby se lidé se zdravotním postižením mohli uplatnit v pracovních činnostech. Vzhledem k tomu, že práce patří k základním potřebám člověka, je časté, pokud potřeba není naplněna, vznik frustrací a stresových stavů (Jankovský, 2005).

7 MOŽNOSTI EDUKACE DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU

7.1 Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

Vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se zabývá vyhláška Školského zákona č. 27/ 2016 Sb. Školský zákon říká, že *„dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.“*

Za zdravotní postižení je považováno mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, dále pak vady řeči, postižení s více vadami, autismus a poruchy chování a učení.

Do kategorie zdravotního znevýhodnění patří zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, lehčí zdravotní poruchy učení či chování.

Do kategorie sociální znevýhodnění patří rodinné prostředí s nízkým socio-kulturním postavením, nařízená ústavní výchova, postavení azylanta a další.

Podpůrná opatření

Děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají možnost získat tzv. podpůrné opatření. Díky podpůrným opatřením lze využívat speciálních metod, pomůcek, forem, zajištění služeb asistenta, snížení počtu dětí ve třídě a další.

První stupeň podpůrného opatření jsou jen minimální úpravy metod, forem a vzdělávání. Finanční náročnost není normovaná. Škola sepisuje tzv. plán pedagogické podpory. Plán pedagogické podpory škola neustále aktualizuje s ohledem na potřeby žáka, nejpozději vždy po 3 měsících škola plán vyhodnotí, zda vede ke stanoveným cílům. Plán musí podepsat zákonný zástupce dítěte, učitelé podílející se na vytváření plánu a ředitel školy.

Podpůrná opatření druhého až pátého stupně jsou poskytována na základě doporučení školského poradenského zařízení. Dle paragrafu 11 školské poradenské zařízení při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb žáka vychází z:

- *Charakteru obtíží žáka, které mají dopad na jeho vzdělávání,*
- *speciálně-pedagogické, případně psychologické, diagnostiky za účelem posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka,*

- *informací o dosavadním průběhu vzdělávání žáka ve škole, zejména údajů uvedených ve školní matrice,*
- *plánu pedagogické podpory,*
- *údajů o dosavadní spolupráci žáka se školským poradenským zařízením,*
- *informací poskytnutých žákem nebo zákonným zástupcem žáka,*
- *podmínek školy, ve které se žák vzdělává nebo se bude vzdělávat,*
- *posouzení zdravotního stavu poskytovatelem zdravotních služeb nebo posouzení podstatných skutečností ke stanovení podpůrných opatření jiným odborníkem, je-li to třeba.*

V rámci podpůrných opatření druhého až pátého stupně se využívají speciální metody, postupy a formy vzdělávání, využívají se speciální kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, didaktické materiály, do výuky je zařazena speciálně pedagogická péče. Důležitá je pak možnost zajištění asistenta pedagoga a snížení počtu dětí ve třídě.

V současné době můžeme dítě se speciálními vzdělávacími potřebami vzdělávat takto:

- Individuální integrace – dítě je vzděláváno v běžné škole, a běžné třídě.
- Skupinová integrace – dítě je vzděláváno ve třídě, která je zařízená pro děti v běžné škole, nebo ve speciální škole s jiným druhem postižení.
- Vzdělávání ve speciální škole – škola, která je zřízena přímo pro děti se zdravotním postižením.
- Kombinace všech tří předchozích.

V současné době můžeme v České republice najít poměrně dost speciálních škol pro děti se zdravotním postižením. Jedná se například o mateřské školy pro zrakově postižené, pro sluchově postižené, pro hluchoslepé, pro tělesně postižené, logopedická, speciální ale i mateřská škola při zdravotnickém zařízení.

Ministerstvo školství, mládeže a výchovy, Zákony online

7.2 Význam rané péče při edukaci dětí s dětskou mozkovou obrnou

Včasná intervence má na edukaci dítěte s DMO velký význam. Tyto služby mají pomoci dětem, ale hlavně jejich rodinám umožnit jednak prevenci postižení, ale také zmírnit či úplně odstranit postižení a dosáhnout tak sociálního začlenění. Právě díky včasné komplexní péči je úspěch i u terapeutické a edukační oblasti, neboť jak říká Jankovský (str. 75, 2005) je „*mozek malého*

dítěte velmi plastický a je tedy schopen jednak regenerace, ale také kompenzace vzniklého poškození.“ Včasná péče má tzv. interdisciplinární charakter, což znamená, že v ní probíhá jak zdravotnická tak terapeutická péče. V rámci celé včasné péče je důležité, aby se do procesu zapojili rodiče a naučili se se svým dítětem pracovat tak, jak to dělají různí terapeuti a pedagogové. Samozřejmě že na to rodiče nejsou sami a vykonávají jí pod dohledem těchto odborníků (dětská centra, centra rané péče apod.) (Jankovský, 2005).

8 VÝZKUMNÁ ČÁST

8.1 Metody a cíle výzkumné části

Cílem diplomové práce bylo zmapovat DMO u konkrétních dětí od raného věku až po předškolní a školní věk. Zjistit jejich osobní, rodinnou, školní a sociální anamnézu a pozorovat dítě alespoň při jedné aktivitě. Dále pak zjistit, zda je docházení do Rané péče prospěšné pro dítě k celkovému rozvoji a jaké terapie využívají tyto děti s dětskou mozkovou obrnou. V závěru práce pak celkově zhodnotit vzdělávání dítěte s dětskou mozkovou obrnou. Jedná se o kvalitativní výzkum.

V rámci výzkumu byly použity tyto metody: Rozhovor nestrukturovaný (s paní ředitelkou), rozhovor strukturovaný (s rodiči) a pozorování.

Šetření proběhlo v Základní škole a Mateřské škole a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o. p. s. K získání potřebných údajů byl udělán vždy rozhovor s rodiči dítěte s dětskou mozkovou obrnou (resp. vždy s matkou). Byly vybrány tři děti, každé s jinou formou DMO. Dále jsem pak informace získávala prostřednictvím analýzy lékařských dokumentů, rozhovoru s ředitelkou zařízení Kaňka a pozorováním.

8.2 Výzkumné otázky

Pro průzkum k diplomové práci byly stanoveny tyto čtyři otázky:

- Jak se projeví docházení handicapovaného dítěte do Rané péče na jeho celkovém vývoji?
- Jak je vybaveno zařízení pro handicapované děti?
- Jaké terapie mají využití u forem DMO?
- Jakým způsobem se rodiče vyrovnaly s handicapovaným dítětem?

8.3 Charakteristika zařízení Základní škola a mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s

Jedná se o neziskovou organizaci Centrum Kaňka sídlící v městě Tábor. Centrum Kaňka zajišťuje sociální služby, vzdělávání a volnočasové aktivity ve velmi rodinné prostředí zajišťujícím odborným personálem, novým moderním vybavením, osobním přístupem, ochotou pomáhat a širokým rozsahem metod a terapií. Centrum Kaňka vznikla v roce 2002 a už tehdy

bylo jejich hlavní myšlenkou propojit terapie se sociální službou a povinnou školní docházkou. Chtěla vyplnit prázdné místo, které v oblasti komplexní a kvalitní péče o děti s postižením na Táborsku chyběl. V současné době Kaňka zajišťuje služby v oblasti výchovy a vzdělávání, péče o děti předškolního a školního věku a poskytování sociálních služeb pro děti, mládež a dospělé osoby. Jak cituje Kaňka na svých stránkách, jejich vizí je „*Poskytovat takovou péči, která využívá všech dostupných sociálních, léčebných a pedagogických prostředků ke zlepšení života dětí, mládeže a dospělých osob s postižením k jejich integraci do společnosti.*“

Zařízení je financováno z různých zdrojů. Kromě plateb klientů jsou to dotace z veřejného rozpočtu, dary a příspěvky nadačních fondů a nadací, firemní dary a granty, dary jednotlivců a veřejné sbírky. Centrum Kaňka je členem České rady sociálních služeb, Koalice poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb v Táboře, Sdružení soukromých škol Čech, Moravy a Slezska a Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR. Zařízení Kaňka spolupracuje s různými organizacemi, jako je například: SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK, s.r.o, Praha, SPC pro sluchově postižené, České Budějovice, Arpida a další.

8.3.1 Mateřská škola Kaňka

Mateřská škola poskytuje vzdělávání dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Provoz mateřské školky je od 7 – 16 hodin a její provoz zajišťují 2 paní učitelky a 2 asistenti pedagoga. Veškeré prostory mateřské školy jsou přizpůsobeny speciálně vzdělávacím potřebám dětí. Děti během vzdělávání navštěvují jednotlivé terapie, které společně se vzděláváním zajišťují komplexní péči a rozvoj dítěte. Od roku 2012 se mateřská škola řídí Školním vzdělávacím plánem s názvem „Pomoc mi, abych to dokázal sám.“ Mateřská škola se snaží nabídnout takové prostředí, aby v něm byly spokojené nejen děti, ale i jejich rodiče. Škola spolupracuje se speciálně pedagogickými centry.

8.3.2 Základní škola Kaňka

Hlavním cílem školy je připravit dítě do běžné společnosti s ohledem na individuální zvláštnosti jednotlivých osobností. V této škole je kladen důraz především na oblast výchovy a vzdělávání pro samostatný a praktický život. Dbá se na uplatňování individuálního přístupu. Snaží se, aby ve třídách byly malé počty dětí, tedy 6-8 v jedné třídě. Vzdělávání vede vždy učitel a má u sebe asistenta pedagoga. Děti mají možnost využít osobního asistenta a také sociálně terapeutické činnosti. V rámci Kaňky mohou děti také navštěvovat družinu a volnočasové aktivity. Celá škola i prostory tříd jsou bezbariérová. Třídy mají nastavitelné a polohovatelné stoly, židle, dále pak tablety, interaktivní tabule, didaktické pomůcky. Děti mají možnost využít i velkou zahradu

se spoustou herních prvků. U dětí je uplatňován koncept Bazální stimulace. Důležitým cílem je propojení školy s veřejným životem. Žáci mají možnost se vzdělávat v těchto programech:

- Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání
- Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou pro žáky s lehkým mentálním postižením
- Školní vzdělávací program pro obor základní školy speciální

8.3.3 Školní družina

Záměrem školní družiny je, aby dítě získalo co nejlepší základy do budoucího života s ohledem na jeho možnosti a schopnosti. Školní družina navazuje na předškolní a základní vzdělávání, ale také na výchovu v rodině a spolupráci s ní. Opět je dbáno na individuální přístup u každého dítěte. Dítě si může vybrat, s čím si bude hrát nebo jakou činnost bude dělat. Školní družina rozděluje svůj program na činnosti odpočinkové a relaxační, zájmové, příprava na vyučování a na ostatní akce. Družina je stejně jako ostatní prostory školy kvalitně vybavena a nabízí dostatek prostoru pro hru, sport i odpočinek. O děti se starají vychovatelé a asistenti s praxí.

8.3.4 Sociální služby

První sociální službou, kterou zde můžete s dítětem navštívit, je Raná péče. Je určena dětem od narození do 7 let s mentálním, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením. Jedná se o jednu ze služeb sociální prevence. Může být poskytována jako terénní nebo ambulantní služba sociální péče. Raná péče je především zaměřena na poskytování včasné intervence u dětí s postižením od narození do 7 let a celkové zlepšení kvality života jak dítěte, tak rodičů. Raná péče je bez úhrady nákladů.

Další sociální službou, kterou Kaňka poskytuje, je Denní stacionář. Je určen dětem, mládeži a dospělým osobám ve věku od 2 let. Jedná se o osoby s mentálním, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením. Denní stacionář je poskytován pouze jako ambulantní služba a je zpoplatněn dle aktuálního sazebníku. Denní stacionář nabízí sociálně terapeutické činnosti, které probíhají buď individuálně, nebo skupinově. Tato služba se zabývá především osobami s postižením:

- *Jejichž zdravotní stav a specifické potřeby vylučují možnost integrace do předškolních a školních zařízení běžného typu,*
- *kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením ze společnosti vzhledem k opožděnému nebo narušenému vývoji, sociální situaci v rodině, případně příslušností k etnickým menšinám,*

- *kteřé vyžadují individuální přístup, náročnou obslužnou péči, pravidelnou sociálně terapeutickou činnost,*
- *a jejich rodinám pro zachování přirozeného sociálního prostředí v místě svého bydliště.*

Poslední sociální službou, kterou Kaňka poskytuje je služba Osobní asistence. Tato služba je určena dětem, mládeži a dospělým od 2 do 26 let s mentálním, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením. Je poskytována jako terénní služba osobám, které navštěvují Základní školu a mateřskou školu Kaňka, o. p. s. Služba Osobní asistence nabízí:

- *Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, např.: pomoc a podpora při, při osobní hygieně, oblékání, při přesunu z vozíku a na vozík, apod.,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím např.: doprovod na školní akce, divadlo, výstavy, apod.,*
- *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních aktivit, např.: nácvik nakupování, cestování MHD v Táboře apod.,*
- *sociální poradenství.*

8.4 Kazuistika č. 1

Dívka, 6 let

Diagnostikována spastická diparetická forma DMO

Osobní anamnéza

Dívka se narodila jako chtěné dítě v prvním těhotenství. Porod proběhl v 38 týdnu, jednalo se o plánovaný císařský řez, díky tomu, že matka má velice vysoké dioptrie do dálky. Dívka při narození vážila 3 480 gramů a měřila 51 centimetrů. Apgar skóre po narození bylo 9-10-10. Dívka měla lehkou žloutenku, ale 6. den odešly z porodnice domu. Byla kojená, ale poměrně hodně zvracela, což se matce příliš nezdálo. V 6. týdnu začala stagnovat váha. V 7. týdnu po očkování začala být velmi plačtivá. Ve 4 měsíci matka znovu vycítila, že není něco v pořádku – „nepase koníčky“, neustále pláče, nehýbe se. V měsíci proběhlo vyšetření. Matka neustále řešila dívky oči, a to díky tomu, zda nemůže mít vadu očí po ní. Měla těžký strabismus, který se zlepšil až po operaci, kterou musela podstoupit. Od 6. měsíce začaly chodit do zařízení Kaňka do rané péče. Byla předepsána Vojtova metoda a další rehabilitace. Na základě toho byla provedena magnetická rezonance mozku, která prokázala rozšířenou pravou komoru, komory s hypotrofií BH v oblasti okcipitálních rohů pravé komory. Byla diagnostikována perinatální

encephalopatie, diparetické formy, neurčené etiologie. Dlouho měla seboreu a v současné době stále trpí atopickým exémem. Má zrakovou poruchu CVI. Nyní má na každém oku dvě dioptrie. Pravidelně navštěvuje lázně. Rodiče jednou za rok dováží dívku na neurorehabilitace do Prahy.

Rodinná anamnéza

Rodina žije v rodinném domě v malé vesnici v Jižních Čechách. Matce je 31 let a pracuje jako úřednice na poště, otcí je 32 let, má středoškolské vzdělání a pracuje jako obchodní zástupce. Otec dlouho nevládal přijmout handicap své dcery. Dlouho s tímto problémem navštěvoval odborníky a handicap nakonec přijal až v době, kdy byly dceři 4 roky. Dívka nemá žádné sourozence a rodiče už žádné další neplánují.

Školní anamnéza

Od 6. měsíce začala navštěvovat pravidelně ranou péči v zařízení Kaňka. Poté, ve třech letech začala chodit zde do speciální mateřské školy. Ve třídě s ní je celkem 13 dětí. Jsou tam dvě paní učitelky a dvě paní asistentky. V mateřské škole dochází na fyzioterapii, ergoterapii, muzikoterapii, logopedii a jednou za měsíc canisterapii.

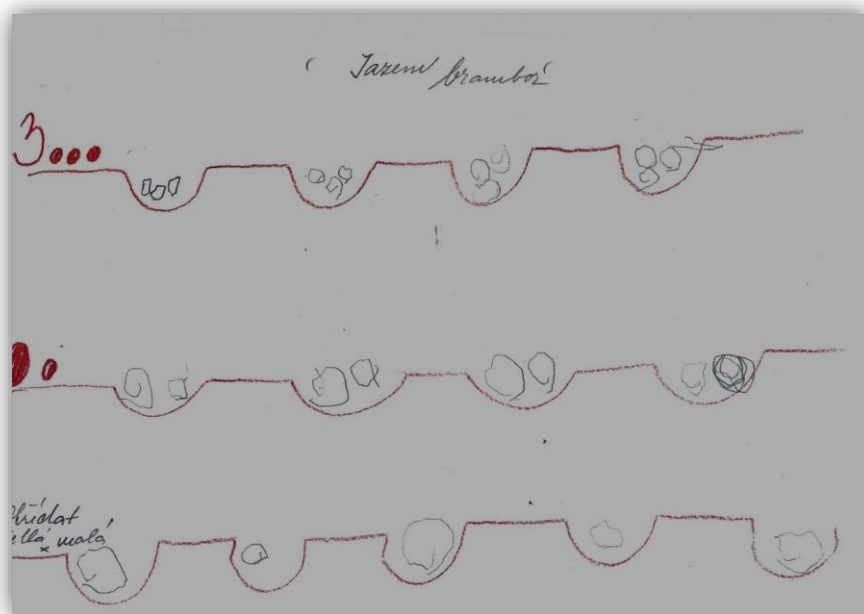
Sociální anamnéza

Vzhledem k tomu, že do zařízení začala docházet už jako miminko, je sociálně velmi zdatná. Nebojí se, spolupracuje. S ostatními dětmi nemá problém, právě naopak, ráda vyhledává jejich společnost. Stejně tak s paní učitelkami. Je velice trpělivá a snaživá. Pokud je ovšem v místě, kde to nezná, někdo kde nikoho nezná, mívá velké separační úzkosti.

Pozorování

Dívku jsem měla možnost (stejně ta jako chlapce) pozorovat při vzdělávací činnosti a to konkrétně vyplňování pracovního listu.

Když jsem přišla k dívce, vůbec se mě nebála, působila otevřeně a přátelsky. Sedla jsem si poměrně blízko ní a ona měla neskutečnou radost. Snažila se mě hladit na ruce, smála se. Poté paní učitelka přinesla pracovní list „sázení brambor“. Vysvětlila dívce, co budou dělat. Ale nenechala jí to dělat samotnou, postupovaly postupně společně. Dívka neprotestovala. Velice se snažila, bylo vidět jak je pečlivá. Ovšem jak lze vidět z obrázku, každou řádku začínala dobře a pak jakoby jí to přestávalo bavit, úkol lehce kazila. Od paní učitelky byla pochválena.



Obr. 1 - Pracovní list - sázení brambor

8.5 Kazuistika č. 2

Chlapec, 5 let

Byla diagnostikována spastická kvadraparetická forma DMO

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil jako chtěné dítě v prvním těhotenství. Při odběru plodové vody byl vyobrazen pozitivní screening. Porod proběhl v 29 týdnu akutním císařským řezem. Chlapec vážil 2 720 gramů a měřil 43 centimetrů. U dítěte byla nalezena mozková příhoda. Apgar skóre po narození bylo 7-7-9. Matka měla preeklampsii a Hell syndrom. Dítě mělo kompletní maturaci plic, drobné krvácení do plexu v obou postranních komorách a novorozenecký ikterus. Bylo kříšeno. Byla diagnostikována dětská mozková obrna, spastická kvadraparéza. Začal mluvit až ve 4 letech. Dodnes je velice drobný a má brýle. Byla předepsána Vojtova metoda a další rehabilitace. Od 5. měsíce navštěvoval ranou péči v zařízení Kaňka. Ve 3 letech pak přešel do speciální mateřské školy v Kaňce. Stejně jako předchozí dívka dojíždí na neurorehabilitace do Prahy.

Rodinná anamnéza

Rodina žije v panelovém domě. Matce je v současné době 49 let a pracuje jako účetní. Biologický otec dítěte není znám. Matka má přítele, se kterým ale nežije. Velmi dobře v této rodině funguje babička s dědou. Z počátku měli velkou nedůvěru k zařízení Kaňka, do kterého dítě docházelo již v rámci rané péče. Důvěra se ovšem vytvořila a v současné době prarodiče pravidelně vyzvedávají dítě a věnují se mu. Chlapec nemá žádné sourozence a vzhledem k vyššímu věku matky se už ani nepředpokládá, že by nějací byli.

Školní anamnéza

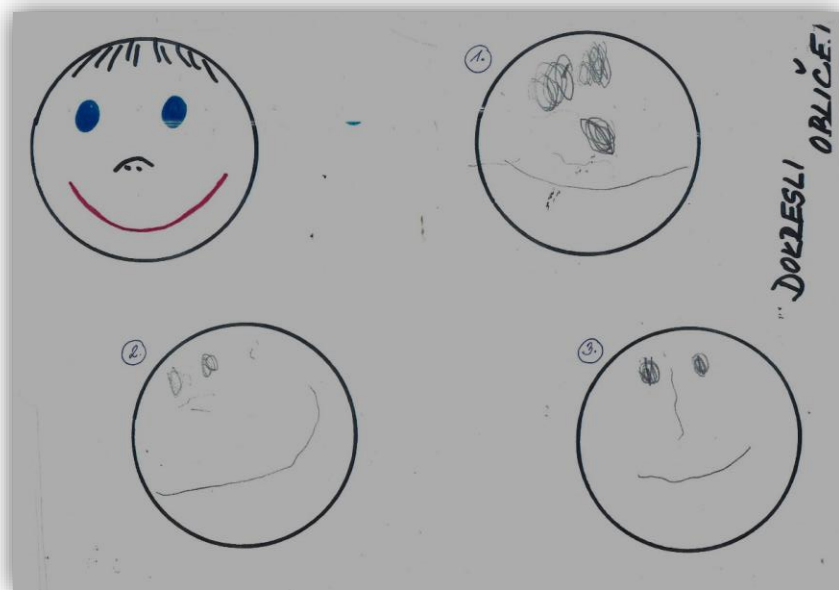
Od 5. měsíce navštěvuje zařízení Kaňka v rámci rané péče a od 3 let pak speciální mateřskou školu v Kaňce. V mateřské škole dochází na fyzioterapii, ergoterapii, muzikoterapii, logopedii a jednou za měsíc canisterapii.

Sociální anamnéza

Chlapec není příliš společenský. Nemá rád cizí lidi, špatně si zvyká i na nové prostředí. V mateřské škole má rád svůj „koutek“ a v něm je mu dobře.

Pozorování

Chlapec mě upozoroval ihned, co jsem vešla do třídy. Mračil se a vůbec nebyl pozitivní jako předchozí dívka. Bylo evidentní, že mě u sebe nechce, takže jsem nesesedla s ním a paní učitelkou u stolečku, ale pozorovala z dálky. I tak působil roztěkaně a vůbec se mu nelíbilo, že tam jsem. Za úkol dostal dokreslit obličej. Nejdříve si s paní učitelkou zopakovali, co všechno na obličejí je, Ukázali si to názorně jeden na druhém. Chlapec hezky ukazoval, ale nemluvil ani nevydával žádné zvuky. Pouze ukazoval, co mu říkala, aby ukázal. Poté mu první obličej paní učitelka předkreslila, aby věděl, jak to má nakreslit. Při prvním obličejí začal dělat spíše takové čmáravé kroužky, nos byl také jako čmáraný puntík a pusku namaloval tak, jako by mu pouze „ujela“ ruka. Paní učitelka chlapci řekla, aby se soustředil na oči a nosík, aby je zmenšil a „nečmáral“, pusinka aby se více usmívala. Chlapec oči zmenšil, pusinka už se také více usmívala, ale nos zapomněl úplně. Poté už ho to moc nebavilo, bylo vidět, že je takový až roztržitý. Paní učitelka ho požádala, ať to zkusí naposledy. Na třetí pokus nakreslil velice vyhovující obličej. I když nenakreslil nos podle vzoru, paní učitelka ocenila, že tam nos je, oči jsou malé a kulaté a pusinka že se usmívá.



Obr. 2 - Pracovní list – dokresli obličej

8.6 Kazuistika č. 3

Chlapec, 5 let

Byla diagnostikována spastická hemiparetická forma DMO

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil z 6. těhotenství, ale čtvrtým porodem ve 24 týdnu těhotenství. Porod proběhl akutním císařským řezem. Chlapec vážil pouhých 915 gramů a měřil 33 centimetrů. Jeho Apgar skóre bylo 2-6-7. Vzápětí po porodu proběhla kompletní resuscitace dítěte a jeho akutní převoz do FN Plzeň. Nějakou dobu byl v centru nedonošených dětí v Plzni. Dítě mělo poporodní asfyxii, syndrom dechové tísně, nitrokomorové krvácení III. stupně, posthemoragický hydrocefalus. Díky hydrocefalu byl dítěti zaveden shunt. Byla diagnostikována dětská mozková obrna spastické hemiparetické formy. V listopadu 2018 se u chlapce rozvinula epilepsie s parciálními záchvaty. Docházel již do rané péče do zařízení Kaňka a později nastoupil i do speciální mateřské školy v Kaňce. I přesto, jaký si chlapec prožil začátek svého života, je nyní velmi zdatný a naučil se chodit sám. Díky shuntu nesmí na žádnou magnetoterapii.

Rodinná anamnéza

Rodina žije v panelovém domě. Matce je 38 let, nepracuje, pouze pobírá přídavky. Otcí je 42 let a žije se hospodářstvím, které má rodina v sousední vesnici. Matka byla gravidní celkem

šestkrát, ale došlo k jednomu potratu. Chlapec má dvě nevlastní sestry, jednoho vlastního bratra a jeden bratr zemřel 2. měsíce po porodu.

Školní anamnéza

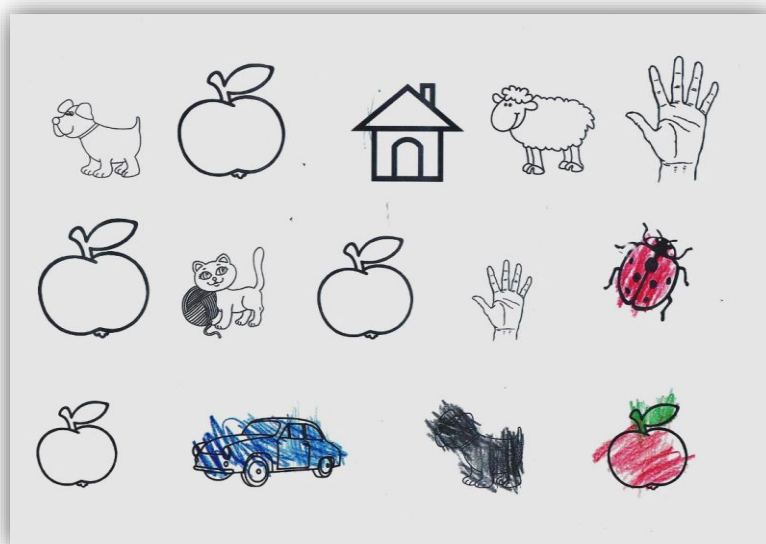
Stejně jako předchozí dvě děti docházel již do rané péče, později pak do speciální mateřské školy v Kaňce. Ač měl velice těžké začátky svého života, velmi rychle se zapojil do chodu školního zařízení a svojí snahou a pečlivostí odborníku se dokázal postavit na nohy. V mateřské škole dochází na fyzioterapii, ergoterapii, muzikoterapii, logopedii a jednou za měsíc canisterapii.

Sociální anamnéza

Chlapec je velice komunikativní a přátelský. Vyřazuje z něj pozitivní energie a radost z maličkostí. Je velmi aktivní až dá se říci hyperaktivní.

Pozorování

Tento chlapec byl pozitivně naladěný stejně jako dívka. Problémem byl, že pracovní list dělat vůbec nechtěl. Myslela jsem, že ho paní učitelka nutit nebude, ale dle jejího komentáře by neudělal nikdy nic. Vybrala pro něj pracovní list, který byl hravý a veselý. Úkolem chlapce bylo vždy na její pokyn najít např. berušku a vymalovat jí červeně. Ač ho to příliš nebavilo, pořád se otáčel, chtěl se hrát, protože to je to co ho baví, pracoval správně a úkol splnil.



Obr. 3 - Pracovní list – vymalování dle instrukcí

8.7 Záznam z rozhovoru s ředitelkou zařízení Kaňka

Rozhovor s paní ředitelkou nebyl nijak strukturovaný. Chtěla jsem vědět, jak celkově jejich zařízení funguje, jaké mají vybavení, jaké terapie nabízejí dětem, na což mi na všechno bylo odpovězeno. Dále jsem se chtěla dozvědět, také její pohled na 3 již zmíněné děti s DMO, hlavně školní a sociální anamnézu, a také nějaké podrobnější informace o mateřské škole, kam chodí tři děti z mojí kazuistické studie. Aby nevznikl chaos, rozdělím záznamy z rozhovoru nadpisy jednotlivých tematických oblastí.

S paní ředitelkou jsem se sešla vícekrát, ovšem na náš rozhovor, nebo řekněme „povídání“ si vyhranila ze svého nabitého programu celé odpoledne, při kterém jsme i detailně obešli celé zařízení.

V první řadě jsme hovořily o 3 již zmíněných dětech. Přiblížila mi jejich školní a sociální anamnézu, která je uvedena u kazuistik. Zařízení Kaňka stojí za její iniciativou, ona je zakladatelkou Kaňky. Ihned ze začátku bylo zřetelné, jak velký k tomu má vztah. A nejen k zařízení, ale i k dětem. Všechno co dnes Kaňka má, vybudovala a zajistila převážně právě ona.

Terapie

Centrum Kaňka nabízí fyzioterapie, ergoterapie, muzikoterapie, logopedii, arteterapii a jednou za měsíc canisterapii.

Jednu z logopedií vede sama paní ředitelka. Ve své pracovně má velký pracovní stůl, velké zrcadlo a spoustu praktický pomůcek, včetně motivačních plyšáků či bonbónů jako sladké odměny po zasloužené práci. V zařízení jsou i další logopedky, které mají své pracovny, ale také dochází za dětmi. Všichni se zaměřují na diagnostiku a terapii komunikačních schopností. V Kaňce využívají ke komunikaci obrázky, ze kterých vytváří tzv. Komunikační slovníky. Dále pak Makaton, znakovou řeč nebo kombinací více metod.

Ergoterapii vedou zkušené speciální pedagožky, které podporují, upevňují a dále rozvíjí všechny zdravé složky. Ergoterapeutka je členkou v České asociaci ergoterapeutů.

Velmi pyšní jsou na muzikální místnost, kde se praktikuje muzikoterapie. Muzikální místnost je velice kvalitně vybavena nejrůznějšími didaktickými pomůckami. Speciální ozvučenou matraci s vibracemi si dokonce vyrobili sami. Muzikoterapie probíhá buď skupinově, nebo individuálně. Při skupinové terapii využívají především dynamiky a vztahu k ní. U individuálních terapií vychází převážně z nálad a potřeb dítěte a zaměřují se více na jeho rozvoj

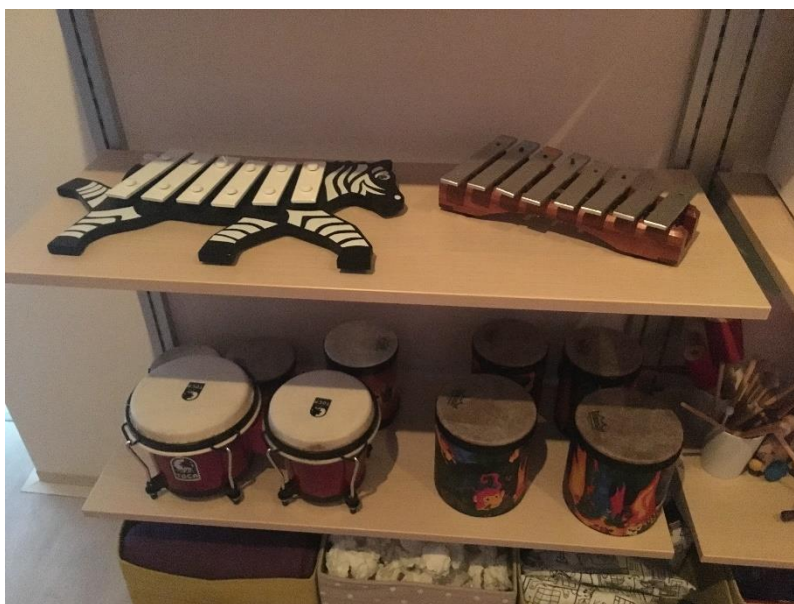
osobnosti. Bohužel, dětí je hodně a proto se každý dostane do muzikální třídy pouze jednou za týden. Obě muzikoterapeutky jsou odbornicemi ve svém oboru, jedna z muzikoterapeutek je pak členkou Muzikoterapeutické asociace.



Obr. 4 - Logopedická místnost



Obr. 5, 6 - Muzikální místnost



Obr. 7 - Hudební nástroje



Obr. 8 - Pomůcky

Arteterapie je mezi dětmi velmi oblíbená a musím přiznat, že některé výrobky handicapovaných dětí, které jsem viděla, byly nadmíru krásné a vůbec bych neodhadla, že je dělá právě dítě s postižením. Opět je zde specializovaným pracovník.

Každé dítě svůj individuální plán. Co se týče terapií, tak na začátku školního roku je vždy vytvořen plán terapií. Dle paní ředitelky je to u nich tak, že každé dítě, které k nim dochází,

chodí na všechny terapie, které jsou dostupné. Pouze se to liší časovým harmonogramem, někdo stráví více času na fyzioterapii, někdo zase na logopedii, dle potřeb a svého postižení.

Mateřská škola

V mateřské škole, kam dochází všechny tři děti z mých kazuistických studií, dětem velice přispívá pravidelný denní režim. A to hlavně dětem s autismem a dětskou mozkovou obrnou. Děti s dětskou mozkovou obrnou jsou pravidelně během dne polohovány. Pracují zde s konceptem Bazální stimulace. Ve škole, ale i celkově v celém zařízení dbají na spolupráci s rodiči, aby společně dosáhli vytyčených cílů. Ve třídě mají veškeré vybavení. Na mou otázku, zda je něco, co jim chybí, odpověděla paní ředitelka spíše tak, že by spíš něco vyměnili za nové, než že by jim to chybělo.

Akce školy

Vzhledem k tomu, že je paní ředitelka velmi aktivní, pořádají a zúčastňují se spousty akcí a aktivit. Pořádají ples, z jehož výtěžku jdou peníze dětem na pomůcky, dále pak jsou to akce typu moštování, zdravý týden, jezdí na rafty, na dopravní hřiště atd. Akcí je nespočet. Jednou z moc hezkých akcí, kterou vymyslela paní ředitelka je sdružování dětí z Kaňky s dětmi z běžné mateřské školy.

Raná péče

Aby celkový systém hezky navazoval, byla v zařízení zavedena i Raná péče, do které dle informací od paní ředitelky, docházely všechny tři děti z mé kazuistiky. Raná péče je dle paní ředitelky velmi důležitá, nejen že se rodiče blíže seznámí se všemi možnostmi, ale dítě si už dříve začne zvykat a tím je pravděpodobné, že se celkově bude rozvíjet lépe. V případě tří dětí z kazuistické studie se dle názoru paní ředitelky konkrétně v kazuistice číslo tři Raná péče velice vyplatila a bylo dobře, že jí dítě navštěvovalo. Vidí tedy Ranou péči celkově za velmi prospěšnou.



Obr. 9 - Místnost Rané péče

8.8 Záznam rozhovorů s matkami dětí

Rozhovor s matkou č. 1 - dívka 6 let, spastická diparetická forma DMO

Matka při rozhovoru byla poměrně klidná. Na rozhovor se mnou byla připravena, proto osobní a rodinnou anamnézu mi bez problému sdělila. S narozením jejich handicapované dcery se smířovaly velmi špatně. Jednalo se o jejich první dítě, a proto je narození postiženého dítěte ještě více zasáhlo, a to především otce, který se s diagnózou jeho dcery smířil až ve 4 letech. Podle matky ovšem vnitřně není a nikdy nebude se situací smířený. Jak zmínila matka, oba dva se shodují na tom, že navštěvování Rané péče v zařízení Kaňka jim velmi pomohlo a hlavně je podrželo v této těžké situaci. S mateřskou školou je matka dítěte velmi spokojená, několikrát se s dcerou zúčastnila a to nejen aktivit v herně, ale byla přítomna i na terapiích.

Rozhovor s matkou č. 2 - chlapec 5 let spastická kvadraparetická forma DMO

Matka chlapce si na mě udělala čas v poměrně v pozdních odpoledních hodinách, jelikož je poměrně pracovně vytížená. Byla také na rozhovor se mnou velmi dobře připravena. Působila ovšem velmi nervózně. Celý rozhovor jsem měla pocit, že jí je nepříjemné, že mi to musí říkat, i přesto, že s rozhovorem předem souhlasila. S narozením handicapovaného chlapce se

smiřovala lépe její rodiče, než ona sama. Ovšem její rodiče zase neměli žádnou důvěru k zařízení Kaňka. Měli pocit, že je tam dítě odkládáno. Situace se ovšem obrátila a nyní jsou se zařízením Kaňka velmi spokojení, spolupracují. Nejčastěji vyzvedávají chlapce právě oni. Ranou péči vidí matka jako přínosnou. Stejně jako předchozí dívka chlapec navštěvuje všechny terapie.

Rozhovor s matkou č. 3 – chlapec 5 let spastická hemiparetická forma DMO

I tato matka byla na rozhovor se mnou poměrně dobře připravená. Působila ovšem takovým dojmem, že jí je to tak nějak jedno. Myslím si, že to vychází i z celkově jejího života, kdy sama nepracuje. I její dítě docházelo již do Rané péče. Z rozhovoru mi vyplynulo, že se sama moc nezajímala o to, jak s dítětem pracovat, ale že to co jí v Rané péči řekli, to udělala. V odpovědích byla stručná. Co se týče terapií, neví jistě, jestli její dítě navštěvuje všechny, ale myslí si, že ano.

9 SHRnutí VÝSLEDKŮ

9.1 Odpovědi na výzkumné otázky

- **Jak se projeví docházení handicapovaného dítěte do Rané péče na jeho celkovém vývoji?**

Z výpovědi paní ředitelky a všech třech maminek bylo zřejmé, že pokud dítě dochází již do Rané péče, je to pro něj lepší hned v několika ohledech. Obecně to ovlivní jeho zdravotní stav a vývoj a to tím, že už se s ním od tak brzkého věku pracuje. Pomůže to i rodině se všemi informacemi jak se o dítě starat, jak s ním cvičit, jak mu všeobecně pomoci, aby se vyvíjel, jak nejlépe to půjde.

- **Jak je vybaveno zařízení pro handicapované děti?**

Vzhledem k tomu, že jsem centrum Kaňka měla možnost celou projít, můj názor je takový, že co se týče vybavení, nemají na Táborsku konkurenci. Paní ředitelka také působila dojemem, že co se týče vybavení, mají všeho dostatek. Maximálně by některé starší věci vyměnila za nové. Maminky reagovaly obdobně. Konkrétně maminka č. 1 zmínila hernu s pomůckami za velmi povedenou.

- **Jaké terapie mají využití u forem DMO?**

Každá forma DMO má zde nastavený jiný režim terapií. Někteří potřebují více logopedie, proto jejich časový týdenní režim bude vyšší než u jiného dítěte, které potřebuje například více rehabilitovat. Jinak mne paní ředitelka utvrdila v tom, že každé dítě (ať už má jakoukoliv formu DMO či jiné postižení) navštěvuje všechny nabízené terapie.

- **Jakým způsobem se rodiče vyrovnaly s tím, že je jejich dítě handicapované?**

U této otázky nemám jednoznačný závěr, ale za to tři různé výsledky. V prvním případě se s tím rodiče vyrovnali, ale otec dítěte s tím měl velký problém a matka dítěte si myslí, že doteď má. V druhém případě se s tím matka nevyrovnala, ale bere to tak, že to tak prostě je. Ve třetím případě se s tím matka vyrovnala poměrně dobře, i přesto, že zprvu byla v šoku. Ze všech třech maminek jsem ovšem měla jeden stejný pocit – nejsou vyrovnané, ale žijí s tím, jak jen to jde.

Vzdělávání dítěte s dětskou mozkovou obrnou celkově hodnotím kladně. Prostředí, ve které se dítě předškolního věku vzdělává, je dostatečně vybaveno, probíhají téměř všechny možné

terapie, a spokojenost je vidět nejen na rodičích, ale především na dětech. Dle fotek můžeme zhodnotit vybavení a pomůcky, které jsou aktuální a hlavně dle potřeb dítěte. Je zde vidět osobitý přístup hlavně paní ředitelky, která si organizaci „vyšperkovala“ a i díky tomu se zde děti cítí skvěle.

9.2 Vlastní vyjádření k výzkumu

Největším problémem pro mne bylo sehnat zařízení, kde by mi bylo umožněno provést výzkum. Když jsem konečně dostala možnost udělat jej v zařízení Kaňka, a dokonce zde byly i vhodné děti k mému výzkumu, měla jsem obavy, že se mnou matky nebudou chtít mluvit, jelikož jsem cizí osoba a téma jejich postiženého dítěte není zrovna příjemné na rozhovor. Všechny maminky nakonec byly nesmírně ochotné a rozhovor se mnou provedly.

Výzkum jako takový by nebyl ani tak časově náročný, až na domlouvání schůzek s maminkami dětí a také poměrně velká vytíženost paní ředitelky. Na první schůzku s paní ředitelkou jsem byla objednaná zhruba měsíc dopředu. S maminkami jsem se pokaždé sešla také v zařízení Kaňka, ve společenské místnosti, kde jsme si mohly v klidu promluvit. Poměrně těžké bylo skloubit můj čas, jelikož kromě práce na plný úvazek v mateřské škole mám ještě další brigády a aktivity, s časem maminek. Nakonec se nám to ovšem podařilo, což mě nesmírně těší.

Ač by se někomu mohl zdát výzkum jednoduchý, pro mne tedy rozhodně nebyl. Téma dětské mozkové obrny je pro mne velice citlivé. Nervozitu, kterou jsem cítila při první setkání s dětmi, mdloby, které na mne padaly při pohlédnutí na speciálně upravené vozíky a židle, a strach před setkáním s matkami dětí. Jsem poměrně hodně citlivá a celý výzkum pro mne byl poměrně stresující, ale na druhou stranu nesmírně obohacující.

9.3 Praktické využití poznatků

Poznatky z toho průzkumu mohou být prospěšné rodičům, kterým se narodí dítě s dětskou mozkovou obrnou. Mohou se dočíst, jaký příběh měli jiné děti a jak se s tím vyrovnali jejich rodiče. Poznatky bez pochyby mohou využít i učitelky a ředitelé speciální škol jako inspiraci či jako jiný poznatek do praxe, se kterým se třeba ještě nesetkali.

Co se týče teoretické části, doporučuji ji všem rodinám, kterým se narodilo dítě s dětskou mozkovou obrnou, a chtějí se dozvědět všechny informace.

10 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci s názvem „Dětská mozková obrna u dětí předškolního věku“ jsem se zabývala dětmi s dětskou mozkovou obrnou a jejich životem.

Cílem práce bylo zmapovat DMO u třech konkrétních dětí od raného věku až po předškolní a školní věk a vypracovat tak tři kazuistické studie. Dále pak zjistit, s jakými terapiemi u dítěte předškolního věku s DMO pracují a zda mělo vliv na jejich rozvoj docházení již do rané péče.

Nejprve jsem si důkladně shromáždila teoretickou část. Teoretickou část jsem rozdělila na šest velkých kapitol. V první kapitole jsem vymezila pojmy, a to dítě předškolního věku, zdravotní a tělesné postižení, znevýhodnění, porucha, integrace a inkluze. V druhé kapitole jsem se věnovala rodině dítěte s postižením, čili jakým způsobem zvládají fakt, že mají handicapované dítě, jednotlivé fáze přijímá dítěte s handicapem. Ve třetí kapitole jsem se zaměřila přímo na dětskou mozkovou obrnu. Nejprve jsem si vyhranila definice DMO a poté krátce zmínila historii DMO. Poté jsem vymezila možné příčiny vzniku DMO. Následně jsem klasifikovala DMO a také zmínila přidružené vady, které jsou spojené s DMO, jako je například epilepsie či mentální retardace. Ve čtvrté kapitole jsem se věnovala léčbě dětské mozkové obrny a to především ortopedické léčbě. Zmínila jsem i pomocné prostředky, které jsou vhodné při onemocnění dětskou mozkovou obrnou. V další, páté kapitole jsem se věnovala ucelené rehabilitaci, kdy jsem nejprve charakterizovala pojem ucelené rehabilitace a pak ucelenou rehabilitaci rozdělila na čtyři základní složky a to na léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní. V poslední kapitole jsem se zaměřila na možnosti edukace dětí s dětskou mozkovou obrnou.

V praktické části jsem se věnovala průzkumu. Vytvořila jsem strukturované rozhovory pro matky dětí s dětskou mozkovou obrnou, s ředitelkou zařízení Kaňka jsem vedla nestrukturovaný rozhovor a pozorovala jsem děti s dětskou mozkovou obrnou. Na základě rozhovorů s ředitelkou Kaňky a s matkami dětí s dětskou mozkovou obrnou byly vytvořeny tři kazuistiky. Dále jsem pak charakterizovala celé zařízení Kaňka, ve kterém výzkum probíhal.

Cíl práce byl splněn. Byly zpracované tři kazuistiky dětí předškolního věku s dětskou mozkovou obrnou.

V rámci průzkumu u těchto dětí bylo zjištěno, že Raná péče je přínosem pro děti s dětskou mozkovou obrnou. Dále pak bylo také potvrzeno, že děti s DMO využívají všechny dostupné terapie v zařízení a ještě dojíždějí na neurorehabilitace do Prahy.

Celkově hodnotím vzdělávání dítěte s dětskou mozkovou obrnou v tomto zařízení jako efektivní, přínosnou a prospěšnou. Vzdělávání pomáhá rodině s péčí o postižené dítě, dává mu rady jak s dítětem pracovat i doma. Dítě má možnost navštěvovat veškeré dostupné terapie, které mu nejen pomáhají v rozvoji, k zlepšení některých funkcí, ale také ho dělají šťastným.

Výsledky výzkumu mohou použít nejen rodiče, kterým se narodilo právě dítě s dětskou mozkovou obrnou, aby si přečetli příběh i jiných takto nemocných dětí, ale i učitelé ze speciálních škol, pro které tyto informace mohou být přínosem do praxe. Také charakteristika zařízení Kaňka může pomoci některým ředitelům, popř. zřizovatelům k dalšímu rozvoji či zlepšování jejich zařízení pro takto nemocné děti.

Díky této diplomové práci jsem dětskou mozkovou obrnu poznala v praxi, a nejen v knihách. Zkušenost mne neuvěřitelně obohatila o mnoho poznatků a také přesvědčila, že práce s takto nemocnými dětmi je neskutečně těžká. Odměnou je pak úsměv na tváři těchto dětí.

11 PŘEHLED LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

- Odborná literatura

FISCHER, Slavomil. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální : učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 9788073877927.

CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026200543.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2001. ISBN 8072541927.

JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 807040826x.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

KÁBELE, František. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.

KALEJA, Martin. *Edukace dětí předškolního věku se speciálními vzdělávacími potřebami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 9788074646300.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024710188.

KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026201786.

LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972.

LESNÝ, Ivan. *Raná dětská mozková obrna: (perinatální encefalopatie)*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1959.

MAREŠOVÁ, Eva, Pavla JOUDOVÁ a Stanislav SEVERA. *Dětská mozková obrna: možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-703-5.

MAZÁNKOVÁ, Martina. *Inkluze v mateřské škole: děti s PAS, ADHD a handicapem*. Praha: Portál, 2018. ISBN 9788026213659.

MYDLIL, Václav. *Příčiny mozkových postižení dětí: poškození mozku za vývoje a perinatální rizika*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-856-0582-1.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ a Evžen RŮŽIČKA. *Neurologie*. Praha: Galén, c2002. ISBN 8072621602.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 8073151200.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3676-476.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0532-6.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024727332.

STEHLÍK, Alois. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. Praha: Avicenum, 1977. Rady nemocným (Avicenum).

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026207146.

VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ a Lenka KREJČOVÁ. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 9788024616162.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024621531.

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206026.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2009. ISBN 9788073941826.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.

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

VOJTA, Václav a Annegret PETERS. *Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorické ontogenezi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024727103.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 8024607085.

ZOUBKOVÁ, Pavlína. *Terežka, aneb, Život s DMO 2*. Ostrava: Montanex, 2015. ISBN 978-80-7225-388-3.

- Internetové zdroje

HINCHCLIFFE, Archie. *Children With Cerebral Palsy: A Manual for Therapists, Parents and Community* [online]. Druhé. London: SAGE Publications, 2007 [cit. 2019-11-03].

STANTON, Marion. *Understanding Cerebral Palsy: A Guide for Parents and Professionals* [online]. 1. London: Jessica Kingsley Publishers, 2012 [cit. 2019-11-04].

Ministerstvo školství, mládeže a výchovy [online]. [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaskey-ke-skolskemu-zakonu>

Česká vojtova společnost: Výukový tým [online]. [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <https://www.vojtovametoda.com/>

Zákony online [online]. [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s174&q174=all>

Centrum Kaňka [online]. [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <https://www.kanka.info/>

Katalog podpůrných opatření [online]. [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.>

12 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	44
Obrázek 2	46
Obrázek 3	47
Obrázek 4	49
Obrázek 5	49
Obrázek 6	49
Obrázek 7	50
Obrázek 8	50
Obrázek 9	52

13 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Formy DMO podle MKN	18
Tabulka 2 – Výskyt mentální retardace u DMO	21
Tabulka 3 – Epilepsie u jednotlivých druhů DMO	23 – 24
Tabulka 4 – Poruchy řeči u DMO	26

14 SEZNAM PŘÍLOH

Rozhovor s matkou č. 1

Rozhovor s matkou č. 2

Rozhovor s matkou č. 3

Rozhovor s matkou č. 1 - dívka 6 let, spastická diparetická forma DMO

Popište mi nejdříve osobní a rodinnou anamnézu. (matce bylo sděleno, co do osobní a co do rodinné anamnézy patří)

Jak jste se vyrovnávaly s narozením handicapovaného dítěte?

No... (dlouho mlčí). Špatně. Bylo to naše první dítě, které jsme si moc přály. A když se to povedlo, narodilo se postižené. Manžel se s tím vyrovnával velmi těžko. Docházel k lékařům, problém řešil. Náš vztah se trochu změnil, ale už se to zase začíná zlepšovat. Občas mám ale stále pocit, že někde v hloubi duše nebude s naší dcerou nikdy plně smířený.

Docházelo Vaše dítě již do Rané péče zde Centrum Kaňka?

Ano.

Pokud ano, máte pocit, že navštěvování Rané péče pomohlo Vašemu dítěti?

Myslím, že ano. Sami jsme si ze začátku nevěděli moc rady. Sice jsem měla svoje teorie, které jsem vyčetla na internetu, ale tady nám poradili, a hlavně nás podrželi.

Kde jste získala kontakt právě na Centrum Kaňka?

Vyhledala jsem zařízení na internetu.

Má Vaše dítě v mateřské škole vše, co potřebuje?

Bezesporu ano. Své paní učitelky a asistentky miluje, do školky se těší, má tam kamarády. Několikrát jsem tam byla s ní, strávila jsem tam celý den. Mají tam moc hezkou hernu, spoustu hraček, které mi přijdou prospěšné.

Víte, jaké Vaše dítě navštěvuje v mateřské škole terapie?

Všechny. Byla jsem se na všech podívat, je nádherné, co třeba v muzikální místnosti, kterou mají, dokáží vytvořit za hezkou atmosféru. Cítila jsem se tak krásně a myslím, že i dětem se to moc líbí.

Rozhovor s matkou č. 2 – chlapec 5 let spastická kvadruparetická forma DMO

Popište mi nejdříve osobní a rodinnou anamnézu. (matce bylo sděleno, co do osobní a co do rodinné anamnézy patří)

Jak jste se vyrovnávaly s narozením handicapovaného dítěte?

Jak se s tímto člověk může vyrovnat. S tím se nevyrovnáte nikdy. Jen to berete tak, že to tak prostě je. Moji rodiče to nesli lépe než já, ale zase neměli žádnou důvěru ke Kaňce, nelíbilo se jim, že ho tam takhle „odkládáme“.

Docházelo Vaše dítě již do Rané péče zde Centrum Kaňka?

Ano.

Pokud ano, máte pocit, že navštěvování Rané péče pomohlo Vašemu dítěti?

Myslím, že ano. Poradili mi.

Kde jste získala kontakt právě na Centrum Kaňka?

Od dětského lékaře zde v Táboře.

Má Vaše dítě v mateřské škole vše, co potřebuje?

Ano má. Aspoň si to myslím. Většinu času vyzvedávají syna prarodiče, protože já jsem v práci. Sami chodí nadšení, protože i přesto jaký syn je, samotář, ne příliš kamarádský, chodí ze školky spokojený, a to udělá radost každému ne?

Víte, jaké Vaše dítě navštěvuje v mateřské škole terapie?

Všechny. Výrobků z arteterapie máme doma spousty.

Rozhovor s matkou č. 3 – chlapec 5 let spastická hemiparetická forma DMO

Popište mi nejdříve osobní a rodinnou anamnézu. (matce bylo sděleno, co do osobní a co do rodinné anamnézy patří)

Jak jste se vyrovnávaly s narozením handicapovaného dítěte?

Byl to šok, ostatní děti jsou zdravé, nejsou postižené. Ale nějak jsme to zvládli. Já jsem klidný člověk, takže jsem šla na všechno pomalu.

Docházelo Vaše dítě již do Rané péče zde Centrum Kaňka?

Ano.

Pokud ano, máte pocit, že navštěvování Rané péče pomohlo Vašemu dítěti?

Asi jo. Řekli mi, co mám dělat, co nedělat.

Kde jste získala kontakt právě na Centrum Kaňka?

Od doktora.

Má Vaše dítě v mateřské škole vše, co potřebuje?

Má, baví ho to tam.

Víte, jaké Vaše dítě navštěvuje v mateřské škole terapie?

Tak jistá si nejsem, ale asi všechny co nabízejí.